Rev Esp Cardiol. 2011;64 Supl 3: 405

Revista Española de Cardiología

6020-9. FACTORES ASOCIADOS A LA MEJORÍA EN LA SUPERVIVENCIA TRAS UN PRIMER TRASPLANTE CARDIACO: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA DE 21 AÑOS

Pablo Díez Villanueva, Adolfo Villa Arranz, Iago Sousa Casasnovas, Iria A. González García, Jesús Palomo Álvarez, Juan Fernández-Yáñez, Manuel Martínez-Sellés y Francisco Fernández-Avilés del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Antecedentes y objetivos: La supervivencia tras un trasplante cardiaco guarda una estrecha relación con las características de donante y receptor, la terapia inmunosupresora utilizada y la experiencia adquirida un grupo médico-quirúrgico multidisciplinar. Hemos analizado la evolución de la mortalidad tras un primer trasplante y los factores de riesgo asociados en nuestro centro a lo largo de 21 años.

Métodos: Realizamos un análisis de supervivencia de Kaplan-Meier de los pacientes trasplantados en nuestro centro, dividiéndolos en 3 cohortes según periodos (1988-1995, 1996-2002, 2003-2009). Posteriormente analizamos mediante regresión de Cox la relación entre las variables explicativas del modelo univariable (características de donante y receptor, variables relacionadas con la intervención quirúrgica y terapia inmunosupresora inicial) y la tasa de mortalidad según dichos periodos.

Resultados: Entre 1988 y 2009 se realizaron un total de 423 intervenciones (1er trasplante), 200 en el periodo 1 (1988-1995), 98 en el 2 (1996-2002) y 125 en el 3 (2003-2009), habiéndose reducido significativamente la mortalidad en periodos más recientes en el análisis de Kaplan-Meier ($p = 0,001$, fig.). De las variables incluidas en el modelo multivariable, la edad del donante, la disfunción renal pretrasplante del receptor (creatinina > 2 mg/dl) y el uso de tacrolimus y micofenolato de mofetilo como terapia inmunosupresora inicial se relacionaron significativamente con la tasa de mortalidad. Al incluir el periodo del trasplante en el análisis, únicamente la utilización de tacrolimus (HR 0,37, IC95% [0,18-0,77]; $p < 0,008$) y micofenolato (HR 0,45, IC95% [0,27-0,72]; $p < 0,001$) lograron explicar la mejoría en la supervivencia en los periodos 2 y 3.

Conclusiones: La tasa de mortalidad tras un primer trasplante cardiaco en nuestro centro ha disminuido con el tiempo en relación con la utilización de tacrolimus y micofenolato, a pesar de unos perfiles más desfavorables de donante y receptor. La influencia de curva de aprendizaje y la experiencia adquirida del grupo multidisciplinar podría ser un factor de confusión.