



11226



63
24

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE, OAXACA

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA

DRA. ANA MARIA LOBO SIBAJA.



ISSSTE
CLINICA DE MEDICINA
FAMILIAR
Oaxaca, Oax.

OAXACA DE JUAREZ, OAX; MARZO DE 1999

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

271493



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.


INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

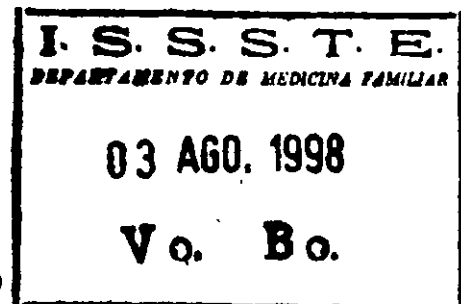
DRA. ANA MARIA LOBO SIBAJA

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
HIPERTENSION ARTERIAL


DRA. OLIVIA CRUZ GARCIA
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN OAXACA

ASESOR 
DR. JOAQUIN BERNAL PEREZ


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y
MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E



OAXACA DE JUAREZ, OAX., MARZO DE 1998

EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL

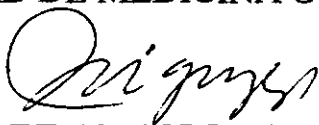
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

DRA. ANA MA. LOBO SIBAJA

AUTORIZACIONES


DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA DEL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U. N. A. M

INDICE GENERAL

CAPITULO:	PAGINA
1. MARCO TEORICO.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3. JUSTIFICACION.....	9
4. OBJETIVOS.....	11
5. METODOLOGIA.....	12
a) TIPO DE ESTUDIO.....	12
b) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO.....	12
c) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	12
d) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION.....	12
CRITERIOS DE ELIMINACION.....	13
e) VARIABLES DE MEDICION.....	13
f) CAPTURA DE INFORMACION.....	13
g) ELABORACION DE DATOS.....	13
h) CONSIDERACIONES ETICAS.....	14
6. RESULTADOS.....	15
7. DISCUSION.....	41
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	44
10. ANEXOS.....	47

1.- MARCO TEORICO:

El no de los grandes ideales del hombre y por el que debe luchar siempre es el de ser mejor cada día, el concepto de lo mejor es un resultado natural de la evolución misma y el afán de alcanzarlo dignifica la personalidad. La aspiración moral de lo mejor, no es privilegio exclusivo de nadie, es un patrimonio de toda la humanidad.

El ideal del ser humano de mejorar su vida, alimenta y perfecciona su conducta, ya que ese idealismo es en realidad un afán de cultura intensa, suficiente para que esa conducta nunca se desintegre, y si en cambio, se logre una integración completa entre los factores más importantes de esa conducta humana: lo afectivo, lo biológico y lo espiritual.

El sentido humanístico de mejorar la conducta humana en todos sus aspectos, lleva necesariamente como consecuencia al más puro concepto de *calidad de vida*, ya que la filosofía científica no rechaza la existencia del espíritu en el hombre, porque mediante el estudio de los hechos y de las relaciones entre los mismos, reconoce la presencia del espíritu como fuerza coordinadora de la inteligencia humana.

El concepto de *calidad de vida* no es algo utópico, ni inalcanzable, sino por el contrario, es real, tangible y concreto y para lograrlo solo se requiere de talento, conocimiento, imaginación y sobre todo voluntad.

Claramente CV significa diferentes cosas para diferentes personas, reflejando el propio punto de vista particular de cada uno de ellos. (1)

Durante muchas décadas, la medicina moderna y también gran parte de la vida moderna en general han estado dominadas por la *cantidad*. Quizá contra una reacción contra esta tiranía numérica, los años ochenta han aportado un interés rápidamente creciente por la *calidad de vida*. (Gorlin, R., Hugenholtz, P.) (2, 22, 25).

Hoy, CV es una expresión casi tópica, que se utiliza en tres tipos de contexto, según Gracia: descriptivo, evaluativo y normativo o prescriptivo. (1).

En primer lugar, el término descriptivo, CALIDAD, viene latín Qualitas que significa “aquellos que convierte a una persona en CUAL, por lo que la individualiza y la diferencia de los demás seres”. La CUALIDAD por antonomasia del ser humano es la razón, de modo que CV viene a identificarse con racionalidad. En este primer nivel puramente descriptivo CV es sinónimo de vida humana. Así la AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION utiliza la expresión CV para designar la condición humana del enfermo. En Castellano CV tiene un segundo sentido, el de CALIDEZ, la CUALIDAD de lo CALIDO o lo que tiene calor. CV sería pues tanto como vida cálida, agradable, comfortable.(1, 23)

En segundo lugar la expresión CV tiene carácter evaluativo. Así como se utilizan métodos de control de calidad en los procesos industriales, también es necesario aplicarlas para conocer la CV humana. Solo cambian las variables a medir. La determinación de estas variables ha sido tema clásico de las ciencias económicas y sociales de las últimas décadas.(1, 24)

Por último, el término CV tiene una condición rigurosamente ética, prescriptiva, que permite diferenciar lo bueno de lo malo, lo que se debe hacer de lo que no se debe hacer, lo permitido de lo prohibido. CV pasa de ser un Índice Estadístico a convertirse en una norma de moralidad. (1, 25)

En la conferencia de Portugal sobre la perspectiva epidemiológica de CV, el Dr. Margolese señaló que este concepto de Calidad de Vida es nuevo en el pensamiento médico, que en los primeros tiempos los problemas médicos fueron simples y la primera empresa fue la supervivencia. Hoy nos enfrentamos principalmente con enfermedades crónicas y la empresa principal es lograr una mejor CV. (1)

El concepto de CV está basado en una función y en el grado de satisfacción de ésta. La evaluación de CV debe incluir cuatro elementos fundamentales: función física, bienestar somático (síntomas), función psicológica y social y status económico. (1)

La evaluación del impacto de la enfermedad y del tratamiento en la *calidad de vida* de los pacientes es sumamente importante, pero muy difícil de cuantificar objetivamente. (3)

En padecimientos crónicos, es especialmente importante evaluar el bienestar subjetivo, la capacidad de realizar las actividades sociales y la capacidad funcional que se esperan del individuo. (4)

Se deben considerar algunos conceptos básicos al evaluar *calidad de vida*:

- a) El término CV es un concepto multidimensional; es muy difícil decidir que variables deben incluirse y ello depende de la finalidad del estudio
- b) Es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento.
- c) Si se acepta como entidad, debe reconocerse que han de existir maneras de medirla en cantidad y calidad.
- d) Es una experiencia subjetiva y se espera gran variabilidad. No existe acuerdo sobre quién debe decidir en las prioridades de información a incluirse al diseñar un instrumento que la mida.
- e) Los instrumentos para medir CV deben verse como herramientas adicionales del clínico en la evaluación integral del paciente.
- f) Como cualquier instrumento que se desee utilizar en la investigación y en la práctica clínica, debe reunir requisitos metodológicos. (4)

La CV se ha estudiado ampliamente en la investigación oncológica y más recientemente en la investigación cardiovascular, del SIDA, en gastroenterología y en las enfermedades reumáticas. (4)

Dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares se considera a la Hipertensión Arterial que en nuestro país, al igual que a nivel mundial es una de las enfermedades crónicas de mayor magnitud y trascendencia. Para enfrentar el problema la Secretaria de Salud a través de la Dirección General de Medicina Preventiva elaboró en el año de 1985 el Programa de Prevención y Control de Hipertensión Arterial y el 13 de Noviembre de 1986 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Técnica Número 66 para la Prevención y Control de la Hipertensión Arterial Esencial en la Atención Primaria a la Salud. A partir de 1985 en Departamento de Prevención y control de Enfermedades Hipertensivas e Isquémicas del Corazón, revisa y actualiza anualmente el Programa de Prevención y Control de la Hipertensión arterial. (5)

Mencionaré algunos aspectos básicos sobre el padecimiento que nos ocupa. En primer lugar se entiende como Presión Arterial la tensión que resulta de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales para permitir el flujo sanguíneo. Su valores habituales en población de 18 años y mayores son las siguientes:

PRESION ARTERIAL en mm. De Hg.	CLASE*
DIASTOLICA < 85 86 a 89	Normal Normal Alta
SISTOLICA < 130 131 a 139	Normal Normal Alta

- Con respecto a riesgo vascular.

La Organización Mundial de la Salud define la Hipertensión como Diastólica o Sistólica. (6) Las cifras de presión arterial son aquellas que con el tiempo implican riesgo cardiovascular. Para sujetos de 18 años y mayores se clasifica de la siguiente forma:

PRESION ARTERIAL en mm. de Hg.	CLASE
<p style="text-align: center;">DIASTOLICA</p> <p style="text-align: center;">90 a 99</p> <p style="text-align: center;">100 a 109</p> <p style="text-align: center;">110 a 119</p> <p style="text-align: center;">120 o más</p>	<p style="text-align: center;">Hipertensión Leve</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión Moderada</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión Grave</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión muy Grave</p>
<p style="text-align: center;">SISTOLICA</p> <p style="text-align: center;">140 a 159</p> <p style="text-align: center;">160 a 179</p> <p style="text-align: center;">180 a 209</p> <p style="text-align: center;">210 o más</p>	<p style="text-align: center;">Hipertensión Leve</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión Moderada</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión Grave</p> <p style="text-align: center;">Hipertensión muy Grave</p>

Hay que diferenciar entre Hipertensión Arterial Esencial o Primaria e Hipertensión Arterial Secundaria.

La primera se define como la elevación sostenida de la presión arterial, sin causa orgánica o funcional identificable. La segunda es la elevación sostenida de la presión arterial, con causa orgánica o funcional justificable. (7)

La evolución de la Hipertensión Arterial se modifica por factores tales como: edad, raza, sexo, tabaco, consumo de alcohol, colesterol sérico, peso corporal, stress. (8)

El ejercicio ayuda a disminuir la grasa y el peso corporal, reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares y produce un efecto benéfico en el colesterol y los triglicéridos sanguíneos.

También es capaz de contrarrestar una vida pasiva y sedentaria que induce a comer demasiadas grasas y alimentos ricos en calorías, además de que levanta el ánimo. (9)

La recomendación actual es que no más del 30 % de la cantidad total de calorías que las personas consumen todos los días deben provenir de las grasas. Lo ideal es que las grasas saturadas representen menos del 10% de la cantidad total de calorías, y que el 20% restante se divida entre grasas poli-insaturadas y las mono-insaturadas. (10)

La incidencia de Hipertensión Arterial comienza a aumentar, y la prevalencia se duplica en las personas que beben seis o más bebidas alcohólicas al día en comparación con quienes no beben. Los estudios de intervención demuestran que la presión arterial regresa rápidamente a la normalidad cuando el uso de alcohol se disminuye o se suspende. (11)

El riesgo de sufrir un Infarto Agudo al Miocardio y de morir por causa de cardiopatía isquémica es menor en quienes beben con moderación (disminuye el riesgo coronario en 25 - 40 que en quienes no beben). (11)

En los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo el estilo de vida y el estrés tienen efecto en el cuidado de la salud y en la calidad de vida. Serán más frecuentes ciertas enfermedades relacionadas con el estrés: muchas serán crónicas y estarán asociadas con hormonas, como el cortisol, que durante períodos de estrés se produce en cantidades diez veces mayores a lo normal.

El estrés crónico puede causar aumento del cortisol casi todo el día, lo que puede conducir a cambios fisiológicos significativos con repercusiones indeseables. La función inmune se deteriora por el aumento de cortisol, que además aumenta la susceptibilidad a enfermedades cardiovasculares y a la hipertensión arterial. (12)

Los estudios de prevención primaria en sujetos hipertensos han estado enfocados hacia el descenso tensional hasta unos valores determinados (habitualmente una diastólica de 95 mm. de Hg ó menos) y a evaluar el efecto de este descenso sobre la frecuencia de la agresión y / o el infarto del miocardio. Sin embargo, dado que los betabloqueadores han demostrado reducir la frecuencia de la mortalidad de origen cardíaco, de la muerte súbita y del reinfarto entre los enfermos que se recuperan de su primer infarto, parece posible que un betabloqueador ejerza un efecto profiláctico primario además de su acción antihipertensiva en pacientes hipertensos. (Wilhelmsen, L., Bühler, F .) (2) (14).

Quiero señalar que la calidad de vida es una medida psicométrica importante en pacientes crónicos, los nuevos cuestionarios constan de reactivos agrupados en 8 escalas: salud, sueño, comportamiento emocional, movilidad, relaciones sociales, tiempos de ocio y trabajo.(13, 14)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El ciclo natural del ser humano de nacer, crecer, reproducirse y morir, ubica al médico como factor determinante de enlace entre ese mismo hombre y el concepto del buen nacer, crecer, reproducirse y morir.

Este concepto aparente y superficialmente es totalmente simplista, pero en la profundidad del mismo existe un universo insospechado de valores, es por eso que el ejercicio de la medicina es un aspecto de la fé en la dignificación y en la magnificación humana.

La vida humana va desde el vivir biológico hasta el vivir con plenitud de "humanización", ¿Con qué parámetros se mide la condición "humana" del vivir humano? . El término CV comenzó a usarse en el lenguaje culto de los países occidentales a partir de los años 50' y adquirió una connotación semántica precisa a partir de los años 70'.

