

profesional. En este sentido, las mujeres son más vulnerables por la doble carga de trabajo, múltiples roles<sup>4</sup>, etc.

La presión asistencial y la demanda injustificada es una buena causa del desgaste<sup>5</sup>. En el aspecto personal, el médico tiene que reaccionar y esforzarse activamente para salir de esas situaciones de agotamiento, deshumanización y/o de baja realización profesional, sobre todo de la despersonalización de cara a sus semejantes.

## Bibliografía

1. Maslach C, Jackson SE. MBI Inventario "Burnout" de Maslach (Manual). Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997.
2. Anaya Aceves JL, Ortiz García AC, Panderó Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Síndrome de "quemazón" (*burnout*) en médicos familiares y asistentes médicos. *Aten Primaria*. 2006;38:467-8.
3. Gomero Cuadra R, Palomino Baldeón J, Ruiz Gutierrez F, Llap Yesan C. El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Rev Med Hered*. 2005;16:233-8.
4. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71:293-303.
5. Mingote Adán JC, Moreno Jiménez B, Gálvez Herrer M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:265-70.

Segundo Soriano Fuentes  
 Centro de Salud Algeciras-Norte,  
 Algeciras, Cádiz, España  
 Correo electrónico: [segusf@ono.com](mailto:segusf@ono.com) (S. Soriano Fuentes)

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.004

## Adecuación del control de los factores de riesgo cardiovascular en prevención secundaria

### Is the control of cardiovascular risk factors in secondary prevention adequate?

*Sr Director:*

La cardiopatía isquémica es una de las principales causas de muerte en España<sup>1</sup>. De acuerdo con la American Heart Association/American College of Cardiology (AHA/ACC)<sup>2</sup>, la prevención secundaria para este tipo de pacientes consta del control de 10 ítems (tanto factores de riesgo como intervenciones preventivas). Los factores considerados son los siguientes: abandono completo del hábito tabáquico, control de la presión arterial (PA) <140/90 mmHg (130/80 mmHg en pacientes diabéticos o con enfermedad renal crónica), colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) <100 mg/dl, actividad física regular, un índice de masa corporal (IMC) <25, glucohemoglobina (HbA<sub>1c</sub>) <7%, tratamiento antiagregante o anticoagulante y tratamiento con inhibidores del sistema renina-angiotensina (inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina [IECA] y antagonistas de los receptores de la angiotensina II [ARA-II]) y bloqueadores beta. El objetivo de este estudio ha sido determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en prevención secundaria considerados en la AHA/ACC, en el ámbito de la atención primaria.

Se trata de un estudio transversal realizado en octubre de 2006. Se seleccionó, a través de una consulta informática, a todos los pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica entre 2000 y 2005 (ambos incluidos) establecida en la historia clínica, atendidos en el Centro de Atención Primaria Les Corts (Barcelona).

Las variables recogidas para cada paciente fueron las correspondientes a los 10 ítems de prevención secundaria

establecidos por la AHA/ACC mencionados anteriormente. Se consideraron válidos los valores recogidos en los últimos 12 meses; factores con valores obtenidos en una fecha anterior fueron considerados como factores no controlados.

El número de pacientes con cardiopatía isquémica establecida vivos resultó ser de 883, con una media  $\pm$  desviación estándar de edad de  $71 \pm 11,7$  años.

El buen control resultó <del 50% en 6 ítems, máximo en la terapia anticoagulante (87,20%) y mínimo para el ejercicio (10,53%) y el IMC (7,25%).

De este estudio se desprende que el control de los factores de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica establecida es bastante pobre. Los factores peor controlados son los que tienen que ver con cambios en el estilo de vida (ejercicio, IMC y tabaco), la diabetes mellitus y el consumo de fármacos (PA, LDL).

El escaso control de estos factores no es una novedad y observamos repetidamente en la literatura conclusiones similares. Cabe destacar una revisión sistemática reciente<sup>3</sup>, de varios estudios observacionales publicados en los últimos 10 años, que describe la utilización de medidas de prevención secundaria en pacientes con cardiopatía isquémica en España. Este estudio concluye que el manejo de dichas medidas es subóptimo, y uno de los problemas más importantes es el insuficiente uso de fármacos (antiagregantes, bloqueadores beta, IECA y estatinas) y la falta de consejo sobre estilo de vida tras el alta y en atención primaria.

En comparación con otros estudios realizados en el ámbito de la atención primaria, obtuvimos resultados similares en cuanto a la adecuación del control de los FRCV.

En relación con el registro de datos en la historia clínica, el ejercicio y el IMC fueron los menos cumplimentados.

Los resultados obtenidos permiten concluir que en la población estudiada hay un inadecuado control de los factores de riesgo cardiovascular, a pesar de la evidencia existente del aumento de la supervivencia ante su manejo intensivo.

## Bibliografía

1. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas (1975–1992). *Med Clin (Barc)*. 1998;110:321–7.
2. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update.
3. Sanfélix G, Peiró S, Gosalbes Soler V, Cervera Casino P. Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en España. Una aproximación desde los estudios observacionales. *Aten Primaria*. 2006;38:250–7.

