



6021-647. ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE EL PERFIL DE RIESGO Y ESTUDIO CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE CON LOS EVENTOS CARDIOVASCULARES POSTRASPLANTE RENAL?

Laura García Serrano¹, Juan Manuel Nogales Asensio¹, Enrique Luna Huerta², María del Carmen García Ruiz², Sara Sánchez Giral¹, Ana Martínez Naharro¹, José Ramón López Mínguez¹ y Antonio Merchán Herrera¹ del ¹Servicio de Cardiología y ²Servicio de Nefrología del Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es un factor de riesgo (R) cardiovascular (CV). Aunque el 85% de los pacientes en lista de espera de trasplante renal (TxR) están asintomáticos desde el punto de vista CV, la enfermedad CV es la principal causa de muerte en estos pacientes y post-TxR.

Objetivos: Evaluar el perfil de riesgo, el estudio CV pre-TxR y su relación con la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) tras el mismo en nuestro centro.

Métodos: Para ello analizamos retrospectivamente 457 pacientes sometidos a TxR en nuestro centro en los últimos 12 años. La edad media fue $52 \pm 13,5$ años. El 61,3% eran varones. El tiempo en diálisis medio pre-TxR fue $4,28 \pm 0,2$ años siendo peritoneal en el 26,8% de los pacientes. Durante el seguimiento post-TxR (media: 5,1 años) registramos los ECV (muerte CV, IAM, ictus, revascularización coronaria y arteriopatía periférica aguda). La muerte o la pérdida del injerto marcaron el fin del seguimiento. Se definió el perfil de RCV basal según la edad, factores de RCV y patología CV previa (alto RCV, AR: 364 pacientes; 79,6%; bajo RCV, BR: 93 pacientes; 20,4%). Según la realización de estudio cardiológico (EC) pre-TxR se establecieron tres grupos: ningún EC (173 pacientes; 37,9%), sólo ecocardiograma (166 pacientes; 36,3%), alguna prueba funcional (79 pacientes; 17,3%) o coronariografía (39 pacientes; 8,5%).

Resultados: La incidencia de ECV peri-TxR (< 7 días post-TxR) fue 3,5% (todos fueron pacientes de AR). La incidencia de ECV post-TxR fue 14,2% (BR: 2,2% vs AR: 17,3%; $p < 0,001$. HR: 13,6; $p < 0,001$). La incidencia de muerte CV post-TxR fue 6,1% (BR: 0% vs AR: 7,7%; $p = 0,006$. HR: 43,1; $p = 0,029$). La edad > 45 años (HR: 6,9; $p < 0,001$), diabetes (HR: 4,3; $p < 0,001$) y la patología CV previa (HR: 5,5; $p < 0,001$) se asociaron a una mayor tasa de ECV. Los pacientes en los que se realizó estudio CV pre-TxR presentaban peor perfil de riesgo CV basal. La realización de EC pre-TxR no mejoró el pronóstico de estos pacientes (fig.).

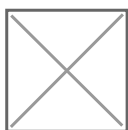


Figura. Supervivencia libre de ECV post-TxR según perfil de RCV basal y estudio CV pre-TxR.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes en estudio pre-TxR presentan AR y en la mayor parte de ellos se realiza algún EC. La edad, diabetes y patología CV previa se asociaron a una mayor morbilidad CV.

post-TxR. El EC pre-TxR no influyó en el pronóstico de estos pacientes. Por ello es necesario realizar estudios con diseño apropiado para dilucidar el mejor manejo pre-TxR y protocolos de estratificación del RCV de estos pacientes.