En nuestro país se ha iniciado el uso de esta metodología para determinar CV en pacientes reumáticos y cardiópatas. Sin embargo, no se tienen estudios en hipertensos, siendo que la Hipertensión Arterial Es un padecimiento frecuente "entre la población mayor de 40 años de edad, en este momento se calcula que hay 8' 000, 000 de hipertensos en el país, de los cuales el 60% desconoce su problema".

¿ Es satisfactoria la *calidad de vida* de los pacientes con HAS que acuden a tratamiento y control al consultorio No. 9 Turno Vespertino de la Unidad de Medicina Familiar ISSSTE, Oax.,?

¿Cuál es el índice de satisfacción de la *calidad de vida* en pacientes con HAS según :

- a) edad
- b) sexo
- c) escolaridad
- d) estado civil ?

3.- JUSTIFICACION:

Durante la última década la CV se ha ido transformando en una importante medida del impacto de los cuidados médicos. La escalada creciente de los costos de tratamiento han contribuido a que se centrara la atención en los impactos de la tecnología médica sobre la calidad de vida de los pacientes. (15)

En los próximos años los países occidentales cambiarán mucho su estructura de población, será más vieja y habrá gente que alcanzará edades más avanzadas. Al aumentar las expectativas de vida de la población, aumentan las enfermedades crónicas y las inutilidades o incapacidades, planteándose la necesidad de proveernos de programas costo - efectividad / utilidad en ancianos y en población mayor, para ello quienes desarrollan planes sociales o de salud, requieren mejorar su información y definir más claramente las necesidades. (15)

La forma de enfocar al paciente y sus problemas por el médico viene determinada por el modelo conceptual que establece las reglas entre el profesional y la persona. El modelo dominante en medicina hoy es el llamado “biomédico” u organicista que asume que la enfermedad es debida a una alteración biológica. (1)

El relieve de los síntomas, el retraso del avance de la enfermedad y las mejoras en la capacidad funcional se han convertido en los principales objetivos estratégicos de la terapéutica. Estos objetivos sólo pueden ser conseguidos con éxito si tenemos en cuenta la estimación de bienestar de los pacientes. Bienestar subjetivo, comportamiento social pleno y estado funcional son cuestiones de preocupación creciente en las sociedades en las cuales la mayoría de los impactos de sufrimiento provienen de las enfermedades crónicas para las que no es posible el tratamiento curativo como en otros casos. Lo que importa en la última década del Siglo XX es cómo se siente el paciente, y no lo que los médicos pensamos debería “ sentir “, basados solamente en mediciones clínicas. (15)

En nuestro país se iniciado el uso de esta metodología para determinar CV en pacientes reumáticos y cardiópatas. Sin embargo no se tienen estudios en hipertensos siendo que la Hipertensión Arterial es un padecimiento frecuente “ entre la población mayor de 40 años de edad, en este momento se calcula que hay 8'000, 000 de hipertensos en el país, de los cuales el 60% desconoce su problema “. (7)

P sí mismo, el control de este padecimiento a través de la detección oportuna y sistémica de casos, el tratamiento adecuado, para su registro, notificación y seguimiento de los enfermos repercute favorablemente al mejorar la calidad y esperanza de vida del paciente, al disminuir la mortalidad por esta causa y la ocasionada por sus complicaciones cerebrales y cardíacas. (7)

Debido a la actual política sanitaria es útil y factible el realizar un estudio sobre CV en Hipertensos, ya que además de probar los beneficios de esta metodología en una nueva patología, se propondría su instrumento de medición.

4.- OBJETIVOS

a) GENERAL

Evaluar la *calidad de vida* de los pacientes con HAS que acuden a control al consultorio No. 9 (turno vespertino) de la Unidad de Medicina Familiar, ISSSTE, Oax.,

b) ESPECIFICOS :

Evaluar la *calidad de vida* en pacientes con HAS según :

- a) edad
- b) sexo.
- c) escolaridad .
- d) estado civil.

5.- METODOLOGIA

a) TIPO DE ESTUDIO

OBSERVACIONAL, DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL Y PROSPECTIVO. (16)

b) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO :

Pacientes con Hipertensión Arterial atendidos en el consultorio No. 9 (turno vespertino) de la Unidad de Medicina Familiar del ISSSTE en la Ciudad de Oaxaca de Juárez, Oax., de Mayo a Julio de 1996.

c) TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA :

Se trata de una investigación de carácter *Censal*, ya que se estudiarán todos los pacientes hipertensos que acudan al servicio de consulta externa durante los meses de Mayo a Julio de 1996 (consultorio No. 9 turno vespertino de la UMF Oaxaca) y que reúnan los criterios de inclusión.

d) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION :

DE INCLUSION :

Las Unidades de Investigación estarán compuestas exclusivamente por pacientes con Hipertensión Arterial Esencial Leve o Moderada actualmente en control.

DE EXCLUSION:

Pacientes con Hipertensión Arterial Esencial Severa, Secundaria y / o con otra patología concomitante.

DE ELIMINACIÓN :

Pacientes que no hayan acudido a consulta en seis meses previos al inicio de la investigación.

E) VARIABLES DE MEDICION :**I) DEMOGRAFICAS :**

CUANTITATIVA CONTINUA : Edad, Ingreso Medio.

CUALITATIVA NOMINAL : Sexo, Estado Civil, Satisfacción de la Vida.

CUALITATIVA ORDINAL: Escolaridad, Ocupación.

CUALITATIVA NOMINAL : Desempeño Laboral.

II) CLINICAS :

CUANTITATIVA CONTINUA: Tiempo del Diagnóstico de HAS, Tiempo de Ocio.

DE MODALIDAD: Estado Nutricional, Función Intelectual.

CUALITATIVA NOMINAL: Actividad Sexual, Relaciones Sociales, Cambios de Humor, Tabaquismo, Alcoholismo, Hipertensión Arterial, Dolor Precordial, Síntomas Colaterales Relacionadas al Tratamiento.

F) CAPTURA DE INFORMACION :

La obtención de la información de cada Unidad de Investigación será mediante Interrogatorio Médico con el apoyo de un Formulario para la captura de datos, este formulario es modificado del formulario propuesto para “ La encuesta sobre *calidad de vida* para pacientes con rinitis alérgica (Atención Médica, Septiembre 1996. 30 – 31) (Anexo No. 1.) (16), el formulario se construyó con base en la bibliografía No. 20, y se complemento con las Nos. 17, 14, 18 y 1.

G) ELABORACION DE DATOS:

Una vez captados los datos, estos sufrirán un proceso de resumen y conteo para ser presentados, en su proceso se utilizarán programas de cómputo electrónico Word Perfect,

Epi – Info y Excel y su presentación será en forma textual y a manera de cuadros y gráficas.

(16)

H) CONSIDERACIONES ETICAS :

Las Unidades de Investigación serán objeto de interrogatorio con el apoyo de un Formulario para la captura de datos, no se le expondrá a riesgo físico o moral alguno, en ningún momento, ya que los procedimientos son descriptivos. “La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos de laboratorio en animales , bien realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente “. (18ª. Asamblea Médica Mundial, Declaración de Helsinki, 1964.) (21)

6.- RESULTADOS :

En la presente investigación de evaluación de la *calidad de vida* en pacientes con Hipertensión Arterial, se trata de un estudio sin antecedentes científicos que aborden este problema, por lo que este capítulo vuelve a resaltar la fenomenología encontrada.

Se estudiaron 55 pacientes que acudieron a la consulta externa, de los cuales 13 (23.6%) fueron hombres y 42 (76.4%) mujeres.

El grupo de edad más frecuente fue el de 61 a 70 años con 19 (34.5 %) personas y solo uno (1.8 %) de 81 y más años. La mayoría se dedicaba a las labores del hogar 32 (58.2%) personas grupos que incluyó a dos hombres. El desempeño laboral fue bueno en 36 (65.5%) casos, el resto fue regular, no lo mencionaron dos y ningún paciente reportó desempeños excelentes, ni malos.

La mayoría refirió no fumar (76.4 %) a razón de 1 hombre por cada 5 mujeres, de 6 (10.9 %) que fuman la razón se invirtió a 5 hombres por cada mujer, el resto no mencionó el dato, 44 (80.0 %) refirieron alcoholismo negativo, ocasional en 8 (14.5 %) a razón de 3 hombres por cada mujer; el resto no mencionó el dato. El ingreso medio reportado con más frecuencia fue el de 500 a 999 pesos al mes con 18 (32.7 %) pacientes.

Por Estado Civil fueron mayoría los casados 41 (74.5 %). Refirieron en general estar satisfechos con la vida 44 (80.0 %) casos. Más de la mitad 28 (50.9 %) manifestaron que la Hipertensión Arterial la habían diagnosticado entre hace 1 y 5 años. 44 (80.0 %) pacientes fueron obesos y el resto con peso adecuado, no hubo personas delgadas o de peso menor para su estatura.

Por la función intelectual 32 (58.2 %) pacientes refirieron bueno, 21 (38.2 %) regular y mala ó no mencionada uno cada una.

La mayoría 32 (58.2 %) refirieron no tener actividad sexual y cambios de humor a razón de 5 mujeres por cada hombre. En cuanto a relaciones sociales 29 (52.7 %) refirieron no tenerlas a razón de 3 mujeres por cada varón. 31 (56.4 %) refirieron tener tiempos ociosos a razón de 1 hombre por cada 2 mujeres.

La Hipertensión Arterial en la mayoría de los casos fue leve, para sistólica 30 (54.5 %) pacientes y para la Diastólica 35 (63. 6 %) pacientes respectivamente. La mayoría 29 (52.7 %) reportó haber tenido un esquema de medicación antihipertensiva antes de la que mantenía hasta el momento del estudio.

Solo una mujer (1.8 %) refirió haber sufrido alguna crisis hipertensiva. 23 (41.8 %) refirieron dolor precordial a razón de 7 mujeres por cada hombre.

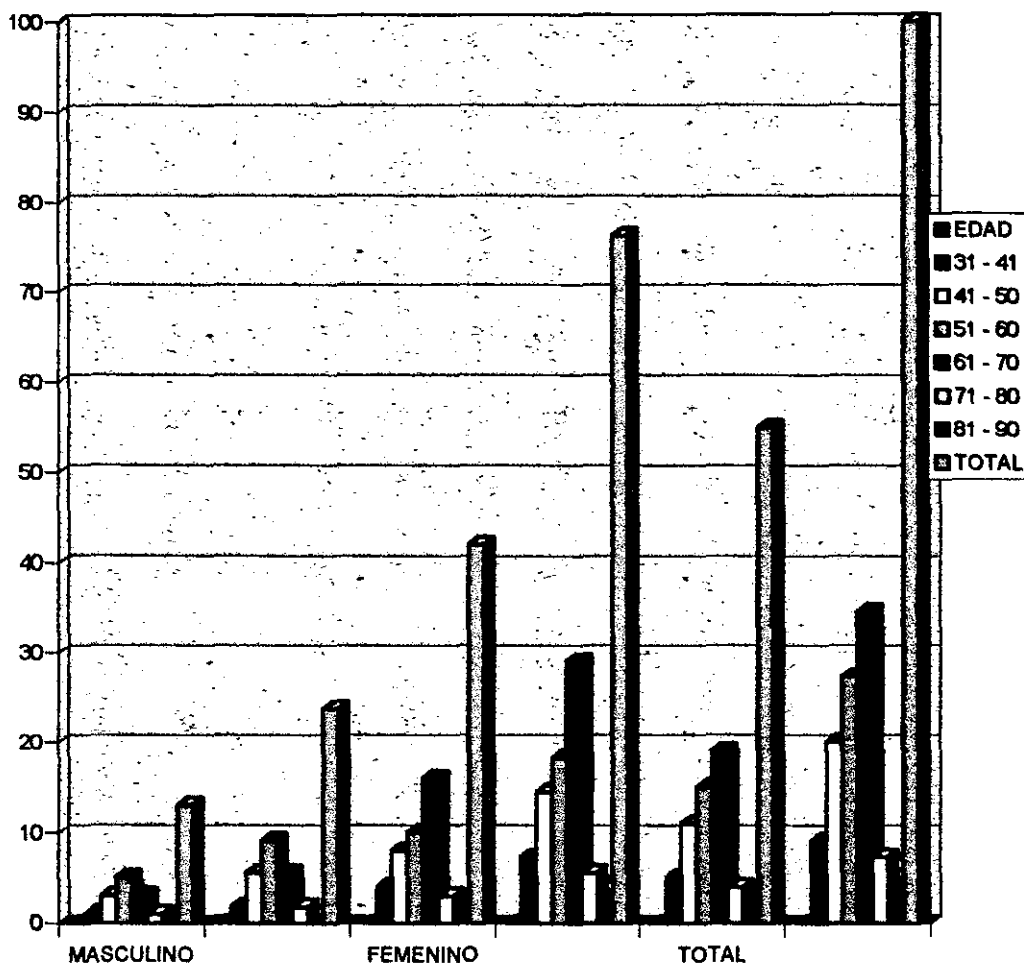
La mayoría 34 (61.8 %) manifestó no sufrir sintomatología colateral al tratamiento antihipertensivo, siguiéndole aquellos que solo presentaron un síntoma 12 (21. 8 %).

De los 21 (38.2 %) pacientes que presentaron algún síntoma, el dolor de cabeza, palpitaciones y tos lo refirieron 5 de ellos.

