



6029-383. FACTIBILIDAD E IMPACTO ECONÓMICO DEL CRIBADO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO EN PACIENTES TRASPLANTADOS CARDIACOS CON CARDIOTOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Jesús Sánchez Vega¹, David Viladés Medel¹, Joan Isaac Llaó Ferrando¹, Xavier Borrás Pérez¹, Sonia Mirabet Pérez², Vicens Brossa Loidi², Eulàlia Roig Minguell², Francesc Carreras Costa¹ y Rubén Leta Petracca¹, del ¹Departamento de Imagen Cardíaca y ²Departamento de Miocardiopatías y Trasplante Cardíaco, Servicio de Cardiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción y objetivos: El despistaje de la enfermedad vascular del injerto (EVI) en pacientes trasplantados cardíacos se basa en la realización de una coronariografía invasiva (CI) asociada a un test de imagen intravascular (IV). Varios estudios han sugerido que la angiografía coronaria por Cardio-TC (CTC) puede ser una alternativa para excluir una EVI significativa con alta sensibilidad y valor predictivo negativo. Nuestro objetivo es evaluar la seguridad de un protocolo de cribado de EVI con CTC a partir de los 2 años postrasplante cardíaco y determinar su potencial impacto económico.

Métodos: Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes trasplantados entre el 1990-2016. Durante el seguimiento se recogieron los eventos cardíacos adversos mayores (MACE): muerte súbita cardíaca, infarto de miocardio con/sin elevación del segmento-ST, revascularización percutánea y necesidad de retrasplante cardíaco. Asimismo se realizó una comparación de costes para evaluar el impacto económico del seguimiento (CTC frente a CI + IV), asumiendo que durante el mismo se habrían realizado el mismo número de CTC que de CI+IV (coste por CTC: 449 €; CI+IV: 1.836 €).

Resultados: Se analizaron un total de 113 pacientes (edad media 59 ± 15 años, 65% varones). El seguimiento medio fue de 11 ± 6 años. Se diagnosticó EVI en 50 pacientes (grados 2-3 en el 15% de los mismos), presentando estos una mayor prevalencia de hipertensión, diabetes mellitus, serología positiva de citomegalovirus y cardiopatía isquémica previa ($p < 0,05$ respectivamente). La prevalencia de muerte súbita cardíaca fue superior en los pacientes con EVI (12 frente a 0%, $p < 0,01$) así como los infartos de miocardio (10 frente a 0%, $p = 0,01$) y las revascularizaciones (14 frente a 0%, $p < 0,01$). Durante el seguimiento, ningún paciente sin EVI (descartada por CTC) experimentó un MACE. El coste medio del despistaje de EVI durante todo el seguimiento fue de 758 ± 321 €/paciente con CTC y de 3102 ± 1311 €/paciente con CI+IV ($p < 0,01$) suponiendo un ahorro promedio de 2343 €/paciente para todo el periodo de seguimiento con CTC.

Conclusiones: El cribado sistemático de EVI por CTC en pacientes tras 2 años del trasplante cardíaco es seguro, factible y supuso un menor coste económico en el seguimiento de nuestros pacientes en comparación con el seguimiento con CI+IV.