

Métodos: Revisión sistemática a partir de la consulta de las bases referenciales MedLine (a través de PubMed) y Tripdatabase, para ello se utilizaron términos libres y tesauros. Además se realizó una revisión manual de los artículos revisados. Se seleccionaron aquellos estudios que evaluaban la asociación la adherencia a estatinas y eventos cardiovasculares o mortalidad en pacientes en tratamiento con estatinas sin historial previo de enfermedades cardiovasculares (prevención primaria). Se excluyeron aquellos que analizaban los factores relacionados con adherencia, casos clínicos y series de casos y aquellos publicados en idioma diferente al inglés o castellano. La extracción de la información fue realizada independientemente por 2 investigadores, triangulando las posibles discrepancias con un 3º investigador. La calidad metodológica fue evaluada mediante las Escalas Newcastle-Ottawa para cohortes y casos y controles, según el caso.

Resultados: Se incluyeron un total de 15 artículos, de los cuales 4 eran casos y controles anidados en cohortes y 11 fueron estudios de cohortes. En general, el riesgo de sesgos de los estudios incluidos fue bajo. El tamaño de muestra osciló entre los 6.595 y 171.535 pacientes, siendo el seguimiento medio entre 1,6 y 5,79 años. Se identificaron diferentes formas de evaluar la adherencia al tratamiento con estatinas. Todos los trabajos mostraron que aquellos pacientes una mayor adherencia al tratamiento con estatinas se les asociaban un menor riesgo de mortalidad, de cardiopatías isquémicas y eventos cardiovasculares. Dada la heterogeneidad de la medición de la adherencia, puntos de corte y medidas de resultado no fue posible la realización de un meta-análisis.

Conclusiones/Recomendaciones: Los resultados de esta revisión ponen de manifiesto que la adherencia al tratamiento con estatinas supone un elemento clave para la prevención de eventos cardiovasculares y mortalidad en pacientes sin historial de eventos cardiovasculares. La estandarización y normalización de la adherencia así como el establecimiento de los diferentes niveles de ésta, son elementos a incorporar en la investigación en salud pública para futuros trabajos.

Financiación: European Commission. Directorate General for research & innovation. FP 7 Health 2011. Grant Agreement number 279233.

811. ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN LA INCIDENCIA Y EN LA MORTALIDAD PRECOZ EN EL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO SEGÚN EL ÁREA GEOGRÁFICA?

M.L. Compés, B. Obón, C. Feja, M.B. Adiego, G. García-Carpintero, N. Álvarez, M.C. Burriel, M. Esteban

Dirección General de Salud Pública de Aragón; Salud, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico de Zaragoza; Universidad de Zaragoza.

Antecedentes/Objetivos: El infarto agudo de miocardio (IAM) es un problema de salud pública por su alta incidencia y mortalidad. Diferentes estudios muestran variabilidad geográfica. Nuestro objetivo: conocer si se presenta en Aragón por Zona Básica de Salud (ZBS), tanto en incidencia como en mortalidad en las primeras 24h.

Métodos: Elaboración de sistema de información, utilizando bases clínico-administrativas de Aragón. Unidad de registro: persona con al menos un episodio de IAM en 2012. Se integra información de CMBD (código CIE9MC 411), h. clínica electrónica de Urgencias (PCH), pacientes del 061 por IAM que no ingresan en hospitales de Aragón; defunciones del registro del INE (CIE10 I21). Población y periodo de estudio: residentes en Aragón en 2012. Cálculo: tasas ajustadas a la población europea en Aragón, por sector y sexo. Análisis por ZBS: cálculo Razón de Incidencia Estandarizada; estándar: tasa del total de Aragón, suavizando según modelo GLMM bayesiano (heterogeneidad espacial). Análisis por sexo. Utilizando la misma metodología se calcula la Razón de mortalidad estandarizada en las primeras 24 horas.