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Edad y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTAL	41	43.7	42	46.3	83	100

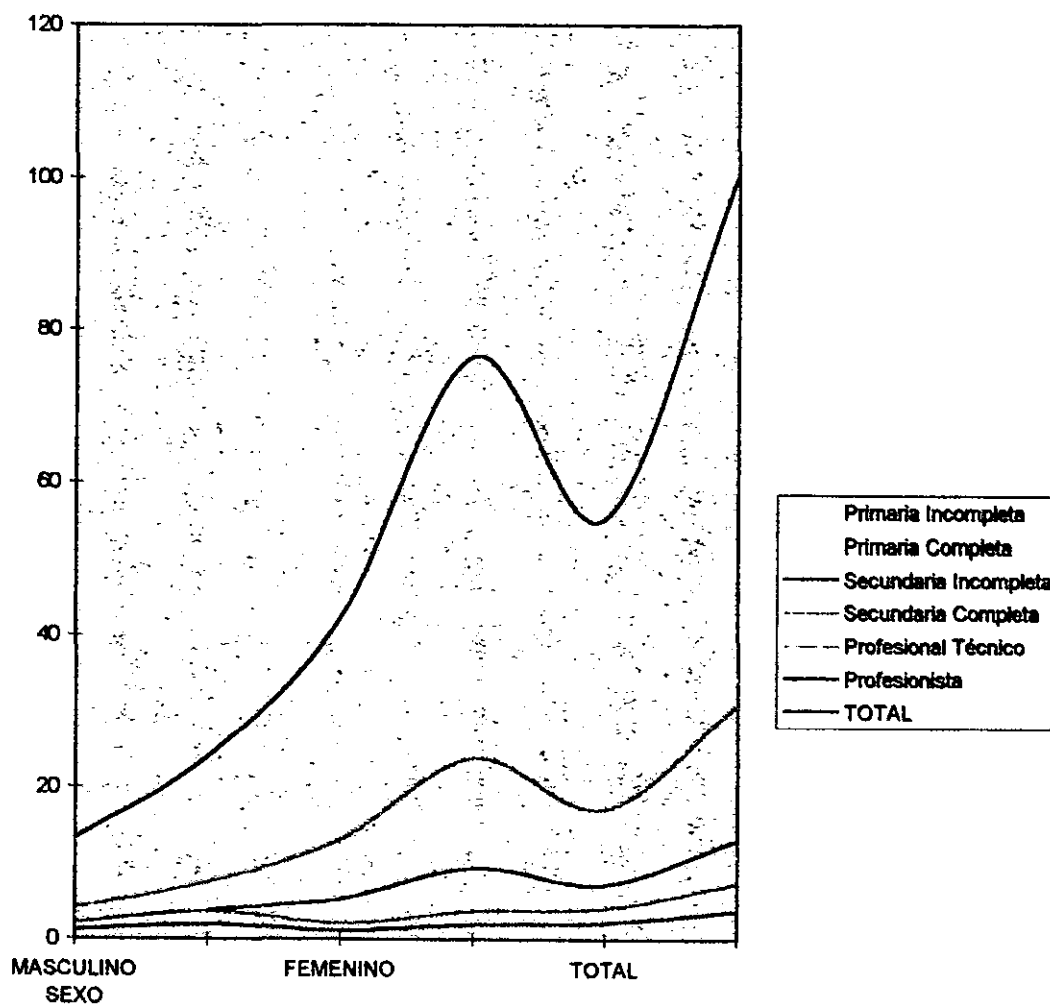
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Escolaridad y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Primaria Incompleta						
Primaria Completa						
Secundaria Incompleta						
Secundaria Completa						
Profesional Técnico						
Profesionista						
TOTAL	13	25.7	42	76.3	55	100

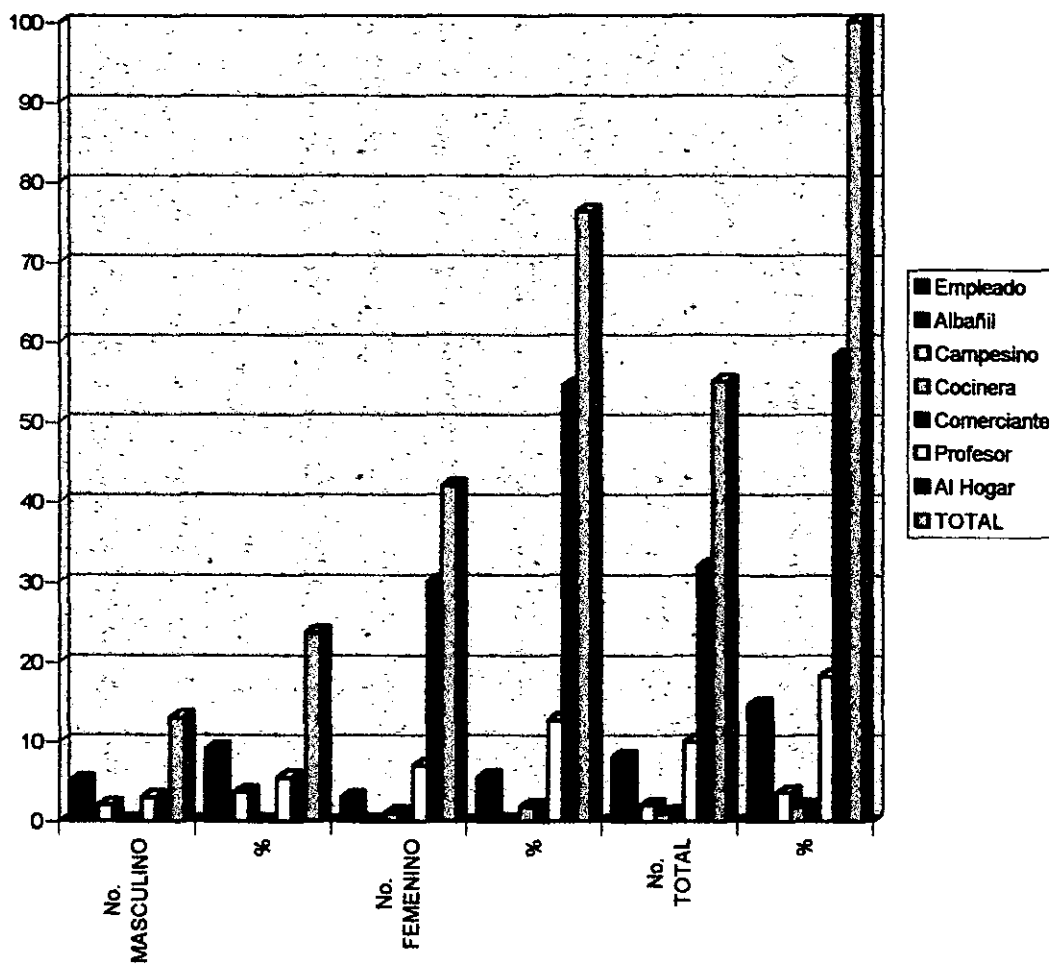
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes Según Ocupación y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Empleado	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Albañil	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Campesino	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Cocinera	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Comerciante	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Profesor	1	7.7	1	2.4	2	3.7
Al Hogar	1	7.7	1	2.4	2	3.7
TOTAL	13	25.7	42	76.3	55	100

FUENTE: Cédula de Recolección de datos.

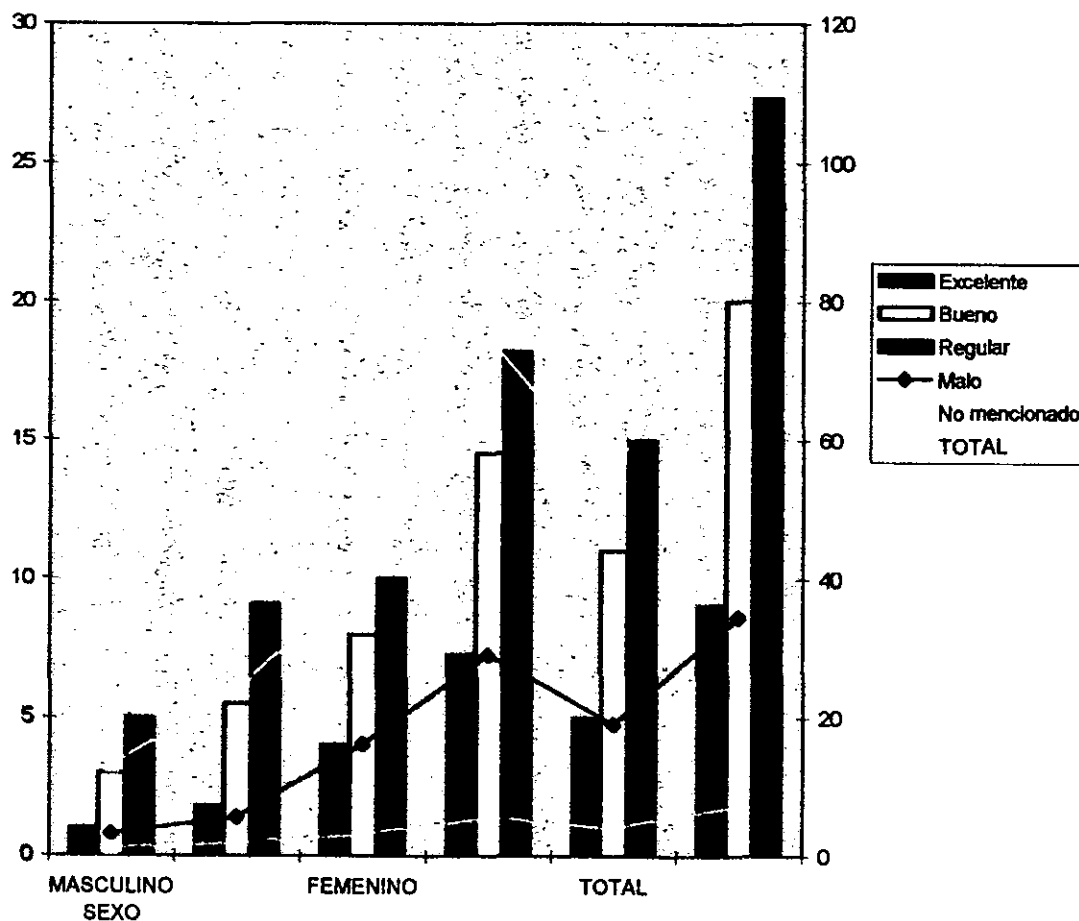


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según desempeño laboral y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Excelente	1	7.7	9	37.5	10	12.2
Bueno	3	23.1	14	58.3	17	20.7
Regular	1	7.7	7	29.2	8	9.9
Malo	0	0	1	4.2	1	1.2
No mencionado	0	0	0	0	0	0
TOTAL	13	100	24	100	37	100

FUENTE: Cédula de Recolección de datos.

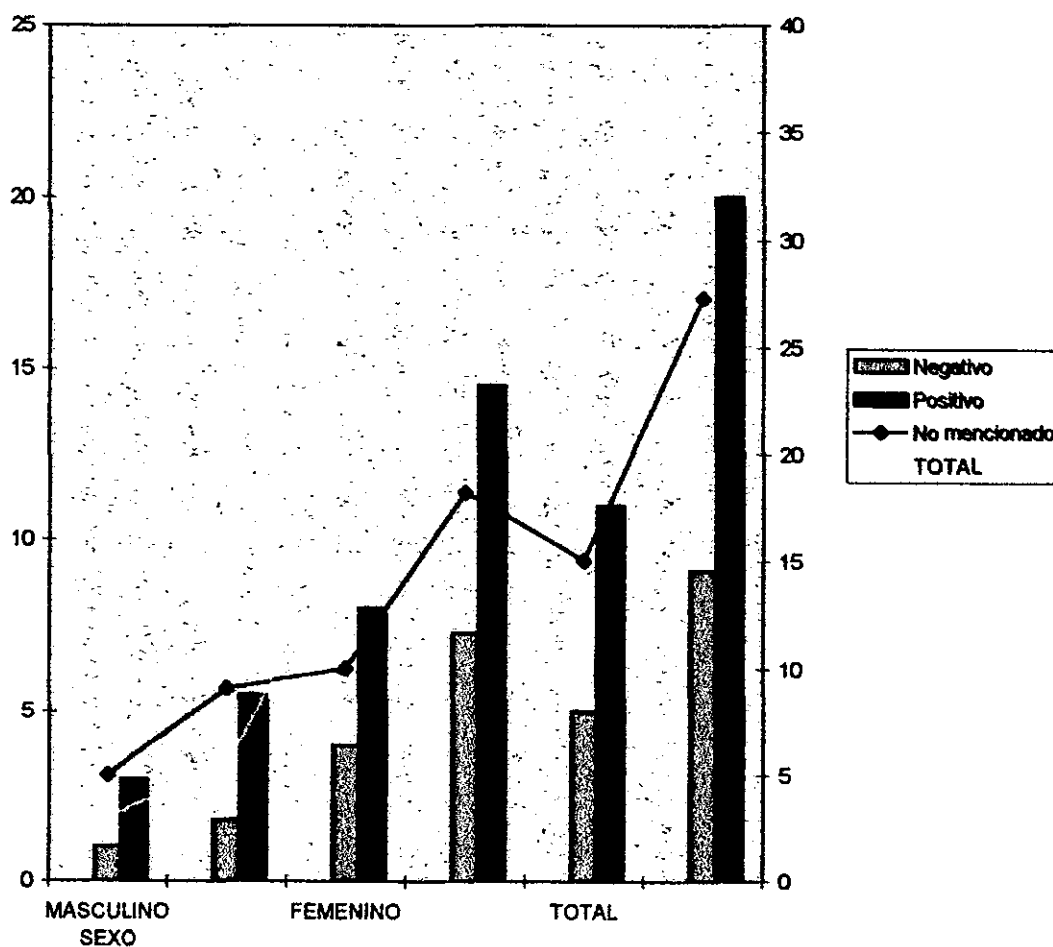


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes Según Tabaquismo y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
TOTAL	3	5.5	16	23	19	34.5

