

11326



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA GENERAL

FAMILIAR Y COMUNITARIA

CLINICA GUSTAVO A. MADERO

ISSSTE

DETECCION DEL ESTADO DEPRESIVO EN
PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y UN
GRUPO DE SANOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I N A

PARA OBTENER EL DIPLOMA UNIVERSITARIO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. REYNA SOTO CORREA



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE .

INTRODUCCION.....	1
MARCO CONCEPTUAL.....	3
HIPERTENSION.....	3
DEPRESION.....	24
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	48
JUSTIFICACION.....	50
OBJETIVOS.....	51
METODOLOGIA.....	52
RESULTADOS.....	55
DISCUSION.....	65
CONCLUSIONES.....	68
ANEXO I.....	69
BIBLIOGRAFIA.....	72

INTRODUCCION .

La hipertensión arterial sistémica esencial cada día se presenta con mayor frecuencia y se observa que tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados actualmente se vive una crisis socio-económica, si a esto le agregamos el estilo de vida actual se contribuye a que cada día existen más personas hipertensas y por lo tanto bajo tratamiento médico.

Esto obliga al médico de primer nivel a mantenerse siempre al día para realizar un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno.

Sabemos que todo factor o causa que altere la salud de un individuo como la armonía de la familia ocasiona un cambio en el estado de ánimo de un ser humano, que lo va a manifestar de diferente manera ya que intervienen de una u otra forma todos los factores antes mencionados y si además contamos con que el individuo cursa con una enfermedad crónico-degenerativa como es la hipertensión arterial quien se encuentra bajo tratamiento antihipertensivo; esto obliga al médico tratante sobre todo de primer nivel a realizar un estudio bio-psico-social del individuo y así poder brindarle un tratamiento adecuado o de lo contrario contar con los criterios necesarios para su envío a otro nivel de atención.

Actualmente es bien conocido que algunos antihipertensivos dentro de sus efectos indeseables se encuentra la depresión por lo que en la actualidad algunos hipertensivos han quedado en desuso. Esto orienta a todos los médicos de primer contacto lo tengan presente para llevar a cabo un tratamiento adecuado e individual de acuerdo a las necesidades de cada individuo.

Tanto la hipertensión arterial como la depresión se encuentran dentro de las primeras diez causas de consulta externa durante el año de 1990 en la Clínica "Gustavo A. Madero" I.S.S.S.T.E. Esto hace reflexionar sobre la importancia que cobran estas patologías cada día que pasa. Es importante que el equipo multidisciplinario de primer nivel detecte a tiempo dichas patologías y realizar un tratamiento adecuado.

H I P E R T E N S I O N .

CONCEPTO:

La hipertensión arterial se define como la elevación persistente de la presión diastólica por arriba de 100 mmHg en personas de más de 60 años y por arriba de 90 mmHg en pacientes menores de 50 años.(1)

EPIDEMIOLOGIA

La hipertensión es rara antes de los 20 años de edad. En las personas jóvenes se encuentra como antecedente una causa secundaria como la glomerulonefritis crónica, oclusión de la arteria renal, pielonefritis o coartación de la aorta.(1,2)

En casi el 90% de los pacientes con enfermedad hipertensiva, ya sea vascular o cardiovascular, no es posible conocer la causa, por lo tanto se le denomina esencial o idiopática. El padecimiento es común y ocurre en 15%-20% de los adultos de raza blanca y en 30%-40% de adultos de raza negra en los Estados Unidos.

La hipertensión esencial se presenta con mayor frecuencia entre los 25 y los 55 años de edad.

Es más frecuente en mujeres que en hombres.

Es importante el antecedente familiar, se ha observado mayor frecuencia de hipertensión en sujetos que son familiares en primer grado. Por lo tanto el papel familiar y genético de la hipertensión ha sido demostrado. (1,2)

CLASIFICACION

El Third Joint National Committee on the Detection, Evaluation and Treatment of Hipertension (JNC III) de 1984 refiere una clasificación útil de la tensión arterial la cual está vigente hasta la actualidad en donde refiere lo siguiente para la presión diastólica:

- Menos de 85 mmHg.....Normal
- De 85 a 89 mmHg.....Normal alta o limitrofe
- De 90 a 104 mmHg.....Hipertensión leve
- De 105 a 114 mmHg.....Hipertensión moderada
- De 115 mmHg ó más.....Hipertensión severa

Para la presión sistólica refiere la siguiente clasificación, siempre y cuando la diastólica sea inferior a 90 mmHg. (1,2,20)

- Menos de 140 mmHg.....Normal
- De 140 a 159 mmHg.....Hipertensión sistólica
aislada limitrofe
- De 160 mmHg ó más.....Hipertensión sistólica
aislada

FISIOPATOLOGIA

La alteración hemodinámica es un aumento de la resistencia vascular, especialmente en las arterias musculares más pequeñas y en arteriolas.

La resistencia periférica está determinada por las características físicas intrínsecas de los vasos que producen la resistencia, refiriéndose a la proporción que existe entre la luz y el grosor de la pared, así como por las influencias neurohormonales que actúan sobre el músculo liso vascular; dentro de éstos últimos se encuentran los neurotransmisores: noradrenalina (NA) que causa vasoconstricción y la acetilcolina que produce vasodilatación.

Las sustancias que tienen acción humoral y local son la angiotensina II y la vasopresina (vasoconstrictor) y las prostaglandinas y cininas (vasodilatadoras). La hipoxia y los productos del metabolismo como el H⁺, el ácido láctico y la adenosina ejercen potente acción vasodilatadora local. (1,2,3)

ETIOLOGIA

El porcentaje de pacientes con hipertensión arterial esencial también llamada idiopática o primaria es muy alto, varía del 92% al 95%. (1.2.3.5.)

Es importante tomar en cuenta factores en dicha patologia como la raza, el sexo, la edad, herencia, medio ambiente, estilo de vida, etc. ya que todos estos indican el pronóstico del individuo con hipertensión arterial esencial.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Varios autores coinciden en que la hipertensión leve y moderada es una enfermedad asintomática. Sin embargo otros afirman en base a estudios realizados que los síntomas más frecuentes son: visión borrosa, broncoespasmo, dolor torácico, claudicación, depresión, vértigo, disnea, fatiga, facies abotagada (enrojecimiento), cefalea, entre otros. (3,4,6)

Bulpitt y cols. compararon la prevalencia de síntomas clinicos en pacientes hipertensos no tratados y pacientes normotensos de edad similar y observaron que cinco síntomas (inestabilidad, cefalea matutina, visión borrosa, depresión y nicturia) eran significativamente más frecuentes en el grupo con hipertensión no tratada. (4)

En los pacientes con hipertensión severa acelerada o maligna generalmente cursan con presión diastólica de 125 mmHg o superior la cual va acompañada de una lesión a órganos diana; por lo tanto es importante estudiar hemorragias y exudados retinianos, edema de papila,

insuficiencia cardiaca, encefalopatía e insuficiencia renal. (5)

DIAGNOSTICO CLINICO

Es muy importante realizar en el paciente hipertenso un examen físico completo, el cual va desde el aspecto general, presión arterial (decúbito y en sedestación) así como frecuencia cardíaca en las mismas posiciones. Posteriormente se buscan alteraciones en fondo de ojo, soplos carotídeos y oculares, venas cervicales, arterias temporales. A nivel de tórax se buscan datos de soplo diastólico, estertores, soplo sistólico, sibilancias. En abdomen se buscan soplos, pulsos femorales, riñones palpables. En extremidades la existencia o no de edema, pulsos periféricos así como soplos. En la exploración neurológica se buscan signos focales, fuerza muscular proximal, reflejos osteotendinosos.

DIAGNOSTICO POR LABORATORIO Y GABINETE

Una vez que se ha realizado un diagnóstico clínico y que por éste método se llega a un tipo de hipertensión (leve, moderada o severa), el siguiente paso es realizar estudios complementarios que van desde los básicos o "de rutina"

hasta los más específicos. De éstos se debe realizar una biometría hemática completa, una química sanguínea, exámen general de orina, nitrógeno sérico, ácido úrico, calcio, potasio, colesterol sérico, actividad plasmática de renina en sangre venosa.

En lo que se refiere a exámenes de gabinete incluye una radiografía de tórax y un electrocardiograma, pielografía intravenosa o arteriografía renal. Davis identificó estenosis de la arteria renal en 7% de pacientes de raza negra y 42% de raza blanca los cuales cursaban con diastólicas de 125 mmHg ó superior, además de lesiones en órganos diana.

Los pacientes con hipertensión presentan dos formas fundamentales de cardiopatía: cardiopatía coronaria y cardiopatía hipertensiva. El diagnóstico clínico de cardiopatía hipertensiva se realiza ante la existencia combinada de hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). La hipertensión es la principal causa de HVI. (6). Para su valoración habitual se utilizan en la actualidad cuatro técnicas diagnósticas: exámen físico, radiografía de tórax, electrocardiograma (ECG) y ecocardiograma. (6,7,16)

TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

Una vez que se ha estudiado y valorado todo paciente hipertenso el siguiente paso es establecer un tratamiento adecuado el cual consistirá en controlar la presión arterial, es importante modificar en lo posible el estilo de vida y los factores predisponentes, o si el paciente cursa con daño a órganos diana instalar un tratamiento el cual controle dicha complicación y además canalizar al paciente a un segundo o tercer nivel de acuerdo a la necesidad de atención por la especialidad que requiera.

El tratamiento antihipertensivo se divide en dos partes: no farmacológico y farmacológico.

