



6025-302. EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA CANDIDATOS A TRASPLANTE RENAL Y DE ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR, SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO CORONARIO

Francisco José Guerrero Márquez¹, Manuel Gonzales Vargas Machuca², Juan de Dios Arjona Barrionuevo¹ y Luis Salvador Díaz de la Llera¹ del ¹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla y ²Hospital San Juan de Dios, Bormujos (Sevilla).

Resumen

Introducción: Las guías para la evaluación de los candidatos a trasplante renal (TR), incluida las del “Proceso Asistencial Integrado Andaluz del Tratamiento Renal Sustitutivo de la Insuficiencia Renal Crónica” recomienda que todo candidato de alto riesgo cardiovascular (CV) debería someterse a un *screening* de isquemia miocárdica, incluido los individuos asintomáticos.

Métodos: Analizamos la experiencia de nuestro centro en cuanto a mortalidad tras siete años de seguimiento (2007 a 2014) de 313 candidatos de alto riesgo CV que fueron sometidos a una coronariografía como parte de estudio pretrasplante. A todos se optimiza tratamiento médico y se revascularizan según criterio del hemodinamista.

Resultados: 313 p fueron sometidos a un coronariografía pretrasplante de los cuales se trasplantaron 94. 83p del total se revascularizan (4 quirúrgicamente y 79 de forma percutánea) siempre según criterio del hemodinamista. La prevalencia de lesiones coronarias significativas (LCS) encontradas fue de 39,3% (123 p), todas ellas complejas, presentando una distribución mayoritariamente monovaso (45,5%), seguida de enfermos multivaso (33,3%) y dos vasos (21,1%). La mortalidad CV del TR encontrado en nuestro estudio, fue del 2,1%, siendo la del trasplantado y revascularizado del 0%. La mortalidad total de los revascularizados fue del 9,6% frente al 25% del no revascularizado (p 0,016), siendo la mortalidad CV del revascularizado del 4,8% vs 15% del no revascularizado (p 0,035). Noventa pacientes con LCS no fueron aceptados para trasplante se revascularizaron 59 de ellos que presentaron una mortalidad total de 11,8% vs 29% de los que no fueron revascularizados (p 0,040), siendo la mortalidad CV del 6,7% vs 19,3% (p 0,060), respectivamente.

Conclusiones: Nuestro estudio exhaustivo pretrasplante y la optimización del tratamiento médico/intervencionista de las LCS disminuye ostensiblemente la mortalidad CV del trasplantado renal de nuestro centro, así como se observa un beneficio en general del intervencionismo coronario en aquellos que finalmente no se trasplantan.