Resultados: N = 1.253 hombres (H) y 645 mujeres (M). Tasa bruta H: $314,8 \times 10^5$, M: $151,8 \times 10^5$; ajustada H: 131×10^5 , IC95% (123,3-138,8), M: $41,6 \times 10^5$ IC95% (37,7-45,5), sin diferencias significativas por sector. En H: exceso de riesgo (ER) de IAM en ZBS de Tarazona, Borja, Ejea y algunas zonas de Zaragoza (ZGZ) capital (Arrabal, Rebohería, Las Fuentes y Santa Isabel). En provincia de Teruel la mayoría de ZBS presentan "defecto de riesgo" (DR). Análisis de mortalidad primeras 24h: zonas con ER: Tarazona, Borja, Ejea y Binéfar. Zonas de ZGZ capital con "DR": Universitat, Delicias Sur y Fernando Católico. En M: ER de IAM en ZBS del norte de Aragón, y determinadas ZBS de ZGZ capital: Santa Isabel, Alfajarín, La Paz, Actur Norte y Utebo. Zonas con "DR": Casetas, Independencia y Universitat en ZGZ capital, y en el sur de Aragón. Análisis de mortalidad primeras 24h: zonas con ER en oeste de Aragón; no zonas con ER en ZGZ capital. Zonas con "DR" en ZGZ capital: Universitat, Delicias Sur, Avenida Cataluña.

Conclusiones/Recomendaciones: Existe variabilidad geográfica en la incidencia y la mortalidad en primeras 24 horas por ZBS. En ZGZ capital, hay zonas con ER de presentar IAM, en H y M, pero no mortalidad precoz, posiblemente debido al acceso precoz a las salas de hemodinámica. Zona de Teruel, con riesgo inferior de presentar IAM en ambos sexos. Sorprenden zonas rurales con ER de mortalidad precoz por IAM, (Binéfar en H y oeste Aragón en M): no aisladas, transporte sanitario disponible, cercanas a centros con hemodinámica.

905. ATLAS DE NIVELES PLASMÁTICOS DE LÍPIDOS EN ASTURIAS, 2014

M. Margolles Martins, R. Saiz Fernández, P. Margolles García, E. García Fernández, I. Donate Suárez

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de la Estrategia de Salud del SNS para el Abordaje a la Cronicidad, en Cardiopatía Isquémica y en Ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de los niveles de lípidos plasmáticos para poder aplicar medidas que mejoren la promoción y prevención de la salud y la asistencia integral. Nuestro objetivo es aumentar la información sobre los niveles plasmáticos de lípidos en Asturias y facilitar la planificación sanitaria.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación de los niveles de LDL, cHDL y colesterol total en una CA. Se ha extraído y recogido de la base de datos de AP de toda Asturias la última medición de lipidemias realizada en 2014, también se han recogido datos personales, así como otros factores en atención a la cronicidad. El análisis de la información se realizó con STATA v12. Se comparan mediante regresión logística y t de Student. Se analizan a nivel geográfico con mapas realizados con GVSig por ZBS, concejo y Área Sanitaria. Se realizan tablas con percentiles por grupo etario y sexo.

Resultados: Se obtuvieron últimas mediciones de lípidos en 218.138 personas de una población de 1.065.000h. Los niveles promedio de colesterol total son 206,7 mg/dL (IC95% 206,5-206,9) con valores de 198,4 (IC95% 198,2-198,6) en hombres y 212,5 en mujeres (IC95% 212,3-212,7) ($p < 0,000$). Los niveles de LDL fueron de 119,2 (IC95% 119,0-119,3); en hombres de 117,2 y en mujeres de 120,6 ($p < 0,000$). Los niveles promedio de cHDL fueron de 57,5 (IC95% 57,4-57,6) y en hombres de 51,2 y mujeres de 61,9 ($p < 0,000$). Por edades, los resultados arrojan niveles de colesterol total que se incrementan con la edad ($p < 0,0000$), al igual que los LDL ($p < 0,000$). Los niveles promedio de cHDL se mantienen relativamente estables con la edad fluctuando entre 56,8 y 59 si bien la diferencia es estadísticamente significativa por la gran potencia de la muestra. Se analizan los resultados por lugar de residencia dando resultados por ZBS, Área sanitaria y concejos lo que permite conocer un mapa de los niveles plas-

máticos de lípidos concentrándose los mayores niveles en aquellas zonas en que el nivel de envejecimiento es mayor. A su vez, se clasifican los resultados por niveles de riesgo y se describen por zona geográfica (Área, ZBS, concejo), sexo y edad. Se realiza, por otra parte, al ser un estudio poblacional un cuadro con percentiles de los niveles de lípidos por sexo, grupo etario y Área sanitaria.