Dentro del tratamiento no farmacológico tenemos las medidas generales las cuales incluyen lo siguiente: restricción de sal en la dieta, reducción de peso, suplemento de potasio en la dieta, disminuir el stress, ejercicio regular, control de factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la arterioesclerosis, como la obesidad, tabaquismo, alcoholismo, hiperlipidemia, etc.

Se ha observado que algunos pacientes hipertensos son sensibles a la sal, mientras que otros son "resistentes a la sal". Los primeros retienen sodio y por lo tanto ganan peso y aumento de la presión arterial; mientras que los segundos

no presentan variaciones ni en el peso ni en su presión arterial. (8,10). Esto indica la variabilidad individual en la respuesta a la sal la cual ha llevado a los investigadores a la conclusión de que una dieta de aproximadamente 2 gramos al día es la indicada para el paciente hipertenso. (1,2,8,10)

Se ha observado un alto porcentaje de individuos con exceso de peso porque la prevalencia de hipertensión aumenta de 54% a 72% en pacientes obesos. (9)

Howell observó una reducción de la tensión arterial de -20.7/-12.7 mmHg. en pacientes que lograron una reducción de peso de 11.7 Kg. (11)

Muchos otros investigadores observaron reducción de las cifras tensionales al someter a sus pacientes a una reducción de peso lo cual demuestra que el exceso de peso aumenta la tensión arterial y además modifica la acción de los fármacos antihipertensivos. (9,11,12)

Mac Gregor y cols. estudiaron los efectos de los suplementos orales de potasio (60 mEq diarios durante 8 semanas) en pacientes hipertensos con una ingesta de sodio normal (140-169 mEq/día) y observaron una disminución significativa de la tensión arterial media de 154/99 mmHg a 148/95 mmHg. Iimura y cols. observaron una reducción de la tensión arterial media de 114 mmHg a 103 mmHg cuando se

sobreañadía una dieta rica en potasio (175 mEq/día) a una dieta rica en sal (260 mEq/día) en pacientes hipertensos no complicados. Los autores observaron que la reducción de la tensión arterial media fue inferior a los experimentos en los pacientes que se someten a una dieta con restricción de sal o a un programa de reducción de peso. Además refieren que es muy importante valorar al paciente hipertenso que se le va a dar suplemento de potasio, sobre todo su función renal por lo que no lo recomiendan como tratamiento no farmacológico primario. (10,13,14)

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Para emplear de manera racional los fármacos hipertensivos es importante conocer el sitio y el mecanismo de acción. Existen cuatro grupos de fármacos: diuréticos, antiadrenérgicos, vasodilatadores e inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA). (1,2,15,20)

Diuréticos.- las tiazidas son los diuréticos que más se usan en el tratamiento de la hipertensión esencial; sus efectos se deben a la eliminación de sodio y disminución de volumen plasmático. Se ha observado también disminución de la resistencia vascular periférica. Dentro de sus efectos adversos incluyen hipopotasemia por pérdida de potasio por

el riñón, hiperuricemia por retención de ácido úrico, intolerancia a los carbohidratos e hiperlipidemia.

Agentes antiadrenérgicos.- Estos fármacos actúan en uno o más sitios, en el centro vasomotor o en las neuronas periféricas modificando la liberación de catecolaminas o bloqueando los sitios receptores adrenérgicos en diversos órganos. Los fármacos de efecto central son la clonidina, alfametildopa y guanabenz. Estos fármacos y sus metabolitos son fundamentalmente agonistas de los receptores alfa. La estimulación de éstos a nivel cerebral disminuye la influencia simpática por lo que disminuye la presión arterial. En ocasiones se presenta hipertensión de rebote al interrumpir el medicamento sobre todo con la clonidina y el guanabenz, secundario a un aumento de la liberación de noradrenalina, la cual había estado inhibida por éstos fármacos. (1,2,20,40)

Los bloqueadores ganglionares interfieren con la función del simpático y del parasimpático produciendo efectos colaterales como disminución de la acomodación visual, íleo paralítico, retención de orina, problemas de erección y eyaculación. A causa de éstos problemas sólo se usan para disminuir rápidamente a la hipertensión grave.

Existen fármacos que actúan en las terminaciones

nerviosas adrenérgicas postganglionares. Los alcaloides de la rauwolfia, como la reserpina son los fármacos más antiguos de éste grupo. Los efectos colaterales frecuentes son depresión, congestión nasal, diarrea, disfunción sexual y aumento de la secreción gástrica; razón por la cual su empleo está limitado. La guanetidina y el guanadril causan mayor efecto de tipo postural, por lo que la hipotensión ortostática es el efecto colateral más frecuente.

El último grupo que afecta al sistema adrenérgico es el que bloquea los interceptores adrenérgicos periféricos, alfa, beta o ambos. La fentolamina y la fenoxibenzamina bloquean la acción de la noradrenalina en los receptores adrenérgicos alfa. El prazosin bloquea de manera selectiva los receptores sinápticos alfa. Por tanto persiste la actividad presináptica alfa. En consecuencia el prazosin produce menor taquicardia pero mayor hipotensión postural que los vasodilatadores de acción directa.

Existe una gran variedad de fármacos bloqueadores de los receptores adrenérgicos beta los cuales bloquean los efectos simpáticos sobre corazón y por lo tanto su eficiencia mayor es disminuir el gasto cardiaco y la presión arterial cuando ésta aumenta la actividad simpática sobre el corazón. Además éstos fármacos bloquean la liberación de la

renina por parte de las células yuxtaglomerulares. Los bloqueadores adrenérgicos beta son muy útiles cuando se emplean junto con un relajante de las fibras musculares lisas de los vasos que tienden a producir aumento reflejo en la contractilidad miocárdica y con los diuréticos a menudo causa elevación en la actividad de la renina circulante. Los bloqueadores beta son eficaces, de todos los pacientes hipertensos cerca de la mitad o más muestran disminución de la presión arterial.

Estos fármacos pueden provocar insuficiencia cardiaca congestiva y asma bronquial en individuos susceptibles así como también debe usarse con precaución en pacientes diabéticos bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales pues inhiben la respuesta simpática usual a la hipoglucemia. Existen fármacos bloqueadores beta de tipo cardioselectivos (llamados bloqueadores beta1) como metoprolol y atenolol y bloqueadores beta no selectivos como propanolol, timolol, nadolol y pindolol. (20,40)

Dentro de sus efectos colaterales más importantes se encuentra: mareo, depresión, broncoespasmo, náusea, vómito, diarrea, estreñimiento e insuficiencia cardiaca.

Vasodilatadores.- Este grupo de antihipertensivos se dividen en:

Vasodilatadores arteriulares como son la hidralacina, diazóxido, monoxidil (además de ser diurético).

Vasodilatadores arteriulares y venulares: Nitroprusiato, prazosin (receptro alfa). La hidralacina es el fármaco con más aplicaciones, causa dilatación sobre las fibras musculares lisas de los vasos. El efecto que ejerce sobre la resistencia periférica se contrarresta por el aumento reflejo de la estimulación simpática con lo que aumenta la frecuencia cardiaca y el gasto cardiaco. Esto hace que se disminuya su utilidad sobre todo en pacientes con enfermedad arterial coronaria grave. Sin embargo su eficacia aumenta al administrarse en combinación con un beta bloqueador el cual bloquea la estimulación refleja del simpático sobre el corazón.

Los efectos colaterales más frecuentes: cefalea, taquicardia, angina de pecho, anorexia, náusea, vómito, diarrea, síndrome parecido al lupus eritematoso.

El minoxidil es un fármaco más potente que el anterior pero su uso se limita ya que causa hirsutismo significativo y sólo se use en pacientes con hipertensión grave e insuficiencia renal.

El diazóxido y el nitroprusiato son medicamentos de acción rápida los cuales se usan sólo en caso de urgencias.

Están indicados en casos de emergencia hipertensivas.

Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA).- Estos fármacos inhiben a la enzima que convierte la angiotensina I a angiotensina II de los cuales los más usados son: el captopril y el enalapril.

El captopril tiene un efecto vasodilatador que disminuye la resistencia sistémica vascular y ejerce un efecto natriurético por inhibición de la secreción de aldosterona. (1,2,40)

El enalapril de estructura diferente por ausencia de un grupo sulfhidrilo y con una duración de acción más prolongada tiene un efecto similar al anterior. (40)

Antagonistas del Calcio.- Fármacos vasodilatadores cuya acción común es la inhibición del transporte de calcio transmembrana a través de los canales lentos tanto en el músculo cardíaco como en el músculo liso vascular.

Inhiben también la liberación extracelular de calcio que en algunos tejidos vasculares desempeña un importante papel en el aumento de la concentración de calcio a nivel del citosol para estimular la contracción muscular. Los primeros agentes que se introdujeron al mercado son: el verapamil, la nifedipina y el diltiacem. (20)

Su efecto vascular se caracteriza por una relajación del músculo liso vascular especialmente en arterias de mayor conductancia y a nivel arteriolar. La nisoldipina y la nifedipina producen una considerable vasodilatación arteriolar en el territorio coronario con el consiguiente aumento del flujo coronario. (40)

El verapamil y el diltiazem tienen un efecto importante sobre el sistema de conducción los cuales son útiles por vía intravenosa, en el tratamiento de las taquicardias supraventriculares. Estos fármacos se han utilizado en el tratamiento de la hipertensión ya sea en monoterapia o en combinación con otros agentes. Es importante tener precaución debido al posible efecto inotrópico negativo aditivo de ciertos antagonistas del calcio y los bloqueadores beta adrenérgicos (verapamil y beta adrenérgicos). Estos fármacos reducen la presión arterial tanto sistólica como diastólica con una mínima incidencia de efectos colaterales incluyendo el ortostatismo.

