

P-023 - DIABETES MELLITUS TIPO 1: DEFINIENDO LOS MEJORES PUNTOS DE CORTE DE LA RIGIDEZ ARTERIAL PARA LA PREDICCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN EL STENO TYPE1 RISK ENGINE

L. Albert Fàbregas^a, G. Llauredó^b, A. Cano^a, I. Mazarico^a, M. González-Sastre^a y J.M. González-Clemente^a

^aCorporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ^bHospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de mortalidad de las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1). Se ha demostrado que los modelos de predicción de riesgo de ECV desarrollados a partir de población general y personas con diabetes mellitus tipo 2 infraestiman el riesgo de ECV en DM1. Ninguno de los modelos predictores de riesgo de ECV específicos para esta población se utilizan de forma habitual. Recientemente, se ha desarrollado el Steno Type 1 Risk Engine (ST1RE) para predecir riesgo de ECV en una cohorte de personas con DM1 sin ECV clínica. El objetivo del estudio es investigar la relación entre la predicción de riesgo obtenida a partir de este modelo y la aterosclerosis preclínica determinada mediante la rigidez arterial (RA), e identificar posibles puntos de corte de la RA que sean de interés para la práctica clínica.

Material y métodos: 179 personas (18-65 años de edad) con DM1 > 1 año de evolución y sin ECV clínica fueron consecutivamente evaluados para: 1) datos clínicos y antropométricos (incluyendo factores clásicos de riesgo cardiovascular), 2) complicaciones microvasculares y 3) velocidad de la onda del pulso aórtica (VOPa) obtenida mediante tonometría de aplanamiento (técnica Gold-Standard para medir la RA). Mediante el ST1RE se estimó el riesgo cardiovascular a 10 años de estas personas y se clasificaron según los resultados en 3 grupos: bajo riesgo (10%; n = 105); riesgo moderado (10-20%; n = 53) y alto riesgo (> 20%; n = 21).

Resultados: Se incluyeron 179 pacientes (hombres: 50,8%, edad: $41,2 \pm 13,1$ años, duración de DM1: 16 (12-23) años). Comparados con los sujetos de riesgo bajo y moderado, los del grupo de alto riesgo eran mayores ($32,5 \pm 8,3$, $50,8 \pm 6,0$ y $60,7 \pm 6,6$ años; p 0,001), tenían una mayor prevalencia de HTA (14,3, 37,7 y 66,7%; p 0,001) y DLP (36,4, 77,8 y 89,5%; p 0,001), tenían mayor IMC ($24,3 \pm 3,2$, $26,6 \pm 3,8$ y $27,8 \pm 4,4$ Kg/m²; p 0,001), más insulinoresistencia (eGDR: $9,2 \pm 1,8$, $7,0 \pm 2,1$ y $5,5 \pm 1,8$ mg·kg⁻¹·min⁻¹; p 0,001) y peor control glucémico (HbA1c: 7,6, 8,0 y 8,5%; p 0,001). También tenían una mayor prevalencia de complicaciones microvasculares (27,2, 43,4 y 81,0%; p 0,001) y una mayor VOPa ($6,4 \pm 1,0$, $8,4 \pm 1,3$ y $10,3 \pm 2,6$ m/s; p 0,001). La VOPa se asoció positivamente con la puntuación de riesgo del ST1RE (r = 0,777; p 0,001). El mejor punto de corte de RA para identificar sujetos del grupo de riesgo moderado-alto fue > 7,3 m/s (Sen: 86%, Esp: 83%; C-statistic: 0,914 (IC95% 0,873-0,95)), y para identificar los sujetos de alto riesgo, > 8,7 m/s (Sen: 76%, Esp: 86%; C-statistic: 0,879 (IC95% 0,809-0,948)).

Conclusiones: La RA se correlaciona positivamente con el riesgo de ECV calculado según el ST1RE. Proporcionamos dos puntos de corte de RA que diferencian los sujetos con DM1 que tienen riesgo moderado-alto y riesgo alto de ECV, datos que podrían ser de mucho interés para la práctica clínica.

Financiación: FIS PI15/00567 (co-financiado por el ISCIII y ERDF).