



6006-3. PREDICTORES DE MORTALIDAD GLOBAL Y PRECOZ TRAS TRASPLANTE CARDIACO: ¿ES RELEVANTE EL PAPEL DE LA CARDIOPATÍA DE BASE? UN ANÁLISIS DEL REGISTRO ESPAÑOL DE TRASPLANTE CARDIACO

Francisco Gonzalez-Urbistondo¹, Raquel Lopez-Vilella², Manuel Gómez-Bueno³, María G. Crespo-Leiro⁴, María Dolores García-Cosío⁵, José María Arizón del Prado⁶, Sonia Mirabet Pérez⁷, Zorba Blázquez-Bermejo⁸, José Manuel Sobrino Márquez⁹, Carlos Díez-López¹⁰, Marta Farrero Torres¹¹, Beatriz Díaz Molina¹, Gregorio Rábago Juan-Aracil¹², Luis de la Fuente Galán¹³, Iris Paula Garrido Bravo¹⁴, Teresa Blasco-Peiró¹⁵, Antonio García-Quintana¹⁶ y Francisco González-Vílchez¹⁷

¹Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo (Asturias), ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda (Madrid), ⁴Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, ⁵Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, ⁷Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, ⁸Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, ⁹Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ¹⁰Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, ¹¹Hospital Clínic, Barcelona, ¹²Clínica Universidad de Navarra, Pamplona/Iruña, ¹³Hospital Clínico Universitario de Valencia, ¹⁴Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, ¹⁵Hospital Universitario Miguel Servet, ¹⁶Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y ¹⁷Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Resumen

Introducción y objetivos: Múltiples factores afectan los resultados del trasplante cardiaco y es importante considerarlos a la hora de seleccionar los candidatos al mismo. Nuestro objetivo es determinar el impacto pronóstico de la etiología de la cardiopatía de base sobre la supervivencia postrasplante.

Métodos: Análisis retrospectivo de los receptores con edad mayor o igual a 18 años, incluidos en el Registro Español de Trasplante Cardiaco entre 1984-2021, excluyendo los retrasplantes y los trasplantes combinados. Se compararon cuatro grupos definidos por la etiología de la cardiopatía de base: dilatada (MD), isquémica (MI), hipertrófica (MH) y restrictiva (MR). Las variables de resultado final fueron la mortalidad por todas las causas global y precoz (en el primer año postrasplante), analizadas mediante regresión de riesgos proporcionales.

Resultados: Se incluyeron 7.267 pacientes (edad mediana: 55 años; 19% mujeres): 3.112 con MD, 3.546 con MI, 331 con MH y 260 con MR. El 50% y 61% de los trasplantes en MR y MH, respectivamente, se realizaron después de 2010. Hubo diferencias altamente significativas entre grupos para las principales características del receptor, donante y procedimiento quirúrgico (tabla). En el análisis univariable, tanto la mortalidad global ($p < 0,001$, fig.) como precoz ($p < 0,001$) mostró diferencias altamente significativas entre grupos. En el análisis ajustado, la MR tuvo un significativo peor pronóstico que la MD (HR: 1,63 [1,36-1,96]), MI (HR: 1,48 [1,23-1,78]) y la MH (1,54 [1,20-1,98]) (todas $p < 0,01$), y la MI peor pronóstico que la MD (HR: 1,10 [1,03-1,18]; $p < 0,01$). No hubo diferencias entre MD y MH (HR: 0,94 [0,78-1,14]). Para la supervivencia al primer año, la MR y la MH tuvieron entre un 30% y 50% más mortalidad que la MD y la MI, pero no hubo diferencias entre ellas ($p = 0,47$) ni entre la MD y la MI ($p = 0,76$). Para todos los grupos, la mortalidad precoz se concentró en los 3 primeros meses postrasplante.

	Dilatada	Isquémica	Hipertrófica	Restrictiva	p
Edad receptor (años)	54,0 [16,0]	57,0 [11,0]	51,0 [17,0]	50,0 [19,5]	0,001
Sexo receptor (mujer)	713 (22,9)	380 (10,7)	153 (46,2)	125 (48,1)	0,001
Disfunción renal	519 (17,7)	666 (19,4)	62 (18,8)	55 (22,1)	0,08
Diabetes	423 (14,2)	423 (14,2)	33 (10,1)	19 (7,6)	0,001
Ventilación mecánica	224 (7,55)	511 (14,7)	11 (3,4)	18 (7,1)	0,001
BIACP	303 (10,2)	461 (13,3)	20 (6,1)	20 (6,1)	0,001
ECMO	93 (3,1)	158 (4,5)	2 (0,6)	9 (3,5)	
DAV206	223 (7,5)	307 (8,8)	26 (7,9)	13 (5,1)	
Cirugía cardíaca previa	244 (8,5)	1022 (30,4)	39 (13,1)	22 (9,1)	0,001
Edad donante (años)	37,0 (24,0)	37,0 (24,0)	41,0 (21,0)	42,0 (24,0)	0,001
Sexo donante (mujer)	975 (32,1)	942 (27,0)	137 (42,0)	126 (49,0)	0,001
Rec. hombre/don. mujer	627 (20,6)	760 (21,8)	47 (14,4)	45 (17,5)	0,01
Tiempo de isquemia (minutos)	185,0 [93,0]	194,0 [92,0]	195,0 [94,0]	195,0 [98,5]	0,001
Técnica bicava	1.500 (49,5)	1.500 (49,5)	1.500 (49,5)	109 (42,2)	0,001
Período					0,001
1984-1991	259 (8,3)	264 (7,4)	12 (3,6)	12 (4,6)	
1992-2001	1065 (34,2)	1322 (37,1)	44 (13,3)	44 (13,3)	

2002-2011	879 (28,2)	1025 (28,8)	85 (25,7)	93 (35,8)
2012-2021	909 (29,2)	953 (26,7)	190 (57,4)	114 (43,8)

BIACp = balón de contrapulsación aórtica; ECMO = oxigenador de membrana extracorpóreo; DAV = dispositivo de asistencia ventricular.



Conclusiones: En pacientes adultos, la miocardiopatía restrictiva conlleva una peor supervivencia que el resto de etiologías, y la miocardiopatía isquémica peor que la dilatada. Los resultados a corto plazo son peores para la restrictiva e hipertrófica respecto a la dilatada e isquémica. Estos resultados deberían considerarse en la selección de los candidatos a trasplante cardiaco para optimizar la adjudicación de los injertos.