Son muy útiles en el tratamiento de la hipertensión severa y crisis hipertensivas ya sea por vía oral, sublingual e intravenosa tanto en adultos como en niños, sin efectos indeseables significativos. (1,2,20,40)

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ELECCION DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

La consideración de las cuestiones hemodinámicas y hormonales orienta en esta elección. El estudio del trastorno patogénico de un determinado paciente relativo a la secreción de renina, tono simpático, secreción renal de sodio, así como a los cambios del débito cardiaco, las resistencias vasculares periféricas y el estado volumétrico; todo esto es útil para elegir el tipo de tratamiento.

Se ha demostrado que el tratamiento escalonado es eficaz, fácil de llevar a la práctica y barato. Sin embargo numerosos estudios de hipertensión leve en los que se ha empleado esta estrategia no han demostrado reducción significativa de la mortalidad y morbilidad por cardiopatía isquémica. (6)

En consecuencia de ello muchos autores le han dado más importancia y han hecho un enfoque de "sustitución a medida" para el tratamiento de la hipertensión arterial sistémica esencial ya sea leve o moderada. (16)

El tratamiento farmacológico inicial se elige de acuerdo con el perfil demográfico (edad, sexo, raza, tabaquismo, alcoholismo), hemodinámico y clínico (angina,

insuficiencia cardiaca, hipertrofia ventricular izquierda, diabetes, obesidad, hiperlipidemia, gota, enfermedad obstructiva crónica pulmonar (EPOC), insuficiencia vascular periférica) del paciente, así como la susceptibilidad de éste a ciertos efectos indeseables. Si el primer antihipertensivo ocasiona efectos indeseables desfavorables o cambios metabólicos adversos, o no reduce suficientemente la tensión arterial, se sustituye por otro de diferente grupo. Por tanto el paciente es tratado con el menor número de medicamentos y se reducen al mínimo los efectos indeseables para aquellos pacientes con hipertensión arterial moderada o grave en quienes la monoterapia no actúa como se desea, el método escalonado constituye una forma alternativa de tratamiento. (1,20)

El paciente hipertenso joven puede responder eficazmente a la monoterapia, no así el hipertenso de edad avanzada (60 años ó mas) ya que cuenta con otros problemas médicos asociados (arteriopatía coronaria, vasculopatía periférica, insuficiencia renal, EPOC, intolerancia a la glucosa) los cuales pueden influir en la elección del tratamiento antihipertensivo. Otros de los problemas asociados en el paciente de edad avanzada es la reducción de la actividad de la renina plasmática y una mayor hipertrofia ventricular izquierda (HVI) así como sobrecargas, ya que la

mayoría de los pacientes cursan con hipertensión sistólica, por lo tanto el tratamiento combinado tiene efectos favorables. (20,40)

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS

FARMACO	EFECTOS SECUNDARIOS
Diureticos de tipo tiacídico	Sequedad de boca. Debilidad Calambres musculares Hiperuricemia/Gota Trastornos gastrointestinales Hipomagnesemia Hipopotasemia Hiponatremia Hipercalcemia Eritema cutáneo Fotosensibilidad Trombocitopenia Depresión de la médula ósea Toxicidad por litio Exacerbación de la intolerancia a la glucosa Hipertrigliceridemia Hipercolesterolemia Disfunción sexual
Reserpina	Bradicardia Letargia Lasitud Disfunción sexual Diarrea Congestión nasal Depresión * Úlcera péptica Parkinsonismo
Guanetidina o Guanadrel	Bradicardia Hipotensión ortostática Hipotensión al ejercicio Diarrea Debilidad Eyacuación retrógrada o impotencia Interacción con ADT

FARMACO**EFFECTOS SECUNDARIOS**

Prazosin	Cefalea Palpitaciones Somnolencia Vértigo Náuseas Síncope con la 1a. dosis Hipotensión ortostática Disfunción sexual Pesadillas Debilidad
Hidralacina	Taquicardia Palpitaciones Cefalea Sofocaciones Empeoramiento de la angina Síndrome tipo lupus Fiebre farmacológica
Captopril o Enalapril	Bradycardia Erupción cutánea Angioedema/neutropenia Proteinuria Glomerulopatía membranosa Disgeusia Insuficiencia renal aguda en la estenosis bilateral de la arteria renal (o estenosis en la arteria renal en un riñón único)
Metildopa	Somnolencia Letargia Disfunción sexual Prueba de Coombs (+) Anemia hemolítica Pruebas de funcionamiento hepático anormales Hepatitis Fiebre farmacológica Hipotensión ortostática Depresión * Miocarditis

FARMACO

EFECTOS SECUNDARIOS

Clonidina o Guanabenz	Sequedad de boca Somnolencia Letargia Disfunción sexual Trastornos gastrointestinales Dolor parotideo Efecto de rebote en la suspensión brusca
Bloqueadores beta o Labetalol	Bradicardia Debilidad Letargia Trastornos gastrointestinales Insomnio Insuficiencia cardiaca congestiva Prolongación del intervalo PR Bloqueo cardiaco de 2o. o 3er. grado Broncoespasmo Laringoespasmo Empeoramiento de la insuficiencia arterial periférica Pesadillas Alucinaciones Depresión * Prolongación del episodio hipoglucémico Coma hiperosmolar Disfunción sexual Hiperlipemia
Minoxidilo	Hipertricosis Edema-Anasarca Insuficiencia cardiaca Derrame pericárdico
Nifedipina	Cefalea Hipotensión Taquicardia Edema Eritromelalgia

DEPRESION.

CONCEPTO

Es un trastorno del humor que se caracteriza por una visión sombría del mundo y de si mismo. En ocasiones con pensamientos negros de autoinutilidad y culpabilidad, los cuales pueden pasar desapercibidos o como lógicos por la familia o los amigos. (18,19)

CLASIFICACION

En la actualidad se prefieren los términos "trastorno afectivo" y "trastorno del estado del ánimo".

Estado de ánimo.- Es un estado emocional que integra un grupo de síntomas que se presentan conjuntamente durante un período de tiempo prolongado que domina las actitudes de un individuo.

La depresión y excitación emocional, solas o alternadas son las más comunes dentro de los trastornos afectivos. La depresión sola es el trastorno más común.

La depresión se clasifica en unipolar y bipolar.

La depresión unipolar es aquella que se presenta sola únicamente y la depresión con trastorno bipolar sufre ya sea de manía o se alterna clínicamente con depresión. (18)

Otra de las clasificaciones más usadas es la siguiente:

gemelos monocigotos son más lábiles así como los familiares en primer grado con enfermedades afectivas bipolares. Estudios recientes sugieren que los genes ligados a HLA en el cromosoma 6 tienen influencia sobre la susceptibilidad para las enfermedades depresivas. (17,18,19)

Otros estudios han comprobado que existe una relación con los niveles de aminas en donde se observó que la reserpina reduce las catecolaminas y la iproniacida (IMAO, inhibidor de la monoamino-oxidasa) aumenta el nivel de las catecolaminas. En base a esto se ha comprobado que la depresión es secundaria a la carencia de noradrenalina (NA) así como la manía es causada por exceso de dicho neurotransmisor.

Los pacientes deprimidos excretan cantidades disminuidas de triptamina por orina. Se han realizado estudios neurofisiológicos, así como niveles de electrolitos, factores biotipológicos y factores psicodinámicos en donde se ha observado que de una u otra forma intervienen para la presentación de la depresión. (17,19,21,23).

EPIDEMIOLOGIA

La depresión ocupa el cuarto lugar dentro de los trastornos psiquiátricos. Los cuadros depresivos más

frecuentes son las psicosis maniaco-depresiva y la psicosis reactiva depresiva. Alcanza un porcentaje del 38% al 48% en la población estudiantil de la Ciudad Universitaria.

Estudios realizados en el mundo occidental reportan que se deprimen dos mujeres por cada varón. Se realizó un estudio en Villa Coapa D.F. en donde reportan la relación entre depresión y sexo; correspondiendo 11.8% al masculino y 15.1% al femenino. En cuanto a depresión y estado civil predomina en viudos 30.7% siguiendo los solteros con 14.2%; casados 12.4% y divorciados 11.1%. (17,18,19)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Las depresiones bipolares se manifiestan alrededor de la tercera década. Las unipolares inician alrededor de la quinta década en hombres y en la cuarta década en mujeres. En cuanto a la mortalidad la tasa oscila entre 45% y 70%. La depresión de tipo melancólico tiene un 30% de tentativas de suicidio, el tipo neurótico el 10%. (19,21)

CUADRO CLINICO

I Elementos psicológicos

- Trastornos del humor.- El deprimido se encuentra triste, con un dolor moral intenso.
- Inhibición.- Lentitud en la ideación y la actividad física, falta de concentración e interés por lo que

le rodea, indiferencia, ausencia de fe en el futuro, sentimiento de desamparo y fracaso, apatía.

-Inseguridad.- Dificultad para tomar decisiones, pesimismo, autodepreciación, sentimiento de inferioridad, incapacidad, culpabilidad.

-Ansiedad.- Siendo más intensa por la mañana, ambivalencia (dificultad para tomar decisiones), irritabilidad, agresividad.

-Ideas suicidas.- Plan para cometer el suicidio. Estas aumentan si existen antecedentes familiares o intentos previos.

