



NOTA DE PRENSA

UN ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL TRASPLANTE DE CORAZÓN Y EL TRASPLANTE COMBINADO DE CORAZÓN Y PULMÓN MUESTRA QUE EL SEGUNDO CASI TRIPLICA LA MORTALIDAD DEL PRIMERO EN EL PRIMER AÑO

Se trata de un estudio retrospectivo que ha comparado las diferencias de supervivencia entre 1715 pacientes trasplantados entre 1990 y 2020, en el que han participado el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia y el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid).

Un segundo estudio sobre el mismo grupo de pacientes, realizado por los mismos hospitales, revela que la supervivencia del trasplante cardiopulmonar varía según la indicación que motiva el procedimiento.

Ambos estudios se han presentado en el 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplantes (SET), celebrado hace unos días en Bilbao con la participación de más de 400 especialistas.

24 de mayo de 2024.- La literatura científica internacional ha evidenciado que el trasplante cardiopulmonar (TCP) presenta notables diferencias con respecto a otros trasplantes, especialmente en relación con su alta mortalidad, por lo que su indicación es mucho menos común que el trasplante aislado de corazón o pulmón. Ahora dos estudios retrospectivos han analizado un total de 1751 casos de trasplantes cardiacos y cardiopulmonares en España desde 1990 hasta 2020 para establecer conclusiones sobre las diferencias de supervivencia entre los dos tipos de trasplantes en nuestro país y la vinculación entre la mortalidad del TCP y la indicación que la motiva.

Ambos estudios, en los que han participado el Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia y el Hospital Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid), han sido presentados en el 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante (SET), celebrado hace unos días en Bilbao y que reunió a más de 400 especialistas.

El primero de los estudios, el que ha analizado las diferencias de supervivencia entre los trasplantes solo de corazón y los trasplantes combinados de corazón y pulmón, ha establecido que los segundos multiplican por 2.69 la probabilidad de muerte durante el primer año. El análisis ajustado aumentó la razón de riesgo (HR) de TCP para la mortalidad a 3.16. El estudio muestra que la mortalidad temprana fue del 44%, y la del

resto del seguimiento del 31% y que hubo diferencias entre los pacientes con TCP frente a trasplante cardíaco (TC): los receptores de los primeros eran más jóvenes, con menos comorbilidad y menor prevalencia de esternotomía previa y ventilación mecánica en el momento del trasplante y mayor tiempo de isquemia. A partir de los datos analizados, los autores concluyen que el trasplante combinado incrementa la mortalidad durante el primer año, y este incremento es aún mayor en pacientes con perfil similar pretrasplante.

Por su parte, el segundo estudio, que ha analizado la supervivencia de los pacientes en función de la indicación que motiva el trasplante combinado, ha confirmado que efectivamente la supervivencia del trasplante cardiopulmonar es diferente en función de la indicación. En concreto, el estudio dividió a los pacientes en 7 subgrupos: 1) Miocardiopatía con hipertensión pulmonar (CM + PH). 2) Síndrome de Eisenmenger. 3) Cardiopatía congénita (CHD). 4) Hipertensión arterial pulmonar idiopática (IPAH). 5) Fibrosis quística. 6) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/Enfisema. 7) Enfermedad pulmonar intersticial difusa (ILD).

La indicación cardiológica más frecuente para el trasplante cardiopulmonar fue el síndrome de Eisenmenger, mientras que la indicación neumológica más frecuente fue la hipertensión arterial pulmonar idiopática. La mortalidad temprana fue superior al 25% en casi todos los grupos. Se encontraron diferencias en la supervivencia media entre los grupos: fue baja en CM + PH (18 días), ILD (29 días) y CHD (114 días), intermedia en el síndrome de Eisenmenger (600 días) y más larga en IPAH, EPOC/Enfisema y fibrosis quística. A partir de esos datos, los autores subrayan la importancia de individualizar la indicación del procedimiento según la patología subyacente para lograr los mejores resultados.