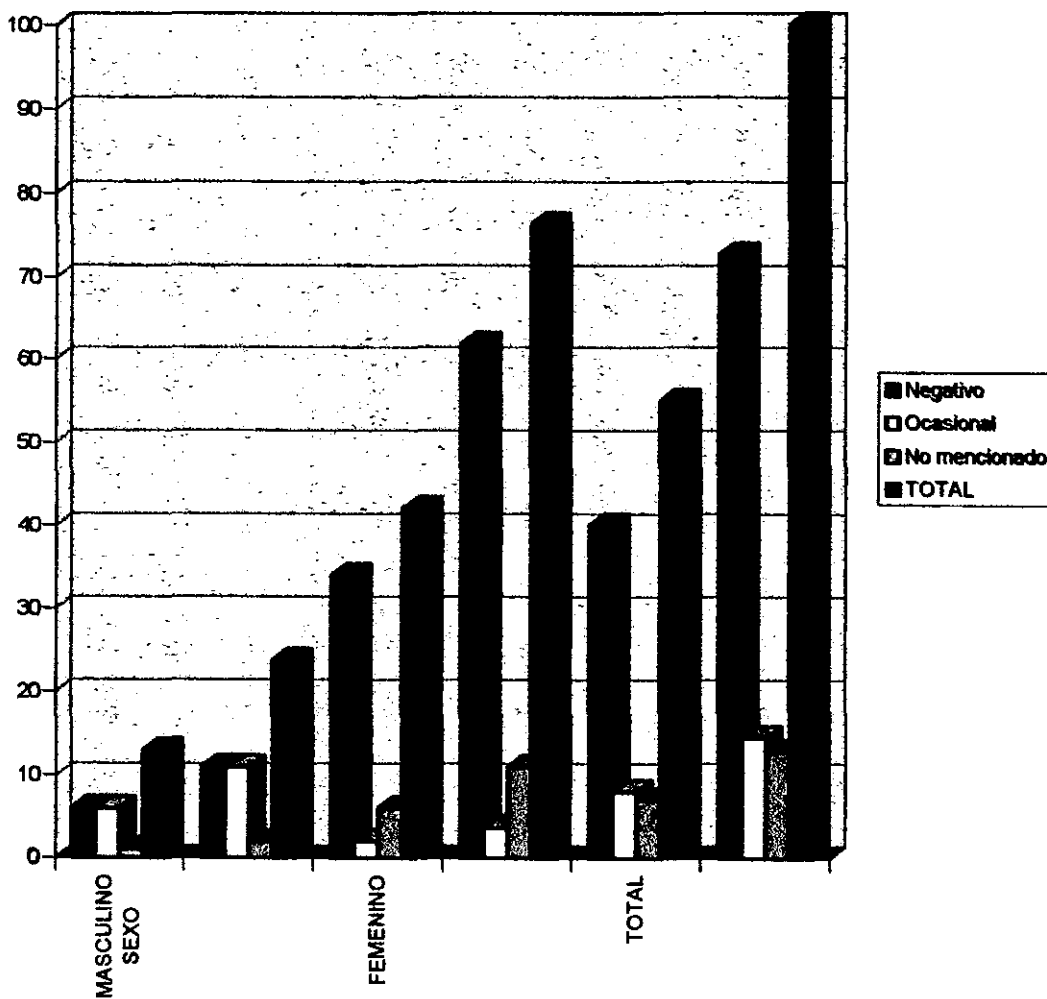
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según alcoholismo y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
NEGATIVO	13	37	42	76.8	55	100
Ocasional						
No mencionado						
TOTAL	13	37	42	76.8	55	100

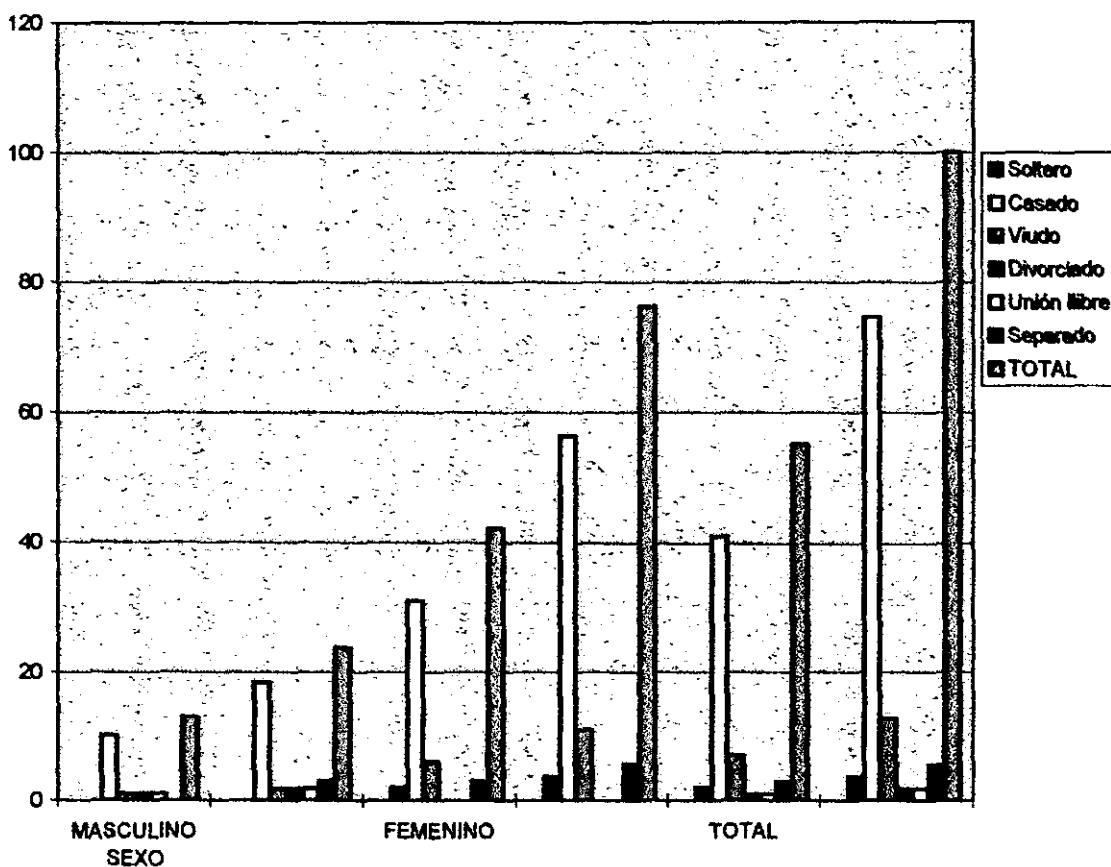
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes Según Estado Civil y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
soltero	1	7.7	1	2.4	2	3.6
casado	13	92.3	41	97.6	54	97.0
viudo	0	0.0	0	0.0	0	0.0
divorciado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
unión libre	0	0.0	0	0.0	0	0.0
separado	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	13	23.7	42	75.3	55	100

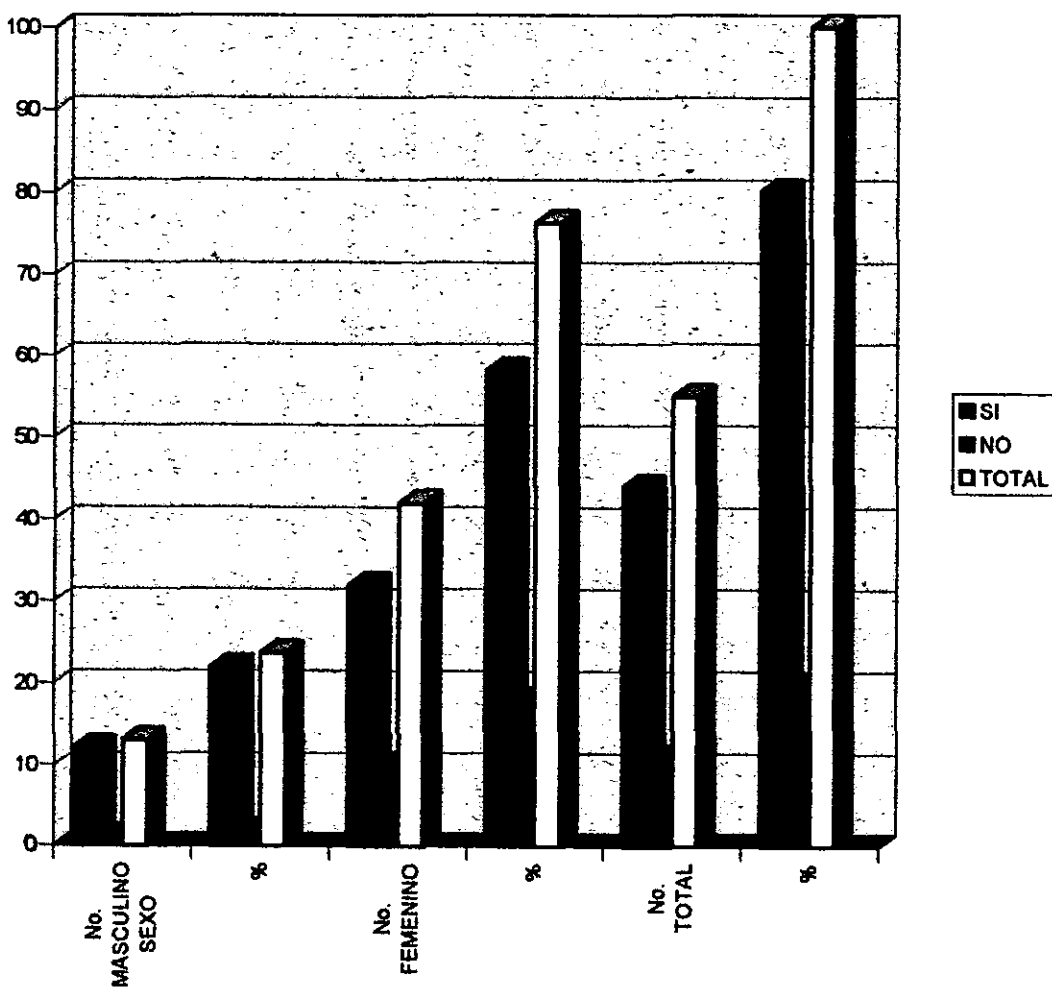
FUENTE : Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes Según Satisfacción de la Vida y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
TOTAL	53	29	42	27	65	100

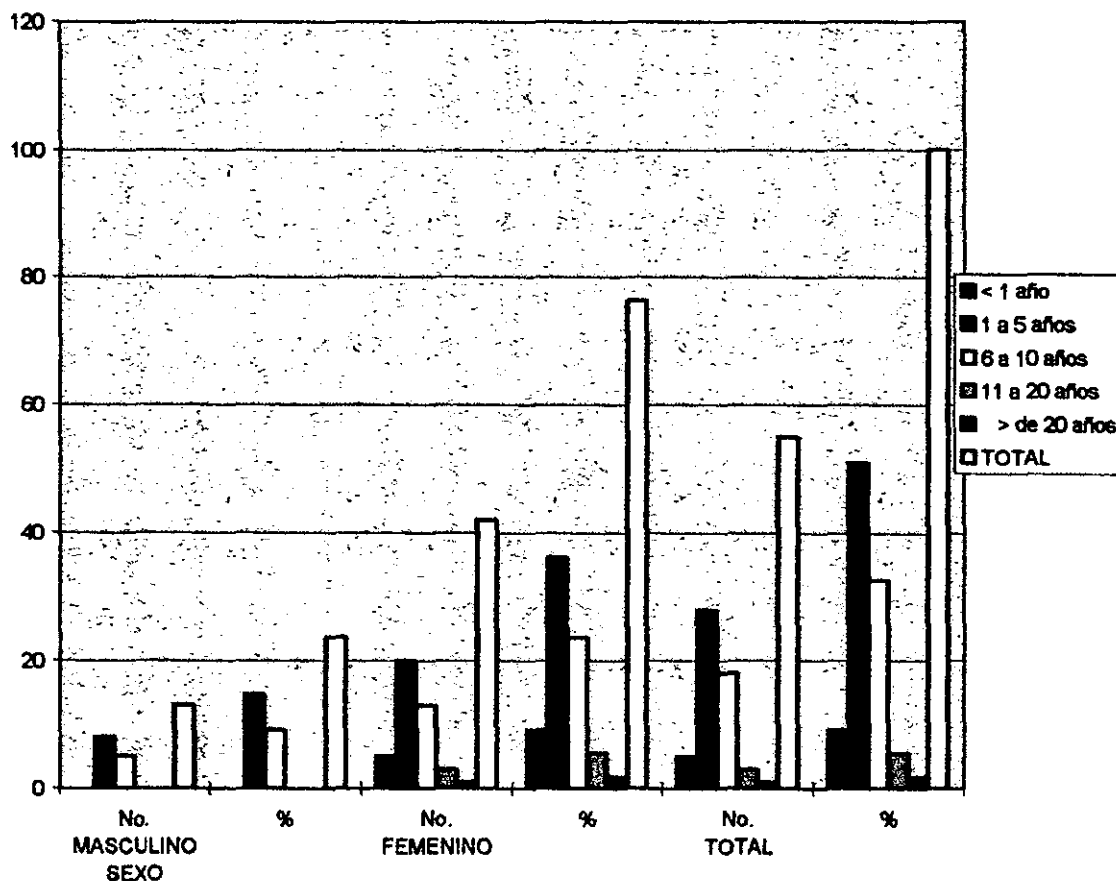
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Tiempo de Diagnóstico de Hipertensión Arterial y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 1 año	0	0	0	0	0	0
1 a 5 años	2	14,6	26	38,3	28	58,9
6 a 10 años	5	34,7	13	23,6	18	32,2
11 a 20 años	0	0	2	5,5	2	3,9
> de 20 años	0	0	1	1,8	1	1,9
TOTAL	7	23,7	42	75,3	49	100