-Pensamientos obsesivos.

II Repercusión Somática

La repercusión sobre el estado general del enfermo es constante y forma parte importante en el síndrome depresivo.

-Trastornos del sueño.- Insomnio de media noche es típico de éste síndrome. Así como el hipersomnio se presenta en otros pacientes. (17,18)

-Cefalea tensional.- Afectando más frecuentemente músculos de nuca y temporales.

-Síntomas gastrointestinales.- Trastornos del apetito con hiporexia o anorexia, pérdida de peso,

indigestión y mal sabor de boca, estremecimiento, lengua saburral.

-Obesidad.- Se asocia en aquellos pacientes que presentan bulimia.

-Fatiga.- La astenia invade los terrenos de la personalidad (inteligencia, sexualidad). Esta predomina por la mañana.

-Trastornos somáticos variados.- Lumbalgia, dolores raquídeos, quejas hipocondriacas, delirios sobre el cuerpo "se me seca la sangre", "estoy medio muerto".

-Sintomatología general.- Insomnio, astenia, anorexia, cefaleas, impotencia sexual, llanto fácil.

-Sintomatología cardíaca.- Palpitaciones, dolor precordial.

La depresión se presenta en todas las edades pero existen etapas en la vida en las cuales es más frecuente como:

-Período postparto.- Thomas y Golden indican que se presenta en el 54% de las primiparas y en un 46% en múltiparas.

-Menopausia.- Para algunas mujeres el hecho de verificar que su maternidad es una capacidad que ha

perdido es motivo de depresión.

-Jubilación.- El retiro del trabajo implica la renuncia a todos los intereses por largo tiempo anhelados.

-Navidad.- Estudios realizados han observado un incremento en la incidencia de depresión (14%) donde las causas más importantes es el estres (psicológico, socioeconómico y biológico).(22)

-Infarto del miocardio.- Es la causa más común que suele dar por resultado depresión grave.

-Operaciones mutilantes.- Entre ellas tenemos algunos tipos de cáncer de cara o mama, amputaciones por gangrena o lesiones no reparables, trasplantes, etc.

-Lesiones malignas.- Entre ellas tenemos algunos tipos de cáncer incurables enfermedades terminales como el SIDA en donde se presenta una depresión grave la cual es difícil de tratar.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE DEPRESION

Existen ocho criterios que forman la clave para el diagnóstico de la depresión (DSM III-R).(17)

- 1.- Insomnio o hipersomnio.
- 2.- Poco apetito con pérdida de peso o aumento del apetito con aumento de peso.

- 3.- Agitación o retraso psicomotor.
- 4.- Pérdida del interés o del placer en las actividades comunes o disminución del impulso sexual.
- 5.- Pérdida de la energía o sentimiento de fatiga.
- 6.- Sentimientos de invalidez, autorreproche o de culpa inapropiada.
- 7.- Disminución de la capacidad para pensar o para concentrarse.
- 8.- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

El paciente debe reunir como mínimo cinco de los criterios anteriores los cuales deben haber estado presentes durante un período de dos semanas como mínimo.

INSTRUMENTOS DE MEDICION DE LA DEPRESION

Existen instrumentos o escalas de medición de la depresión, las cuales simplifican el registro de datos y facilitan la estandarización.

La depresión puede ser medida en dos categorías básicas:

- Medición comprensiva.- Información de respuesta múltiple que provee una descripción comprensiva del estado depresivo (Escala de Hamilton, Escala de Zung, etc.).

-Medición específica.- Sistema único de respuesta. Describe un inicio específico de la sintomatología depresiva (Ejem: registro telemétrico de la actividad motora).

Dentro de las escalas más conocidas y utilizadas están el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnessota (más de 500 preguntas), la Escala de Hamilton (más de una hora para contestar), el Inventario de Beck, el Cuestionario General de Salud y la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD o de Zung).

La escala de Zung presenta numerosas ventajas; es sencilla y de fácil aplicación, considerada como una de las más precisas la cual es contestada por el propio paciente. La escala AMD o de Zung comprende una lista de 20 declaraciones las cuales se refieren a las características específicas y comunes de la depresión. Se da un valor a cada respuesta que va del 1 al 4, éstos se suman y la calificación obtenida se convierte al índice basado en 100 de tal manera que un índice bajo indica poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión de significación clínica. (23,24,25,26)

DIAGNOSTICO DE LOS GRUPOS DE VALORACION	INDICE AMD	MEDIDA (P-95%)
---	------------	----------------

Controles normales.....	33.....	25-43
Deprimidos hospitalizados....	74.....	63-90
Deprimidos ambulatorios.....	64.....	50-78
Reacciones de ansiedad.....	53.....	42-68
Reacciones de ajuste de situación transitoria.....	53.....	38-68

Otra forma de clasificar según el Dr. William W.K. Zung es en base a la puntuación básica.

CLASIFICACION BASICA	DIAGNOSTICO
----------------------	-------------

Menor de 40.....	Normal (umbral superior)
De 40 a 47.....	Depresión moderada
De 48 a 55.....	Depresión marcada
De 56 o más.....	Depresión grave

Las depresiones graves requieren hospitalización en medio especializado.

Las depresiones moderadas sin asistencia de familiares o si ésta es deficiente requiere de hospitalización.

La depresión moderada con asistencia de familiares se tratan en forma ambulatoria. (21,26,29)

TRATAMIENTO

Tratamiento ambulatorio de las depresiones de gravedad moderada. (29)

Los antidepresivos se dividen en:

-Tricíclicos.

-Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO).

Los antidepresivos tricíclicos (ADT) inhiben la recaptura de noradrenalina y serotonina (NA,5-HT) en la neurona proximal, elevando con ello la estimulación del receptor postsináptico. (21,40)

Los inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) inhiben la enzima que degrada a las monoaminas cerebrales (NA,DA,5-HT); estos neurotransmisores tienen mayor efecto sobre el órgano receptor.

Los antidepresivos que se usan con mayor frecuencia son los ADT así como los de primera elección basado en sus mínimos efectos secundarios, sedantes y anticolinérgicos.

La dosis terapéutica oscila entre 75 y 300 mg/día. La dosis inicial será de 25 mg. la cual se aumentará gradualmente. Cuando se administra un ADT con efecto sedante está indicado al momento de acostarse o de lo contrario en dosis fraccionadas.

Dentro de los efectos secundarios más frecuentes se encuentran las siguientes: taquicardia, visión borrosa, retención de orina, estreñimiento, sequedad de boca e hipotensión postural.

La desimipramina ocasiona menos efectos anticolinérgicos por lo que es la indicada en pacientes

sensibles a dichos efectos (hipertrofia prostática benigna, glaucoma e insuficiencia cardiaca congestiva). Ciertos ADT prolongan la conducción cardiaca por lo que deberá tenerse mucha precaución en la prescripción de éstos en pacientes con arritmias. (20,21,40)

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Cuando se combina con alcohol disminuye su efecto antidepresor y aumenta su efecto sedante.

Cuando se combina con guanetidina, clonidina y alfa metildopa se reduce el efecto antihipertensor de éstos. Cuando se combina con propranolol se elevan los niveles de ADT pero estos antagonizan el efecto beta bloqueador y antiarrítmico del primero. Cuando se usa con epinefrina puede producir una crisis hipertensiva, debido a la inhibición de la captación de catecolaminas.

METABOLISMO Y VIDA MEDIA.- Los ADT se metabolizan con lentitud y tienen una vida media prolongada, por tal motivo produce mejoría sintomática después de tres semanas de tratamiento. Inicialmente mejora el insomnio, la anorexia y la disminución de la libido. Una vez que adquiere mejoría psicológica o desaparición de la mayoría de síntomas de depresión se va reduciendo la dosis y se continúa por un tiempo mínimo de seis meses a un año. En caso de no

presentar mejoría con los ADT o que estos fallen entonces se puede usar un IMAO siempre y cuando se haya dejado un tiempo considerable sin medicamento ADT con el objeto de eliminar el riesgo de una crisis hipertensiva.

Los IMAO son los fármacos indicados en casos de fobias (agorafobia y fobias sociales), obsesiones, depresiones atípicas con ansiedad, síntomas histéricos, somatizaciones, síndrome depresivo no endógeno o en depresión común cuando los ADT no han dado los resultados esperados.

Los IMAO son los antidepresivos más útiles en el anciano ya que ocasiona menos efectos colaterales, particularmente en aquellos con demencias.

Debe iniciarse con dosis bajas e ir aumentando paulatinamente hasta lograr dosis terapéuticas en una o dos semanas. La terapia debe prolongarse durante tres meses por lo menos, retirando el medicamento paulatinamente.

Los IMAO tienen dos grandes ventajas sobre los ADT: pocos efectos secundarios anticolinérgicos y no causan sedación.

Efectos colaterales.- Dentro de sus efectos colaterales más frecuentes se cuentan los siguientes: hipotensión ortostática, vértigo, mareos, fatiga, lipotimia, trastornos del cristalino, impotencia, palpitaciones, aumento de peso,

hipernatremia, hipoglucemia.

La crisis hipertensiva es una de las complicaciones con esta terapia así como la ingesta de alimentos con alto contenido de tiramina como las sardinas, el hígado de pollo, queso fermentado, vino tinto, cerveza, yogurth, chocolate, crema.

Interacciones medicamentosas.- Dentro de los medicamentos que debe de evitarse su combinación esta la meperidina, los bloqueadores ganglionares (metil dopa), guanetidina, hipoglucemiantes y las aminas simpaticomiméticas (anfetaminas, metilfenidato, antihistaminicos).

