

errores por día baja de 1.492 a 0.084, lo cual implica que se cometerán 84 errores cada 1 000 días; este dato refuerza aún más las bondades del sistema de dispensación de medicamentos, ya que, en magnitud, la frecuencia de errores es comparable a la de nosocomios de otros países.³

Eduardo Raymundo Reyes Rodríguez, M en C,
José Luis Sánchez Palacio, M en B,
Rebeca Bañales Ley, MCQ.

Facultad de Ciencias Químicas e Ingeniería
Universidad Autónoma de Baja California

Referencias

1. Leape LL, Bates DW, Cullen DJ. Systems Analysis of Adverse Drug Events. *JAMA* 1995;274:35-43.
2. Cohen MR. Medication Errors Causes, Prevention and Risk Management. Jones and Bartlett Publishers, 2000;1.1-1.8.
3. Lesar TS. Factors Related to Errors in Medication Prescribing. *JAMA* 1997;277:312-317.

Niveles de control de la presión arterial en pacientes ambulatorios ancianos

Señor editor: el control de la hipertensión arterial (HTA) tratada corresponde a 61% en blancos no hispanos,¹ 49.6% en mexicanoamericanos¹ y 23% en mexicanos.² La HTA es un riesgo mayor para la primera causa de mortalidad en el anciano: la enfermedad cardiovascular.³ Encontramos que 59.9% de los pacientes ambulatorios geriátricos presenta HTA; también notamos subempleo de diuréticos* pero falta discutir el nivel de control. El objetivo de

* Cárdenas Ibarra L, Sifuentes Martínez MR, Salinas Martínez R, García Hernández P, Vázquez García AA, Villarreal Pérez JZ. Hipertensión arterial en el anciano. Contexto clínico y manejo habitual. ¿Se sigue el estándar recomendado? *Medicina Universitaria* 2007;33(8). En prensa.

este análisis fue determinar el nivel de control de la HTA y los factores que se le asocian en pacientes ambulatorios de un centro geriátrico.

Métodos: estudio retrospectivo en 85 pacientes con HTA primaria, identificados de 142 seleccionados aleatoriamente de los atendidos en un centro geriátrico ambulatorio en los primeros cinco meses de 2004.

Buen control (BC) según presión sistólica/diastólica <130/<80 y <140/<90 mmHg en pacientes con y sin diabetes mellitus,⁴ en el promedio de tres mediciones. La muestra de 85 tiene potencia índice de 2.8 para encontrar BC entre 25-40%. Se comparó BC contra el resto (pobre control, PC) por χ^2 en variables nominales, "prueba *t* de Student" o Mann-Whitney en las continuas para grupos independientes, $p < 0.05$. El índice de verosimilitud (Log-likelihood Ratio)⁵ evaluó si 50% en BC está dentro del rango respaldado en los tratados con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) y los tratados con diurético.

Resultados: 28 (32.9%) pacientes tenían S<140/D<90 (grupo en BC), 33 (38.8%) tenía S140-159/D<90, 2 (2.4%) S<140/D 90-100, y 22 (25.9%) S>160/D>90 mmHg. Varones en BC vs. PC fue 4/28 vs. 19/57 ($\chi^2=3.45$, $gl=1$, $p<0.1$); edad 78.4±8.8 vs. 73.7±8.0 ($t=2.46$, $gl=83$, $p<0.05$); índice de masa corporal 25.7±5.3 vs. 27.7±4.6 kgm^2 (MW=1.75, $gl=63$, $p<0.05$); perdió 2 citas 10.7% vs. 33.3% ($\chi^2=4.9$, $gl=1$, $p<0.01$); pudo declarar su dieta anti-HTA 45.5% vs. 15.6% ($\chi^2=6.9$, $gl=1$, $p<0.01$). La glucemia fue similar 120±62 vs. 119±39 mg/dl ($t=0.07$, $p>0.05$); no el colesterol total 188±40 vs. 217±46 ($t=2.1$, $gl=47$, $p<0.05$). El BC en diuréticos fue 10/26 (38.5%) e incluye el 50% (LR=1.397, $p=0.237$). El BC con IECA fue 17/60 (28.3%) y no incluye el 50% (LR=11.648, $p<0.001$), tampoco el 38.5% logrado con diuréticos (LR=8.446, $p<0.005$).

