

considero adecuado hablar de personal de enfermería o profesional de enfermería en lugar de enfermera. A pesar de que creo que la utilización del término «enfermera» refleja de manera adecuada el contexto actual de esta profesión en nuestro país. Pero, si pretende desarrollar políticas consistentes, los artículos publicados en su revista tampoco deberían mencionar las palabras «médico» o «médicos», y se debería utilizar en su lugar las siguientes expresiones: personal médico o profesional de medicina. De otra manera estarían tolerando el masculino inclusivo pero no aceptando el femenino inclusivo, por lo que sus políticas lingüísticas resultarían poco equitativas dando un resultado contrario al deseado.

Una revisión de un editorial y un artículo publicados en *Aten Primaria*. 2008;40(7):319–378 me ha permitido comprobar este hecho. En el editorial «Sobre la prescripción del ejercicio físico», de Ortega Sánchez-Pinilla, aparece 5 veces las palabras «médico» o «médicos» y 1 la frase «personal de enfermería». En el artículo original «Medición de la capacidad evaluadora del cuestionario CVP-35 para la percepción de la calidad de vida profesional», de Martín-Fernández et al, aparecen 4 veces las palabras médico o médicos y 4 veces también la frase personal de enfermería. En ambas publicaciones no aparece la palabra «enfermera».

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.002

Creo adecuado revisar las políticas lingüísticas de la editorial de manera que sean consistentes para todas las profesiones. Además, considero que la utilización del femenino y del masculino inclusivos se tendría que valorar de acuerdo con el contexto social al que representan en el momento actual, sin tener en cuenta los antecedentes históricos.

## Bibliografía

1. Real Academia Española y Asociación de Academias de la Lengua Española. Diccionario panhispánico de dudas. Madrid: Espasa Calpe; 2005 [citado 23 Jul 2008]. Disponible en: <http://www.rae.es>.

Eduarne Zabaleta Del Olmo

*Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP) Jordi Gol, Barcelona, España*

Correo electrónico: [ezabaleta@idiapjgol.org](mailto:ezabaleta@idiapjgol.org)  
(E. Zabaleta Del Olmo)

## Carta a una joven residente

### Letter to a young resident

*Sr. Director:*

Hace unos años, y justo antes de su jubilación, el Dr. Velio me mostró, en el transcurso de una conversación, una carta manuscrita que había dirigido recientemente a una joven residente que he creído interesante remitir, pues concluye con una filosofía que, de aplicarse, podría ayudarnos a mejorar nuestra actividad médica diaria y, en especial, de nuestros residentes y, ¿por qué no?, disfrutar de pequeños placeres de la vida que, a menudo, nos pasan inadvertidos.

«Querida amiga:

Sentí una gran y sincera preocupación aquel día en que la vida permitió aquel encuentro casual de nuestros caminos y me ofreció la posibilidad de ver reflejado el cambio que ha acontecido en el aprendizaje y ejercicio de la medicina.

Me entristeció contemplar que la importancia en la evaluación del paciente se la cedías desde el principio a la prueba complementaria, dejando en un segundo plano la clásica anamnesis y la minuciosa exploración física del paciente, las cuales eran llevadas a cabo como una lenta tarea que ocupa demasiado tiempo; tiempo, por otro lado, que se te impone necesario para atender otro paciente.

»A contraluz, pude ver cómo, al igual que las partículas de polvo de la sala, se desvanecían infinitos tiempos perdidos por nuestros antecesores, observando cada uno de los

pequeños cambios que las patologías generan en su evolución en el cuerpo humano. Melancólico, pude divisar la distancia que te separa de este arte al cual todos pretendemos llegar y para el cual cada uno hace lo que puede a lo largo de los años.

»Quizá las facultades, con sus secuencias finitas de fríos y abstractos exámenes y el afán de sus afamados estudiantes en superarlos uno detrás de otro; quizá esa obligada sedestada hibernación que impone la superación del justo e injusto examen MIR, limitante y distribuidor de futuros aprendices de tan amplias y concretísimas especialidades; quizá el quehacer de los profesionales “mayores” desbordados por interminables listas de pacientes e impacientes pacientes, medidas dentro de un intervalo finito de tiempo; quizá la sobresaturación, fuente incitadora de desafortunados hábitos de un trabajo de supervivencia que son heredados y perpetuados por cada promoción, o quizá nos hemos dejado invadir por otros intereses que, alejados del saber científico, nos han ido apartando poco a poco de este antiguo arte y no hemos sabido (¿o no hemos querido?) percibir, y no hemos generado la capacidad para transmitirlo. Quizá otros, quizá alguno, quizá todos o quizá ninguno hayan sido los responsables de este tu proceder.

»De todas formas y como siempre, nunca es tarde y todavía estás a tiempo si sigues este consejo, que, por cierto, no es mío, sino de alguien<sup>1</sup> no muy lejano que nos reveló la importancia de un espíritu basado en la observación detenida de todo lo que acontece a nuestro alrededor, tanto en la medicina como en la vida. Alguien al cual, como a todos, a lo largo de su vida, la naturaleza se le exhibió sigilosa y discretamente delante de sus narices, solo que él

tuvo la delicadeza de observarla y generar la capacidad para entenderla.

