



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 Mallón¹, Luis Almenar Bonet², Francisco José Hernández Pérez³, Juan Carlos López-Azor García⁴, María Jesús Valero Masa⁵, María Ángeles Castel Lavilla⁶, Sonia Mirabet Pérez⁷, Amador López Granados⁸, Carles Díez López⁹, Iris Paula Garrido Bravo¹⁰, Rebeca Manrique Antón¹¹, Carmen Neri Fernández Pombo¹², Javier Muñiz¹³ y María G. Crespo Leiro¹⁴

¹Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC) CIBERCV, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, ⁴Servicio de Cardiología. Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁵Servicio de Cardiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁶Servicio de Cardiología. Hospital Clínic, Barcelona, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁸Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ⁹Servicio de cardiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, ¹⁰Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ¹¹Servicio de Cirugía Cardíaca. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, ¹²Servicio de Cardiología. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC), ¹³Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de A Coruña y ¹⁴Servicio 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 EACTDs 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 EACTDs y 27,7% con EATDCns, $p = 0,280$). 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.