El 5% de los pacientes controlados con IMAO presentan anemia normocítica normocrómica la cual se debe a que estos se combinan con el hierro. La neuritis periférica que presentan es debida al parecer por deficiencia de vitamina B 6.

CONTRAINDICACIONES:

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| -Hepatopatía | -Migraña |
| -Nefropatía | -Feocromocitoma |
| -Embarazo (1er. trimestre) | -Esquizofrenia latente |
| -Hipertensión arterial | -Hipertiroidismo |
| -Simpaticomiméticos | -Diabetes (relativa) |
| -Trastornos cardiovasculares | -ADT (relativa) |

La intoxicación se presenta después de un período prolongado de haber ingerido los IMAO ya que se requiere de cierta acumulación en el SNC. En este caso está indicado el lavado gástrico, forzar la diuresis, acidificar la orina con cloruro de amonio en caso de intoxicación por tranilcipromina; la diálisis está indicada en casos de intoxicación por fenelcina. Se manifiesta por medio de agitación, delirio, alucinaciones, hiperreflexia, taquicardia, midriasis, hiperpirexia, crisis convulsivas así como crisis hipertensiva.

La fenelcina y la tranilcipromina son de uso común, éstos se administran a dosis inicial de 15 mg. tres veces/día y 20 mg. dos veces/día respectivamente. La respuesta sintomática se obtiene igual que los ADT (3-6 semanas). Una vez obtenida ésta se reduce la dosis gradualmente hasta dejar una dosis de mantenimiento durante seis meses a un año y para retirarlo nuevamente se reduce gradualmente hasta el nivel cero (0). (25,28,29,31)

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

SEDANTES

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS TERAPEUTICA
Amitriptilina	Tryptanol	50-200 mg.
Nortriptilina	Avantyl	25-250 mg.

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS TERAPEUTICA
Trimipramina	Surmontil	50-200 mg.
Butriptilina	Evadyne	50-200 mg.

NO SEDANTES

Imipramina	Tofranil	100-200 mg.
Desimipramina	Depromine	50-200 mg.
Clorimipramina o Clomipramina	Anafrenil	50-200 mg.
Protriptilina		20-60 mg.
Dimetacrino	Istonil	50-200 mg.

ANTI-DEPRESIVOS TETRACICLICOS

Maprotilina	Ludiomil	50-100 mg.
Mianserina	Tolvon	20-80 mg.

INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA

Fenelcina	Nordil	15-45 mg.
Isocarboxacida	Marplan	10-30 mg.
Iproniazida		
Nialamida		100-600 mg.
Ipoclocida		10-40 mg.
Tranilcipromida		10-30 mg.

NUEVOS ANTI-DEPRESIVOS

Dentro de los nuevos anti-depresivos los cuales tienen la cualidad de no producir efectos colaterales anticolinérgicos se encuentra la mianserina, la nómifensina y la trazodona los cuales por su escasa actividad anticolinérgica, son los medicamentos de elección en pacientes seniles que además evita los estados confusionales, la retención urinaria, el glaucoma y la

cardiotoxicidad. (30,36)

En la actualidad aún no se ha determinado con exactitud los cuadros depresivos que éstos medicamentos combaten así como existen muchas dudas sobre su capacidad terapéutica la cual no permite colocarlos en el sitio correcto de la terapéutica psicofarmacológica.

Mianserina	Tolvon	20-80 mg.
Nomifensina	Merital	50-200 mg.
Trazodona	Sideril	100-600 mg.

En la República Mexicana se ha observado que la hipertensión arterial ocupa el tercer lugar dentro de la atención en la consulta externa y el primer lugar dentro de las primeras cinco enfermedades crónico-dégenerativas.

La depresión ocupa el cuarto lugar en instituciones psiquiátricas lo cual nos habla de un incremento acelerado de éstas patologías. (32)

Las complicaciones psiquiátricas inducidas por la medicación antihipertensiva constituyen una preocupación para los clínicos que tratan a pacientes hipertensos. Los cuadros de pseudodepresión, que pueden constituir un efecto colateral muy serio de algunos agentes antihipertensivos, son la respuesta psicológica al retraso psicomotor o

sedación producido por éstos.

Aproximadamente el 75% de los episodios depresivos producido por este tipo de fármacos se deben a pseudodepresión. También se ha demostrado la aparición de síndromes depresivos verdaderos aproximadamente a los cinco meses del inicio de la administración de medicación antihipertensiva siendo la reserpina y la alfa metil dopa las causas más frecuentes. Los cuadros de depresión subclínica y de disfunción sexual que se producen por los fármacos antihipertensivos son las complicaciones psiquiátricas observadas por varios autores. (33,34,35,36)

La realización de una historia psiquiátrica cuidadosa antes de iniciar la prescripción de uno de éstos fármacos puede tener valor predictivo en relación con la aparición de complicaciones psiquiátricas, así también puede tener evidencia cualquier episodio anterior de depresión o de disfunción sexual que podría poner en evidencia la vulnerabilidad del paciente frente a las complicaciones producidas por el tratamiento farmacológico antihipertensivo. En ciertos pacientes con hipertensión y depresión coexistentes pueden estar indicados otros tratamientos no farmacológicos. Aproximadamente el 15% de los pacientes con trastornos psiquiátricos también son

hipertensos. El tratamiento de la hipertensión induce o exacerba numerosos síntomas psiquiátricos por lo que se debe valorar los beneficios relativos del tratamiento antihipertensivo y/o antidepresivo.

Numerosos estudios han demostrado que existen cuatro factores que explican la elevada prevalencia de los cuadros depresivos en los pacientes hipertensos. Dichos factores son: a) la etiología común; b) la depresión se produce por la enfermedad crónica; c) los síntomas depresivos están producidos por la medicación antihipertensiva y d) una asociación casual.

Estudios realizados por diferentes autores han señalado que entre el 25% y 40% de pacientes con hipertensión esencial se caracterizan por presentar niveles basales de catecolaminas circulantes elevadas así como una elevación en la actividad simpática como respuesta a las modificaciones posturales.

Como ya se ha mencionado depresión se refiere a un síndrome en el que existen rasgos cardiovasculares, respiratorios y nerviosos prominentes en ausencia de una causa médica que los justifique. Los pacientes con neurosis de ansiedad presentan molestias de grado moderado a severo como disnea, palpitaciones, dolor torácico, nerviosismo,

ansiedad, fatiga. Entre los factores agravantes que se han observado con mayor frecuencia se hallan las situaciones de elevada tensión emocional, la enfermedad, el trabajo físico, el embarazo, etc. La mayoría de los pacientes presentan molestias precordiales no anginosas que consisten en punzadas transitorias y/o en dolor torácico izquierdo de tipo sordo e intenso y de duración prolongada, puede relacionar el dolor con el ejercicio físico pero habitualmente aparece después del ejercicio y se asocia con la fatiga más que con el esfuerzo. En ocasiones taquicardia y molestias epigástricas a nivel del plexo solar.

Del paciente y su familia, se obtienen que el paciente se ha estado "sintiendo mal", "a merced su espíritu", "está triste" o "melancólico", es "infeliz", "se ve enfermo". Manifiesta un cambio en las relaciones emocionales del cual no está enterado el paciente sino por la familia.

El paciente además refiere "pérdida de los ánimos", "débil", "cansado", "no tengo energía para trabajar", "mi trabajo parece más cansado y difícil". Sobrevienen el pesimismo, se encuentra preocupado y sufre una inquietud incontrollable por trivialidades. Se reduce la capacidad para pensar con la eficiencia acostumbrada.

Cuando se explora presenta una expresión facial de

pasadumbre, problemas, dolor o aflicción, desaliento y abatimiento, llanto fácil, en ocasiones sonreirá siendo esta de tipo social, lenguaje anormal, repleto de pensamientos pesimistas, temores y aprensiones de insuficiencia, impotencia, inferioridad y en ocasiones de culpabilidad.

(22,23,24,25)

USO DE AGENTES PSICOTROPOS EN ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Los antidepresivos triciclicos (ADT), agentes terciarios (amitriptilina, doxepina, imipramina, trimipramina) y los secundarios (desimipramina, nortriptilina, protriptilina) tienen efectos cardiovasculares potencialmente graves. Estos peligros han sido exagerados, y con una adecuada selección y vigilancia de los pacientes pueden utilizarse con seguridad incluso en aquellos con problemas cardiovasculares. (20,35,40)

Dentro de los efectos colaterales cardiovasculares se encuentra el aumento de la frecuencia cardiaca, hipotensión ortostática, alteraciones electrocardiográficas y depresión de la función ventricular.

Un aumento de la frecuencia cardiaca es común y puede durar días a meses una vez suspendido el tratamiento. (35,36) La frecuencia raramente supera los 100 latidos por minuto. Este efecto aparece más a menudo con las aminas terciarias sobre todo con la amitriptilina. (36) La hipotensión ortostática se da hasta en un 20% de los pacientes y es peor cuando ya existía un cierto grado de ortostatismo antes del tratamiento. (21,40) Este efecto es menos frecuente con la nortriptilina y con la doxepina.

