



## 4011-6. IMPACTO PRONÓSTICO DE LA ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA TRANSMITIDA POR EL DONANTE EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS. RESULTADOS DEL ESTUDIO MULTICÉNTRICO DONOR-CAD

David Couto Mallón<sup>1</sup>, Luis Almenar Bonet<sup>2</sup>, Francisco José Hernández Pérez<sup>3</sup>, Juan Carlos López-Azor García<sup>4</sup>, María Jesús Valero Masa<sup>5</sup>, María Ángeles Castel Lavilla<sup>6</sup>, Sonia Mirabet Pérez<sup>7</sup>, Amador López Granados<sup>8</sup>, Carles Díez López<sup>9</sup>, Iris Paula Garrido Bravo<sup>10</sup>, Rebeca Manrique Antón<sup>11</sup>, Carmen Neri Fernández Pombo<sup>12</sup>, Javier Muñiz<sup>13</sup> y María G. Crespo Leiro<sup>14</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC) CIBERCV, <sup>2</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, <sup>3</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, <sup>4</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, <sup>5</sup>Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, <sup>6</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, <sup>7</sup>Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, <sup>8</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, <sup>9</sup>Servicio de cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, <sup>10</sup>Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, <sup>11</sup>Servicio de Cirugía Cardíaca. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, <sup>12</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC), <sup>13</sup>Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña y <sup>14</sup>Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC). CIBERCV.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La prevalencia de la enfermedad arterial coronaria transmitida por el donante (EACTD) y su importancia en el pronóstico a corto y largo plazo del paciente trasplantado cardíaco no está bien definida. Nuestro objetivo es definir el impacto de la EACTD en el trasplante cardíaco (TC).

**Métodos:** En el estudio DONOR-CAD se analizaron los TC realizados en 11 centros españoles entre 2008-2018. Criterios de inclusión: > 18 años con coronariografía realizada en los primeros 3 meses post-TC, o en el donante. Se definió EACTD significativa (EACTDs) = estenosis coronaria ≥ 50% y EACTD no significativa (EATDCns) = estenosis < 50%. Los estudios se evaluaron por Quantitative Coronary Analysis (QCA) y cardiólogos intervencionistas. Se analizó la mortalidad, muerte cardiovascular, el infarto de miocardio (IAM), angina inestable, bloqueo AV, arritmia ventricular, ingreso por insuficiencia cardíaca no relacionada con rechazo y el evento adverso cardiovascular combinado (EACV). Las diferencias entre grupos se analizaron mediante chi-cuadrado, test exacto de Fisher y test de Kruskal-Wallis según estuviese indicado. Para el análisis de supervivencia se utilizó la función Kaplan Meier analizando las diferencias mediante el test *log rank*.

**Resultados:** De un total de 1918 pacientes se realizó coronariografía basal en 937 (48,8%). Presentaron EATDCs 65 pacientes (6,9%, 18 con enfermedad multivaso) y EACTDns 107 (11,4%). 24 pacientes se revascularizaron inicialmente. El tiempo mediano de seguimiento fue de 6,3 años (RIC 4,1-9,1). La mortalidad fue similar entre grupos (20,9% sin EACTD, 17,8% con EACTDns y 27,7% con EACTDs,  $p = 0,280$ ). Los pacientes con EACTDs frente a los pacientes sin EACTD presentaron un mayor riesgo de muerte cardiovascular (RR 4,14, IC95% 1,86-9,21,  $p = 0,001$ ), IAM (RR 8,4, IC95% 1,4-50,3,  $p = 0,005$ ) y EACV (RR 2,57, IC95% 1,42-4,66,  $p = 0,001$ ). La supervivencia libre de muerte cardiovascular o EACV fue significativamente inferior en los pacientes con EACs ( $p = 0,001$ ). Los pacientes que fallecían en el seguimiento recibían con menor probabilidad estatinas al año (83,1 vs 94,6%,  $p = 0,001$ ) pero estas diferencias

no fueron significativas para la muerte cardiovascular, IAM o EACV.



*Curva de supervivencia libre de muerte cardiovascular.*

**Conclusiones:** La supervivencia post-TC es similar entre pacientes sin EACTD, con EACTDns y con EACTDs, aunque sí un mayor riesgo de muerte cardiovascular, IAM y EACV.