



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

Magdalena Fernández García¹, Zaida Salmón¹, Álex García Tellado¹, Mercedes de la Fuente Vázquez¹, María Dolores Ruiz Sancho², José Luis Hernández Hernández³, Jose Antonio Riancho³ y Carmen Valero³

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

Resumen

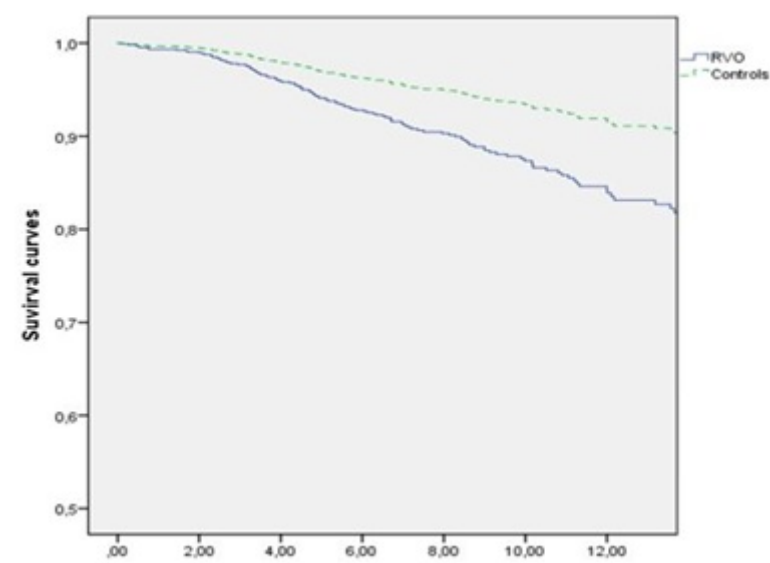
Objetivos: Determinar la mortalidad global y de causa cardiovascular en pacientes con una obstrucción venosa de retina (OVR).

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 ± 4 años (HUMV. Santander). Se recogieron antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, consumo de tabaco y alcohol e IMC (kg/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 mostro 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 ²)	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.