

Preguntas interactivas que se desarrollaron durante la Conferencia de Consenso de los Grupos Españoles de Trasplante Cardíaco. Sevilla, 3 de junio de 2005

CAPÍTULO 1. ORGANIZACIÓN DEL TRASPLANTE CARDIACO EN ESPAÑA

1. ¿Creemos que se debe regular el número de centros en España?
Sí, 97,6%; no, 2,4%; NS/NC, 0%.
2. ¿Se considera que el número de centros en España es excesivo y no se debe aumentar?
Sí, 93,2%; no, 6,8%; NS/NC, 0%.
3. ¿Sería 15 la cifra recomendable? (NS/NC significa que no debería haber un número de centros determinado)
Sí, 18,2%; no, 18,2%; NS/NC, 63,6%.
4. ¿Se recomienda una actividad mínima por programa de 12 pacientes/año para garantizar una actividad adecuada?
Sí, 83,7%; no, 9,3%; NS/NC, 7%.
5. ¿Se aconseja que haya un control externo para verificar las urgencias?
Sí, 84,1%; no, 6,8%; NS/NC, 9,1%.
6. ¿Se recomienda establecer un estándar de resultados que sean auditados externa y periódicamente?
Sí, 97,8%; no, 2,2%; NS/NC, 0%.
7. ¿Se considera útil un estándar de mínimos (supervivencia del 75% el primer año, el 60% a los 5 años y el 50% a los 10 años) con correcciones según factores de riesgo del Registro Nacional de Trasplante Cardíaco?
Sí, 90,9%; no, 0%; NS/NC, 9,1%.
8. ¿Se considera adecuado que haya un director médico y un director quirúrgico del programa?
Sí, 82,2%; no, 2,2%; NS/NC, 15,6%.
9. ¿Se recomienda que la evaluación de la idoneidad del donante, así como el emparejamiento de los receptores, sea efectuado por un núcleo medicoquirúrgico del programa de forma coordinada?
Sí, 97,7%; no, 0%; NS/NC, 2,3%.
10. ¿Se debe aconsejar un estándar de seguimiento mínimo?
Sí, 31,9%; no, 40,4%; NS/NC, 25,5%.

CAPÍTULO 2. ESTUDIO Y SELECCIÓN DEL RECEPTOR

1. ¿Utilizas el *score* de Aaronson (HFSS) en tu práctica clínica habitual? (No votan cirujanos.)
Sí, 13,6%; no, 77,3%; NS/NC, 9,1%.
2. ¿Es útil establecer un *score* de contraindicaciones que ayuden a la toma de decisiones?
Sí, 66,7%; no, 28,2%; NS/NC, 5,1%.
3. ¿Se debe mantener la indicación de trasplante urgente por fallo agudo del injerto?
Sí, 69,2%; no, 17,9%; NS/NC, 12,8%.
4. ¿Se debe definir criterios de exclusión para el paciente en lista de espera urgente?
Sí, 80%; no, 11,1%; NS/NC, 8,9%.
5. ¿Sería conveniente crear una lista con enfermedades o estados marginales o poco prevalentes?
Sí, 92,7%; no, 2,4%; NS/NC, 4,1%.
6. ¿Se debería establecer en 70 años la edad cronológica barrera para el trasplante?
Sí, 58,5%; no, 29,3%; NS/NC, 12,2%.

CAPÍTULO 3. DONANTES CARDIACOS

1. ¿Es recomendable en todos los donantes y obligatorio en el donante subóptimo definido (edad > 40 años, altas dosis de inotrópicos, hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma o traumatismo torácico) un ecocardiograma en las últimas 24 h?
Sí, 93,5%; no, 2,2%; NS/NC, 4,3%.
2. ¿Se recomienda la modificación de las zonas de distribución?
Sí, 54,3%; no, 21,7%; NS/NC, 23,9%.
3. ¿Se considera recomendable la creación de listas complementarias?
Sí, 80,9%; no, 12,8%; NS/NC, 0,4%.
4. ¿Consideras aconsejable recomendar una coronariografía a los donantes mayores de 55 años?
Sí, 72,7%; no, 15,9%; NS/NC, 11,4%.

CAPÍTULO 4. INMUNOSUPRESIÓN

1. ¿Crees que propones la terapia de inducción individualizada?
Sí, 90%; no, 6,7%; NS/NC, 3,3%.
2. ¿Hay diferencias en cuanto a la eficacia entre tacrolimus y ciclosporina?
Sí, 42,3%; no, 53,8%; NS/NC, 3,8%.
3. ¿Es una cotidianidad en la monitorización de ciclosporina la determinación de C2?
Sí, 16%; no, 80%; NS/NC, 4%.
4. ¿Consideras útil la monitorización de la concentración de micofenolato mofetilo?
Sí, 44,8%; no, 48,3%; NS/NC, 6,9%.
5. ¿Consideras que tiene relevancia clínica para el manejo del paciente la monitorización de la concentración de micofenolato mofetilo?
Sí, 48,3%; no, 48,3%; NS/NC, 3,4%.
6. Respecto a los esteroides, ¿consideras en todos los pacientes su suspensión total?
Sí, 65,2%; no, 30,4%; NS/NC, 4,3%.
7. En función de los conocimientos existentes sobre los inhibidores de la mTOR, ¿piensas que son suficientes para su utilización en la vasculopatía del injerto?
Sí, 69%; no, 24,1%; NS/NC, 6,9%.

