Rev Esp Cardiol. 2016:69 Supl 1: 60

Revista Española de Cardiología

7002-18. LEADER-6: VARIACIÓN DEL ESTADO DE LA FUNCIÓN RENAL Y DE MARCADORES DE RIESGO EN FUNCIÓN DEL ORIGEN GEOGRÁFICO, RAZA Y ETNIA EN UNA POBLACIÓN DIABÉTICA TIPO 2 CON RIESGO CARDIOVASCULAR ELEVADO

Domingo Marzal Martín[1] e Ilhan Satman[2] del [1]Hospital de Mérida (Badajoz) y [2]Istanbul Faculty of Medicine, Istanbul University, Estambul (Turquía).

Resumen

Introducción y objetivos: La enfermedad cardiovascular (ECV) se relaciona con el riesgo de enfermedad renal crónica (ERC) en pacientes con DM2. No sabemos si es la condición previa de ECV o tener múltiples factores de riesgo lo que aumenta el riesgo de ERC. Se examinaron la prevalencia de ERC y los potenciales factores de riesgo en un estudio diseñado para evaluar la seguridad CV a largo plazo de liraglutida en poblaciones con DM2 y elevado RCV.

Métodos: El estudio LEADER incluyó 9.340 pacientes con DM2 de 32 países. El 81,3% (n = 7.592) de los participantes tenía ECV previa. Se estimó la ERC por el cálculo de filtración glomerular (IFG) y la ERC se definió como IFG < 60 mL/min/1,73 m^2 o cociente albúmina-creatinina > 2,0 mg/mmol. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de regresión logística multivariante.

Resultados: De los pacientes con ECV previa, el 34,5% tenía función renal normal (IFG ? 90 mL/min/1,73 m^2). De los restantes, el 38,8% tenía fracaso renal leve (IFG 89-60 mL/min/1,73 m^2), el 24,4% moderado (IFG 59-30 mL/min/1,73 m^2) y el 2,3% grave (IFG < 30 mL/min/1,73 m^2). La prevalencia de ERC fue 80% en Asia, 47,5% en Europa, 47,6% en Oriente Medio y 60% en Australia y América. La prevalencia de ERC en pacientes con ECV previa se asoció con (OR por DE): mayor edad (1,40), mayor HbA1c (1,30), duración de la diabetes (1,23), PAS (1,34), frecuencia cardiaca (1,10) y TG (1,21); todos con p < 0,03. Se asoció con ERC al inicio (Europa como referencia): número de medicaciones antihipertensivas (1,54), vivir en Asia (4,78), Norte américa (1,50), Australia (1,48), África (1,47) y Sudamérica (1,40); todos p < 0,03. Aumentaron la probabilidad de ERC al inicio: sexo masculino (1,28), tabaquismo (1,33), tratamiento con insulina (1,71), no angina (1,71), infarto de miocardio (1,41) e ictus (1,39); todos p < 0,0010. PAD (0,91; p = 0,0121) y no tratamiento diurético (0,75; p < 0,0001) se asociaron con una probabilidad disminuida de ERC.

Asociación entre las características demográficas basales y la prevalencia de la IRC en la población del estudio LEADER con ECV previa.

Características basales de la población del estudio LEADER con enfermedad cardiovascular previa			
Parámetro	Total (n = 7.592)	Mujeres (n = 2.544)	Hombres (n = 5.048)
Edad (años)	63,9 (7,6)	64,0 (7,7)	63,9 (7,5)
Peso corporal (kg)	92,3 (20,9)	85,5 (19,6)	95,7 (20,7)
IMC (kg/m^2)	32,5 (6,3)	33,8 (6,9)	31,9 (5,9)
Cintura (cm)	110,1 (16,1)	107,9 (15,7)	111,2 (16,1)
Duración de la diabetes (años)	12,8 (8,1)	13,6 (8,6)	12,4 (7,9)
PAS (mmHg)	137,1 (18,8)	138,5 (19,6)	136,4 (18,3)
PAD (mmHg)	77,5 (10,6)	77,6 (10,9)	77,5 (10,4)
FC (latidos/min)	72,7 (11,3)	73,9 (10,9)	72,0 (11,5)
HbA1c (%), [mmol/mol]	8,67 (1,51) [71,2 (16,5)]	8,77 (1,56) [72,4 (17,1)]	8,61 (1,48) [70,6 (16,2)]
Colesterol LDL	2,28 (0,92)	2,51 (0,98)	2,16 (0,86)
Colesterol HDL	1,16 (0,31)	1,29 (0,33)	1,09 (0,29)
Triglicéridos	2,07 (1,59)	2,02 (1,31)	2,10 (1,72)
Creatinina (?mol/L)	89,5 (39,6)	78,6 (37,6)	95,1 (39,3)
Función renal (categoría de eGFR por la fórmula MDRD; $mL/min/1,73\ m^2$;%)			
Normal (? 90)	34,5	32,7	35,4
Leve (? 60, < 90)	38,8	36,8	39,8

Moderada (? 30, < 60)	24,4	27,5	22,9
Grave (< 30)	2,3	3,0	2,0
Daño renal (CAC; n = 6189; mujeres: 1.942; varones: 4.247; %)			
Normoalbuminuria (< 2 mg/mmol; < 18 mg/g)	41,3	42,5	40,8
Microalbuminuria (? 2, < 20 mg/mmol; ? 18, < 180 mg/g)	38,5	38,1	38,7
Macroalbuminuria (? 20 mg/mmol; ? 180 mg/g)	20,2	19,4	20,5
Los datos corresponden a medias (DE). CAC, cociente albúmina-creatinina; eGFR, tasa de filtración glomerular; FC, frecuencia cardiaca; MDRD, Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal; DE, desviación estándar.			

Conclusiones: La prevalencia de ERC es alta en pacientes con DM2 y ECV previa. Los pacientes asiáticos presentan mayor riesgo. Los factores asociados con prevalencia de ECV son: edad, control de la diabetes, comorbilidades y medicación. Estos datos no permiten inferir causalidad. Puede ser de gran importancia el cribado 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.