

P-145 - MORTALIDAD GLOBAL EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA HIPERTENSA Y DIABÉTICA > 65 AÑOS

J.J. Tamarit García^a, B. Roig Espert^b, D. Godoy Rocati^a, A. González-Cruz Cervellera^a, V. Pallarés Carratalá^c, P. Morillas Blasco^d y Registro FAPRES Investigadores^e

^aConsortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia. ^bHospital Universitario de Manises, Valencia. ^cUnidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón de la Plana. ^dHospital Universitario de San Juan, Sant Joan d'Alacant. ^eCentros de Salud/Unidad de HTA, Comunidad Valenciana.

Resumen

Introducción: En España, actualmente la enfermedad cardiovascular es sin duda una de las principales causas de mortalidad. La HTA (hipertensión) y la DM (diabetes) son dos de los factores de riesgo que más contribuyen a esta realidad. La presencia de ambos factores de riesgo vascular en un mismo individuo es frecuente, potenciándose entre sí, dando lugar a un riesgo cardiovascular (RCV) total que es superior a la suma de sus componentes. Nuestro objetivo fue estudiar la mortalidad global de estos pacientes durante el seguimiento y ver que otros factores condicionan un aumento de RCV, condicionando una mayor mortalidad.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional, longitudinal prospectivo y multicéntrico, de ámbito asistencial, realizado en la Comunidad Valenciana con población hipertensa > 65 años que acudía al Centro de Salud o a una Unidad Hospitalaria de HTA (Registro FAPRES). Los datos recogidos han sido introducidos en una base de datos informática para su posterior análisis de los datos mediante el programa estadístico IBM-SPSS de Windows versión 20, con una significación estadística de p 0,05.

Resultados: De los 1.028 hipertensos basalmente incluidos, 1.003 pacientes (97,6%) finalizaron el seguimiento tras una mediana de 803 (721-896) días, de los cuales 276 fueron diabéticos. Al analizar la mortalidad global producida en estos pacientes encontramos 14 fallecimientos (5,1%) con las siguientes diferencias estadísticamente significativas (tabla 1). En el análisis multivariante encontramos (tabla 2).

Tabla 1

Variable	Vivos (262)	Muertos (14)	p
Características demográficas			
Edad	73,3 ± 5,5	77 ± 5,2	0,014
Antecedentes			

Insuficiencia cardíaca	18 (6,9%)	3 (21,4%)	0,080
Angina	34 (13%)	6 (42,9%)	0,008
IAM	22 (8,4%)	3 (21,4%)	0,122
Coronariopatía (angina, IMA, revasc)	47 (17,9%)	7 (50%)	0,008
Revascularización	20 (7,6%)	4 (28,6%)	0,025
Ictus	26 (9,9%)	1 (7,1%)	0,593
Insuficiencia renal	19 (7,3%)	2 (14,3%)	0,289
Arteriopatía periférica	17 (6,5%)	0	0,402
Dislipemia	161 (61,5%)	6 (42,9%)	0,135
Hábitos de vida			
Tabaquismo	29 (11,1%)	1 (7,1%)	9,537
Ejercicio físico	96 (36,6%)	0	0,002
Tratamiento			
Antiagregantes	81 (30,9%)	4 (28,6%)	0,558
Estatinas	84 (32,1%)	7 (50%)	0,137
Analítica			
HDL	49,6 ± 13,4	46,1 ± 11,4	0,376
LDL	111,15 ± 33,8	104,6 ± 29,8	0,512

Cociente albúmina/creatinina	53,2 ± 147,4	212,5 ± 345	0,205
Filtrado glomerular	75,62 ± 23,4	63,47 ± 18,9	0,058
ECG			
FA	16 (6,1%)	2 (14,3%)	0,229
HVI	48 (18,3%)	4 (28,6%)	0,259

Tabla 2

Variable	Mortalidad global	
	OR (IC95%)	p
Edad	1,236 (1,054-1,449)	0,009
Revascularización previa	22,765 (2,645-195,964)	0,004
Dislipemia	0,019 (0,001-0,303)	0,005
Estatinas	33,157 (2,857-384,799)	0,005

Conclusiones: En nuestro estudio el aumento de la edad (a partir de los 65 años), la revascularización previa y el uso de estatinas (pacientes de muy alto RCV) se asoció a una mayor mortalidad global. Por el contrario, los pacientes con antecedente de dislipemia presentaron menor mortalidad.