



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/1538 - DIFERENCIAS DE GÉNERO EN EL GRADO DE CONTROL DE FRCV EN EL ESTUDIO IBERICAN

A. Piera Carbonell<sup>1</sup>, A. Moyá Amengual<sup>2</sup>, V. Pascual Fuster<sup>3</sup>, J. Divisón Garrote<sup>4</sup>, F. Martínez Eged<sup>5</sup>, P. Martínez Sotodosos<sup>6</sup>, M. Ferrer Royo<sup>7</sup>, J. Espinosa García<sup>8</sup>, M. Jorge Gómez<sup>9</sup> y V. Martín Sánchez<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luanco. Gozón. Asturias. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Catalina. Palma de Mallorca. Islas Baleares.

<sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palleter. Castellón de la Plana. Castellón.

<sup>4</sup>MFYC. CS Fuentealbilla. Albacete. <sup>5</sup>Centro de Salud La Fábrica. Alicante. <sup>6</sup>Centro de Salud Alcázar I. Ciudad Real. <sup>7</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafalafena. Castellón de la Plana.

Castellón. <sup>8</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. CS Villanueva de la Serena Norte. Badajoz. <sup>9</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Silleda. Silleda. Pontevedra. <sup>10</sup>Instituto de Biomedicina (IBIOMED). Universidad de León. Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). León.

### Resumen

**Objetivos:** Observar si existen diferencias en el grado de control de los diversos factores de riesgo cardiovascular (FRCV), según género, en la cohorte estudiada en el IBERICAN.

**Métodos:** El estudio IBERICAN es un estudio descriptivo, longitudinal, observacional, prospectivo y multicéntrico en el que se incluyeron a pacientes atendidos en las consultas de Atención Primaria de toda España. La cohorte obtenida se sigue anualmente durante al menos 5 años. Se han considerado como criterios de adecuado control, las guías europeas de 2013, en el caso de la hipertensión arterial (HTA); los de las guías europeas de prevención cardiovascular de 2012, para el control lipídico; y para la diabetes (DM2), una HbA1c ajustada a edad y presencia de enfermedad cardiovascular (RedGDPS).

**Resultados:** El 43,5% (IC95%: 41,29-45,73) de los hombres y el 39,9% (IC95%: 37,73-42,16) de las mujeres, muestran mal control de HTA, no observando diferencia significativa entre ambos sexos ( $p = 0,077$ ). En lo referente al control de la DM2, tampoco se aprecia diferencia significativa entre géneros ( $p = 0,255$ ), observando un 29,3% (IC95%: 26,33-32,37) de los hombres y un 30,8% (IC95%: 27,42-34,29) un control deficitario de la DM2. En el caso de la dislipemia, a pesar de haber mal control en la mayoría de los casos en ambos sexos, en las mujeres es mayor el porcentaje de las que no cumplen objetivos de control (70,5%; IC95%: 68,45-72,50 vs. 64,1%; IC95%: 61,82-66,22) ( $p > 0,001$ ). Así, si analizamos el manejo conjunto de los 3 FRCV mayores (HTA, DM2 y dislipemia) en cada individuo, el grado de control es más deficitario en el caso de las mujeres para los 3 FRCV, si bien la diferencia no alcanza significación estadística ( $p = 0,358$ ).

**Conclusiones:** Las mujeres en el IBERICAN presentan peor grado de control de los FRCV que los varones. El control es más deficitario en el caso de la dislipemia. Es conveniente un mejor abordaje y

control de los FRCV en las consultas de AP en ambos casos, siendo recomendable no infratatarlos en el caso de las mujeres.

**Palabras clave:** Diferencias de género. Atención primaria. Riesgo cardiovascular. Grado de control. Factores de riesgo vascular.