



P-006. - LEADER-6: VARIACIÓN DEL ESTADO DE LA FUNCIÓN RENAL Y DE MARCADORES DE RIESGO EN FUNCIÓN DE ORIGEN GEOGRÁFICO, RAZA Y ETNIA EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2 CON RIESGO CV ELEVADO: RESULTADOS BASALES DEL ESTUDIO

A. Soto^a e I. Satman^b

^aCentro de Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, A Coruña. ^bDivision of Endocrinology and Metabolism, Department of Internal Medicine, Istanbul University, Istanbul.

Resumen

Objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) se correlaciona con el riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2). No está claro si es la condición previa de ECV o tener múltiples factores de riesgo para ECV lo que aumenta el riesgo de ERC. Se examinaron la prevalencia de la ERC y los potenciales factores de riesgo en un estudio diseñado para evaluar la seguridad cardiovascular a largo plazo de liraglutida en una población multi-racial y multi-étnica con DM2 y riesgo CV elevado.

Material y métodos: El estudio LEADER incluyó 9.340 personas con DM2 de 32 países. La mayoría de los participantes (81,3%, n = 7.592) tenía ECV previa. Se estimó la ERC al inicio mediante el cálculo del índice de filtración glomerular (IFG) usando la fórmula MDRD y la ERC se definió como IFG 60 mL/min/1,73m² y/o un cociente albúmina-creatinina (CAC) > 2,0 mg/mmol. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de regresión logística multivariante para la asociación de características basales con ERC prevalente.

Resultados: De los participantes con ECV previa, 34,5% tenían función renal normal (IFG < 90 mL/min/1,73m²). De los restantes tenían fracaso renal 38,8%, 24,4% y 2,3%, leve (IFG 89-60 mL/min/1,73m²), moderado (IFG 59-30 mL/min/1,73m²) y grave (IFG 30 mL/min/1,73m²), respectivamente. La prevalencia de ERC difería entre regiones: más elevada en asiáticos (80%), más baja en Europeos y de Oriente Medio (47,5% y 47,6%, respectivamente) y del 60% en Australianos y Americanos. La prevalencia de ERC en participantes con ECV previa se asoció con mayor edad (OR por DE: 1,40, p = 0,0001), mayor HbA_{1c} (1,30, p 0,0001), duración de la diabetes (1,23, p 0,0001), presión arterial sistólica (1,34, p 0,0001), frecuencia cardíaca (1,10, p = 0,0290) y nivel de triglicéridos (1,21, p 0,0001). Se asociaron con ERC al inicio (Europa como referencia): número de medicaciones antihipertensivas (1,54, p 0,0001), vivir en Asia (4,78, p 0,0001), Norteamérica (1,50, p 0,0001), Australia (1,48, p = 0,0211), África (1,47, p = 0,0176) y Sudamérica (1,40, p = 0,0004). Género masculino (1,28, p = 0,0001), consumo actual de tabaco (1,33, p = 0,0010), tratamiento únicamente con insulina (1,71, p = 0,0002), no historia de angina (1,71, p = 0,0001), infarto de miocardio (1,41, p 0,0001) e ictus (1,39, p 0,0001) aumentaron la probabilidad de ERC al inicio. Presión arterial diastólica (0,91, p = 0,0121) y no tratamiento diurético (0,75, p 0,0001) se asociaron con una probabilidad disminuida de ERC prevalente.

Conclusiones: La prevalencia de ERC es alta en pacientes con DM2 y ECV previa. Los pacientes asiáticos presentan el mayor riesgo. Los factores asociados con prevalencia de ECV más importantes son: edad, control de la diabetes, comorbilidades y medicaciones utilizadas. Estos datos no permiten inferir causalidad.

Puede ser de gran importancia el screening de ERC en pacientes con DM2 y ECV previa o riesgo elevado de ECV, así como la inclusión en programas preventivos de pacientes con riesgo elevado de ERC.