

Resultados: No hubo asociación entre ECW/TCW, ECW/ICW, VEC y el desarrollo de FRI, ni siquiera tras ajustes para otras covariables mediante regresión logística. Los pacientes con VEC pretrasplante de sobrehidratación sí tuvieron un mayor asociación a FRI, aunque quizás esto expresa la posible necesidad de diálisis peritrasplante debido a su sobrehidratación previa. Hallazgos similares se obtuvieron con la trombosis precoz del injerto. El ángulo de fase y VEC no se relacionaron con peor función renal, hgb o albuminemia en 1.º y 3.º mes postrasplante. ECW/TBW y ECW/ICW se asociaron a cifras tensionales más elevadas al 1.º, 3.º y 6.º mes. No hubo relación de mortalidad ni supervivencia del injerto con el ángulo de fase o los parámetros de hidratación.

Conclusiones: No se ha establecido una relación entre parámetros de BIVA pretrasplante y resultados postrasplante.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.031>

196.30

Estudio prospectivo controlado aleatorizado sobre el uso precoz de espironolactona o losartán en la regresión de la HVI postrasplante renal



Enrique Luna^a, Eugenia Fuentes^b, Victoria Millán^b, Francisco Caravaca^a, Javier Saenz-de-Santamaría^c, M. Luisa Vargas^d, Miguel Ángel Bayo^a, Boris Gonzales^a, Guadalupe Sanchez-Pino^a, Emilio Sánchez-Casado^{a,*}

^a Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^d Servicio de Inmunología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

E-mail: esanchezcasado@gmail.com (E. Sánchez-Casado).

La hipertrofia ventricular izquierda (HVI) es una afección prevalente en diálisis. Existen evidencias contradictorias sobre la remisión de HVI tras el trasplante que influyen en la morbilidad cardiovascular y muerte súbita postrasplante. Los trasplantados tienen un incremento de actividad del eje RAA y TGF beta 1 que podría evitar la remisión de HVI en el postrasplante. El uso precoz de espironolactona o losartán podría favorecer una paulatina remisión de la misma.

Material y métodos: Estudio controlado con 44 pacientes (11 por rama) sobre el efecto de espironolactona, losartán o la combinación en un uso antes de los 2 primeros meses sobre la remisión de HVI. Seguimiento de 2 años con ecocardiografía inicial, al año y a los 2 años tras la intervención. Medición de niveles TGF beta 1.

Resultados: No hubo diferencias en variables demográficas, parámetros ecocardiográficos función renal ni tensión arterial en los 4 grupos previamente a la intervención. Al 1.º año se encontraron diferencias en el volumen de la aurícula izquierda (VAI) y en el índice de masa ventricular izquierda (IMVI) siendo estas diferencias mayores en el grupo de espironolactona. Al 2.º año se objetivaron cambios en el grosor

de pared posterior (8,6 vs. 11,5 mm; $p=0,001$), tabique interventricular (9,8 vs. 12,7 mm; $p=0,001$), VAI ajustada a superficie corporal (22,5 vs. 32,5 ml/m²; $p=0,017$), masa ventricular izquierda ajustada a superficie corporal (73 vs. 102 g/m²; $p=0,001$), IMVI (36 vs. 48,5; $p=0,001$), en el grupo de espironolactona respecto al grupo control, pero no en contrastes de los otros grupos. Estos cambios fueron independientes de los niveles de TGF beta 1. Existe correlación estrecha de la dosis de espironolactona con espesores ventriculares, IMVI y VAI. El uso de espironolactona no se relacionó con hipercaliemia tóxica.

Conclusiones: El uso de espironolactona se asocia a remisión de HVI postrasplante y VAI de forma independiente del control tensional, función renal y niveles TGF beta 1.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.032>

196.31

Screening cardiovascular pretrasplante y riesgo cardiovascular postrasplante



Boris Gonzales^a, Miguel Ángel Bayo^a, Carmen García^a, Laura García Serrano^b, Sara Sánchez Giralt^b, Juan Manuel Nogales^b, Sergio Barroso^a, Enrique Luna^a, Emilio Sánchez Casado^{a,*}

^a Servicio de Nefrología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

E-mail: esanchezcasado@gmail.com (E. Sánchez Casado).

La enfermedad renal crónica es un FRCV reconocido. La enfermedad cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en los pacientes con enfermedad renal crónica en fase terminal (30-40%). Hasta el 80% de los pacientes en lista de espera están asintomáticos desde el punto de vista cardiovascular, siendo una afección característicamente silente desde el punto de vista clínico en estos. La ECV es la causa principal de muerte en el primer año postrasplante. En pacientes de alto riesgo la mortalidad cardiovascular postrasplante es elevada.

Objetivo: Analizar el perfil de riesgo, así como el estudio cardiovascular pretrasplante renal y su relación con la incidencia de eventos cardiovasculares postrasplante en nuestra comunidad.

Material y métodos: Pacientes trasplantados en Extremadura entre 2000 y 2010 ($n=457$). Se analizó el perfil de riesgo cardiovascular, así como el *screening* cardiológico pretrasplante y la relación con los eventos cardiovasculares tempranos y tardíos.

Resultados: Los factores más relacionados con los eventos cardíacos peritrasplante fueron la edad (OR 1,1/año) y la ECV pretrasplante (OR 4). Los eventos postrasplante tardíos (después de una semana) ocurrieron fundamentalmente en la población de alto riesgo cardiovascular, con una supervivencia libre de muerte cardiovascular menor (log rank $p0,001$) al igual que en el caso de evento combinado (muerte + evento isquémico log rank $p0,001$). Variables predictoras independientes de evento CB en el subgrupo de alto riesgo fueron: enfermedad CV previa OR=3,2; edad (años) OR=1,04; DM OR=2; tiempo en diálisis (años)