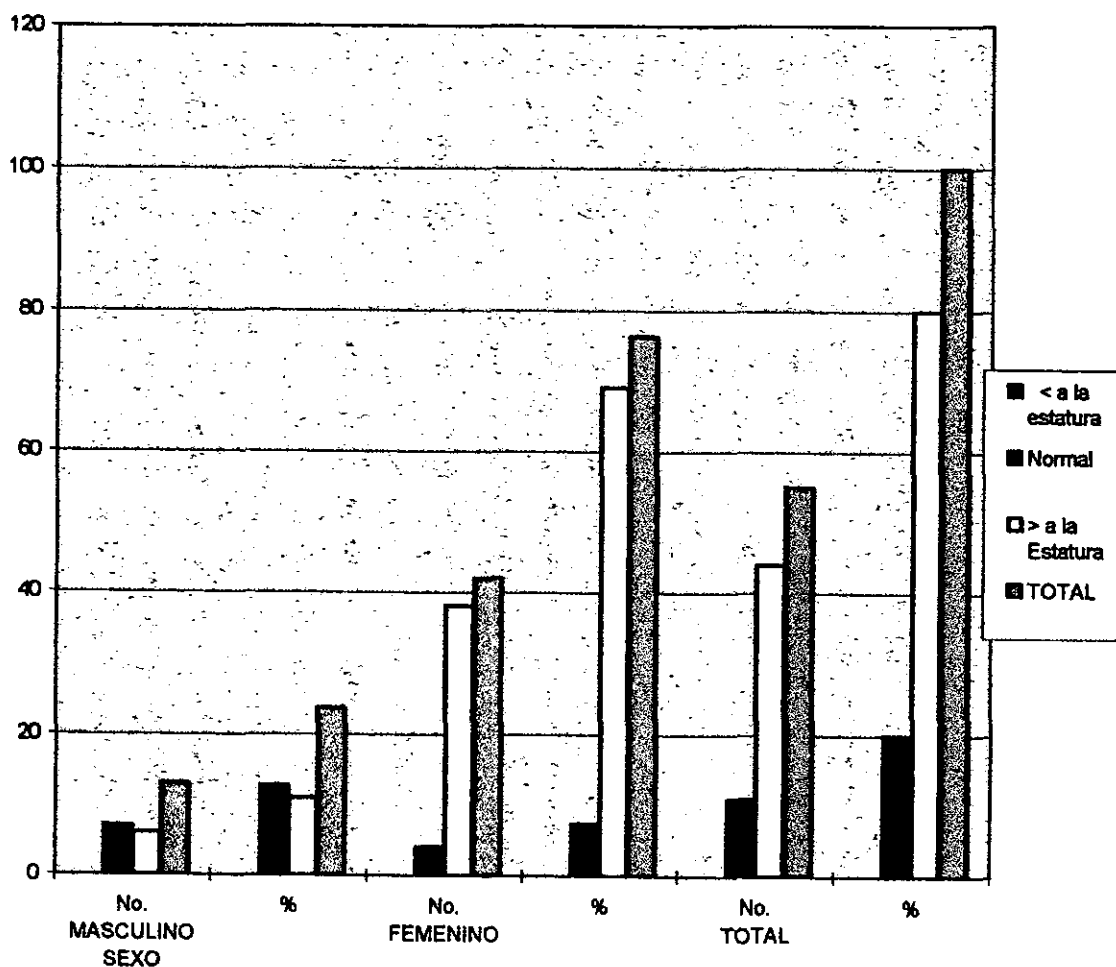
FUENTE: Cédula de Recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Estado Nutricional y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
(PESO)						
Normal	13	20,7	42	76,3	55	100
> a la Estatura	13	20,7	42	76,3	55	100
< a la Estatura	13	20,7	42	76,3	55	100
TOTAL	13	20,7	42	76,3	55	100

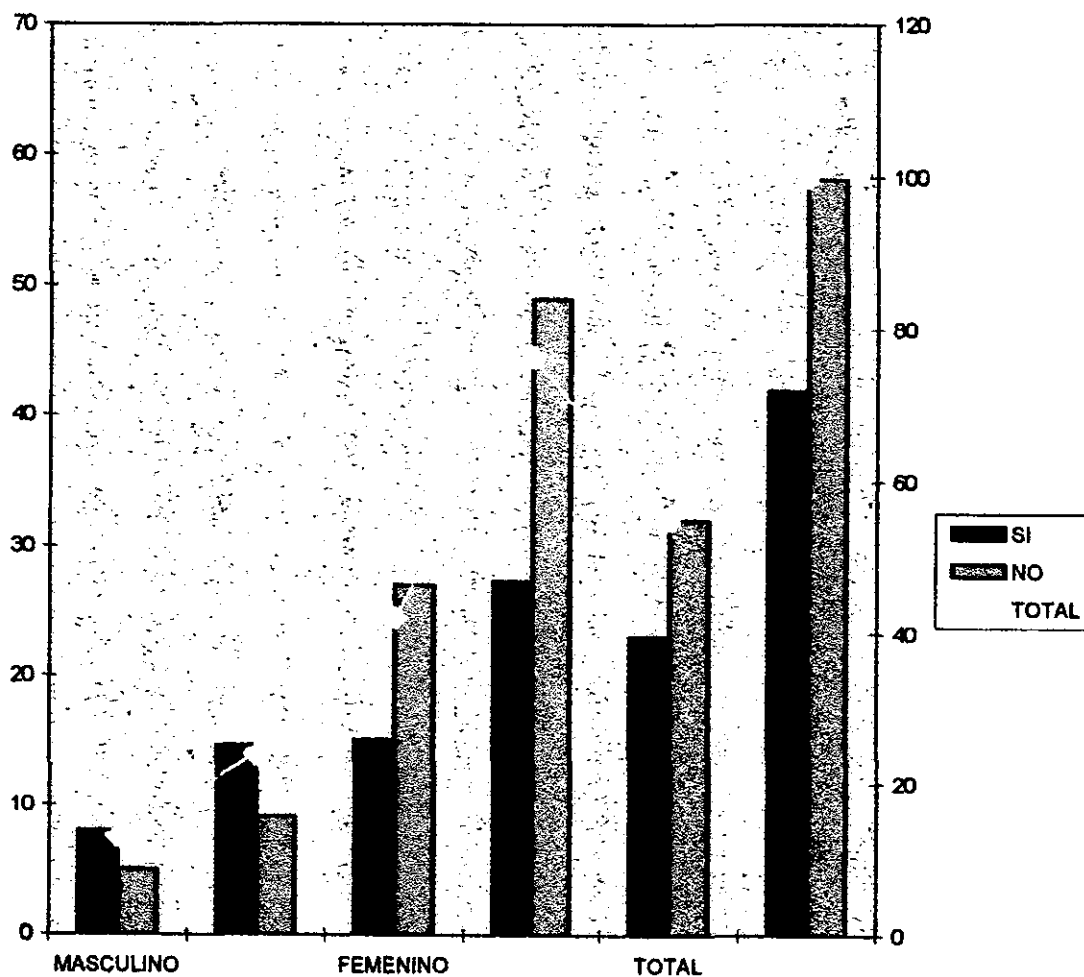
FUENTE: Cédula de recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Actividad sexual y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
TOTAL	49	23,7	42	70,3	550	100,0

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

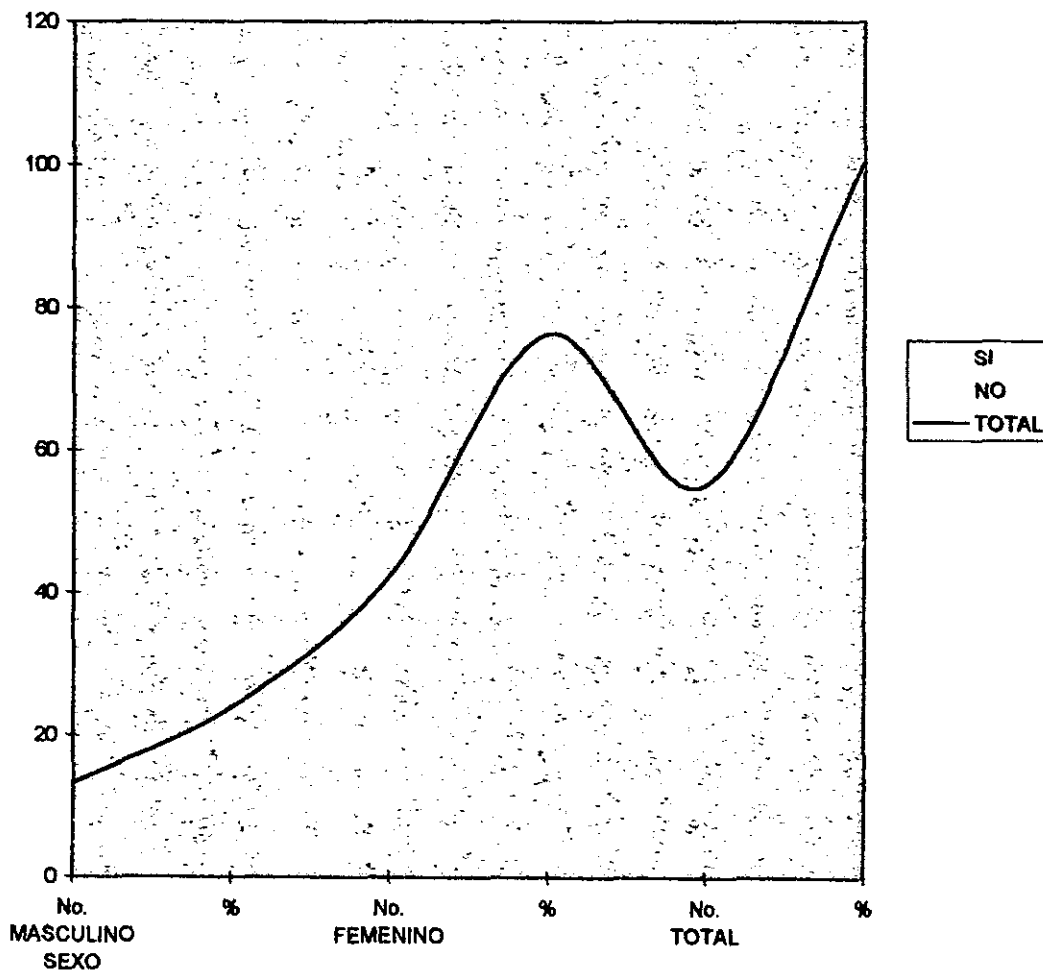


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según relaciones sociales y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
TOTAL	43	28%	42	31%	85	100%

FUENTE: Recolección de datos.

