

Riesgo cardiovascular en lista de espera de trasplante renal: ¿podemos hacer más?

Beatriz Nieves Ureña(1), Laura Pérez Bacigalupe(1), Laura López Ruiz(1), Cristina Helguera Amezua(1), Alejandro Gullón de la Roza(1), Paula Bouzón Iglesias(1), Rosana González Mesa(1), Natalia Ridao Cano(1), Carmen de la Hoz(1), Adela Castro García(1), Diego de la Eranueva Calvo(1), María Victoria Luis Valle(1), Alberto Alén Andrés(1), María Fernández García(1) y Jesús Mª de la Hera Galarza(1) de (1)Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias) - España

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC), confiere un riesgo cardiovascular (RCV) elevado que aumenta conforme progresa la enfermedad y alcanza su máximo en diálisis. A pesar de ello, el manejo lipídico en el periodo pretrasplante renal sigue poco definido, y las guías actuales no ofrecen recomendaciones específicas, lo que genera posible infrautilización de terapias eficaces. Nuestro objetivo es analizar el control del RCV inmediatamente previo al trasplante renal (TR) en nuestro centro.

Métodos: Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes adultos sometidos a TR en nuestro centro entre enero de 2020 y diciembre de 2023.

Resultados: Se incluyeron 303 pacientes de los cuales el 69% eran varones, 30.7% diabéticos, 14.5% fumadores activos, 92.7% hipertensos y 28.7% obesos. El 24.4% de los hipertensos estaban a tratamiento con un fármaco antihipertensivo, el 28.8% con dos, el 20.2% con tres y el 12.8% con más de tres. El 91.1% se encontraba bajo tratamiento renal sustitutivo.
Destaca una gran necesidad de fármacos para el control de la tensión arterial. Además, se prescriben estatinas de alta potencia al 18.1% de los pacientes y ezetimibe al 17.5%, alcanzando objetivos de colesterol-LDL (<55 mg/dL) tan solo en el 35% de los casos.
En la Tabla 1 se describen los parámetros lipídicos y la necesidad de fármacos hipolipemiantes.

Conclusiones: Los candidatos a TR presentan un RCV muy elevado y un control lipídico claramente mejorable. La infrautilización de terapias de mayor potencia debe interpretarse en el contexto de la ERC avanzada, sin embargo, no todas las estatinas de alta potencia son iguales y hay un bajo uso de ezetimiba. Nuestro estudio sugiere que debería personalizarse la estrategia hipolipemiante, adecuarla al momento de la ERC y probablemente volver a reforzarla tras el TR.

Tabla 1. Perfil lipídico y necesidad de fármacos hipolipemiantes.

LDL-COLESTEROL			
<55 mg/dL: 102	**56-70 mg/dL:** 61	**>70 mg/dL:** 130	**Total:** 293
TRATAMIENTO CON ESTATINAS			
Sin tratamiento: 94	**Moderada potencia:** 153	**Alta potencia:** 55	**Total:** 302
TRATAMIENTO CON EZETIMIBA			
Sin tratamiento: 250		**Con tratamiento:** 52	**Total:** 302

PORCENTAJE DEL TRATAMIENTO HIPOLIPEMIANTE DE LOS PACIENTES CON RESPECTO AL TOTAL				
	<55 mg/dL	**56-70 mg/dL**	**>70 mg/dL**	**Total**
Sin tratamiento	6.14%	5.80%	17.06%	29.01%
EMP	15.02%	10.92%	16.04%	41.98%
EZE	0.68%	0%	0.34%	1.02%
EMP+ EZE	4.78%	2.05%	3.07%	9.90%
EAP	5.46%	1.71%	4.44%	11.60%
EAP+EZE	2.73%	0.34%	3.41%	6.48%
Total	34.81%	20.82%	44.37%	100%

EAP: Estatina de alta potencia; EMP: Estatina de moderada potencia; EZE: Ezetimiba; LDL: Low density lipoprotein.