



## RV/H-003 - MORTALIDAD GLOBAL EN POBLACIÓN MEDITERRÁNEA HIPERTENSA Y DIABÉTICA MAYOR DE 65 AÑOS

J. Tamarit García<sup>1</sup>, B. Roig Espert<sup>2</sup>, D. Godoy Rocatí<sup>1</sup>, A. González-Cruz Cervellera<sup>1</sup>, V. Pallarés Carratalá<sup>3</sup> y P. Morillas Blasco<sup>4</sup>

P. Morillas Blasco en representación del Grupo de Trabajo Registro FAPRES

<sup>1</sup>Medicina Interna. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital de Manises. Manises (Valencia). <sup>3</sup>Atención Primaria. Unidad de Vigilancia de la Salud. Unión de Mutuas. Castellón.

<sup>4</sup>Cardiología. Hospital Universitario Sant Joan de Alicante. Sant Joan d'Alacant (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** En España, actualmente la enfermedad cardiovascular (CV) es sin duda una de las principales causas de mortalidad. La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM) son 2 de los factores de riesgo que más contribuyen. La presencia de ambos factores de riesgo vascular en un mismo individuo es frecuente, potenciándose entre sí, dando lugar a un riesgo CV 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 riesgo cardiovascular, 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 mayor de 65 años que acudía al Centro de Salud o a una Unidad Hospitalaria de HTA. 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 días, de ellos 276 fueron diabéticos. Al analizar la mortalidad global producida en estos pacientes encontramos 14 fallecimientos (5,1%) con las siguientes diferencias estadísticamente significativas: edad:  $77 \pm 5,2$ ,  $p = 0,014$ . Angina: 6 (42,9%),  $p = 0,008$ . Revascularización: 4 (28,6%),  $p = 0,025$ . Coronariopatía (angina, IMA, revascularización): 7 (50%),  $p = 0,008$ . Ejercicio físico: 0,  $p = 0,002$ . En el análisis multivariante encontramos: edad: 1,203 (1,047-1,382),  $p = 0,009$ . Coronariopatía: 0,087 (0,019-0,398),  $p = 0,002$ . Dislipemia: 20,007 (2,244-178,349),  $p = 0,007$ . Estatinas: 0,090 (0,012-0,684),  $p = 0,020$ .

**Discusión:** En nuestro estudio, la mortalidad global aumentó 1,2 veces por cada año de edad (a partir de los 65 años) y 20 veces en aquellos pacientes con dislipemia. Sin embargo, presentaron una mortalidad global hasta 11 veces menor aquellos pacientes con el antecedente de enfermedad coronaria (53,7% estaba antiagregado, el 13% anticoagulado y un 1,9% antiagregado y anticoagulado) y aquellos en tratamiento con estatinas.

*Conclusiones:* Nuestro estudio demuestra la importancia del tratamiento en la población mediterránea mayor de 65 años con hipertensión arterial y diabetes, tanto en la prevención secundaria de la cardiopatía isquémica como en el uso de estatinas en la dislipemia.