

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 CVRCalc 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. CVRCalc 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.