

**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**

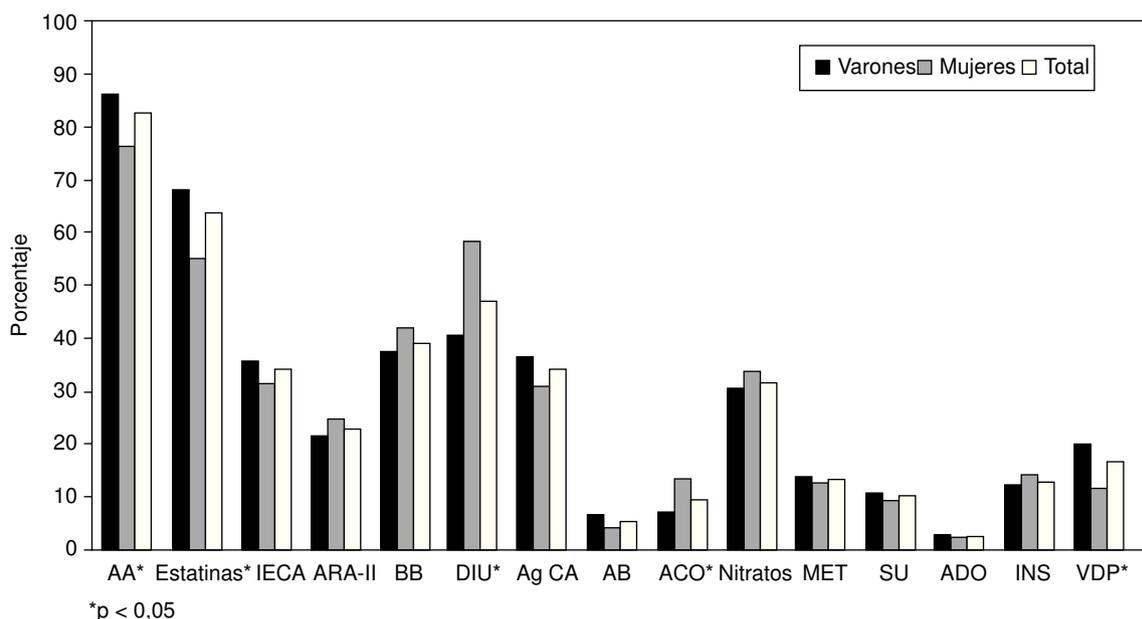
Sr. Director:

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 ± desviación estándar de edad de la muestra fue de 70 ± 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).

las mujeres (el 28,2 frente al 14,7%;  $p = 0,02$ ). Fumaban el 19% de los varones y el 6% de las mujeres ( $p = 0,001$ ), presentaban obesidad el 38 y el 56% ( $p = 0,004$ ), respectivamente. Se prescriben más antiagregantes (86,3%), estatinas (68,1%) y vasodilatadores periféricos (19,8%) a los varones que a las mujeres (el 76,2, el 55,2 y el 11,2%, respectivamente) ( $p < 0,05$ ). Se prescriben más anticoagulantes y diuréticos a las mujeres (el 13,3 frente al 7,3%, y el 58 frente al 40,7%, respectivamente;  $p < 0,05$ ). Se realiza más intervencionismo en los varones (el 47,6 frente al 31,5%;  $p = 0,002$ ). Los varones presentan mejor control de la dislipemia (el 39,1 frente al 21%;  $p = 0,0002$ ).

La frecuencia media de visitas anuales al médico de familia fue de 11,93 y a la enfermera, de 6,7.

