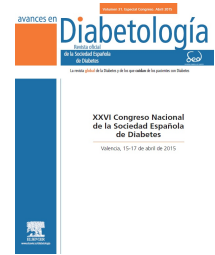




# Avances en Diabetología



## P-013. - FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN SUJETOS CON PREDIABETES. Estudio ERC-PREDAPS

M. Villaró Gabarrós<sup>a</sup>, T. Mur Martí<sup>a</sup>, N. Porta Martínez<sup>a</sup>, C.V. Giráldez García<sup>b</sup>, F.J. García Soidán<sup>c</sup> y Grupo de Estudio PredapsRedgaps

<sup>a</sup>Hospital Universitario Mutua Terrassa. Terrassa. <sup>b</sup>Universidad Complutense de Madrid. Madrid. <sup>c</sup>Centro de Salud Porriño. Pontevedra.

### Resumen

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con prediabetes y en pacientes sin alteraciones del metabolismo de la glucosa (SAMG), y evaluar factores de riesgo asociados a ERC en ambos grupos.

**Material y métodos:** La muestra pertenece a la etapa basal del Estudio de Cohortes de Prediabetes en Atención Primaria de la Salud (PREDAPS). Está formada por una cohorte de 1.184 sujetos con prediabetes y otra cohorte de 838 de sujetos SAMG. Se consideró sujeto con prediabetes si la glucemia en ayunas se encontraba entre 100-125 mg/dl y/o la HbA1c se encontraba entre 5,7-6,4%. Mediante historia clínica, examen físico, y determinación analítica se obtuvo información sobre factores de riesgo cardiovascular. La presencia de ERC fue definida como FG < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, estimada mediante la fórmula del Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). La medida de asociación utilizada fue la odds ratio.

**Resultados:** La prevalencia de ERC fue 4,5% en pacientes con prediabetes y 3,2% en pacientes SAMG (p = 0,165). En sujetos con prediabetes la edad y la presencia de hipertensión arterial se asociaron de manera positiva con la presencia de ERC, y la hipertrigliceridemia rozó la significación estadística. En sujetos SAMG la edad y la uricemia se asociaron de manera positiva y tener un antecedente de patología cardiovascular de manera negativa con ERC.

Factores de riesgo cardiovascular y presencia de enfermedad renal crónica\* en sujetos con prediabetes y en sujetos sin alteraciones del metabolismo de la glucosa

Factores de riesgo	Cohorte con prediabetes CKD-EPI ≥ 60		Cohorte SAMG CKD-EPI ≥ 60		Cohorte con prediabetes		Cohorte SAMG	
	Media ± DE/N (%)	CKD-EPI < 60 Media ± DE/N (%)	Media ± DE/N (%)	CKD-EPI < 60 Media ± DE/N (%)	OR ajustada por edad (IC95%)	OR ajustada por edad (IC95%)	OR ajustada por edad (IC95%)	OR ajustada por edad (IC95%)
Edad (años)	59,1 ± 9,3	66,3 ± 7,3	56,5 ± 10,4	67,4 ± 5,8	1,12 (1,08-1,18)	1,18 (1,11-1,27)	1,12 (1,08-1,18)	1,18 (1,11-1,27)
Sexo (mujeres)	562 (49,9)	23 (43,4)	431 (53,1)	19 (70,4)	0,75 (0,43-1,32)	1,94 (0,82-4,58)	0,75 (0,43-1,32)	1,94 (0,82-4,58)
Patología cardiovascular	83 (7,4)	8 (15,1)	37 (4,6)	7 (25,9)	0,58 (0,26-1,29)	0,25 (0,10-0,66)	0,58 (0,26-1,29)	0,25 (0,10-0,66)
Hipertensión arterial	692 (61,5)	44 (83,0)	347 (42,8)	15 (55,6)	2,21 (1,06-4,63)	0,85 (0,38-1,90)	2,21 (1,06-4,63)	0,85 (0,38-1,90)
Obesidad general	483 (42,9)	24 (45,3)	194 (23,9)	9 (33,3)	1,17 (0,67-2,06)	1,45 (0,62-3,37)	1,17 (0,67-2,06)	1,45 (0,62-3,37)
Obesidad abdominal	755 (67,1)	36 (67,9)	345 (42,5)	18 (66,7)	0,83 (0,45-1,51)	2,02 (0,88-4,64)	0,83 (0,45-1,51)	2,02 (0,88-4,64)
Hipertrigliceridemia (TG ≥ 150 mg/dl y/o TTO)	581 (51,6)	37 (69,8)	305 (37,6)	14 (37,6)	1,80 (0,98-3,30)	1,60 (0,73-3,53)	1,80 (0,98-3,30)	1,60 (0,73-3,53)
Hipercolesterolemia (Col ≥ 200 mg/dl y/o TTO)	887 (78,8)	43 (81,1)	573 (70,7)	23 (85,2)	0,93 (0,45-1,90)	1,36 (0,45-4,11)	0,93 (0,45-1,90)	1,36 (0,45-4,11)
LDL ≥ 130	529 (47,4)	16 (31,4)	395 (49,1)	11 (40,7)	0,57 (0,31-1,04)	0,60 (0,27-1,35)	0,57 (0,31-1,04)	0,60 (0,27-1,35)
No HDL ≥ 130	832 (74,8)	31 (60,8)	589 (73,0)	18 (66,7)	0,57 (0,31-1,02)	0,70 (0,30-1,62)	0,57 (0,31-1,02)	0,70 (0,30-1,62)
Ácido úrico (mg/dl)	5,5 ± 1,3	6,8 ± 1,5	5,0 ± 1,4	5,7 ± 1,4	1,00 (0,99-1,01)	1,31 (1,02-1,69)	1,00 (0,99-1,01)	1,31 (1,02-1,69)

\*Enfermedad renal crónica definida como filtración glomerular < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> estimada mediante la fórmula CKD-EPI (Chronic Kidney Disease-Epidemiology Collaboration). Hipertensión arterial: PAS > 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg o tratamiento para hipertensión.

**Conclusiones:** No se observó diferencia estadísticamente significativa en la prevalencia de ERC en ambas cohortes. Sin embargo, existen diferencias en los factores asociados con la presencia de ERC en ambos grupos en la etapa basal, factores a su vez relacionados con prediabetes. El seguimiento a largo plazo permitirá conocer la incidencia de ERC en ambas cohortes y la influencia de factores de riesgo en su desarrollo, lo que facilitará reconocer a grupos de riesgo y desarrollar estrategias

preventivas para reducir su impacto socioeconómico y complicaciones.