

Cardiovascular risk in children and adolescents with end stage renal disease

Maria Luiza do Val, Fernanda Souza Menezes, Henrique Tsuha Massaoka et al. Clinics (Sao Paulo). 2019;74:e859

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en los pacientes en Diálisis. De manera recíproca, la Enfermedad Renal Crónica (ERC), desde sus inicios, constituye un importante factor de riesgo cardiovascular. De entre los FRCV clásicos tenidos en cuenta en la población general, la hipertensión (HTA) es uno de los principales que están ligados a la ERC, y, entre los no clásicos, el metabolismo osteomineral.

Es por ello que en este estudio de 69 pacientes menores de 19 años en diálisis, se estudiaran en el momento del Trasplante Renal, factores clásicos (edad, genero, PAS, PAD, IMC, úrico, lípidos, hemoglobina, homocisteína, PCR) y no clásicos (etiología de la ERC, tiempo desde el diagnóstico, tiempo en diálisis, calcio, fósforo, PTHi, vitamina D, FGF 23, y Uso de quelantes del fósforo y vitamina D) que pudieran intervenir en la ECV medida como Hipertrofia ventricular (HVI) por ecocardiograma y grosor ecográfico de la intima media carotídea (GIM).

En un primer análisis descriptivo, se objetiva una significativamente mayor afectación cardiovascular en niños con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) que en los 33 controles sanos, medida como HVI (30 vs 0%), disfunción diastólica (13 vs 0%) y GIM ($0.52 \pm 0.10\text{mm}$ vs $0.46 \pm 0.07\text{mm}$). El tiempo medio desde el diagnóstico de la ERC era de 35 meses (13-72) y 14 meses (8-23) desde el inicio de la Diálisis.

En el multivariante para HVI, resultaron factores predisponentes la edad, duración de la diálisis y la PAS, y como protectores, el HDL y la hemoglobina. Para el GIM, sólo la PAS quedó como predictor de riesgo.

Conclusión: resaltar el peso de la ERCA y la HTA como FRCV en esta población, incluso en niños menores de 19 años con escaso tiempo de evolución de la enfermedad renal crónica.

Chronic kidney disease patients who smoke have higher serum phosphorus

Santos GDD, Elias RM, Dalboni MA, Silva GVD, Moisés RMA. J Bras Nefrol. 2018 Dec 10. pii: S0101-28002018005043101

La Enfermedad Cardiovascular (ECV) es la principal causa de muerte en el mundo desarrollado y en la población renal. De manera recíproca, la Enfermedad Renal Crónica (ERC), desde sus inicios, constituye un importante factor de riesgo cardiovascular. En este sentido, es muy sabido por el estudio LIFE, que niveles mayores de microalbuminuria, aún considerados normales, suponen un riesgo elevado cardiovascular en población hipertensa, pero además, la alteración en el metabolismo osteomineral que sucede con el descenso del filtrado glomerular (conceptuada como "Alteraciones del Metabolismo Óseo y Mineral asociado a la Enfermedad Renal Crónica", en inglés CKD-MBD), supone un gran riesgo sobreañadido al estado cardiovascular del paciente nefrótico. En estos pacientes, un mal balance del cuarto Calcio-Fósforo-Paratiroides-Vitamina D implica una clara disminución en la supervivencia a medio plazo a expensas fundamentalmente de su estado cardiovascular. De manera que, además de los FRCV clásicos tenidos en cuenta en la población general, se añade con gran peso el metabolismo "calciofósforo" en la población renal.

El tabaco es reconocido como el principal FRCV atribuible a la ECV. En este trabajo transversal de 92 pacientes (15 sin ERC, 37 con ERC 3-4 y 40 ERC en Diálisis), se objetivó cómo el tabaco se relacionaba significativa e independientemente con aún mayor hiperfosforemia en los pacientes con ERC 3-4 ($p < 0.026$), pero no así en la población en Diálisis, quizás, por la ya demasiada carga que supone la CKD-MBD y su tratamiento. Existen datos que relacionan una mayor reabsorción ósea en pacientes fumadores y mayor hiperparatiroidismo. En pacientes renales, esto no se ha estudiado, pero en esta serie, la PTH no fue mayor en fumadores.

COMENTARIO: Con este trabajo, aún con sus limitaciones reconocidas, quisiera resaltar como Nefróloga el riesgo atribuible de la CKD-MBD en el paciente renal, a la hora de evaluar su estado vascular (cardíaco, neurológico o periférico), y la diferencia entre un paciente nefrótico con buen o mal control de su CKD-MBD.

S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu, T. Dans, A. Avezum, F. Lanas, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet, 364 (2004), pp. 937-952

Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD-MBD Update Work Group. KDIGO 2017 Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention and Treatment of the Chronic Kidney Disease- Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney Int Suppl (2011). 2017 Jul;7(1):1-59

Hazte SOCI@ de la SAHTA o Actualiza tus datos

La SAHTA en las Redes Sociales



29 SAHTA Congreso Médico

7, 8 y 9 DE NOVIEMBRE
ÚBEDA 2019
Hospital de Santiago

17th Jornadas de Enfermería
14th Jornadas de Farmacéuticos

SAHTA RIESGO VASCULAR

www.congressosahita.com
#SAHTA2019



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY

European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

- Download Documents -

PLAN CUÍDATE+

-SAL = +SALUD



CONSUMO DIARIO MÁXIMO 5g

NO PIERDAS LA REFERENCIA



MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



agencia española de seguridad alimentaria y nutrición