

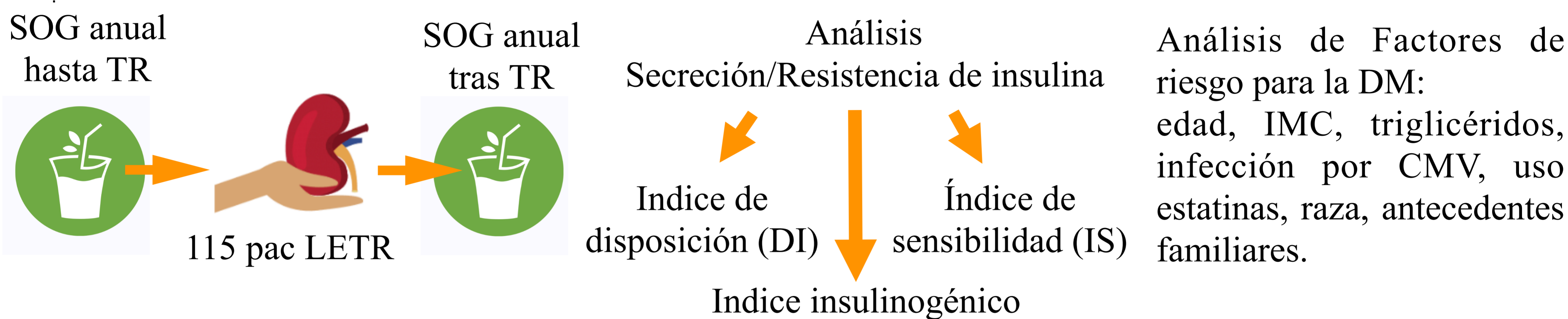
# Evaluación pretrasplante y riesgo de alteraciones del metabolismo de la glucosa tras el trasplante renal: estudio prospectivo

A. FARIÑA HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, E. PÉREZ CARREÑO<sup>2</sup>, C. ACOSTA SORENSEN<sup>1</sup>, N. SÁNCHEZ DORTA<sup>1</sup>, E. TERÁN<sup>1</sup>, C. RODRÍGUEZ ÁLVAREZ<sup>3</sup>, AN. RODRÍGUEZ MUÑOZ<sup>3</sup>, D. MARRERO MIRANDA<sup>1</sup>, M. MACÍA<sup>3</sup>, A. TORRES RAMÍREZ <sup>1</sup>Servicio de Nefrología, <sup>2</sup>Unidad de Investigación. Hospital Universitario de Canarias, <sup>3</sup>Nefrología. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria (Tenerife)

**INTRODUCCIÓN:** La diabetes postrasplante (DMPT) y la prediabetes postrasplante (PreDM) tienen un alto impacto en los eventos cardiovasculares.

**OBJETIVO:** Investigar la patogénesis y la mejor estrategia en la predicción de DMPT en lista de espera de trasplante renal de donante cadáver (LETR) sin alteraciones de la glucosa conocida (AG).