Discusión: el 33% en BC es muy bajo comparado con el 65% alcanzado en un programa de HTA de Colorado⁶ para indigentes en Medicare de 45-85 años; la diferencia puede deberse a la prioridad

y vigilancia en el uso de algoritmos en el programa de Colorado. La presión sistólica (S) fue la menos controlada; 38.8% con S140-159/D<90 sugiere menor énfasis o mayor dificultad para controlar S.⁷ En ancianos mexicanos, García-Peña y colaboradores⁸ reportaron 68% con S<160/D<90 similar a nuestro 72% bajo esas cifras. Pero la mayor mortalidad con S140-159 indica que S<140 es mejor meta de control.^{1,3,4}

Pacientes en BC vs. PC mostraron menos adiposidad (2kg/m²) y mejor conocimiento de la dieta recomendada. Se sugiere el valor de la dieta para eludir adiposidad en el anciano.⁴ El cumplir con la dieta y acudir a las citas es facilitado con apoyo familiar activo.⁴

El LR indica que 50% está dentro del rango de soporte de los datos para diuréticos; pero no para IECA. Como 60/85 (70.5%) de los pacientes recibía IECA, el rango de soporte de la fracción en BC es altamente preciso (23-33%), por lo que el cambio debe considerarse en muchos de ellos.^{9,10} El 7o reporte del Joint National Committee⁴ recomienda el uso de tiazidas (dosis bajas) y β -bloqueadores como agentes de primera línea cuando no hay concomitancias que se opongan.^{5,10}

La presión sistólica es muy importante para la sobrevivencia del anciano.⁷ Fue la menos controlada, tiene que ser mejorada; por ello, debemos asegurar la accesibilidad del servicio y el uso de las recomendaciones del Joint National Committee⁴ en los algoritmos para HTA. Además es necesario determinar las barreras al cumplimiento, ya que el PC se asoció con adiposidad e incumplimiento de dieta y citas.

Dra. Lilia Cárdenas-Ibarra, S. Endocrinología
Ricardo Salinas-Martínez, Jefe S. Geriátría
Jesús Zacarías Villarreal Pérez, Jefe S. Endocrinología

Hospital Universitario, Facultad de Medicina,
Universidad Autónoma de Nuevo León,
Monterrey, Nuevo León, México

Colaboradores: Hinojosa Morales N,
Sifuentes Martínez MR, Vázquez García AA.

Referencias

1. Glover MJ, Greenlund KJ, Ayala DC, Croft JB, Div of Adult and Community Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC. Racial/Ethnic Disparities in Prevalence, Treatment and Control of Hypertension US 1999-2002. *MMWR* 2005;54:7-9
2. Velásquez-Monroy O, Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelón-Hernández G, Grupo ENSA2000 et al. Hipertensión arterial en México: resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Cardiol Mex* 2002;72:71-84.
3. Yusuf S, Reddy S, Ounpuu S, Anand S. Global burden of cardiovascular diseases: part II: Variations in cardiovascular disease by specific ethnic groups and geographic regions and prevention strategies. *Circulation* 2001;104: 2855-2864.
4. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL et al. 7th Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-1252
5. Clayton D, Hills M, eds. Statistical models in epidemiology. New York: Oxford Sciences Publications: 1998.
6. Kaiser Permanente (Colorado Region & Colorado Permanent Medical Group). A focus on hypertension: four years of improvement. IHI's National Forum 2004. [Consultado febrero 2007]. Disponible en: www.ihio.org/HI/Topics/ChronicConditions/AllConditions/ImprovementStories/AFocusonHypertensionFourYearsofImprovement.htm.
7. Hymab D, Pavlik V. Characteristics of patients with uncoltrrolled hypertension in the United States. *N Engl J Med* 2001;345:479-86.
8. García-Peña C, Thorogood M, Reyes S, Salmerón-Castro J, Durán C. The prevalence treatment of hypertension in elder population of the Mexican Institute of Social Security. *Salud Publica Mex* 2001;43:415-420.
9. Kostis JB, Davis BR, Cutler J, Grimm RH, Berge KG, Cohen JD et al. Prevention of heart failure by antihypertensive drug treatment in older person with isolated systolic hypertension. Final results of the systolic hypertension in the elderly program (SHEP). *JAMA* 1991;265: 3255-3264.
10. Psaty BM, Smith N, Siscovick DS, Koepsell TD, Weiss NS, Heckbert SR et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 1997; 277:739-745.