Dentro de las alteraciones electrocardiográficas más

frecuentes están las modificaciones inespecíficas del ST y de la onda T, del PR y del complejo QRS. El alargamiento del PR es consecuencia de una prolongación en la conducción AV. (6) Los tricíclicos poseen una actividad de tipo quinidínico y pueden tener efectos tanto antiaritmicos como arritmógenos. La eficacia de la imipramina como agente antiaritmico ha sido ya demostrada. (21,33)

La depresión de la función ventricular izquierda suele ser mínima a dosis terapéuticas. La existencia previa de una disfunción importante del ventrículo izquierdo debe tenerse seriamente en cuenta, aunque si la disfunción no es más que moderada los pacientes pueden ser tratados con seguridad. A pesar de que los ADT poseen efectos cardíacos y potencialmente graves, pueden utilizarse con tranquilidad en muchos pacientes con afección cardiovascular siempre que se tengan en cuenta tanto sus efectos como sus interacciones farmacológicas. La sobredosis de los ADT plantea un tratamiento específico cardíaco. (35). Se encuentran las alteraciones electrocardiográficas antes mencionadas además de bloqueo de rama.

Los antidepressivos de la nueva generación presentan menos efectos cardiovasculares. (36,38). El amoxapine y la maprotilina pueden provocar efectos parecidos a los ADT

secundarios y terciarios sobre todo con sobredosis.(36). La maprotilina ejerce menos actividad cardiaca, incluyendo una menor hipotensión ortostática. En estudios realizados refieren que provoca taquicardia ventricular en torsade de pointes (de tipo helicoidal).(37). La trazolona carece casi por completo de efectos anticolinérgicos y problemas de conducción intracardiaca.(21). La sobredosis no ocasiona tantas complicaciones de tipo cardiaco.

Estudios realizados con mianserina, bupropion, nomifensina y la flovoxamina prometen menos efectos significativos sobre el corazón.(33,30)

Los inhibidores de la monoamino-oxidas (IMAO) no provocan taquicardia y tienen escasos efectos directos sobre el corazón.(21,40). Se han descrito alargamientos del QT y arritmias auriculares.(1). Frecuentemente originan hipotensión ortostática, razón por la cual suelen evitarse en pacientes con procesos cardiacos y cerebrovasculares.

Las interacciones de los IMAO con otros fármacos y sustancias que contengan tiramina y la consiguiente crisis hipertensiva limita su utilización.(1,21)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial ocupa el tercer lugar como demanda de consulta en la Unidad de Medicina Familiar "Gustavo A. Madero" del I.S.S.S.T.E. en el año de 1990; así mismo se ha observado que la respuesta al tratamiento es limitada ya que la mayoría de los pacientes acuden frecuentemente refiriendo sintomatología que en pocas ocasiones permite realizar un diagnóstico.

Tollefson Gary y cols. han referido que los estados depresivos principalmente el enmascarado es más frecuente en aquellas personas que cursan con una enfermedad crónica, como es el caso de la hipertensión arterial. Aunado a esto algunos antihipertensivos como los bloqueadores no cardiosselectivos favorecen que la depresión sea más frecuente.

Si el médico no tiene presente los efectos adversos de algunos medicamentos y a ello le agregamos que el paciente cursa con una enfermedad crónica; éstos favorecen la presencia de depresión y esto a su vez ocasiona que la enfermedad sea de difícil control o presente frecuentes exacerbaciones.

Es importante identificar los cambios en el estado de

ánimo de todo paciente hipertenso y compararlos con un grupo de sujetos aparentemente sanos y que permitan modificar el concepto en el manejo de las enfermedades crónicas; en ésta forma se estudiará al paciente integralmente.

J U S T I F I C A C I O N

La tendencia actual de la medicina es el estudio integral del paciente a través del uso de técnicas clínicas (historia clínica completa) y de algunas pruebas psicológicas de fácil aplicación y rápida interpretación lo que permiten al médico tener una visión más clara del comportamiento de la enfermedad y del paciente.

Para la medición de la presión arterial es suficiente el uso del esfigmomanómetro previamente calibrado y del conocimiento clínico del médico para su detección.

La escala de Zung-AMD permite en forma sencilla y rápida identificar los cambios en el estado depresivo, permitiendo que el médico tenga mayor número de elementos para establecer un tratamiento integral.

OBJETIVOS

- Identificar el estado depresivo en pacientes hipertensos.
- Identificar el estado depresivo en un grupo de sujetos clinicamente sanos.
- Identificar tipo de tratamiento antihipertensivo.
- Identificar pacientes con depresión para que en su momento sean tratados.

MATERIAL Y METODOS

- Tipo de Estudio:

Casos y controles, transversal.

- Población, lugar y tiempo:

Se tomará una muestra en base a fórmula para población menor de 10,000.....

Obteniendo una muestra de 100 pacientes con los siguientes criterios:

- Criterios de Inclusión:

- Pacientes mayores de 40 años.
- Ambos sexos.
- Expediente activo.
- Con diagnóstico de hipertensión arterial.
- Que desean cooperar.

- Criterios de Exclusión:

- Pacientes bajo tratamiento con alfa metildopa o reserpina.
- Pacientes con enfermedad psiquiátrica ya diagnosticada.
- Pacientes bajo tratamiento con antidepresivos.
- Con otra enfermedad crónico-degenerativa agregada.

- Criterios de Inclusión de Grupo Control:

- Sujetos clínicamente sanos.
- Ambos sexos.
- Expediente activo.
- Mayores de 40 años.
- Que deseen cooperar.

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar, Gustavo A. Madero del I.S.S.S.T.E., ubicada en Calzada de Guadalupe # 712 Col. Tepeyac Insurgentes, D.F., en un periodo comprendido entre Octubre de 1990 a Agosto de 1991.

- Medición de variables:

Se analizó con estadísticas descriptivas: frecuencias.

Instrumento de Información:

Los datos de los pacientes se registraron en el instrumento ya establecido por el Dr. Zung (anexo I) o EAMD la cual consta de un apartado para ficha de identificación del paciente donde contiene nombre, edad, número de expediente, médico tratante, tipo de tratamiento, evolución de la enfermedad en años. Otro apartado consta de 20 preguntas fáciles, de lenguaje común, basadas en la

sintomatología más frecuente de la depresión las cuales son contestadas marcando con una cruz (X) de acuerdo a la frecuencia de su presentación; esta se divide en cuatro apartados que son: muy pocas veces, algunas veces, la mayor parte del tiempo y continuamente. Cada una de las respuestas se califican con una puntuación que va de 1 a 4.

Al final del cuestionario se realiza una sumatoria y se anota en el apartado referente a "calificación total" posteriormente ésta se clasifica de acuerdo a la calificación básica para realizar el diagnóstico del grado de depresión o normalidad del paciente.

RESULTADOS

Se estudió un total de 100 pacientes los cuales reúnen los criterios de inclusión y exclusión. De éstos: 50 cursan con hipertensión arterial esencial y 50 son clínicamente sanos, todos ellos son derechohabientes de la Clínica "Gustavo A. Madero" del I.S.S.S.T.E. durante el año de 1991.

El número de pacientes femeninos fueron 59 (59%) y pacientes masculinos 41 (41%) todos ellos con una edad entre 40 y 70 años; con un promedio de 50 años para el sexo femenino y de 52 para el sexo masculino. (Cuadro I).

Del grupo de pacientes hipertensos predominó el sexo femenino con 31 (62%) y 19 varones (38%). (Cuadro II).

Dentro del grupo de sujetos clínicamente sanos también predominaron las mujeres con 28 (56%) y los varones con 22 (44%). (Cuadro III).

El grupo de pacientes con hipertensión arterial todos se encuentran bajo tratamiento médico antihipertensivo, en donde se observó que 31 (62%) están controlados con un beta-bloqueador (metoprolol); 9 (18%) con un IECA (captopril); 3 (6%) asocian metoprolol con un calcioantagonista (nifedipina); 2 (4%) con metoprolol más un diurético (clortalidona); 1 (2%) con captopril más nifedipina más clortalidona; 1 (2%) sólo con clortalidona y por último

1 (2%) con metoprolol más captopril. (Cuadro IV).

Tanto al grupo de hipertensos como de sujetos sanos se les aplicó la EAMD o Escala de Zung en donde de acuerdo a la calificación básica encontramos que con una puntuación menor de 40 (Normal) se encontró 42 (42%) pacientes de los cuales 23 (23%) son varones y 19 (19%) mujeres. De 40 a 47 (depresión moderada) se encontró 34 (34%) pacientes en donde 13 (13%) son varones y 21 (21%) son mujeres. De 48 a 55 (depresión marcada) se obtuvo un total de 22 (22%) pacientes; 4 (4%) son varones y 18 (18%) son mujeres. Con una puntuación mayor de 56 (depresión grave) se obtuvo solo dos pacientes (2%) siendo un varón y una mujer. (Cuadro V).

Del total de pacientes estudiados 42 (42%) se encuentran dentro de lo normal y 58 (58%) se encuentran con algún grado de depresión la cual predomina en el sexo femenino. (Cuadro VI).

Dentro del grupo de sujetos sanos también predomina el sexo femenino con 28 (56%) y varones 22 (44%). En este grupo es mayor el número de sujetos que se encuentran dentro de la normalidad, encontrando un número equitativo por sexo (15) siendo el 30% tanto en hombres como en mujeres. Dentro de la depresión moderada se encontró 6 (12%) hombres y 5 (10%) mujeres; en la depresión marcada se encontró un hombre (2%)

y 8 (16%) mujeres; en la depresión grave no se obtuvo ningún paciente. (Cuadro VII).

Tomando en cuenta los términos normalidad y anormalidad (depresión) se observó que 30 de los 50 pacientes estudiados (60%) se encuentran dentro de la normalidad y 20 (40%) cursan con algún grado de depresión y de éstos últimos predomina en el sexo femenino con 13 (26%) pacientes. (Cuadro VIII).