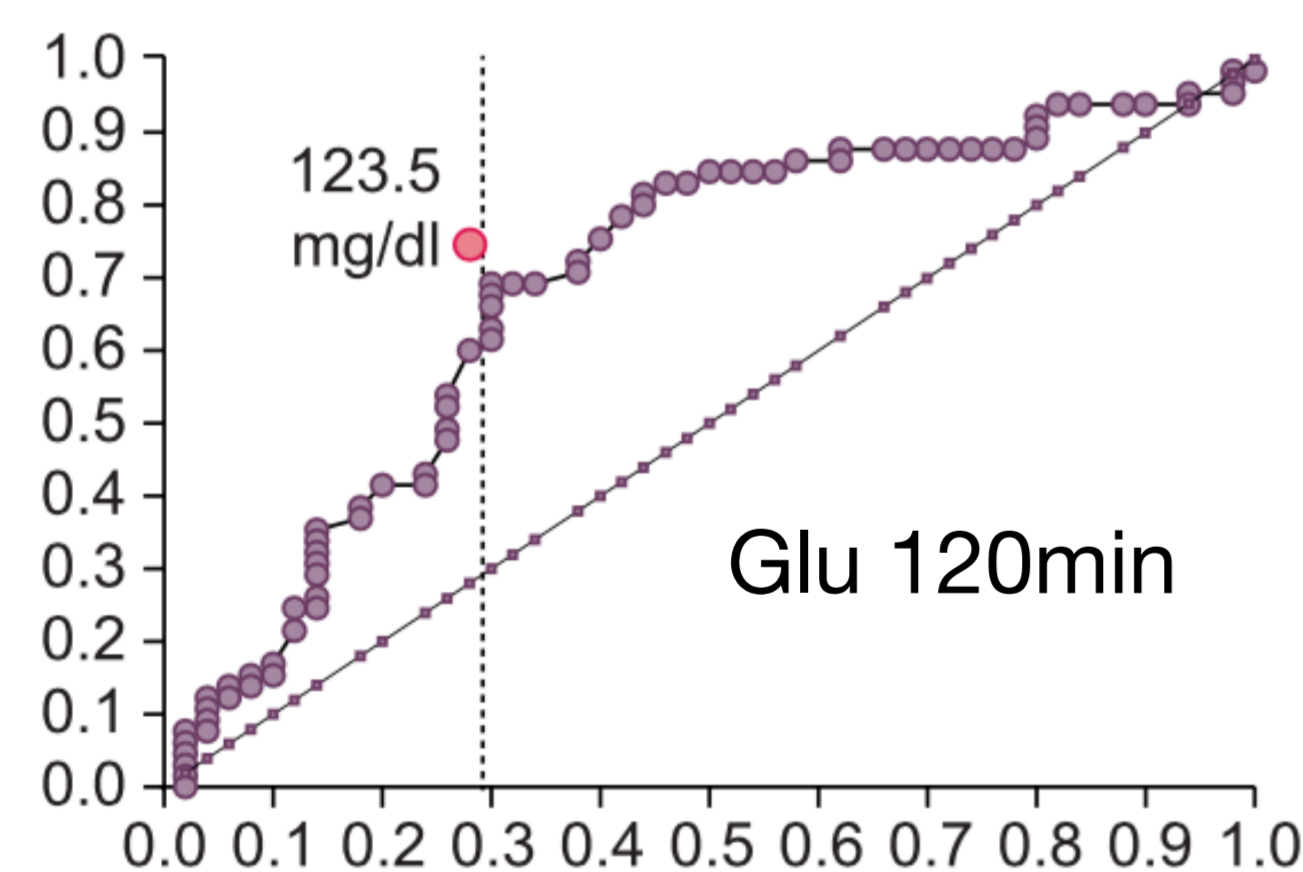
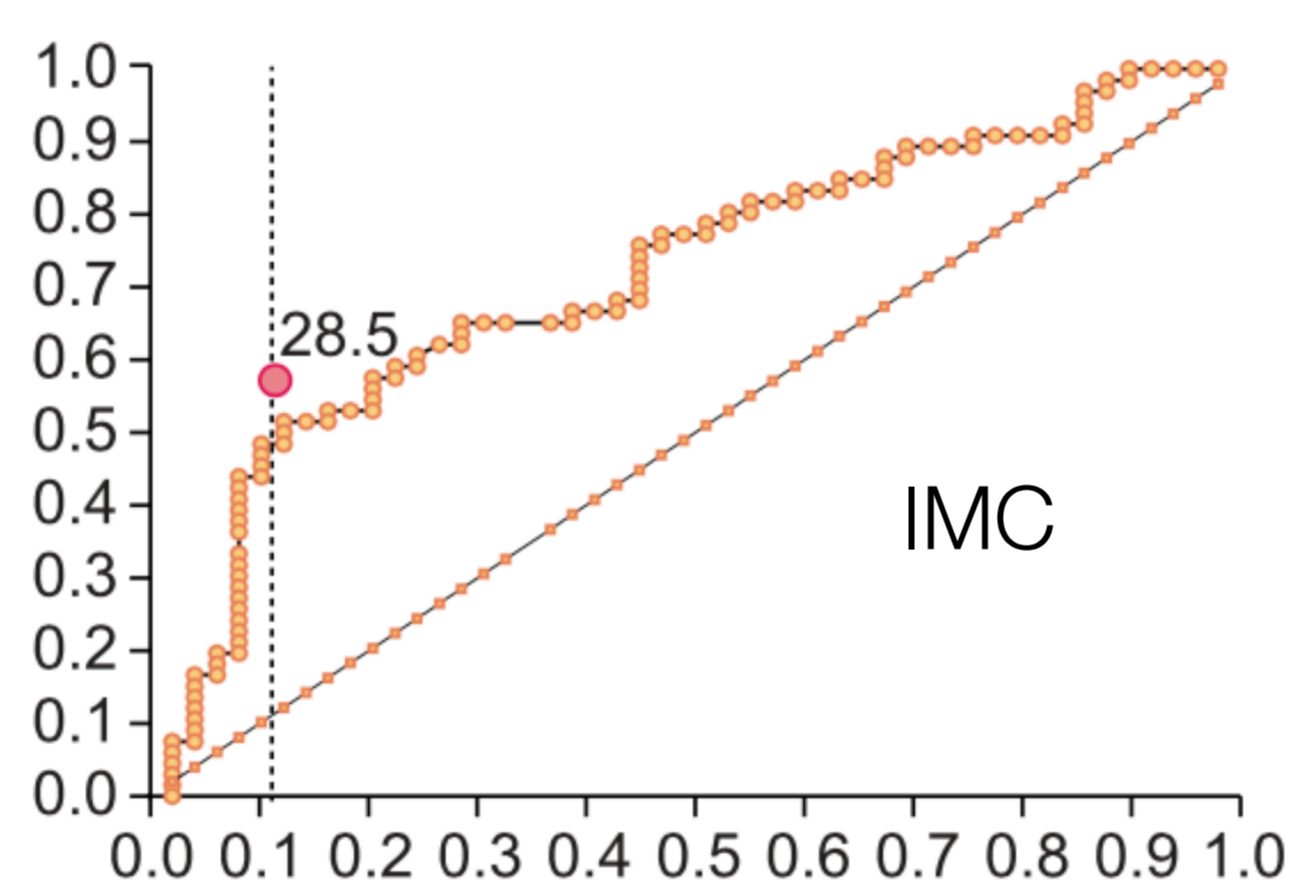