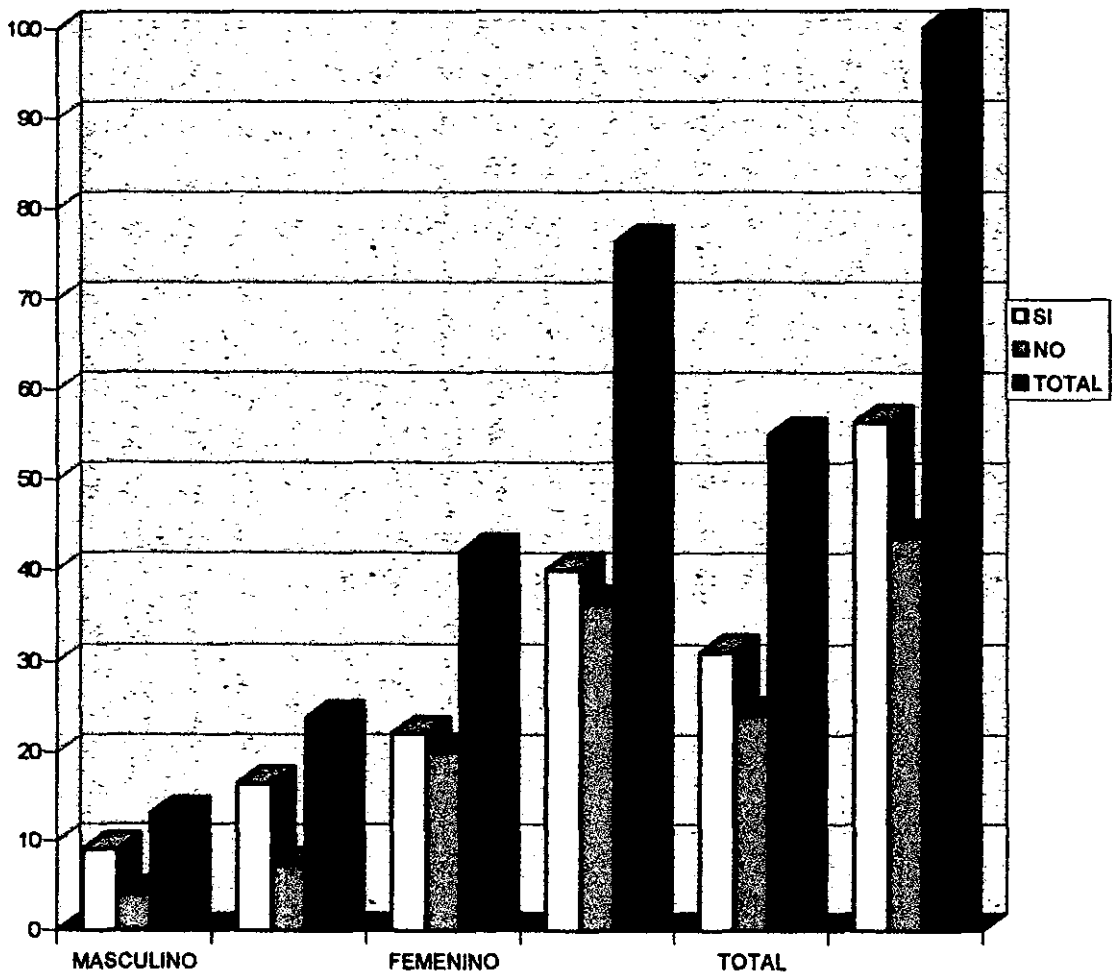


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según Tiempo de Ocio y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
SI	16	36%	29	48%	45	66%
NO	9	20%	21	36%	30	46%
TOTAL	25	35%	50	65%	75	100%

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

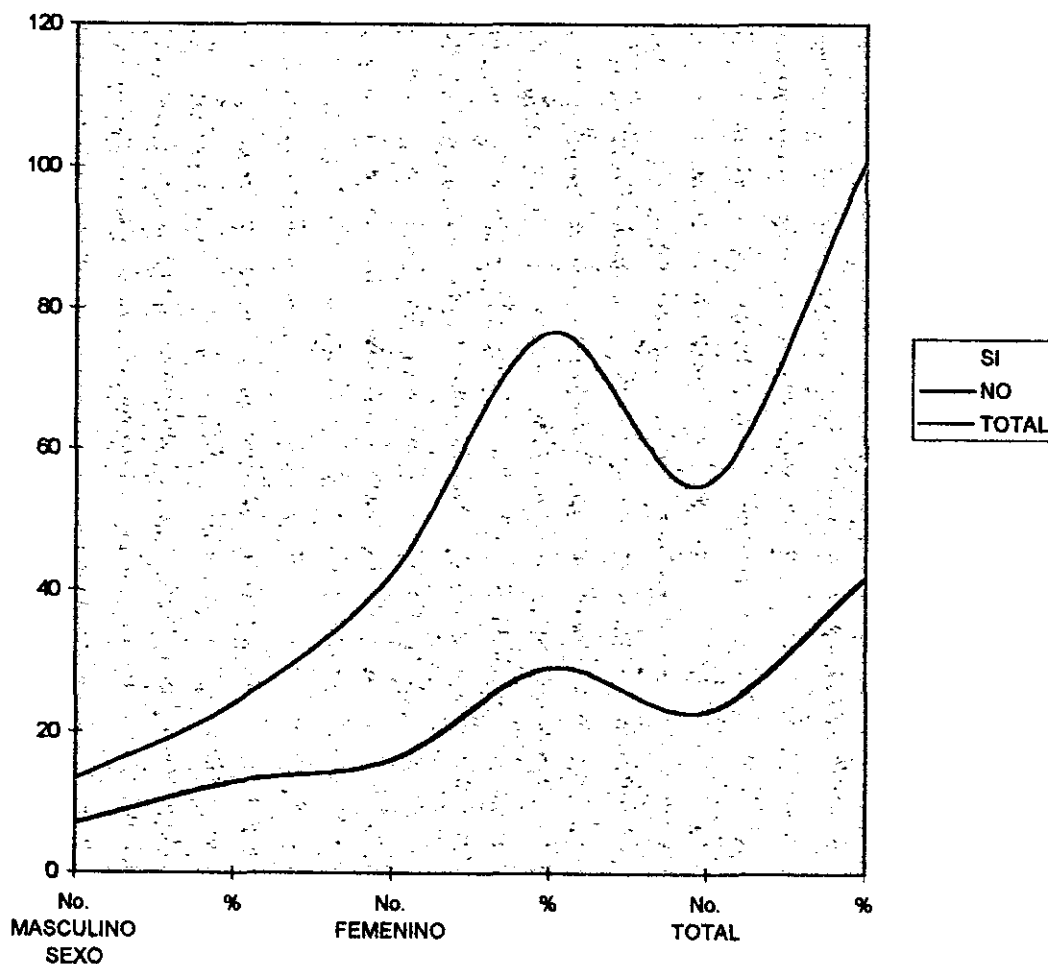


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según cambios de Humor y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SI	13	25.7	16	56.0	29	51.8
NO	35	68.3	12	40.0	47	48.2
TOTAL	48	100.0	28	100.0	76	100.0

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

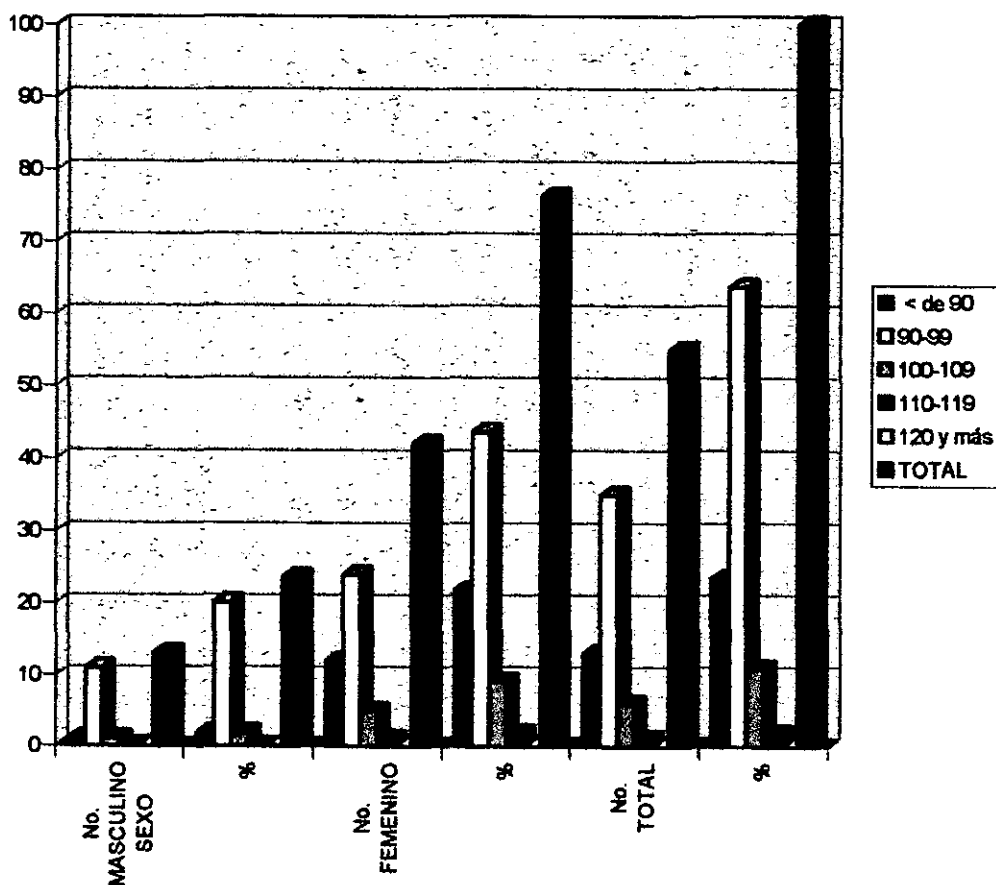


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según Tensión Arterial Diastólica y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
< 90	1	0,7	2	1,6	3	0,4
90-99	1	0,7	4	3,1	5	0,6
100-109	15	11,5	9	6,9	24	2,9
110-119	13	10,0	16	12,3	29	3,5
120 y más	0	0,0	9	6,9	9	1,1
TOTAL	13	10,0	43	32,3	56	100,0

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

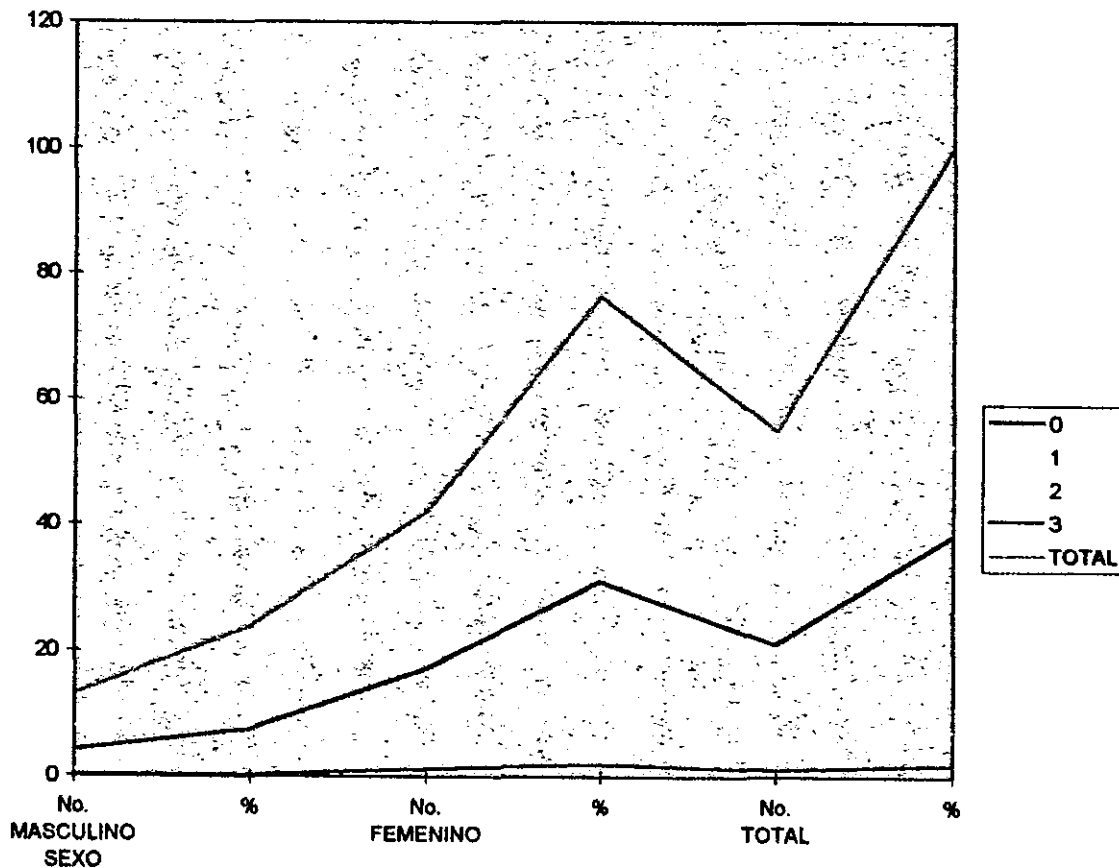


**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**

Pacientes según Número previo de Medicamentos
Antihipertensivos y sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
0	6	14.6	2	3.2	8	17.8
1	10	23.0	13	19.7	23	50.0
2	0	0.0	5	7.4	5	10.9
3	0	0.0	1	1.5	1	2.2
TOTAL	16	28.7	42	63.3	58	100.0