Tu amigo  
El Dr. Velio»

Jordi Melé Olivé

ABS Mollerussa Cirugía General y del Aparato Digestivo  
Hospital  
Universitario Arnau de Vilanova Lleida, España

Correo electrónico: [jordimeleolive@gmail.com](mailto:jordimeleolive@gmail.com)  
(J. Melé Olivé)

## Bibliografía

1. Ramón y Cajal S. 18.<sup>a</sup> ed. Reglas y consejos sobre la investigación científica. Los tónicos de la voluntad. Madrid: Espasa Calpe; 2005.

doi:10.1016/j.aprim.2008.09.001

## La microalbuminuria en pacientes hipertensos en atención primaria

### Microalbuminuria in Hypertensive Patients in Primary Care

Sr. Director:

El objetivo del estudio fue estimar el porcentaje de pacientes hipertensos con microalbuminuria (MA) en atención primaria (AP), evaluar el seguimiento de este parámetro según guía ESH/ESH<sup>1</sup> 2003 y su influencia en la estimación del riesgo cardiovascular (RCV).

Se trata de un estudio epidemiológico, transversal, multicéntrico, que contó con la aprobación de un comité

ético de investigación clínica independiente. La recogida de datos fue realizada por 952 médicos de AP, de abril a junio de 2005. Participaron pacientes de 18 años o más con diagnóstico de hipertensión (HTA), independientemente del tiempo de evolución y del tratamiento recibido, quienes otorgaron consentimiento informado por escrito.

Se realizó una única visita en la que electrónicamente se recogieron datos demográficos, clínicos y resultados de MA obtenidos mediante tira reactiva en orina realizada en el momento de la consulta y en determinaciones anteriores. La tira reactiva se realizó a todos los pacientes sin determinación previa o, de haberse realizado, si tenía una antigüedad de más de 6 meses. Se estimó el porcentaje de pacientes hipertensos con MA, el RCV y el porcentaje de pacientes en los que se seguía las recomendaciones de la guía relativas a determinación de MA<sup>1</sup>.

Tabla 1 Características de la población estudiada

|   | Total        | Con microalbuminuria | Sin microalbuminuria |
|---|--------------|----------------------|----------------------|
| Edad (años), media ± DE   | 64,1 ± 11,4  | 65,8 ± 11            | 63,4 ± 11,5          |
| Índice de masa corporal, media ± DE                               | 28,7 ± 4,3   | 29,1 ± 4,4           | 28,6 ± 4,2           |
| Perímetro abdominal (cm), media ± DE                              | 98,4 ± 15,1  | 100,3 ± 16,7         | 97,7 ± 14,4          |
| Antecedentes familiares de evento cardiovascular prematuro, n (%) | 1.950 (22,5) | 737 (37,8)           | 1.213 (24,4)         |
| Presión arterial sistólica (mmHg), media ± DE                     | 142,6 ± 15,8 | 146,3 ± 16,7         | 141,2 ± 15,2         |
| Presión arterial diastólica (mmHg), media ± DE                    | 83,8 ± 10,2  | 85,5 ± 11,3          | 83,1 ± 9,7           |
| Hábito tabáquico, n (%)   | 1.162 (13,4) | 388 (15,6)           | 774 (12,5)           |
| Ingesta de alcohol, n (%)   | 2.023 (23,3) | 654 (26,2)           | 1.369 (22,2)         |
| Sedentarismo, n (%)   | 2.296 (26,5) | 847 (34)             | 1.449 (23,5)         |
| Dislipemia, n (%)   | 4.445 (51,3) | 1.526 (62,5)         | 2.919 (48,3)         |
| Diabetes mellitus, n (%)  | 2.296 (26,5) | 1.081 (44,5)         | 1.215 (20)           |
| Proteína C reactiva, n (%)  | 704 (8,1)    | 389 (35,1)           | 315 (13,2)           |
| Lesiones en órganos diana <sup>a</sup> , n (%)                    | 2.704 (31,2) | 1.691 (70,6)         | 1.013 (17,1)         |
| Procesos clínicos concomitantes <sup>b</sup> , n (%)              | 2.366 (27,3) | 1.219 (50,8)         | 1.147 (19,1)         |
| Con 2 o más factores de riesgo, n (%)                             | 6.260 (79,7) | 2.009 (88,4)         | 4.251 (76,1)         |

DE: desviación estándar. Para todas las variables las diferencias entre ambos grupos fueron estadísticamente significativas para  $p < 0,05$  (para variables cualitativas se utilizó la prueba paramétrica de  $\chi^2$  y para variables cuantitativas la prueba no paramétrica de la U de Mann-Whitney).

<sup>a</sup>Incluye: hipertrofia ventricular izquierda, evidencia electrocardiográfica de engrosamiento de la pared arterial, aumento de la creatinina en suero, microalbuminuria.

<sup>b</sup>Incluye: afectación cerebral, enfermedad cardíaca, enfermedad renal, enfermedad vascular periférica, retinopatía avanzada.