



# Avances en Diabetología



O-012. - Enfermedad Renal Crónica (ERC) en Diabéticos tipo 2 (DM2) en el área de salud del Vallés Occidental (Barcelona), enfermedad cardiovascular (ECV) y factores asociados. Resultados finales

T. Mur Martí<sup>a</sup>, M. Villaró Gabarrós<sup>a</sup>, N. Porta Martínez<sup>a</sup>, A. Jaén Manzanera<sup>b</sup>, T. Clanchet Aisa<sup>a</sup>, C. Lòpez Moya<sup>a</sup> y A. Castaño Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. <sup>b</sup>Fundació MutuaTerrassa. Terrassa.

## Resumen

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de ERC en pacientes DM2 en varios centros de salud de un área poblacional representativa del Vallés Occidental y posibles asociaciones con ECV, complicaciones diabéticas, actividad física y dieta mediterránea.

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal multicéntrico en una amplia área asistencial, perteneciente al Valles Occidental (Barcelona), población atendida de 225.000, obtenida de forma aleatoria sobre población DM2. La variable principal ERC definida mediante 2 determinaciones MDRD-4 < 60 ml/min/1,73 y/o 2 cocientes albúmina/creatinina > 30 mg/ml en 3-6 meses. Registro de datos sociodemográficos y antropométricos; factores de riesgo cardiovascular (RCV), tiempo y grado de control de DM2; ECV (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y accidente vascular cerebral), riesgo CV (score y regicor) y riesgo de ictus; complicaciones diabéticas (retinopatía con cámara-no-midriática, hipertrofia ventricular); comorbilidades (hipotiroidismo, hiperuricemia, ACxFA); determinaciones de HbA1c, lípidos, TSH, perfil renal; tratamientos (antidiabéticos, antihipertensivos, hipolipemiantes, antiagregantes y AINE) y cuestionarios validados: dieta mediterránea y ejercicio físico (IPAQ corto). Las diferencias entre variables se analizaron mediante pruebas chi cuadrado y exacta de Fisher o t-Student y U-Mann Whitney, según correspondiera. Análisis de regresión logística múltiple con determinación de odds ratios (OR) e Intervalos de confianza (IC) al 95%.

**Resultados:** Se incluyeron 560 pacientes con resultados válidos analizados de 447 (2010-2011). Edad  $67,9 \pm 10,4$ a y mayoría hombres (53,7%). La prevalencia de ERC fue 20,8%, y ECV 28,64%. En el análisis bivariado 32,0% con ECV presentaron ERC, frente 16,30% de los que no ( $p < 0,001$ ). Se encontraron diferencias en ERC según edad, HTA, dislipemia, hiperuricemia y retinopatía, así como cintura de riesgo y baja actividad física ( $p < 0,01$ ). Se halló asociación entre ERC con menor HDLc y TGC elevados ( $p < 0,05$ ). Un menor% de ERC se observó en pacientes con mayor adherencia a la dieta ( $p = 0,066$ ). En el análisis multivariado, los factores relacionados independientemente a ERC son: edad (OR: 5,5; IC95%: 1,72-17,88), > 70 vs a < 55; dislipemia (OR: 2,5; IC95%: 1,25-4,84); TGC elevados ((OR: 1,74; IC95%: 1,02-2,96) > 150 mg/dl vs < 150 mg/dl); retinopatía (OR: 2,56; IC95%: 1,22-5,35) y baja actividad física ((OR: 0,4; IC95%: 0,19-0,87) media vs baja). La ECV presenta mayor riesgo, cercano a significación (OR: 1,6; IC95%: 0,93-2,71).

**Conclusiones:** La prevalencia de ERC en nuestra población es 20,8%. Los pacientes con ECV tienen una mayor proporción de ERC, HTA y dislipemia. La ERC se presentó con mayor frecuencia en pacientes con inactividad física. Los factores de riesgo asociados de forma independiente a ERC son edad, HTA, dislipemia y retinopatía diabética. Un buen control de TGC es un factor protector de la misma. Es importante el control y la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares para evitar la ERC en pacientes diabéticos tipo II.