Las mujeres mexicanas con cáncer de mama presentan una alta prevalencia de depresión y ansiedad

Señor editor: las prevalencias de depresión y ansiedad en pacientes con cáncer en general, y de cáncer de mama (CaMa) en lo particular, han mostrado considerables variaciones, desde 6 y 2% en el clásico estudio de Derogatis,¹ hasta 25 y 44% de acuerdo con otros autores.^{2,3} Estas diferencias pueden deberse al empleo de métodos diversos para la evaluación de depresión y ansiedad, o bien, a modificaciones reales con base en la cultura. De cualquier manera, tal como lo sugiere la propia Organización Mundial de la Salud, su evaluación local con métodos válidos y confiables resulta relevante para la gestión basada en evidencia de servicios de salud mental para poblaciones específicas.⁴

En esta dirección, realizamos una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa en una muestra de mujeres con CaMa. La muestra fue integrada por 225 mujeres derechohabientes del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente del Instituto Mexicano del Seguro Social de Guadalajara, Jalisco, que presentaron diagnóstico confirmado de CaMa a través de resultado histopatológico y/o mamografía, y que aceptaron participar en el estudio de manera anónima y voluntaria. La sintomatología depresiva y ansiosa fue evaluada con base en la Escala Hospitalaria de Depresión y Ansiedad (HADS, por las siglas en inglés).⁵

Encontramos que la puntuación promedio en la escala de depresión fue de 5.5 ± 4, y en la de ansiedad de 8.1 ± 4.5. De acuerdo con el punto de corte propuesto para las escalas (10 puntos), la prevalencia de depresión y ansiedad fue de 14.2% (IC95%= 10 a 19%) y 26.5% (IC95%= de

21 a 32%), respectivamente. Finalmente, cuando comparamos variables sociodemográficas y clínicas entre pacientes con y sin depresión y/o ansiedad, las diferencias fueron clínica y estadísticamente significativas sólo en el caso del tiempo de evolución entre pacientes con y sin depresión, siendo mayor para las primeras.

Las prevalencias de ansiedad y depresión en nuestra muestra son congruentes con los estudios internacionales en los cuales se utilizaron metodologías similares de evaluación^{2,6-8} para proponer un promedio de 22% de casos.⁹ En la mayoría de estas investigaciones se evalúa a mujeres con CaMa como parte de una muestra de pacientes oncológicos con diferentes diagnósticos;¹⁰ algunos más se diseñaron sólo para cáncer en la mujer (de cervix y mama);¹¹ los menos, como el presente, resultan específicos al incluir sólo a pacientes con CaMa. Además, las prevalencias encontradas en este trabajo son, por mucho, superiores a las reportadas en población mexicana en general y jalisciense en particular.^{12,13}

Afortunadamente, existe vasta evidencia de efectividad de las intervenciones psicológicas y psiquiátricas para dichos padecimientos, incluso en población oncológica,^{14,15} por lo que su detección y atención oportunas pueden redituarse en un aumento significativo del bienestar de las pacientes.

Mónica Morales-Chávez, MSP.
Instituto Jalisciense de Salud Mental,
Secretaría de Salud, Jalisco

Rebeca Robles-García, D en Psic.
Unidad de Investigación en Enfermedades Crónicas
Degenerativas e Instituto para el Fortalecimiento
de las Capacidades en Salud

Margarita Jiménez-Pérez, D en Epidem.
Centro Universitario de Ciencias de la Salud,
Universidad de Guadalajara

Jaime Morales-Romero, D en C.
Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana.
Correo electrónico: reberobles@hotmail.com