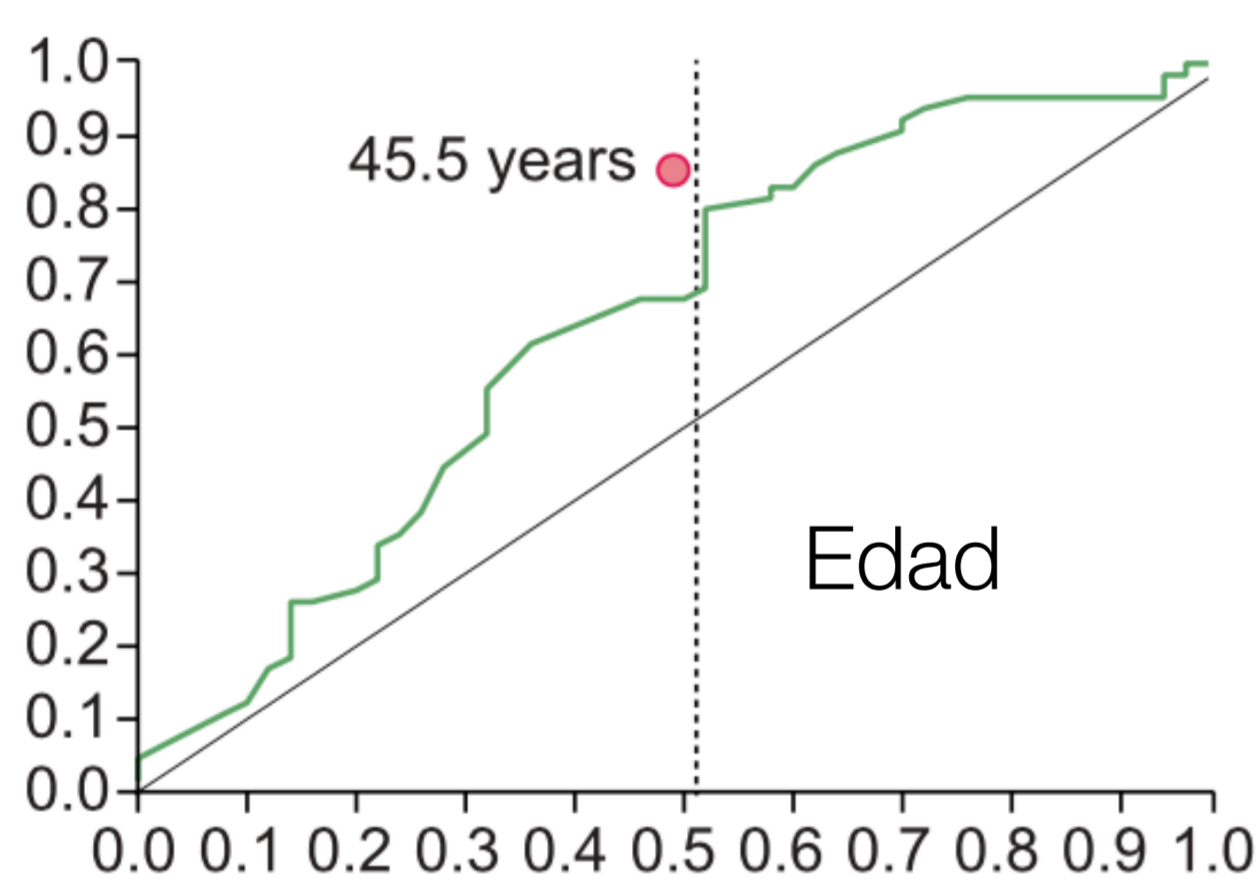
## MATERIAL Y MÉTODOS:



