



## 1576 - INFLUENCIA DE LA DIABETES MELLITUS EN LA PREVALENCIA Y LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN UNA PROVINCIA

**Alfredo Luis Michán Doña**<sup>1,2</sup>, Enrique Jiménez Varo<sup>3</sup>, María Escribano Cobaleda<sup>4</sup>, Emilio Campos Dávila<sup>3</sup>, Carmen Nieto Ordóñez<sup>5</sup>, Antonio Hormigo Pozo<sup>6</sup> y José Escribano Serrano<sup>5,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigación e Innovación Biomédica de Cádiz (INiBICA), Cádiz, España. <sup>3</sup>Hospital de La Línea de la Concepción, la Línea de la Concepción, España.

<sup>4</sup>Hospital Punta de Europa, Algeciras, España. <sup>5</sup>Centro de Salud San Roque, San Roque, España. <sup>6</sup>Centro de Salud San Andrés-Torcal, Málaga, España.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar en qué medida la diabetes mellitus (DM) contribuye a la prevalencia y a las manifestaciones de la enfermedad renal crónica (ERC) en la población de 45 o más años de un Área Sanitaria.

**Métodos:** Se usó un corte desde enero 2021 a julio de 2023 de los mayores de 45 años de una base de datos aprobada por un CEI que contiene parámetros seudonimizados obtenidos de la práctica clínica del sistema público de salud. La prevalencia de ERC se estimó de forma secuencial: 1º) El porcentaje de tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) en sujetos con dos o más valores de TFGe < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup> en un periodo superior a tres meses; 2º) la presencia de albuminuria patológica si no se cumpliera este punto, dos determinaciones del cociente albúmina/creatinina (CAC) > 30 mg/g separadas por igual periodo y 3º) la prevalencia de ERC global, con y sin DM, tras combinarlas. Los resultados se estratificaron por edad y sexo. Para evaluar la clasificación de riesgo de las recomendaciones KDIGO 2024 se utilizaron los valores más recientes de TFGe y de CAC y dado que pueden no coincidir con los empleados para establecer la prevalencia, existen pequeñas diferencias entre ambos cálculos. Los estadios de ERC se definieron mediante KDOQI 2012 según la TFGe: estadio G1 (≥ 90); estadio G2 (60-89); estadio G3a (45-59); estadio G3b (30-44); estadio 4 (15-29) y estadio 5 (< 15) todos en mL/1,73 m<sup>2</sup>) y según el CAC: estadio A1 (300) en mg/g.

**Resultados:** Se estudiaron las determinaciones de TFGe realizadas a 40.369 sujetos, 80% de la población censada [55% mujer; mediana edad 61 (RIC 56-68)], 9.307 (23%) padecían DM. El 11%, 4.490, presentaron TFGe 60 solo 20.694 (58%) tenían CAC; en 1.090 (5,2%) era albuminuria patológica persistente, diagnosticados de DM el 78% (849). Padecerían ERC al menos 5.580 personas, dado que hay un número elevado de estadios 1 y 2 por filtrado sin determinación de CAC. Se disponía de una valoración completa de la función renal en 24.788 personas (8.650 DM), repartidas en G45 (9.396), G60 (8.893) y G75 (6.499). Diagnosticadas de ERC 5.184 (20,9%), 2.287 (14,1%) sin DM y 2.897 (33,5%) con DM, cuya distribución etaria sería: no DM G45 3,4%, G60 12% y G75 40% y de G45 14,1%, G60 27,1% y G75 54,5% en DM. El 10,1% (2.494) precisaría evaluación nefrológica, 1.840 (7,4%) por TFG 300, aunque un tercio no habían sido atendidos por nefrología,

1.435 [(16,6%), 980 (11,3%) con DM y 455 (5,3%) sin DM].

*Conclusiones:* Las manifestaciones clínicas de la ERC se han modificado, especialmente en sujetos con ERC y DM, en un tercio de los pacientes no se han seguido los protocolos de valoración establecidos por las sociedades de Nefrología.