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento de los niveles plasmáticos de lípidos en Asturias a nivel poblacional. Los resultados son similares a los obtenidos mediante encuesta de salud o a otras estimaciones (en términos de prevalencia de antecedentes). Una limitación es que se han analizado solo los resultados de las personas con medición de lípidos.

906. ATLAS DE LA TENSIÓN ARTERIAL EN ASTURIAS, 2014

M. Margolles Martins, R. Saiz Fernández, P. Margolles García, I. Donate Suárez, E. García González

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de las Estrategia Nacionales de Salud del SNS para el Abordaje a la Cronicidad, en Cardiopatía Isquémica y en Ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de la HTA para poder aplicar medidas que mejoren la promoción y prevención de la salud y la asistencia integral. Nuestro objetivo es aumentar la información sobre la HTA en Asturias facilitar la planificación sanitaria.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación de la TA en una CA. Se ha extraído y recogido de la base de datos de AP de toda Asturias la última medición de TA en 2014, también se han recogido datos personales, así como otros factores integrados en atención a la cronicidad. Se clasifican sus resultados según OMS (óptima, normal, normal alta, HTA ligera (grado 1), moderada (2), grave (3) y sistólica aislada. El análisis de la información se realizó con STATA v12. Se comparan mediante regresión logística y t de Student. Se analizan a nivel geográfico con GVSig.

Resultados: Se obtuvieron últimas mediciones de TA en 268.536 personas de una población de 1.065.000h. De las personas analizadas, un 33% tienen niveles en su última medición de HTA (un 23% es sistólica aislada). Por grupos etarios, hasta un 46% de los mayores de 65 años tienen mediciones en HTA, descendiendo con la edad (36% en 44-64 años, 15% en 30-44 años, etc.). Los niveles de HTA en la clasificación de TA son superiores en hombres que en mujeres (35,6% vs 31,8%) y en todos los grupos etarios, si bien las mayores diferencias se encuentran en edades medias (30-64 años). En términos cuantitativos las mediciones promedio fueron en TAS de 127,1; DE: 21,1 y en TAD de 73,5; DE: 12,6. Por sexo, los hombres tuvieron valores promedio en TAS de 128,0; DE: 21,6. Las mujeres tuvieron valores de TAS de 126,5. Las diferencias no son significativas ($t = 17,8$, $p = 0,08$). En relación a la TAD los hombres tuvieron valores promedio de 73,9; DE: 13,3. Las mujeres tuvieron valores de TAD de 73,1 ($t = 16,4$, $p = 0,047$). Un 25% de las personas con niveles de HTA tienen diabetes mellitus vs un 13% de las personas sin niveles de HTA, OR: 1,82. Por sexo, es mayor la comorbilidad con diabetes mellitus en hombres (28%) que en mujeres (22%), OR: 1,25. A mayor nivel de clasificación de la medición de TA mayor prevalencia de comorbilidad con diabetes mellitus. Se analizan los resultados por lugar de residencia dando resultados por ZBS, Área sanitaria y concejos lo que permite conocer un mapa de la HTA. Se realiza, por otra parte, al ser un estudio poblacional un cuadro con percentiles de los niveles de TA por sexo, grupo etario y Área sanitaria.

Conclusiones/Recomendaciones: Se ha profundizado en el conocimiento de la TA en Asturias a nivel poblacional. Los resultados son similares a los obtenidos mediante encuesta de salud o a otras estimaciones. Debería realizarse periódicamente en el futuro.

912. COMPARACIÓN POBLACIONAL ENTRE MODELOS DE CÁLCULO DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ASTURIAS

M. Margolles Martins, R. Saiz Fernández, P. Margolles García, E. García Fernández, I. Donate Suárez

Consejería de Sanidad; UNED.