8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante

El 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante (SET) ha reunido a más de 400 expertos para compartir todos los avances clínicos y tecnológicos sobre los trasplantes en España y reflexionar sobre los logros y mejoras necesarias para seguir mejorando la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. En él se han tratado los temas más vigentes y de actualidad de este ámbito sanitario, como la inteligencia artificial aplicada al trasplante, los problemas actuales y futuros en el trasplante de órganos sólidos, los efectos adversos y búsqueda de nuevos biomarcadores o las últimas innovaciones en el campo de los trasplantes de páncreas.

A lo largo de las 4 sesiones plenarias, 4 mesas redondas y otras sesiones se han abordado también aspectos como el trasplante tras la donación tras parada cardiorrespiratoria, el adecuado manejo de los problemas cardiológicos y renales en pacientes con trasplante renal o cardíaco, las actualizaciones en el manejo de los pacientes sensibilizados o las herramientas actuales para detectar y tratar la respuesta inmune contra el injerto, así como las novedades en la detección de la adherencia al tratamiento inmunosupresor, el manejo de las infecciones, la optimización en la distribución de órganos o las novedades en el trasplante cardíaco y pulmonar. Asimismo, se ha hablado de apuesta de futuro que supone la investigación médica y el enorme rédito que esto supone para el beneficio de la sociedad en general y en el mundo del trasplante en particular.

Entre los ponentes destacados participantes hay que subrayar a la Dra. Beatriz Domínguez- Gil, directora general de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), el Dr. Julio Mayol, jefe de la Sección de Cirugía del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, o el Dr. Robert Montgomery, jefe del Departamento de Cirugía y director del Instituto de Trasplantes Langone de la Universidad de Nueva York, uno de los mayores expertos en trasplante renal a nivel mundial y paciente trasplantado de corazón (de una persona infectada por hepatitis C).

Además, en la reunión se han presentado 230 comunicaciones científicas de estudios e investigaciones sobre trasplante realizados en España en el último año.

Para más información:

Gabinete de Comunicación 8º Congreso SET (Euromedia Comunicación)

Manuela Hernández / Jesús Herrera 954 62 27 27 / 651 86 72 78 / 625 87 27 80

P111 Póster

¿Existen diferencias en la supervivencia entre pacientes trasplantados de corazón vs corazón-pulmón?. Estudio comparativo mediante propensity score.

Autores:

Raquel López-Vilella¹, Manuel Gómez Bueno², Francisco González Vílchez³, Rosalía Laporta Hernández⁴, Francisco Hernández Pérez², María del Mar Córdoba Peláez⁵, Alberto Forteza Gil⁶, Luis Martínez Dolz⁷, Javier Segobia Cubero², Luis Almenar Bonet⁸

¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. , Valencia, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Majadahonda, Madrid. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid., Madrid, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España., ⁴Servicio de Neumología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Majadahonda, Madrid. España., Madrid, ⁵Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. España., Madrid, ⁶Servicio de Cirugía Cardíaca.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid. España., Madrid, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid., Valencia, ⁸Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Valencia

Introducción

El trasplante cardiopulmonar (TCP) presenta diferencias respecto a otros trasplantes, especialmente en relación con su alta mortalidad, y su indicación es mucho menos común que el trasplante aislado de corazón o pulmón.

Objetivo

Analizar y comparar la supervivencia del trasplante cardíaco (TC) y TCP en un país de la Unión Europea con 47 millones de habitantes.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo sobre trasplantes cardíacos y combinados consecutivos desde 1990 hasta 2020 en los dos únicos centros del país que realizan TCP. De 1,844 se excluyeron trasplantes pediátricos (<16 años), retrasplantes y trasplantes combinados con riñón o

hígado, finalmente 1,751 pacientes (TC 1,673 y TCP 78). Dado que el perfil clínico de ambos tipos de pacientes es muy diferente, se realizó un ajuste clínico para homogeneizarlo, escogiendo de los TC aquellos con características clínicas similares para obtener la diferencia real en la comparativa entre grupos (propensity score).