En el grupo de pacientes con hipertensión arterial se encontró 12 (24%) pacientes dentro de la normalidad y 38 (76%) pacientes con algún grado de depresión en donde se observa que también predomina el sexo femenino. (Cuadro IX).

De acuerdo a la EAMD dentro de la puntuación menor de 40 se encontró 8 (16%) varones y 4 (8%) mujeres; en la puntuación de 40 a 47 se encontró 7 (14%) varones y 16 (32%) mujeres; de 48 a 55 se encontró 3 (6%) varones y 10 (20%) mujeres; en la puntuación mayor de 56 se obtuvo 2 (4%) pacientes: un varón (2%) y una mujer (2%). (Cuadro X).

Se observó que 27 (54%) pacientes hipertensos controlados con metoprolol ya sea monoterapia o combinado con algún otro antihipertensivo de los antes mencionados cursan con algún grado de depresión y 23 (46%) pacientes se encuentran bajo tratamiento con otras combinaciones de

antihipertensivos.

De los 27 (54%) pacientes hipertensos llama la atención que 23 (46%) se encuentran bajo tratamiento únicamente con metoprolol y los otros 4 (8%) pacientes con otra de las combinaciones ya mencionadas.

CUADRO I
DISTRIBUCION POR SEXO DEL GRUPO DE ESTUDIO EN
PACIENTES DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

SEXO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
HOMBRE	41	41%
MUJER	59	59%
TOTAL	100	100%

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO II
DISTRIBUCION DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
POR SEXO DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

SEXO	No. PACIENTES	%
HOMBRE	19	38
MUJER	31	62
TOTAL	50	100

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO III
DISTRIBUCION DEL GRUPO CONTROL POR SEXO
DE LA CLINICA GUSTAVO A MADERO 1991.

SEXO	No. PACIENTES	%
HOMBRE	22	44
MUJER	28	56
TOTAL	50	100

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO IV
TIPO DE TRATAMIENTO Y DISTRIBUCION POR SEXO
DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

MEDICAMENTO	No. PACIENTES	HOMBRE (%)	MUJER (%)	TOTAL (%)
Metoprolol	31	12 (24%)	19 (38%)	62
Metoprolol + Nifedipina	3	2 (4%)	1 (2%)	6
Metoprolol + Clortalidona	2	--	2 (4%)	4
Captopril	9	1 (2%)	8 (16%)	18
Captopril + Clortalidona	2	2 (4%)	--	4
Captopril + Nifedipina + Clortalidona	1	1 (2%)	--	2
Clortalidona	1	--	1 (2%)	2
Metoprolol + Captopril	1	--	1 (2%)	2
TOTAL	50	18 (36%)	32 (64%)	100

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO V

DISTRIBUCION POR SEXO DEL GRUPO DE ESTUDIO EN BASE A LA CALIFICACION EAMD DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

EAMD	MASCULINO (%)	FEMENINO (%)
- 40=NORMAL	23 (23%)	19 (19%)
40-47=D.Mod.	13 (13%)	21 (21%)
48-55=D.Marc.	4 (4%)	18 (18%)
+ 56=D.Grave.	1 (1%)	1 (1%)
TOTAL	41 (41%)	59 (59%)

D.Mod.-Depresion moderada.

D.Marc.-Depresion marcada.

D.Grave.-Depresion grave.

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO VI

DISTRIBUCION DEL GRUPO DE ESTUDIO EN BASE A LA CALIFICACION EAMD, NORMAL/DEPRESION DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

EAMD	No. PACIENTES	%
NORMAL	42	42
DEPRESION	58	58

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO VII
DISTRIBUCION DE SUJETOS SANOS EN BASE A LA CALIFICACION
DE LA EAMD EN LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

EAMD	MASCULINO (%)	FEMENINO (%)
- 40=Normal	15 (30%)	15 (30%)
40-47=D.Mod.	6 (12%)	5 (10%)
48-55=D.Marc.	1 (2%)	8 (16%)
+ 56=D.Grave.	--	--
TOTAL	22 (44%)	28 (56%)

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO VIII
DISTRIBUCION DE SUJETOS SANOS EN BASE A LA CALIFICACION
DE LA EAMD, NORMAL/DEPRESION DE LA CLINICA GUSTAVO
A. MADERO 1991.

EAMD	MASCULINO (%)	FEMENINO (%)
NORMAL	15 (30%)	15 (30%)
DEPRESION	7 (14%)	13 (26%)
TOTAL	22 (44%)	28 (28%)

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO IX
 DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL
 EN BASE A LA CALIFICACION DE LA EAMD, NORMAL/DEPRESION
 DE LA CLINICA GUSTAVO A. MADERO 1991.

EAMD	MASCULINO (%)	FEMENINO (%)	TOTAL (%)
NORMAL	8 (16%)	4 (8%)	12 (24%)
DEPRESION	11 (22%)	27 (54%)	38 (76%)
TOTAL	19 (38%)	31 (62%)	50 (100%)

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

CUADRO X
 DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL EN
 BASE A LA CALIFICACION DE LA EAMD EN LA CLINICA GUSTAVO A.
 MADERO 1991.

EAMD	MASCULINO (%)	FEMENINO (%)
- 40=Normal	8 (16%)	4 (8%)
40-47=D. Mod.	7 (14%)	16 (32%)
48-55=D. Marc.	3 (6%)	10 (20%)
+ 56=D. Grave.	1 (2%)	1 (2%)
TOTAL	19 (38%)	31 (62%)

FUENTE: Hoja de recoleccion de datos.

D I S C U S I O N .

La hipertensión arterial esencial se presenta aproximadamente en el 90% de la población con enfermedad de origen vascular o cardiovascular, predomina en el sexo femenino y se presenta entre los 25 y 55 años de edad. (1,2)

La depresión en sus diferentes grados se presenta con mayor frecuencia en la edad de la adolescencia y posteriormente entre la tercera y la quinta década de la vida. Es más frecuente en el sexo femenino y ocupa el cuarto lugar dentro de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. (17,19)

El diagnóstico clínico de la hipertensión arterial así como de la depresión se realiza con mayor frecuencia en las clínicas del primer nivel de atención.

Estudios realizados por varios autores (4,5,22) se observó que tanto la hipertensión arterial como la depresión se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino después de la cuarta década de la vida.

En el presente trabajo se estudió un total de 100 sujetos a quienes se les aplicó la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) en donde se observó que el 58% presentan un cierto grado de depresión y el 42% se encuentra dentro de

la normalidad. En cuanto al sexo se presenta en un 59% en la mujer y 41% en el varón.

Esto corrobora que si sigue presentándose más frecuentemente en el sexo femenino, sin embargo, tomando en cuenta que no es mucha la diferencia en cuanto a porcentaje, se sabe que la mujer acude con mayor frecuencia a la consulta médica, que además expresa más fácilmente sus inquietudes y sus molestias a su médico tratante. (1,2,21,26)

En los pacientes con hipertensión arterial se observó en un 76% con un grado de depresión cayendo la mayoría dentro de la hipertensión moderada (32%); siguiéndole la depresión marcada (20%). También se observó que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial se encuentran bajo tratamiento con un beta bloqueador (metoprolol), esto nos hace pensar qué tanta influencia tiene éste medicamento para que el paciente se deprima o si previamente a la detección de su enfermedad el paciente se encontraba deprimido, de lo contrario, tomando en cuenta su acción central de dicho hipertensivo; el paciente bajo este tratamiento ya sea que se agudice su estado depresivo o se presente posterior a un tiempo considerable de tratamiento. Se sabe que dentro de sus efectos indeseables que causa el metoprolol es la depresión.

En el grupo de sujetos sanos se observó que 40% presentan depresión y 60% se encuentran dentro de la normalidad. En relación al grupo de estudio se aprecia una diferencia considerable (76% en hipertensos), esto hace pensar si realmente el paciente con hipertensión posteriormente desarrolla una depresión o si de lo contrario ya la presentaba antes de saberse hipertenso.

La escala AMD es un instrumento accesible, práctico y de fácil manejo por el médico de primer nivel; éste nos permite aplicarlo en unos minutos en la consulta diaria sin interrumpir sus actividades ya que se encuentra en un lenguaje que puede ser comprendido por todo público. (26)

De todos los pacientes diagnosticados como deprimidos con la EAMD hay que valorar quienes requieren de tratamiento a base de psicoterapia y quienes con medicamentos además de la psicoterapia. Así mismo es importante valorar quienes requieren de tratamiento hospitalario.

En base a lo anterior el médico de primer nivel dará la orientación e información al paciente de acuerdo a las necesidades individuales y a su vez solicitar ayuda de un equipo multidisciplinario pues el objetivo final es brindarle al paciente un estado de salud integral.

CONCLUSIONES .

- La hipertensión arterial sigue siendo una de las más frecuentes en la consulta de primer nivel.
- La depresión, en sus diferentes grados se presenta con frecuencia en la edad adulta con o sin enfermedad agregada en el sexo femenino.
- La hipertensión arterial acompañada de depresión se presenta en un gran número de pacientes que acuden a consulta de primer contacto.
- La escala AMD o de Zung resulta un instrumento clínico práctico para la detección de depresión en todo tipo de sujetos que acuden a la consulta médica de primer nivel.
- El médico de primer nivel puede aplicar la EAMD a todo paciente que reúna los criterios principales de depresión.
- En base al estudio realizado y a los resultados obtenidos se dió orientación e información al paciente que los requería.

A N E X O I .