## RESULTADOS:

La prevalencia en LETR de DM oculta fue de un 6% y un 29% para preDM según los criterios de ADA. Al año del trasplante se observó un 27% PreDM y un 28,6% DM.

La edad pretrasplante, el índice de masa corporal (IMC), la glucosa 120mm (G120), IS, DI y prediabetes pretrasplante se asociaron con la aparición de las AG.



La curva de ROC demostró que IMC y la glucosa a los 120min. obtuvieron el mayor AUC (0.72; 95% CI 0.62-0.8; y 0.69; 95% CI 0.59-0.79).

El punto de corte con mayor capacidad diagnóstica se determinó mediante el índice de Youden en la curva ROC, siendo IMC  $> 28.5 \text{ kg/m}^2$  y Glu120  $\geq 123.5 \text{ mg/dL}$ .

## Análisis multivariante de FR de DMPT

	OR	CI 95%	p
<b>VARIABLES preTR</b>			
Edad (c/10 años)	1.14	1.01-2	<b>0.04</b>
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	1.19	1.07-1.3	1
Sexo	0.7	0.3-1.7	0.28
TGS (mg/dL)	1.004	0.99-1.01	0.16
Tratamiento Estatinas	1.36	0.5-3.4	0.5
PreDM	2.1	0.9-5.2	0.1
<b>VARIABLES pre y postTR</b>			
Edad (c/10 años)	1.5	1.04-2.1	<b>0.03</b>
IMC (kg/m <sup>2</sup> ) preTR	1.16	1-04-1.3	<b>0.01</b>
TGS (mg/dL) preTR	1.003	0.9-6.7	0.2
preDM preTR	2.3	0.9-6.7	0.09
Dosis acumulada esteroides	1.5	1.02-2.2	<b>0.04</b>
Tratamiento Estatinas	2.28	0.9-1.05	0.07

## CONCLUSIONES:

- El 30% de los pacientes en LETR mostraron alteraciones del metabolismo de la glucosa, siendo el 28% reversibles postrasplante. Estos pacientes tenían menor IMC y mayor sensibilidad a la insulina pretrasplante.
- Pacientes que desarrollaron DMPT o PreDM al año del trasplante (50%) mostraban pretrasplante déficit de secreción de insulina.
- El IMC preTR mostró similar capacidad predictiva que SOG.
- Intervenciones en los pacientes en riesgo de la LETR pueden ser la clave para la reducción en la incidencia de las alteraciones de la glucosa postrasplante.