



Presión de pulso y riesgo cardiovascular en trasplantados renales

S. Sanz de Castro

Hospital Valdecilla. Santander.

La presión de pulso, componente pulsátil de la presión arterial, que resulta matemáticamente de la diferencia entre presión arterial sistólica y presión arterial diastólica, expresa la relación entre elasticidad y rigidez arterial.

La pérdida de elasticidad arterial que aparece de forma natural con los años y en general cuando hay daño vascular, produce por sí mismo un aumento de la presión arterial sistólica, que con el aumento concomitante de la velocidad de tránsito de la onda refleja de pulso, la incrementa aún más, al producirse un mayor volumen de eyección ventricular. La tendencia de la presión arterial diastólica en estas circunstancias a disminuir, produce un aumento aún más importante de la presión de pulso.

La aplicación clínica de este concepto es relativamente reciente y ha ido tomando fuerza con la aparición de diversos estudios que han demostrado que una presión de pulso elevada se asocia con una mayor morbimortalidad cardiovascular en la población general e hipertensa, por encima de los 55-60 años.

La prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con trasplante renal funcionante, oscila entre el 60% y el 80% siendo un potente predictor de muerte por enfermedad cardiovascular, primera causa de muerte de la población trasplantada, y de una peor supervivencia del injerto a largo plazo; sin embargo el impacto aislado de la presión de pulso sobre la mortalidad cardiovascular en el paciente trasplantado apenas ha sido referida.

Incluimos en nuestro estudio a 532 pacientes sometidos a trasplante renal entre los años 1985-1998 con injerto funcionante por más de 1 año y los dividimos en 2 grupos dependiendo de su presión de pulso: Grupo A con presión de pulso < 65 mmHg n = 392; Grupo B presión de pulso > 65 mmHg n = 140.

La edad del donante y receptor era mayor en el grupo B (36,2 + 16 vs 40,7 ± 17 años P = 0,01), (40,8 ± 12,6 vs 50 ± 11,3 años, P < 0,01).

La prevalencia pretrasplante de hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular, así como la distribución de sexo, etiología de insuficiencia renal crónica, número de retrasplantes, tiempos de isquemia y características inmunológicas eran similares en ambos grupos.

Al año del trasplante la presión arterial sistólica era mayor en el grupo B sin diferencias en la presión arterial diastólica (132/84 vs 164/84).

La supervivencia de los pacientes a los 5 y 10 años era menor en el grupo B (80% y 69%) que en el grupo A (93% y 80%) [p < 0,05], siendo la causa principal de muerte en ambos grupos de origen vascular.

La morbilidad cardiovascular fue también superior en el grupo B (33,6% vs 23,4%) [P < 0,05], especialmente en lo referido a insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica y ACVA.

Utilizando el modelo de regresión de COX podemos concluir que la presión de pulso por encima de 65 mmHg supone un factor de riesgo independiente, de mortalidad cardiovascular (RR = 1,73) en nuestra población trasplantada, delimitando un grupo de alto riesgo que exigirá estrategias terapéuticas más agresivas.