Los varones tienen mayor prevalencia de IAM y arteriopatía periférica. Por lo que refiere al IAM, podría explicarse porque hasta en un 60% de las ocasiones las mujeres inician el cuadro con síntomas atípicos, lo que causa errores en el diagnóstico o su retraso, esto implica una mayor mortalidad de las mujeres<sup>1</sup>, y podríamos estar cometiendo un sesgo de supervivencia. En relación con la arteriopatía periférica, los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos en diferentes trabajos que objetivan un claro predominio en el sexo masculino, así como, en general, un infradiagnóstico<sup>2</sup>. En mujeres, la prevención secundaria de ECV es más deficitaria, se les prescribe menos antiagregantes y estatinas, y se les realiza menos intervencionismo. Uno de los puntos débiles en la prevención secundaria de ECV en la población de este estudio es el control de la dislipemia, que se podría explicar por el menor uso de hipolipemiantes. Los profesionales sanitarios deberían realizar un esfuerzo en el control de este factor de riesgo<sup>3</sup>, pues las estatinas no sólo disminuyen las concentraciones del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (cLDL), sino también la morbimortalidad por ECV, por lo que deben prescribirse para la prevención secundaria independientemente de los valores previos de cLDL<sup>4</sup>. Aunque ahora se es más agresivo en la prevención secundaria de las ECV, se debería ser todavía más incisivo en la prescripción de fármacos que han demostrado claramente su eficacia<sup>5</sup>, así como en la realización de tratamiento intervencionista cuando éste esté indicado<sup>6</sup>. Si bien este esfuerzo debe realizarse en todos los pacientes, con

especial interés en la población femenina, para conseguir una equiparación en el abordaje de la ECV en ambos sexos. Fruto de la concienciación por parte del personal sanitario del papel de las ECV en la mujer, serán necesarios, en un futuro, estudios para el seguimiento a largo plazo de la prevención secundaria de las ECV en el sexo femenino.

## Bibliografía

1. Murga Eizagaechearria N, Pedreira Pérez M, Mazón Ramos P, Alonso García A. Temas de actualidad en cardiología clínica y extrahospitalaria. Un nuevo proyecto: enfermedad cardiovascular en la mujer. *Rev Esp Cardiol*. 2006;59(Supl 1):99-104.
2. Baena Díez JM, Del Val García JL, Tomás Pelegrina J, Martínez Martínez JL, Martín Peñacoba R, González Tejón I, et al. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares y factores de riesgo en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2005;58:367-73.
3. Pineda Cuenca M, Custardoy Olavarrieta J, Andreu Ortiz MT, Ortiz Arroniz JM, Cano Montoso JG, Medina Ferrer E, et al. Estudio de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en un área de salud. *Aten Primaria*. 2002;30:207-13.
4. Mosca L, Appel LJ, Benjamin EJ, Berra K, Chandra-Strobo N, Fabunmi RP, Expert Panel/Writing Group, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women. *Circulation*. 2004;109:672-93.
5. Moreno Palanco MA, Ciria de Pablo C, Ibáñez Sanz P, Sánchez Luis C, Pizarro Portillo A, Suárez Fernández C. Reducción de la morbimortalidad cardiovascular tras un episodio cardiovascular agudo mediante el tratamiento intensivo de los factores de riesgo (proyecto MIRVAS). *Med Clin (Barc)*. 2007;129:241-6.
6. Aldasor E, Calvo M, Esnaola S, Hurtado de Saracho I, Alonso E, Audicana C, et al. Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. *Med Clin (Barc)*. 2007;128:81-5.

Montserrat Manich Capdevila\*, Jennifer Iglesias Botanes, Sandra Medina Alarcón y Ana Espinola Rodríguez

*ABS Camps Blancs, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

*Correo electrónico: montsemanich@hotmail.com*  
(M. Manich Capdevila)

doi:10.1016/j.aprim.2008.05.002

## Enfermeras no, médicos sí. ¿Por qué?

### Nurses no, Doctors yes. Why?

*Sr. Director:*

Me dirijo a usted para expresar mi opinión en referencia a un aspecto lingüístico relacionado con la profesión y el sexo, que he observado se produce de forma reiterada en su revista.

La formación del femenino en profesiones viene determinada por condicionamientos de tipo histórico y sociocultural, en especial en el hecho de que se trate de profesiones

desempeñadas tradicionalmente por mujeres. De ahí que el uso del femenino inclusivo «enfermera» para definir al conjunto de los profesionales que ejercen dicha profesión sea habitualmente aceptado<sup>1</sup>. Lo mismo ocurre con el uso del masculino inclusivo «médico» para designar a los profesionales que ejercen la medicina, sean varones o mujeres. Ahora bien, mientras el número de mujeres que ejercen la profesión enfermera sigue siendo ampliamente superior al de varones, no ocurre lo mismo en el caso de la medicina, donde el número de mujeres que la ejercen ha aumentado considerablemente, y llega a ser superior en muchas especialidades médicas.

Entiendo que su editorial desarrolle políticas que preserven el uso del lenguaje inclusivo no sexista y por ello