Instrumento de recolección de datos para el protocolo de investigación "Detección del Estado Depresivo en Pacientes con Hipertensión Arterial y un grupo de Sanos".

Hoja de recolección de datos.

Ficha de Identificación.

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 No. EXPEDIENTE: _____ MEDICO TRATANTE: _____
 TIPO DE TRATAMIENTO: _____ EVOLUCION (años) _____

SINTOMAS	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continúa
Me siento abatido y melancólico.	1	2	3	4
En la mañana me siento mejor.	4	3	2	1
Tengo accesos de llanto y deseos de llorar.	1	2	3	4
Me cuesta trabajo dormir por la noche.	1	2	3	4
Como igual que antes solia hacerlo.	4	3	2	1
Todavía disfruto de las relaciones sexuales.	4	3	2	1

SINTOMAS	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente.
Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
Tengo molestias de estreñimiento.	1	2	3	4
El corazón me late más aprisa que de costumbre.	1	2	3	4
Me canso sin hacer nada.	1	2	3	4
Tengo la mente tan clara como antes.	4	3	2	1
Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro .	4	3	2	1
Me siento intranquilo, no puedo mantenerme quieto.	1	2	3	4
Tengo esperanza en el futuro.	4	3	2	1
Estoy más irritable de lo usual.	1	2	3	4
Me resulta fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
Siento que soy útil y necesario.	4	3	2	1
Mi vida tiene bastante interés.	4	3	2	1
Creo que les haría un favor a los demás muriéndome.	1	2	3	4

SINTOMAS	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Continuamente.
Todavía disfruto con las mismas cosas.	4	3	2	1

CALIFICACION TOTAL

CALIFICACION BASICA

DIAGNOSTICO(S):

OBSERVACIONES:

B I B L I O G R A F I A .

- 1.-Hurst,W.J.:Hipertensión arterial sistémica. En: Harriet, P.D. El Corazón.México;6a. Edición. Interamericana. Mc Graw-Hill. 1986:1157.
- 2.-Gordon,H.W. y Braunwald,F.:Vasculopatía Hipertensiva. En: Harrison.Braunwald,E. y Isselbacher,K.J.:Principios de Medicina Interna.México;11a. Edición.Interamericana.Mc Graw-Hill.1988:1261.
- 3.-The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection.Evaluation and Treatment of High Blood Pressure:Arch.Intern.Med.1984;144:543.
- 4.-Bulpitt,C.J.,Dollery,C.T.,and Corne,S.:Change in Symptoms of Hypertensive Patients after Referral to Hospital Clinic.Br.Heart J. 1986;38:121.
- 5.-Davis,B.A.,Crook,J.E.,Vestal,R.E. y cols.:Prevalence of Renovascular Hypertension in Patients with Grade III or IV Hypertensive Retinopathy.N.Engl.J.Med. 1987;301:1273.
- 6.-Kannel,W.B.,Gordon,T.andd Offutt,D.:Left Ventricular Hypertrophy by Electrocardiogram.Prevalence,Incidence,and mortality in the Framingham Study.Ann.Intern.Med. 1989;71:89.

7. -Murphy, M.L., Thenabadu, P.N., Soyza, N.D., y cols.:Reevaluation of Electrocardiographic Criteria for Left, Right and Combined Cardiac Ventricular Hypertrophy. *Am. J. Cardiol.* 1986; 53:1140.
8. -Luft, F.C., and Weinberger, M.H.: Sodium Intake and Essential Hypertension. *Hypertension.* 1986; 4:14.
9. - Stamler, R., Stamler, J., Riedlinger, N.F., y cols.: Weight and Blood Pressure. Findings in Hypertension Screening of 1 Million Americans. *JAMA.* 1988; 24:1607.
10. -Mac Gregor, G.A., Markandu, N.D., Best, F.E., y cols.: Double Blind Randomised Crossover Trial of Moderate Sodium Restriction in Essential Hypertension. *Lancet*; 1987; 1:351.
11. -Reisin, E., Abel, R., Modan, M., y cols.: Effect of Weight Loss Without Salt Restriction on the Reduction of Blood Pressure in Overweight Hypertensive Patients. *N. Engl. J.* 1990; 1:298.
12. -Langford, H. G. and Watsou, R. L.: Obesity and Hypertension. *JAMA.* 1989; 1:764.
13. -Tannen, R. L.: Effects of Potassium on Blood Pressure Control. *Ann. Intern. Med.* 1990; 98:773.
14. -Iimura, O., Kijama, T., Kikuchi, K., y cols.: Studies on the Hypotensive Effect of High Potassium Intake in Patients with Essential Hypertension. *N. Engl. J. Med.* 1989; 6:77.

- 15.-Myron,H.W.:The Relationship of Sodium Balance and Concomitant Diuretic Therapy to Blood Pressure Response with Calcium Channel Entry Blockers.Am.J.Med. 1991;90:15.
- 16.-Weber,A.M.,Smith,D.H.,Noutel,J.M. y cols.:Cardiovascular and Metabolic Characteristics of Hypertension.Am.J.Med. 1991;91:4.
- 17.-DSM-III-R:Trastornos del Estado de Animo En:Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales.American Psychiatric.1991;148:870.
- 18.-Zanarini,C.M.,Gunderson,G.J. y cols.:The Face Validity of the DSM-III and DSM-III-R Criteria Sets for Borderline Personality Disorder.Am.J.Psychiatry.1991;148:870.
- 19.-Anthony,J.E.:Depresión y Existencia Humana.These Benedek Salvat en:Módulo de Psicología Médica,Psiquiatria y Salud Mental.Facultad de Medicina.U.N.A.M.1986.
- 20.-Rosaword,T.L. y Larry,E.F.:Hipertensión En:Dunagan C. y Ridner,M.L.Manual de Terapéutica Médica. 7a. Edición.Editorial Salvat.1990:87.
- 21.-Uriarte,V.Antidepresivos
En:Uriarte,V.Psicofarmacología,México.3a. Edición.Editorial Trillas. 1990:29.
- 22.-David,J.D.:Christmas and Depression in Family Practice.1985;17:1083.

- 23.-Cibir, R., Argimon, J.M., Boada, J.M.: La Depresión como Problema de Salud en Atención Primaria. Atención Primaria. 1986;3:65.
- 24.-Johnson, D.: Treatment of Depression General Practice. Br. Med. J. 1986;18:20.
- 25.-Tollefson, G. y cols.: Depressive Syndromes in a Primary Setting: Evaluation, Classification and Outcoms. Comprehensive Psychiatry. 1987;24:144.
- 26.-Zung, W.W.: La Escala de Automedición de la Depresión. Arch. Gen. Psychiat. 1965;12:63.
- 27.-Federoff, J.P., Starkster, S.E. y cols.: Are Depressive Symptoms Nonspecific in Patients with Acute Stroke. Am. J. Psychiat. 1991;148:1172.
- 28.-Gunderson, J.G., Phillips, K.A.: A Current View of the Interface Between Borderline Personality Disorder and Depression. Am. J. Psychiat. 1991;148:967.
- 29.-Gillote, R.D., Oxman, T.E.: Tricyclic Antidepressant Drugs in the Ambulatory Treatment of Depression. J. Fam. P. 1988;17:342.
- 30.-Shapiro, P.A.: Nortriptyline Treatment of Depressed Cardiac Transplant Recipients. Am. J. Psychiat. 1991;148:371.
- 31.-Fava, G.A., Kellner, R.: Prodromal Symptoms in Affective Disorders. Am. J. Psychiat. 1991;148:323.

- 32.-Keitner, G.I., Ryan, C.E. y cols.: 12-Month Outcome of Patients with Major Depression and Comorbid Psychiatric or Medical Illness. (Compound Depression). Am. J. Psychiat. 1991; 148:345.
- 33.-Raskind, M., Veith, R., Barnes, R., and Gumbrecht, G.: Cardiovascular and Antidepressant Effects of Imipramine in the Treatment of Secondary Depression in Patients with Ischemic Heart Disease. Am. J. Psychiat. 1988; 139:1114.
- 34.-Jefferson, J.W.: Treating Affective Disorders in the Presence of Cardiovascular Disease. Psychiatr. Clin. North Am. 1987; 6:141.
- 35.-Veith, R.C., Raskind, M.A., Caldwell, J.H. y cols.: Cardiovascular Effects of Tricyclic Antidepressants in Depressed Patients with Chronic Disease. N. Engl. J. Med. 1990; 306:954.
- 36.-Wenger, T.L., Cohn, J.B., and Bustrack, J.: Comparison of the Effects of Bupropion and Amitriptyline of Cardiac Conduction in Depressed Patients. J. Clin. Psychiat. 1989; 44:174.
- 37.-Stoudemire, A., Hill, C.D., Morris, R. y cols.: Cognitive Outcome Following Tricyclic and Electroconvulsive Treatment of Major Depression in the Elderly. Am. J. Psychiat. 1991; 148:1336.

- 30.-Steven, P.R., Gregory, W.D., Glassman, A.H. y cols.: Cardiovascular Effects of Bupropion in Depressed Patients with Heart Disease. Am. J. Psychiat. 1991; 148:512.
- 39.-Biederman, J., Newcorn, J. and Sprich, S.: Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Conduct, Depressive, Anxiety, and Other Disorders. Am. J. Psychiat. 1991; 148:564.
- 40.-Gerber, J.G. y Nies, A.S.: Agentes Antihipertensivos y Farmacoterapia de la Hipertensión En: Goodman, G.A., Rall, W.T. y Nies, S.A.: Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica. México; 8a. Edición. Editorial Panamericana. 1991:766.