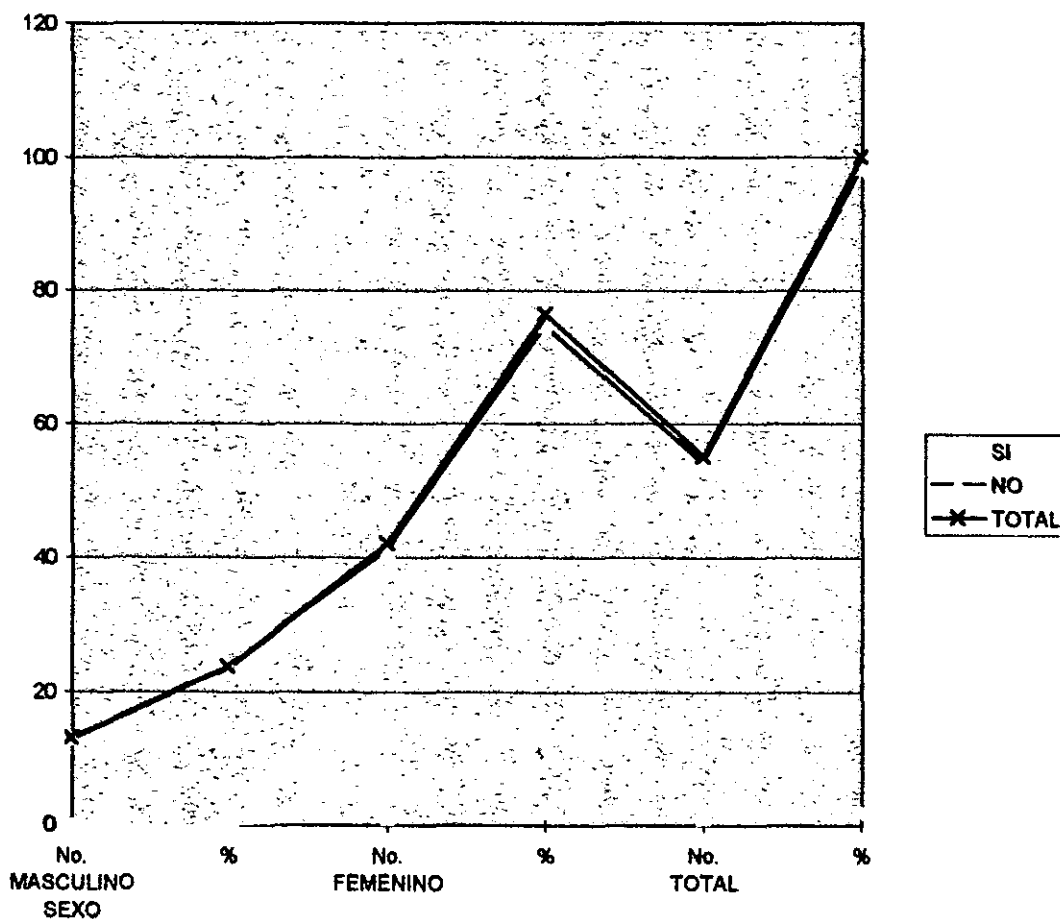
FUENTE: Cédula de recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Crisis Hipertensivas y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
SI	8	8	41	74.5	54	96.5
NO	13	25.5	12	21.5	34	63.5
TOTAL	21	43.5	53	96	100	100%

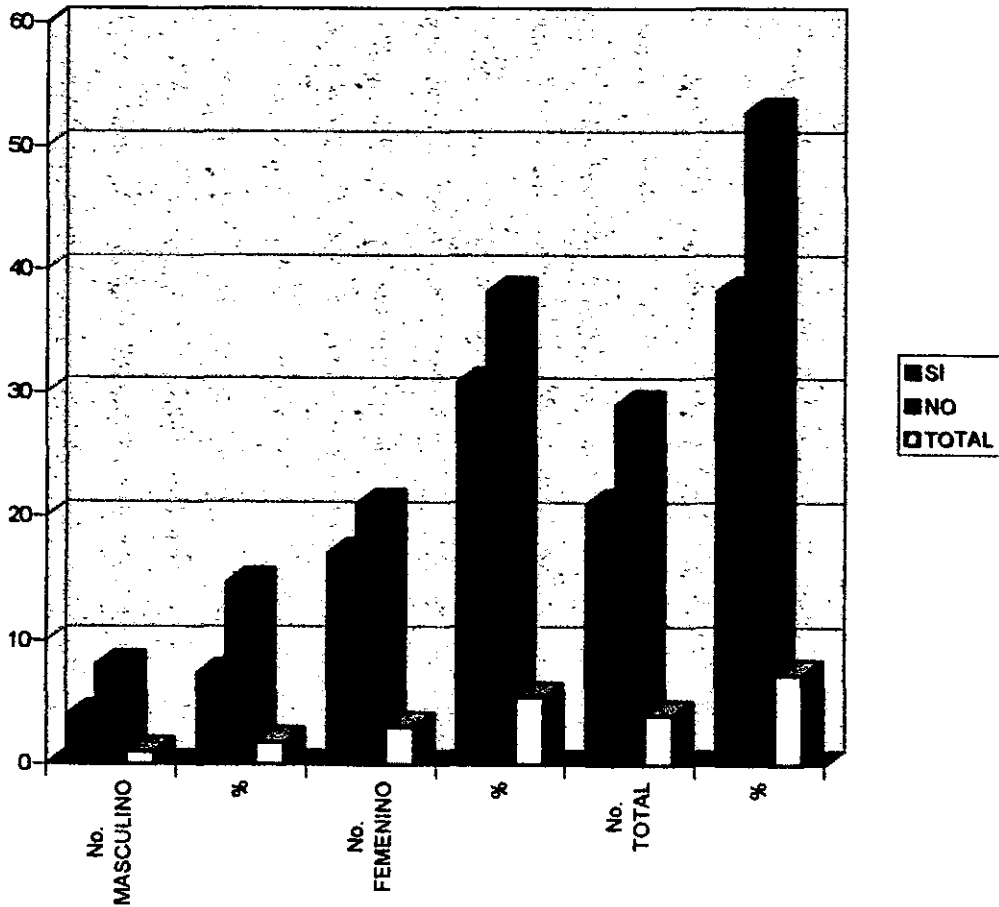
FUENTE: Cédula de recolección de datos.



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Dolor Precordial y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
TOTAL	1	1.3	5	6.6	6	7.9

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

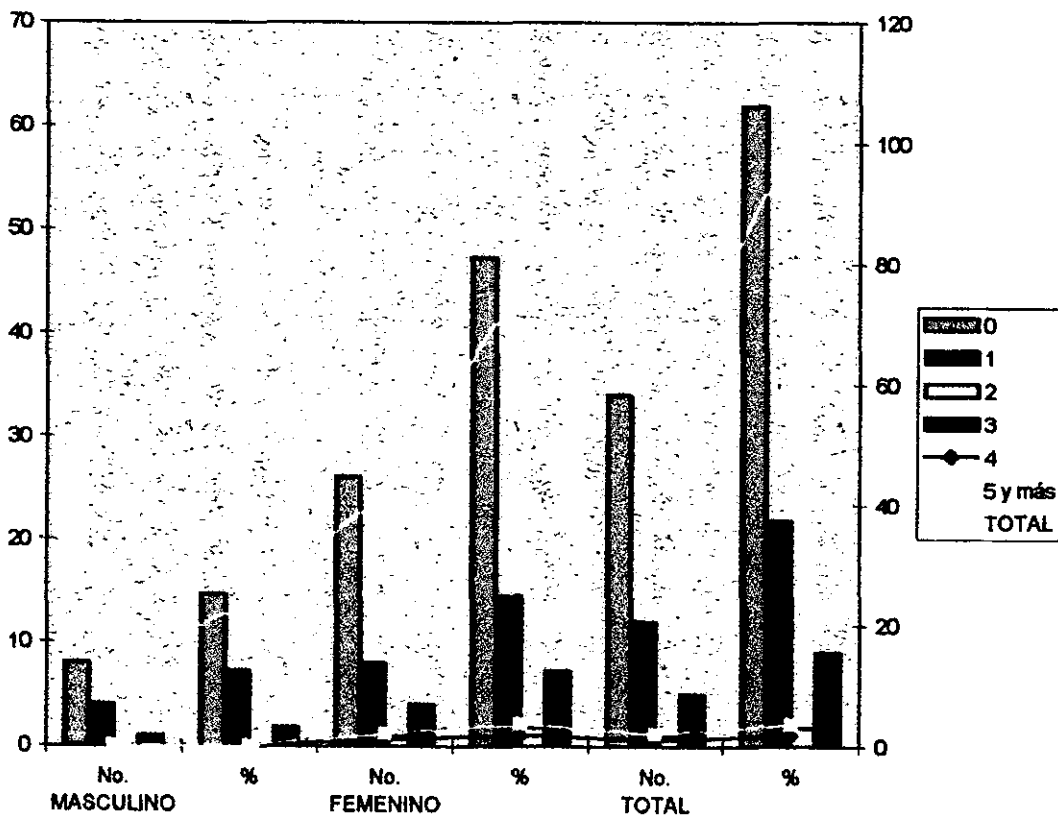


EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Pacientes según Número de Síntomas Colaterales y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
0	3	14,6	26	71,9	29	28,1
1	4	18,2	8	21,9	12	11,6
2	4	18,2	3	8,1	7	6,7
3	1	4,5	4	10,9	5	4,8
4	1	4,5	1	2,7	2	1,9
5 y más	6	27,3	2	5,4	8	7,7
TOTAL	13	29,7	49	76,3	62	100,0

FUENTE: Cédula de recolección de datos.

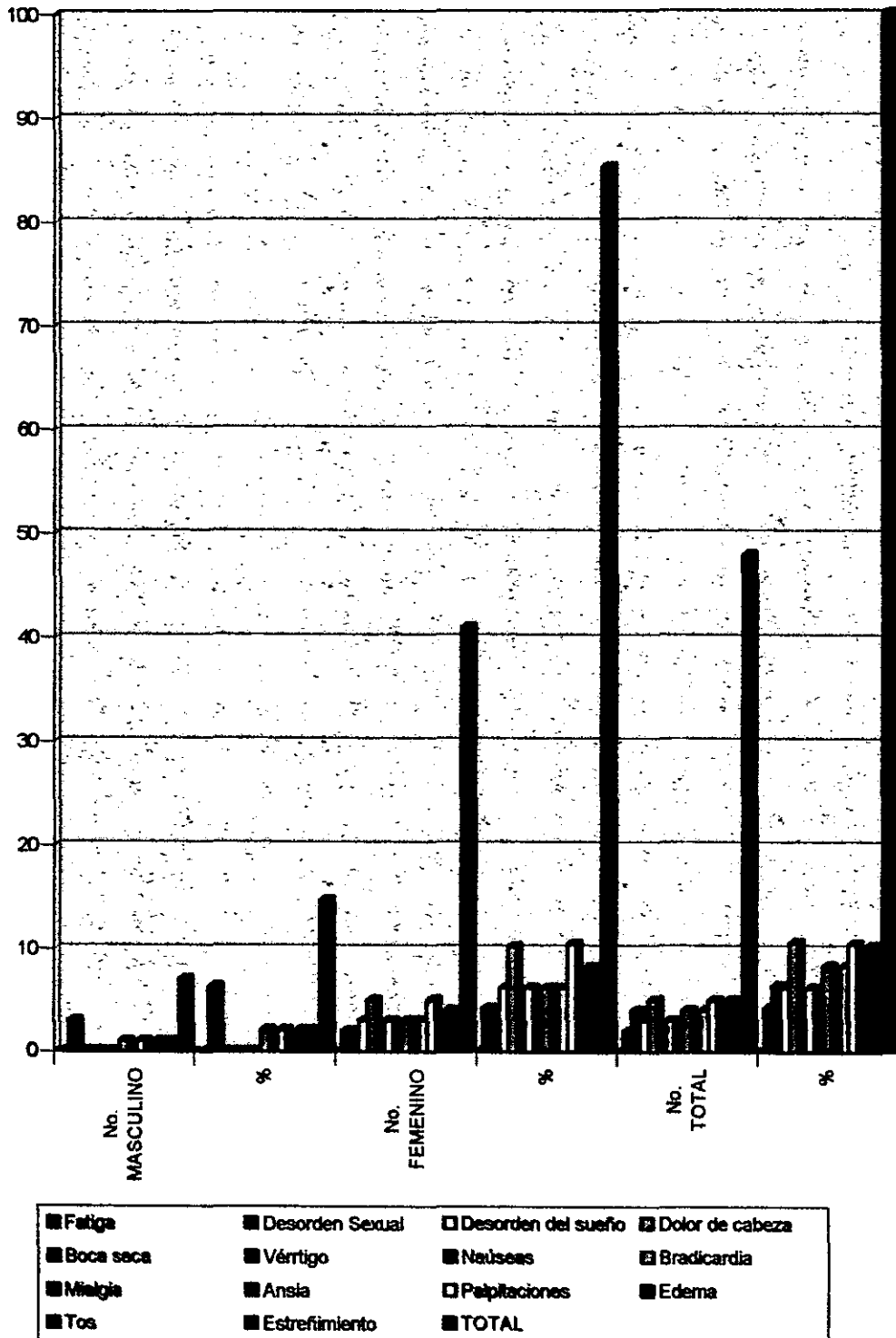


**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Síntomas Colaterales y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		No.	%
	No.	%	No.	%		
Ansiedad	6	8,8	7	9,3	13	16,1
Depresión leve	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Depresión moderada	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Depresión severa	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Dificultad para dormir	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de energía	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de interés	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de concentración	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de memoria	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de apetito	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de placer	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de autoestima	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de confianza	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de control emocional	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de tolerancia a la frustración	3	4,1	1	1,3	4	4,9
Falta de capacidad de adaptación	3	4,1	1	1,3	4	4,9
TOTAL	7	9,3	8	10,5	15	19,8

FUENTE: Cédula de Recolección de datos.