M. Alejandra Oringa<sup>a</sup>, Silvia Canivell Fusté<sup>a,\*</sup>, Sarah La fuente Van Der Sluis<sup>b</sup> y Jacinto Ortiz Molina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>CAP Les Corts, Corporació Sanitària Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup>Hospital Clínic, Barcelona, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: canivell@clinic.ub.es (S. Canivell Fusté)

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.003

## Influencia del sexo en el abordaje de la enfermedad cardiovascular en atención primaria

### Influence of Gender on the approach to Cardiovascular Disease in Primary Care

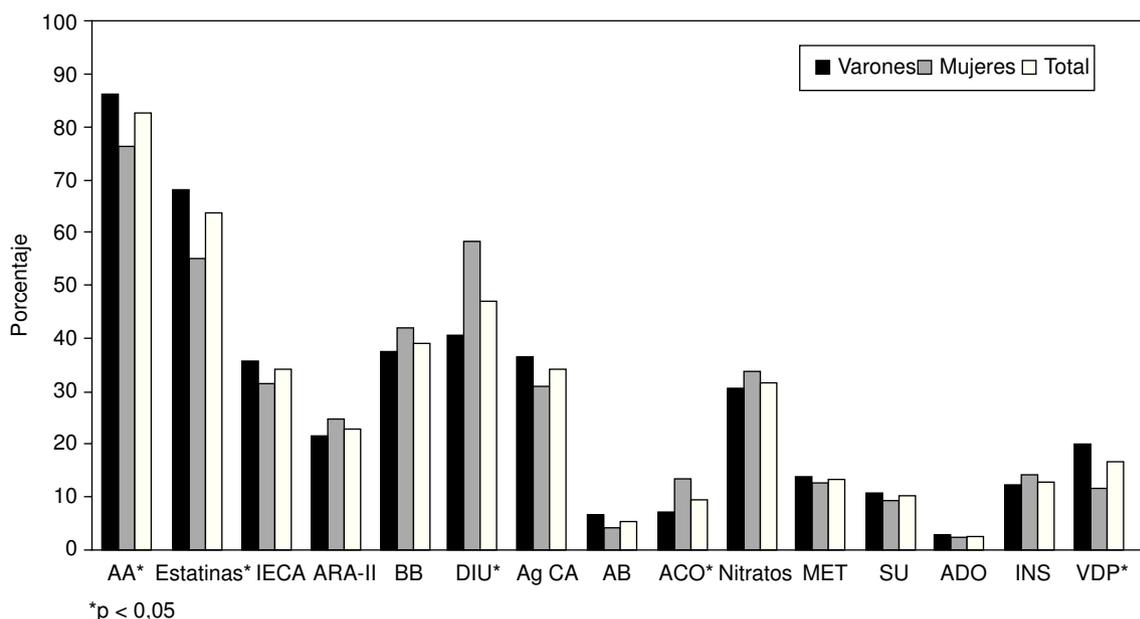
Sr. Director:

Hemos realizado un estudio para analizar el abordaje terapéutico de la enfermedad cardiovascular (ECV) según el sexo y valorar el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y observar si hay diferencias en el grado de control entre varones y mujeres. Estudio descriptivo, transversal, realizado de septiembre a diciembre de 2006 en un centro de atención primaria urbano en el área metropolitana de Barcelona que tiene asignada una población de 12.000 habitantes.

Se revisó a un total de 410 pacientes, de los que 391 (95,4%) cumplieron criterios de inclusión; se excluyó a 19 (4,6%) pacientes: 10 por fallecimiento, 4 no residían en la zona, 2 mal codificados y 3 no visitados en el último año.

Las variables estudiadas fueron: edad; sexo; FRCV; ECV: accidente vascular cerebral (AVC), accidente isquémico transitorio (AIT), angina, infarto agudo de miocardio (IAM) y arteriopatía periférica; fármacos prescritos (fig. 1); intervención realizada: trombólisis, coronariografía, coronariografía+stent, bypass, stent carotídeo, endarterectomía, y si no se intervenía; grado de control de los FRCV, la realización de un electrocardiograma (ECG) anual y el número de visita al médico de familia y a enfermería en el último año.

La media  $\pm$  desviación estándar de edad de la muestra fue de  $70 \pm 10,4$  años, el 76% eran varones. Se observaron diferencias significativas entre sexos en la prevalencia de IAM (el 40,7% de los varones frente al 26,6% de las mujeres;  $p = 0,006$ ) y de arteriopatía periférica, en que el porcentaje de varones que la presentaba prácticamente duplicó al de



**Figura 1** Tratamiento actual por grupos farmacológicos: antiagregantes (AA), estatinas, inhibidores de la enzima de conversión de angiotensina (IECA), antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II), bloqueadores beta (BB), diuréticos (DIU), antagonistas del calcio (AG-CA), bloqueadores alfa (AB), anticoagulantes (ACO), nitratos, metformina (MET), sulfonilureas (SU), otros antidiabéticos orales (ADO), insulina (INS) y vasodilatadores periféricos (VDP).