



O-006 - ¿Existe un umbral óptimo de tasa de filtrado glomerular estimado para identificar mejor a los pacientes con diabetes tipo 2 que tienen mayor riesgo de sufrir eventos CARDIOVASCULARES?

M. Ruiz Quintero^a, A.M. Cebrián Cuenca^b, D. Orozco Beltrán^c y J.A. Quesada^d

^aCentro de Salud de Agost, Agost. ^bCentro de Salud de San Antón, Cartagena. ^cCentro de Salud Cabo Huertas, Alicante. ^dUniversidad Miguel Hernández, Alicante.

Resumen

Objetivos: Entre un 20 y un 40% de los pacientes con diabetes tipo 2 tienen enfermedad renal crónica (ERC), y ésta se clasifica en 5 estadios en función de la tasa estimada de filtrado glomerular (TFG). Se considera como TFG anormal cuando es $60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$, aunque este punto de corte puede no ser óptimo con fines pronósticos o en poblaciones específicas. El objetivo de nuestro estudio fue identificar el umbral más adecuado de TFG que permita identificar mejor a aquellos pacientes con diabetes tipo 2 que tienen mayor riesgo de sufrir ECV.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivas donde se incluyeron 17.955 pacientes con diabetes tipo 2, libres de ECV en 2007 y fueron seguidas durante 5 años (2007-2012). ECV: hospitalización por infarto agudo de miocardio, o accidente isquémico cerebrovascular o muerte. Lugar: Comunidad Valenciana.

Fuente: historia clínica electrónica de atención primaria Abucasis e historia clínica electrónica hospitalaria. Participantes: 954 médicos y enfermeras de atención primaria de la Comunidad Valenciana. Variables: edad, género, glucemia en ayunas, hemoglobina glicosilada (HbA1c), presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, índice de masa corporal (IMC), creatinina sérica, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos y TFG. La TFG la calculamos usando la fórmula de la Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI). Se calcularon la odds ratio (OR) cruda y ajustada por distintas variables. Se utilizaron el área bajo la curva ROC (Receiver Operating Characteristic) y el estadístico χ^2 para identificar el umbral óptimo de TFG.

Resultados: En nuestro estudio la incidencia de ECV fue de 7,5% ($n = 1348$) durante un seguimiento medio de 3,2 años. Los pacientes con ECV tenían menor TFG ($74,2 \text{ vs } 80,9 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$; $p < 0,001$). La TFG $60 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ se asoció a más ECV (OR = 1,96; IC95% 1,71-2,24; $p < 0,001$). En un contexto no ajustado, una TFG igual a $76 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ mostró la mayor capacidad discriminativa y la mejor bondad de ajuste (área bajo la curva ROC 0,56, χ^2 98,8). En un modelo multivariante que incluyó a la edad, género, presión arterial, IMC, HbA1c, dislipemia, hipertensión, tratamiento con insulina y tratamiento con anticoagulantes, una TFG igual a $71 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ maximizaron la discriminación y la calibración (área bajo la curva ROC 0,73, χ^2 850) del mismo.

Conclusiones: La TFG se asocia a ECV y mortalidad en pacientes con diabetes tipo 2, tras ajustar por las principales variables confusoras. Nosotros especulamos que, con fines pronósticos, un umbral más alto de TFG (71 a $76 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$) podría identificar mejor a aquellos pacientes con diabetes tipo 2 con mayor riesgo de ECV, respecto del punto de corte comúnmente establecido.