



CARTAS AL EDITOR

La glucemia mantenida entre 110-125 mg/dl ¿es un factor de riesgo de desarrollo de diabetes?



¿Is a maintained glycemia between 110/125 mg/dl a risk factor in the development of diabetes?

Sr. Editor:

La prediabetes es una situación clínica que hace referencia a pacientes con cifras elevadas de glucemia (entre 110-125 mg/dl para la OMS y entre 100-125 mg/dl para la ADA). Se trata de un concepto no ajeno a la controversia pero que puede tener un sentido práctico para recordar el efecto nocivo de la glucosa y el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, así como la necesidad de actuar con el fin de evitar y/o retrasar su aparición¹. Según el estudio Di@bet.es, la prevalencia en España de prediabetes sería del 14,8% en población adulta^{2,3}. Aunque estudios previos han identificado que la incidencia de diabetes en España en población general estaría entre 7,2-7,9 casos/10.000 habitantes⁴, se desconoce la incidencia de diabetes en pacientes con prediabetes. El objetivo de este trabajo es

analizar el efecto de la glucemia mantenida entre 110-125 mg/dl en atención primaria (AP) sobre la incidencia de diabetes en una población atendida en España.

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo, con seguimiento de 5 años (2006-2010), en pacientes mayores de 24 años. La información se ha extraído de la historia clínica del sistema de información sanitario de AP (OMI-AP). Se define como caso de prediabetes la glucemia entre 110-125 mg/dl. Se ha considerado los pacientes vivos, con ausencia de diabetes y con episodios activos de la historia clínica.

Se recogió información de 222.886 pacientes que tenían medición de glucemia en el año basal. La prevalencia de prediabetes en esta población fue del 2,64%. La **tabla 1** muestra las características basales de la población así como el análisis multivariante. Se observa como la edad, el trastorno lipídico, la hipertensión arterial (HTA) y la obesidad se comportan como factores de riesgo en la población con prediabetes. Además, la situación de prediabetes se relaciona con gran riesgo para desarrollar la enfermedad de diabetes mellitus, en 2006 con una OR de 4,09 (IC 95: 3,55-4,70) y en 2010 de 5,75 (IC 95: 4,91-6,74).

Estos resultados muestran que pacientes con glucemias entre 110-125 mg/dl presentan un riesgo muy importante de desarrollar diabetes, independientemente de la presencia de otros factores asociados: HTA, dislipidemia u obesidad.

Tabla 1 Características de la población y análisis multivariante

		2006		2010	
		OR	IC 95%	OR	IC 95%
Prediabetes: n (%)	5.402 (2,64)	4,09	3,55-4,70	5,75	4,91-6,74
HTA: n (%)	3.249 (60,14)	2,13	2,0-2,28	1,96	1,81-2,13
Obesidad: n (%)	1.332 (24,66)	2,01	1,88-2,15	1,87	1,74-2,02
Trastorno lipídico: n (%)	2.298 (42,54)	1,69	1,59-1,79	1,56	1,45-1,67
Comorbilidad discordante: media (DE)	1,75 (1,25)	1,07	1,04-1,09	1,07	1,04-1,10
Edad: media (DE)	66,51 (12,94)	1,03	1,03-1,04	1,04	1,04-1,04
Número de fármacos: media (DE)	6,77 (4,37)	1,01	1,01-1,02	1,01	1,00-1,02
Comorbilidad concordante: media (DE)	0,45 (0,92)	0,99	0,96-1,02	1,00	0,96-1,04
Mujer: n (%)	2.898 (53,09)	0,58	0,54-0,61	0,58	0,54-0,62

Las comorbilidades de los pacientes se clasificaron en 2 tipos⁵: comorbilidades concordantes como suma cuantitativa de los diagnósticos de aterosclerosis periférica, cáncer, valvulopatías, arritmias, otras enfermedades cardiovasculares, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, EPOC, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal; y comorbilidades discordantes, como el resultado de la suma de los diagnósticos de artrosis, ansiedad, demencia, depresión, asma, patología oftálmica, patología de la piel, esquizofrenia, otras patologías osteoarticulares y osteoporosis.

Dado que existe evidencia de que la diabetes puede prevenirse o retrasarse⁶, parece relevante plantear estrategias que permitan trasladar el beneficio de dichas intervenciones a la práctica clínica en pacientes con prediabetes, dado el elevado riesgo de desarrollar diabetes que presentan.

