

<https://www.revclinesp.es>

## 979 - AUMENTO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON OBSTRUCCIÓN VENOSA DE RETINA

**Magdalena Fernández García**<sup>1</sup>, Zaida Salmón<sup>1</sup>, Álex García Tellado<sup>1</sup>, Mercedes de la Fuente Vázquez<sup>1</sup>, María Dolores Ruiz Sancho<sup>2</sup>, José Luis Hernández Hernández<sup>3</sup>, Jose Antonio Riancho<sup>3</sup> y Carmen Valero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <sup>2</sup>Oftalmología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. <sup>3</sup>Medicina Interna, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL. Universidad de Cantabria, Santander, España.

### Resumen

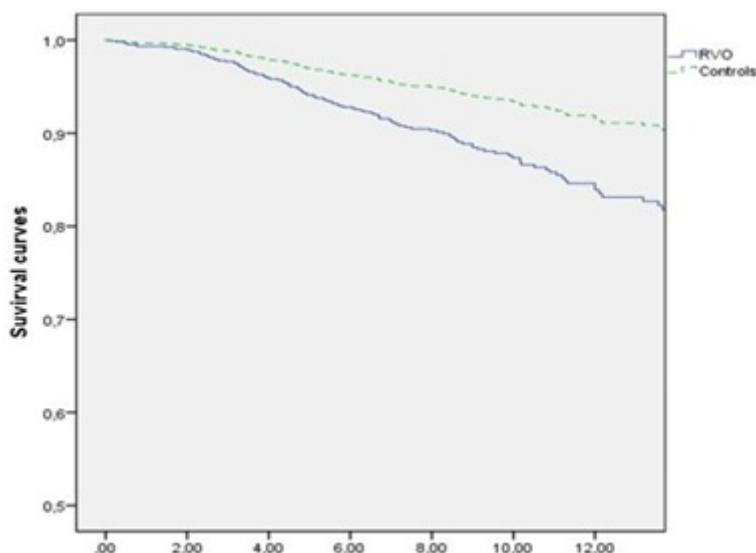
**Objetivos:** Determinar la mortalidad global y de causa cardiovascular en pacientes con una obstrucción venosa de retina (OVR).

**Métodos:** Estudiamos 666 personas, 333 con un primer episodio de OVR y 333 controles de la población general, ajustados por rango de edad y sexo (52% hombres;  $67,6 \pm 11,9$  años, rango 30-96 años), seguidos durante  $11 \pm 4$  años (HUMV. Santander). Se recogieron antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, consumo de tabaco y alcohol e IMC ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Se registró la mortalidad global, de causa cardiovascular (coronaria, ACVA, TEP, enfermedad arterial periférica, aneurismas) y no cardiovascular (cáncer, infecciones, enfermedad pulmonar, desconocido, otras). El estudio fue aprobado por el CEIm de Cantabria. Se utilizó regresión logística para la asociación entre factores de riesgo cardiovascular y OVR, y análisis de regresión de Cox para determinar las variables asociadas con mortalidad. Todos los análisis fueron ajustados por la edad en el punto medio del seguimiento.

**Resultados:** La prevalencia de factores de riesgo cardiovascular fue mayor en los pacientes con OVR (tabla). La mortalidad a 5 años fue del 25% en OVR y 24% en controles. La media de edad de los fallecidos con OVR fue 78,6 años (8,7) frente a 77,0 años (7,9) en los controles ( $p = 0,21$ ), 48,8% y 51,2% hombres respectivamente ( $p = 0,46$ ). La OVR se asoció con mortalidad global tras ajustar por la edad y factores de riesgo cardiovascular (HR 1,98, IC95% 1,27-3,07;  $p = 0,002$ ), así como con mortalidad no cardiovascular (HR 2,48, IC95% 1,27-4,54;  $p = 0,007$ ). La mortalidad cardiovascular no mostró diferencias (HR 1,86, IC95% 0,86-4,00;  $p = 0,11$ ). El tipo de OVR fue 67% temporal, 31,5% central y 1,5% nasal. No hubo diferencias en la mortalidad entre OVR temporal y central (OR 0,74; IC95% 0,47-1,16;  $p = 0,19$ ). La figura muestra las curvas de supervivencia para mortalidad global en ambos grupos.

	OVR (N = 333)	Controles (N = 333)	OR (IC95%)	p
Hipertensión arterial	242 (72,7%)	166 (50,4%)	2,66 (1,88-3,77)	$2,70 \times 10^{-8}$

Dislipidemia	218 (65,5%)	119 (35,9%)	3,36 (2,38-4,73)	$4,43 \times 10^{-12}$
Tabaquismo	144 (43%)	123 (37%)	1,33 (0,96-1,85)	0,08
Consumo de alcohol	67 (20%)	51 (15,4%)	1,42 (0,93-2,18)	1,00
Diabetes mellitus	83 (24,9%)	46 (13,7%)	2,06 (1,33-3,19)	0,001
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	28,9 (4,8)	28,3 (3,8)	0,96 (0,93-1,00)	0,08



**Conclusiones:** En nuestra cohorte los pacientes con OVR tuvieron mayor mortalidad global pero a expensas de las causas no cardiovasculares, mientras que la mortalidad por causas cardiovasculares fue similar a la del grupo control. Hallazgos similares han sido descritos en otros trabajos, pero se necesitan más estudios que profundicen en la relación entre OVR y mortalidad por todas las causas.