Antecedentes/Objetivos: Dentro de los objetivos de las Estrategia del SNS en Cardiopatía Isquémica y en Ictus está la necesidad de profundizar en el conocimiento de los niveles de riesgo cardiovascular (RCV) para aplicar medidas que mejoren la promoción y prevención y la asistencia integral. Nuestro objetivo es comparar resultados del cálculo de RCV en diferentes modelos en una población.

Métodos: Estudio poblacional transversal, descriptivo, de la situación de los niveles de RCV en una CA. Se ha extraído y recogido de la base de datos de AP de toda Asturias la última medición de colesterol total, cHDL, TAS, TAD, y sexo, edad, hábito de fumar, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular en 2014. El análisis de la información se realizó con el programa CVRCAL de la Universidad de Santiago, basado en R, que calcula los RCV según DORICA, Framingham clásico, Framingham-Wilson, REGICOR, High risk score y Low risk score. Este programa es una herramienta que se puede usar para cálculo individual y también para grandes grupos de población o comunitarias. Se realizan comparaciones de los resultados obtenidos por los distintos modelos de cálculo tanto en correlaciones lineales como en las clasificaciones de riesgo y concordancias de riesgo alto (RA) (DORICA $\geq 20\%$, Framingham y derivados $\geq 20\%$, REGICOR (con diferentes puntos de corte, $\geq 20\%$, $\geq 15\%$, $\geq 10\%$, $\geq 5\%$) y SCORE $\geq 5\%$).

Resultados: Se midieron las variables en 218.138 personas. Los niveles de riesgo fueron evaluados para 33.257, con valores promedio de DORICA, 14,25% (IC95% 14,15-14,35); F Clásico, 11,6%; F Wilson, 13,61% (13,51-13,70), REGICOR, 5,75% (5,63-5,87); High risk score, 1,45% (1,43-1,47). La correlación lineal de valores es siempre significativa por el tamaño de la n. Los resultados más concordantes son los de entre HighRisk Score y LowRisk Score (0,99), REGICOR-F Wilson (0,998), Framingham Clásico y Wilson (0,88), REGICOR y clásico (0,88), REGICOR y DORICA (0,87) y DORICA y clásico (0,86). Las peores son entre los Scores y DORICA, clásico y REGICOR que no superan el valor 0,55. En personas diabéticas, se mejoran los resultados de correlación entre REGICOR y clásico. Asumiendo los puntos de corte citados, hay RA en un 24,5% por DORICA; 17,9% con FC; 22,4% con FW; con REGICOR en función de niveles (34,4%, 8,3%, 3,7%, 0,7%); con SCORE el 2,4%. La concordancia (kappa) de RA entre modelos es la siguiente: DORICA-Clásico (0,51), DORICA-Wilson (0,85, mayor en hombres, 0,97), DORICA-REGICOR (0,25), DORICA-SCORE (0,04), F Clásico-Wilson (0,62).

Conclusiones/Recomendaciones: Gracias a este estudio se ha logrado profundizar en el conocimiento de la correlación y concordancia de modelos de RCV en Asturias a nivel poblacional facilitándonos la planificación futura. CVRCAL es un muy buen y ágil programa para el cálculo masivo de RCV.

917. INFLUENCIA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y LA CIRCUNFERENCIA CINTURA EN LA TENSIÓN ARTERIAL ELEVADA EN ADULTOS JÓVENES

F.R. Savanne, E.M. Navarrete-Muñoz, M. García de la Hera, D. Giménez-Monzó, D. Valera-Gran, S. González-Palacios, L. Torres-Collado, A. Scholz, J. Vioque

CIBERESP; UMH.

Antecedentes/Objetivos: Una tensión arterial elevada sistólica (TAS) o diastólica (TADe) en la juventud se relaciona con hipertensión arterial y mayor riesgo cardiovascular en la vida adulta. El índice de masa corporal (IMC) y la circunferencia de cintura (CC) son importantes factores de riesgo modificables. El objetivo de este estudio ha sido analizar la asociación entre el IMC y la CC medidos y la tensión arterial en una población adulta joven universitaria.