Consideramos que las bases de datos clínico-administrativas, como la historia electrónica de AP, han demostrado validez para realizar estudios epidemiológicos y de utilización de servicios de salud, y pueden ser un instrumento útil para realizar estudios comunitarios con pacientes ambulatorios.

Bibliografía

1. Llanes de Torres R, Arrieta F, Mora Navarro G. Prediabetes en atención primaria: diagnósticos y tratamiento. *Aten Primaria*. 2006;37:400–6.
2. Mata-Cases M, Artola S, Escalada J, Ezkurra-Loyola P, Ferrer-García JC, Fornos JA, et al., Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. Consenso sobre la detección y el manejo de la prediabetes. Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes. *Aten Primaria*. 2015;47:456–68.
3. Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es Study. *Diabetologia*. 2012;55:88–93.
4. Martín Martínez MA, Carmona Alférez R, Prado Galbarro FJ, Sarria Santamera A. Incidencia y prevalencia de diabetes en una población adulta de Madrid: estudio mediante la historia clínica informatizada en atención primaria. *Gac Sanit*. 2013;27:282–5.
5. Pentakota SR, Rajan M, Fincke BG, Tseng C-L, Miller DR, Christiansen CL, et al. Does diabetes care differ by type of chronic comorbidity? An evaluation of the Piette and Kerr framework. *Diabetes Care*. 2012;35:1285–92.
6. Costa B. Prevención de la diabetes de tipo 2. ¿Qué se puede hacer desde la atención primaria? La experiencia del DE-PLAN-CAT. *Av Diabetol*. 2012;28:59–63.

Guadalupe Alemán-Vega^{a,*}, Sofía Garrido-Elustondo^{b,c},
Isabel del Cura-González^{b,c,d}
y Antonio Sarria-Santamera^{c,e,f}

^a Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital de La Princesa, Madrid, España

^b Unidad de Investigación de Atención Primaria de Madrid, Madrid, España

^c Red de Investigación en Servicios Sanitarios en Enfermedades Crónicas, REDISSEC, España

^d Departamento de Medicina Preventiva, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España

^e Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

^f Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: guadalupe.aleman@salud.madrid.org
(G. Alemán-Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.06.013>
0212-6567/

© 2017 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Desarrollo de la «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal»[☆]



Development of the “Consensus guidelines for the use of drugs in renal failure”

Sr. Editor:

Habiendo leído el trabajo titulado «Ezetimiba asociada a simvastatina incrementa el riesgo de insuficiencia renal» y la consecuente respuesta «Consideraciones respecto a ezetimiba y deterioro renal», publicados ambos en esta revista^{1,2}, y tras percibir el debate en cuanto al uso de medicamentos en pacientes con insuficiencia renal se nos hace relevante presentar la «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal».

[☆] El proyecto de desarrollo de esta Guía recibió en 2016 el premio «VI edición Premios Esteve». Sin embargo, este artículo y la información que contiene no ha sido publicado en ninguna revista científica.

En un estudio se observó que uno de cada 3 pacientes mayores de 65 años, polimedcados atendidos en farmacias comunitarias, presentaban unos valores de filtrado glomerular estimado (FGe) < 60 ml/min/1,73 m² y en estos pacientes, al revisar su medicación se evidenció que uno de cada 2 medicamentos requería algún ajuste de dosis o intervención³.

Tras comprobar este hecho, el grupo de docencia e investigación en Farmacia Práctica de la Universidad de Barcelona junto con la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.) firmaron un convenio con el objetivo de desarrollar una herramienta práctica para impulsar el uso seguro de los medicamentos en función del FGe de cada paciente.

Esta herramienta se tradujo en el portal «Guía de consenso para el uso de medicamentos en insuficiencia renal» (Guía AP-IR) (<http://www.ub.edu/medicamentoseninsuficienciaarenal/>). Este formato ya ha sido utilizado en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, aunque con otros objetivos⁴.

La «Guía AP-IR» constituye una base de datos que recoge los requerimientos posológicos de más de 300 medicamentos en función del estadio de insuficiencia renal de los pacientes. La información ha sido obtenida de 5 bases de datos que han sido: CIMA (AGEMED), BNF, Martindale, AHFS, BOT Plus. La información recabada se ha adaptado con el fin de