CAPÍTULO 5. RECHAZO AGUDO

1. ¿Es aconsejable obtener con el biotomo al menos 4 piezas de miocardio de 3-4 mm cada una y que al menos tengan un 50% de miocardio?
Sí, 90%; no, 6,7%; NS/NC, 3,3%.
2. ¿Consideras que la biopsia endomiocárdica es la técnica de referencia para el diagnóstico y el manejo del rechazo?
Sí, 97,1%; no, 2,9%; NS/NC, 0%.
3. ¿La decisión clínica, en cuanto a la intensidad del tratamiento, se debe basar en: situación clínica, datos hemodinámicos-función sistólica del injerto y grado de rechazo por biopsia?
Sí, 91,9%; no, 5,4%; NS/NC, 2,7%.
4. En situación de rechazo con deterioro hemodinámico grave, ¿se debe tratar sin esperar a biopsia?
Sí, 94,9%; no, 2,6%; NS/NC, 2,6%.
5. Consideras útil la realización de la biopsia una vez que hayas iniciado el tratamiento empírico de rechazo por deterioro hemodinámico grave?
Sí, 77,8%; no, 19,4%; NS/NC, 2,8%.
6. ¿Es imprescindible la ecografía seriada en el paciente con trasplante cardíaco?
Sí, 94,3%; no, 2,9%; NS/NC, 2,9%.

7. ¿Consideras que la ecografía, en un contexto clínico adecuado, ofrece una información fiable que permite reducir el número de biopsias?
Sí, 61,8%; no, 23,5%; NS/NC, 14,7%.
8. ¿Estás de acuerdo con el siguiente enunciado?: Existen múltiples métodos para el diagnóstico del rechazo, pero suelen ser laboriosos, poco prácticos y con sensibilidades y/o especificidades más bien bajas.
Sí, 80%; no, 14,3%; NS/NC, 5,7%.
9. ¿Consideras necesario realizar una biopsia después del primer año, en ausencia de sospecha clínica de rechazo?
Sí, 3,1%; no, 93,7%; NS/NC, 3,1%.
10. ¿Te parecen correctas las siguientes indicaciones de biopsias: sospecha clínica de rechazo, programadas en los primeros 12 meses, control de la efectividad del tratamiento tras un rechazo agudo?
Sí, 81,8%; no, 15,2%; NS/NC, 3%.
11. ¿Te parecen correctas las siguientes indicaciones de biopsias: control tras la retirada de corticoides, control tras modificaciones significativas del tratamiento inmunosupresor?
Sí, 72,2%; no, 25%; NS/NC, 2,8%.

CAPÍTULO 6. ENFERMEDAD VASCULAR DEL INJERTO

1. ¿Estás de acuerdo en plantear un retrasplante por enfermedad vascular del injerto en pacientes menores de 65 años y sin comorbilidad?
Sí, 80,9%; no, 5,6%; NS/NC, 5,6%.
2. En un paciente asintomático después del primer año, ¿son útiles en la práctica clínica los métodos no invasivos para el seguimiento de la enfermedad vascular del injerto?
Sí, 40%; no, 30%; NS/NC, 20%.
3. ¿Consideras útil la realización de coronariografías de cribado en ausencia de datos que levanten la sospecha de enfermedad vascular del injerto?
Sí, 59,4%; no 37,5%; NS/NC, 3,1%.
4. En un paciente con enfermedad coronaria severa de 3 vasos, función ventricular conservada y asintomático, ¿recomendarías el trasplante?
Sí, 17,1%; no, 62,9%; NS/NC, 20%.
5. ¿Estás empleando ecografía intravascular coronaria (IVUS) como técnica diagnóstica de enfermedad vascular del injerto?
Sí, 34,5%; no, 62,9%; NS/NC, 20%.

6. ¿Consideras útil la realización de IVUS en el manejo clínico de nuestros pacientes?

Sí, 69%; no, 24,1%; NS/NC, 6,9%.

7. ¿La IVUS en el primer año, como marcador subrogado de pronóstico a largo plazo, es útil en el manejo clínico?

Sí, 58,6%; no, 24,1%; NS/NC, 17,3%.

CAPÍTULO 7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

1. En pacientes fumadores (de riesgo), ¿es de utilidad la realización de una tomografía computarizada anual para diagnóstico precoz del cáncer de pulmón?

Sí, 37,5%; no, 50%; NS/NC, 12,5%.

2. ¿Crees que en el paciente con insuficiencia renal tras el trasplante es útil intentar protocolos libres de inhibidores de la calcineurina?

Sí, 84,6%; no, 7,7%; NS/NC, 3,8%.

3. ¿Haces pruebas de sobrecarga de glucosa en la práctica clínica diaria?

Sí, 7,7%; no, 88,5%; NS/NC, 3,8%.

4. ¿Estás utilizando valganciclovir 100 días en pacientes de alto riesgo?

Sí, 76%; no, 16%; NS/NC, 8%.

5. ¿Haces profilaxis de endocarditis bacteriana en pacientes trasplantados?

Sí, 50%; no, 50%; NS/NC, 0%.

6. ¿Utilizas sistemáticamente Septrim 6-12 meses tras el trasplante?

Sí, 78,6%; no, 18%; NS/NC, 3,4%.