Resultados

La mortalidad temprana fue del 44%, y la del resto del seguimiento del 31%. Hubo diferencias entre los pacientes con TCP frente a TC (receptores de TCP más jóvenes, con menos comorbilidad y menor prevalencia de esternotomía previa y ventilación mecánica en el momento del trasplante y mayor tiempo de isquemia). El TCP multiplicó por 2.69 la probabilidad de muerte durante el primer año. El análisis ajustado aumentó la razón de riesgo (HR) de TCP para la mortalidad a 3.16. Se realizó un emparejamiento de puntaje de propensión para obtener dos grupos homogéneos. La Figura 1 muestra el aumento en la mortalidad de TCP en comparación con HTx con una HR cercana a 3.5. Esta significación se mantuvo a lo largo del resto del seguimiento.

Conclusiones

Existen diferencias en el perfil de TC vs TCP. El TCP respecto al TC incrementa la mortalidad durante el primer año, y este incremento es aún mayor en pacientes con perfil similar pretrasplante.

P110 Póster

Patrones de mortalidad del trasplante cardiopulmonar en el mundo real.

Autores:

Raquel López-Vilella¹, Manuel Gómez Bueno², Francisco González Vílchez³, Amparo Solé Jover⁴, Ana Isabel González Román⁵, Gabriel Sales Badía⁴, Salvador Torregrosa Puerta⁶, Luis Martínez Dolz⁷, Javier Segobia Cubero², Luis Almenar Bonet⁸

¹Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España., Valencia, ²Servicio de Cardiología. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Majadahonda, Madrid. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades , Madrid, ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Santander, España., Santander, ⁴Unidad de Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España., Valencia, ⁵Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Majadahonda, Madrid. España., Madrid, ⁶Servicio de Cirugía Cardiovascular. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España., Valencia, ⁷Servicio de Cardiología. Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid., Valencia, ⁸Unidad de Insuficiencia Cardíaca y Trasplante. Servicio de Cardiología.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe. Valencia. España. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Cardiovasculares (CIBERCV), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, Valencia

Introducción

El trasplante cardiopulmonar (TCP) presenta diferencias notables respecto a otros trasplantes, especialmente en relación con su alta mortalidad, y su indicación es mucho menos común que el trasplante aislado de corazón o pulmón.

Objetivo

El objetivo del estudio fue analizar la supervivencia del TCP en función de la indicación que lo motiva en un país de la Unión Europea con 47 millones de habitantes.

Material y Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo sobre trasplantes cardíacos y combinados consecutivos desde 1990 hasta 2020 en dos centros. El número de pacientes reclutados fue de 1,844. Se

excluyeron los trasplantes pediátricos (<16 años), los retrasplantes y los trasplantes combinados con riñón o hígado. El número total de casos analizados fue de 1,751 (TC 1,673 y TCP 78). Se comparó la supervivencia global ajustada por subgrupos etiológicos. Se consideraron 7 subgrupos: 1) Miocardiopatía con hipertensión pulmonar (CM + PH). 2) Síndrome de Eisenmenger. 3) Cardiopatía congénita (CHD). 4) Hipertensión arterial pulmonar idiopática (IPAH). 5) Fibrosis quística. 6) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/Enfisema. 7) Enfermedad pulmonar intersticial difusa (ILD).

Resultados

La mortalidad temprana fue del 44%, y la del resto del seguimiento del 31%. La indicación cardiológica más frecuente para TCP fue el síndrome de Eisenmenger, mientras que la indicación neumológica más frecuente fue la hipertensión arterial pulmonar idiopática. La mortalidad temprana fue superior al 25% en casi todos los grupos. Se encontraron diferencias en la supervivencia media entre los grupos: fue baja en CM + PH (18 días), ILD (29 días) y CHD (114 días), intermedia en el síndrome de Eisenmenger (600 días) y más larga en IPAH, EPOC/Enfisema y fibrosis quística.

Conclusiones

La supervivencia del TCP es diferente en función de la indicación que motiva el procedimiento. Por ello, es importante individualizar la indicación del procedimiento según la patología subyacente para lograr los mejores resultados.