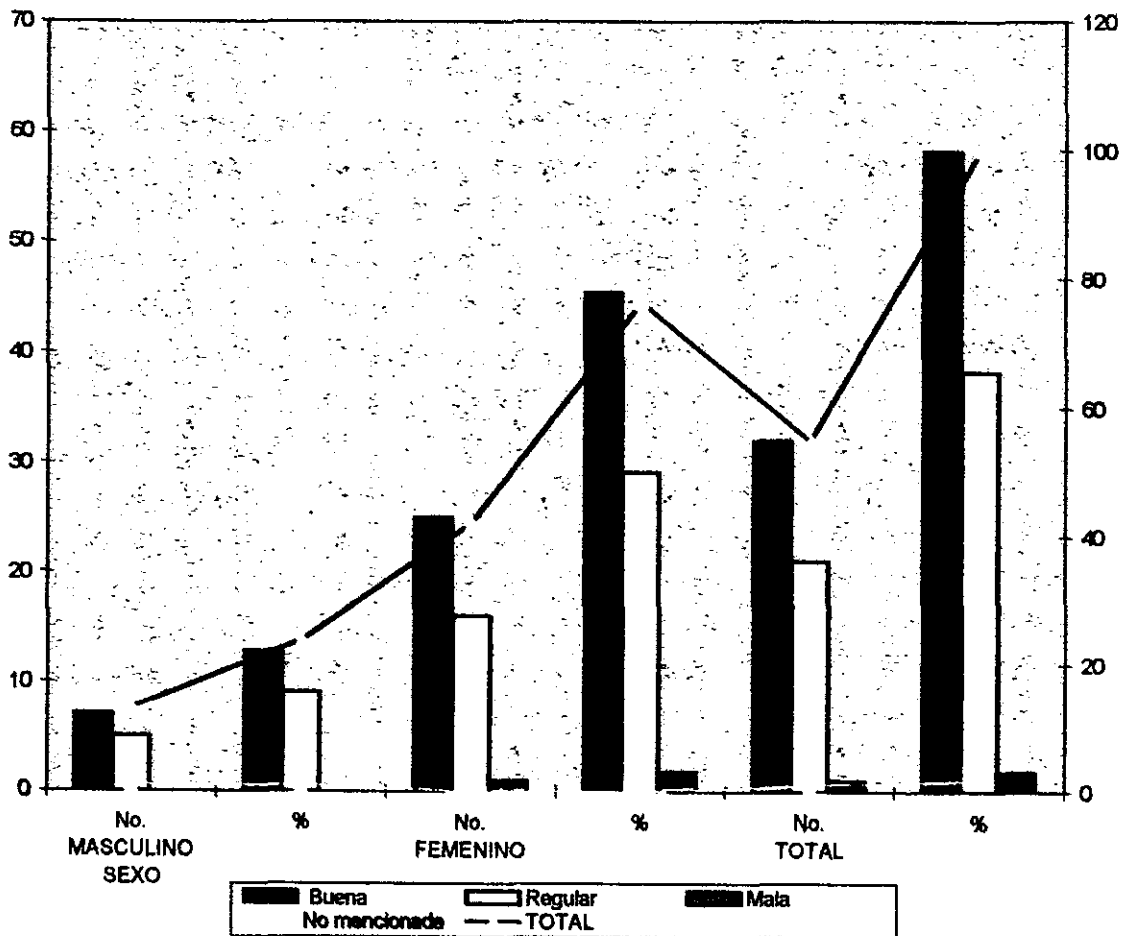
PACIENTES SEGÚN SINTOMAS COLATERALES Y SEXO



**EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON HIPERTENSION ARTERIAL**
Pacientes según Función Intelectual y Sexo

	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Buena	7	27.7	25	76.3	32	58.2
Regular	5	18.5	24	73.5	29	52.7
Mala	0	0.0	1	3.2	1	1.8
No mencionada	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	12	27.7	40	76.3	52	100.0

FUENTE: Cédula de recolección de datos.



7.-DISCUSION

Las características de la enfermedad y el tratamiento son importantes determinantes de la variabilidad y selectividad de las dimensiones de *calidad de vida*. En relación con la HA debe tomarse en cuenta que el tratamiento es a largo plazo, dirigido a disminuir la morbimortalidad, en enfermos que por lo general son asintomáticos, que con el tiempo algunos se sienten mejor, pero muchos se convierten en sintomáticos por los efectos colaterales, y que los factores de riesgo deben modificarse favorablemente.

El estudio realizado por Leonetti y cols. en 1994 muestra que el tratamiento farmacológico debe ser indicado en principio en pacientes con hipertensión arterial severa o maligna con el objetivo de reducir lo más rápido posible la presión sanguínea, en pacientes con hipertensión arterial leve o moderada puede evaluarse, además de la reducción de la presión arterial, el impacto de la misma sobre la calidad de vida. En el presente estudio la tensión arterial sistólica y diastólica es controlada en leve, con un esquema de medicación antihipertensiva antes de la que mantenía hasta el momento del estudio. Es más difícil comparar el efecto sobre la calidad de vida cuando se utilizan dos o más fármacos. Los IECA y los bloqueadores de los canales del calcio han demostrado buenos resultados sobre la calidad de vida, sobre todo en pacientes ancianos, al reducir de manera significativa la presión arterial.

En cuanto a las modificaciones del estilo de vida, deben indicarse con absoluto respeto a la integridad del enfermo y de su familia, no solamente decir las, sino que es necesario explicarlas y justificarlas.

La prevención de la enfermedad y la promoción de la Salud es una de las tareas más importantes en Atención Primaria.

Según los resultados obtenidos, la CV de los pacientes con HAS incluidos en el presente estudio, se comprobó que llevando a cabo los programas diseñados para la prevención y promoción de la salud en forma integral, en términos generales, es *satisfactoria*.

8.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES :

Para lograr la calidad de vida ideal para sus semejantes y para el mismo, el médico actual debe retomar como norma de su desempeño profesional, toda la enseñanza humanística de su formación y jamás olvidar que su noble labor es del hombre, por el hombre y para el hombre.

Los avances en el conocimiento de la fisiopatología, así como de algunas causas de HA, son notables, producto del esfuerzo de los diferentes grupos de trabajo.

El enfoque que hoy en día se le da al tratamiento farmacológico y no farmacológico indudablemente esta más apoyado, por la experiencia y por el mejor conocimiento de la fisiopatología de la HA. No se trata solamente de disminuir las cifras de tensión arterial, sino también de proteger órganos blanco como son cerebro, corazón y riñones.

Las modificaciones del estilo de vida van más allá del simple control de la tensión arterial, ya que incluyen una serie de *recomendaciones* y medidas que, de practicarse aún en lo mínimo, no solo disminuirán las cifras tensionales sino también se logrará un beneficio que podrá ser valorado al paso de los años, con solo demostrar que al controlar o eliminar varios de los factores de riesgo se previene la presentación de la aterosclerosis, o por lo menos que no se presente en edades tempranas de la vida.

Dentro de los beneficios de la evaluación de la calidad de vida, en diferentes padecimientos, esta la de lograr como médicos mejorar las terapias al hacerles a " la medida" del enfermo; la relación médico paciente se enriquece al darle mayor contenido, promoviendo actitudes más humanas en un mundo lleno de prisas y de análisis económicos.

Pude observar durante la realización de las encuestas que a los pacientes a quienes se les realizó no les fue desagradable el responder al cuestionario, porque sienten, creo, que se les está tomando en cuenta las cosas que son importantes para ellos y este interés del médico por conocer que es lo que en un momento molesta a sus pacientes y cuáles son sus prioridades, puede ser curativo por sí mismo.

.La conclusión más importante de este estudio, es que las actividades de promoción de la salud no pueden quedarse en la maniobra o en registro, sino que deben continuar con algún tipo de intervención mínima y seguimiento del problema.

Es posible que la evaluación de programas de Salud Pública y el desarrollo de legislaciones oportunas sean más acertadas si se apoyan en las mediciones de la *calidad de vida*.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sanz Ortiz, J Valoración y cuantificación de la calidad de vida en medicina. Medicina Clínica. Vol. No. 96 Núm.2. 1991. 66-69
- 2.- La Calidad de Vida. Cómo se puede evaluar y mejorar. Editor George F. B. Birdwood. CIBA-GEIGY. Basilea, Suiza. Información médico farmacéutica. Editor Dr. G:F:B Birdwood. 3 - 35.
- 3.-Guzmán, J., Ponce de León, S., Pita Ramírez, L. y cols. El cambio en la calidad de vida como indicador de curso clínico en la enfermedad. Revista de Investigación Clínica. México, D:F. Septiembre-Octubre 1993. Vol. 45. No. 5. 439-452.
- 4.- Cardiel, Mario H. ¿Cómo se evalua la calidad de vida?. Temas de Medicina Interna de México. Mc. Graw-Hill. Vol. 2. No. 2. México 1994. 359-366
- 5.- SSA: Programa de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. México,1989. 1.
- 6.-George L. Bakris. Hipertensión. Medicina Interna. Stein. ed. Panamericana. Diagnóstico y tratamiento. 3 . Marzo-1995. 171.
- 7.- Aguilar, Marín, J, Alcocer Díaz, L. Guía para la Prevención y control de la Hipertensión Arterial en la APS. Comité Asesor. SSA: 2.
- 8.- Harrison. Principios de Medicina Interna. De. Interamericana Mc. Graw Hill. 13. Vol. 1. 1289.
- 9.- Anderson, J., Denke, M., Foreyt, J., Smith B. M. Cómo reducir las grasas de la dieta. Atención Médica. Myo 1995. 40-50.
- 10.- Gabello, W. J. Asesoría Dietética. Atención Médica. México, D:F Febrero 1994. 39-45.

- 11.- Klatsky, A. L. El alcohol y las Enfermedades cardiovasculares. Atención Médica. México, D:F. Diciembre 1995. 51-59
- 12.- Wedral, E. Perspectivas de Nutrición en el Siglo XXI. Nutrición Clínica. De. Panamericana. 1994. Memorias de Un Simposio Internacional. 129.
- 13.- Velasco, J. A., Del Barrio, V., Mestre, M. V., Ridocci, F. Validación de un nuevo cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes posinfarto. Revista Española de Cardiología. España. Vol. 46. No.9 Septiembre 1993. 552-558.
- 14.-Leonetti-G; Comerio-G; Cuspidi-C; Evaluación de la calidad de vida en pacientes hipertensos. J-Cardiovasc-Pharmacol. 1994; Suppl 5; S54-8.
- 15.- Fernández J, A., Hernández R. Calidad de vida: algo más que una etiqueta de moda. Med. Clín. (Barc.) 101. 1993. 576-578.
- 16.- Herrera Colmenares, E. Protocolo de la Investigación Científica. I. Carteles Editores. Oaxaca, Oax. 1995. 34-35.
- 17.- Sydney H. Croog., y cols. The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. The New England Journal of Medicine. Great Britain. Vol. 314. No 26. June 1986. 1657-1664.
- 18.- Decker, J: L: Sumary. The Journal of Rheumatology. Vol. 9. No. 5, 1982. 802-806
- 19.- Ebbesen, L: S.; Guyatt, G: Hipertensión; McCartney, N., Oldridge, N. B. Measuring quality of life in cardiac spouses. Journal Clinic Epidemiology. Vol. 43. No. 5. Great Britain. 1990. 481-487.
- 20.- Chambers, L: W: y cols. The Mc. Master Health Index Questionnaire as a Measure of Quality of Life for Patients with Rheumatoid Disease. The Journal of Rheumatology. Vol. 9. No. 5. 1982. 780-784.

-
- 21.- OPS/OMS. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Bioética. Número Especial. Vol. 108 Nos. 5 y 6. Mayo y Junio. 1990. 626.
- 22.- Rubio Guerra, A: F: Hipertensión Arterial Sistémica, temas de Medicina Interna. Vol. 3. No. 1. Interamericana.McGraw-Hill. 1995.
- 23.- Miettinen, O: S: Quality of Life from the epidemiologic perspective. Vol. 40. No. 6. J. Chronic Disease. Great Britain. 1990.
- 24.- Luque-Otero M. Fernández Pinilla MC. Gómez Candela C. Hipertensión Arterial y Dieta. España. 1993. 46.
- 25.- Langlotz, C: P: Evaluating Health services: the importance of patients preferences y quality of life. Vol. 6. No. 165. AJR-Am-J-Roentgenol. 1995.

10. ANEXOS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

ANEXO 1

FORMULARIO DE LA INVESTIGACION: EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA
EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NOMBRE DEL PACIENTE : _____

No. DE EXPEDIENTE: _____

EDAD: _____ AÑOS SEXO: MASCULINO () FEMENINO ()

ESCOLARIDAD _____ OCUPACION _____

¿CUAL ES SU DESEMPEÑO LABORAL?: _____

INGRESO MEDIO: \$ _____

ESTADO CIVIL: _____

¿SE SIENTE SATISFECHO DE LA VIDA ? SI () No ()

¿HACE QUE TIEMPO SE LE DIAGNOSTICO HAS? : _____ AÑOS

ESTADO NUTRICIONAL : _____

FUNCION INTELECTUAL : _____

¿TIENE ACTIVIDAD SEXUAL? : SI () NO ()

¿MANTIENE RELACIONES SOCIALES?: SI () NO ()

¿TIENE TIEMPO OCIOSO ? : SI () NO ()

¿A TENIDO CAMBIOS DE HUMOR? : SI () NO ()

TABAQUISMO: SI () NO ()

ALCOHOLISMO: SI () NO ()

TENSION ARTERIAL: SISTOLICA _____ DIASTOLICA _____

NUMERO PREVIO DE MEDICACIONES ANTIHIPERTENSIVAS: _____

CRISIS HIPERTENSIVAS: _____

DOLOR PRECORDIAL: SI () NO ()

SINTOMAS COLATERALES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO:

SI	NO	
()	()	FATIGA (LETARGO)
()	()	DESORDEN SEXUAL
()	()	DESORDEN DEL SUEÑO (PESADILLAS)
()	()	DOLOR DE CABEZA
()	()	BOCA SECA
()	()	VERTIGO
()	()	NAUSEA
()	()	BRADICARDIA
()	()	MIALGIA (CALAMBRES MUSCULARES)
()	()	ANSIA (IRRITABILIDAD)
()	()	PALPITACIONES
()	()	EDEMA
()	()	TOS
()	()	ESTREÑIMIENTO