



Revista Española de Cardiología



6050-644. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL GRADO DE CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y TRATAMIENTOS SEGÚN SEXO? DATOS DEL ESTUDIO CIBAR

Rafael Vidal-Pérez¹, Fernando Otero-Raviña¹, José Luis Gómez Vázquez², María José Vázquez López², Ana Soilán Rodríguez², Ana Carballo Vicente², Flavia Berrocal de Partearroyo² y José Ramón González Juanatey¹ del ¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (A Coruña) y ²Grupo Barbanza, Santiago de Compostela (A Coruña).

Resumen

Introducción y objetivos: Tanto el grado de control de los factores de riesgo y el tratamiento farmacológico recibido en la fase crónica de la enfermedad arterial coronaria (EAC) según el sexo son un tema controvertido. Se va a estudiar la influencia del sexo sobre dichos aspectos a largo plazo en una cohorte con cardiopatía isquémica crónica (CIC) seguida por médicos de atención primaria (MAP).

Métodos: CIBAR es un estudio transversal multicéntrico realizado con la colaboración de 73 MAP. MAP incluyeron durante febrero 2007 pacientes (p) que cumplieran los criterios de inclusión: EAC con al menos 1 año de seguimiento desde diagnóstico, diagnóstico claramente establecido (angina estable-AE, angina inestable-AI, infarto de miocardio-IM) en informe de alta de un servicio de cardiología. Seguimiento realizado mediante revisión clínica y aplicando como criterios de control los de las guías de cardiopatía isquémica ESC 2013.

Resultados: 1.038p incluidos, 73% (758p) varones, primer diagnóstico de EAC: varones vs mujeres AE (21 vs 29,3%, p 0,001), AI (19,3 vs 27,9%, p 0,001) e IM (59,8 vs 42,9%, p 0,001), el tiempo desde el primer diagnóstico fue mayor en varones $8,2 \pm 6,3$ vs $6,9 \pm 5,2$ años, las mujeres eran mayores (edad media $72,4 \pm 10,5$) y tenían peor perfil de riesgo, con más HTA (78,9%), DM (34,6%). Las diferencias en cuanto a grado de control y tratamientos se muestran en la tabla. No hubo diferencias en cuanto a tratamientos como antiagregantes, estatinas o betabloqueantes, ni en la mayoría de parámetros de control salvo tabaquismo activo, ejercicio y obesidad central.

Grado de control y tratamientos según sexo			
	Varones (%)	Mujeres (%)	Valor-p
Tensión arterial controlada	66,9	61,8	0,141
LDL colesterol 70 mg/dl	22,9	15,2	0,021

Triglicéridos 200 mg/dl	88,0	89,5	0,525
HDL colesterol > 40 mg/dl H/45 mg dl M	61,1	63,7	0,510
Ausencia obesidad (IMC 30)	61,0	56,2	0,215
Ausencia obesidad central (102H/88M)	53,2	21,4	0,001
Tabaquismo activo	10	2,4	0,001
Antiagregantes	74,3	70,2	0,210
Anticoagulación	19,8	20,6	0,776
Estatinas	82,8	79,4	0,227
Betabloqueantes	62,7	58,7	0,267
IECA	35,2	30,6	0,187
ARAI	28,1	37,3	0,007
Ejercicio	46,2	32,0	0,001

Conclusiones: Existe un margen de mejora importante en el abandono del tabaquismo en varones y aumento de la actividad física en mujeres que puede redundar en mejora de perímetro abdominal en pacientes con CIC.