

# Disminución de la supervivencia de los receptores de trasplante simultáneo corazón y riñón en la nueva era de la asignación cardíaca M Shin, et al. *JHLT* August 2023 | <https://doi.org/10.1016/j.healun.2023.08.006>

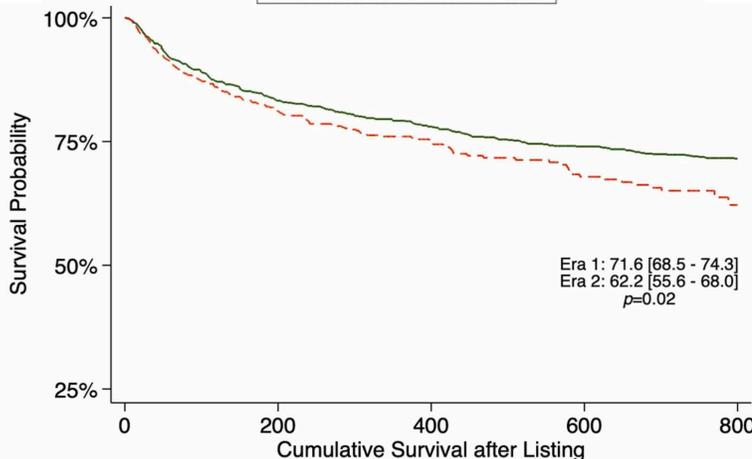
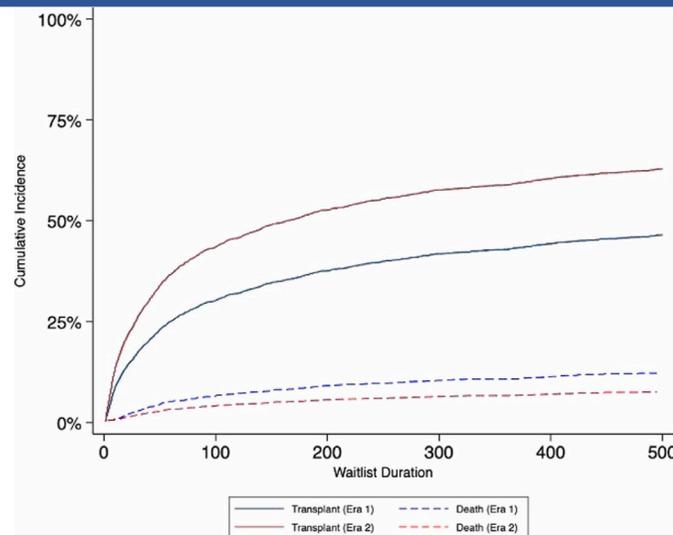
## Características del estudio

**Objetivo:** En 2018, la Red Unida para Compartir Órganos (UNOS) implementó modificaciones a la política de asignación cardíaca, con el objetivo de reducir la mortalidad en la lista de espera. Este estudio investiga el impacto del sistema de asignación revisado en la lista de espera y los resultados posteriores al trasplante para el trasplante simultáneo de corazón y riñón (SHKT).

**Métodos:** El estudio incluyó pacientes adultos incluidos en SHKT entre 2012 y 2021, con validación cruzada en las bases de datos UNOS torácica y renal. Los pacientes fueron categorizados por época de listado. Se analizaron los resultados de la lista de espera, la supervivencia postrasplante y la función del injerto renal postrasplante.

**Resultados:** Entre 2.588 pacientes, la Era 1 (2012-2018) tuvo 1.406 (54,1%) y la Era 2 (2019-2021) tuvo 1.182 (45,9%). En la Era 2, la probabilidad de trasplante aumentó y la mortalidad en lista de espera disminuyó ( $p < 0,01$ , respectivamente). Sin embargo, la supervivencia a los 2 años postrasplante disminuyó ( $p < 0,01$ ) en la Era 2. La supervivencia actuarial, considerando ambas fases, fue notablemente menor en la Era 2 ( $p = 0,02$ ). Además, la Era 2 tuvo un mayor riesgo de falla del injerto renal ( $p < 0,01$ ).

**Conclusiones:** El cambio en la política de asignación ha demostrado una mejora en los resultados de la lista de espera para los pacientes incluidos en SHKT, pero puede tener el costo de un empeoramiento de los resultados postrasplante.



Number at risk	0	200	400	600	800
Era 1	949	783	723	671	635
Era 2	736	447	223	136	39

## Comentario del revisor

- Las listas y trasplantes recientes de SHKT han aumentado constantemente, con un aumento notable en el número de pacientes enfermos.
- De particular importancia es el primero en documentar la tasa de mortalidad después de que SHKT empeoró después del cambio de asignación utilizando datos de UNOS.
- Se esperan análisis futuros, como el emparejamiento de propensión, para mitigar el sesgo de selección (las limitaciones inherentes de un estudio retrospectivo).

## Limitaciones

- Análisis retrospectivo de la base de datos UNOS, limitando la granularidad.
- Incapacidad para capturar variables que pueden influir en los resultados, como la perfusión ex vivo
- Tasa de referencia de errores en el ingreso de datos
- Duración limitada del estudio de 2 años y seguimiento corto para la era reciente
- El análisis de supervivencia actuarial no considera a los pacientes excluidos de la lista

## Supervivencia del trasplante de pulmón con revascularización cardíaca previa y concomitante

Tran, et al. *JHLT* Oct 2023 | <https://doi.org/10.1016/j.healun.2023.05.007>

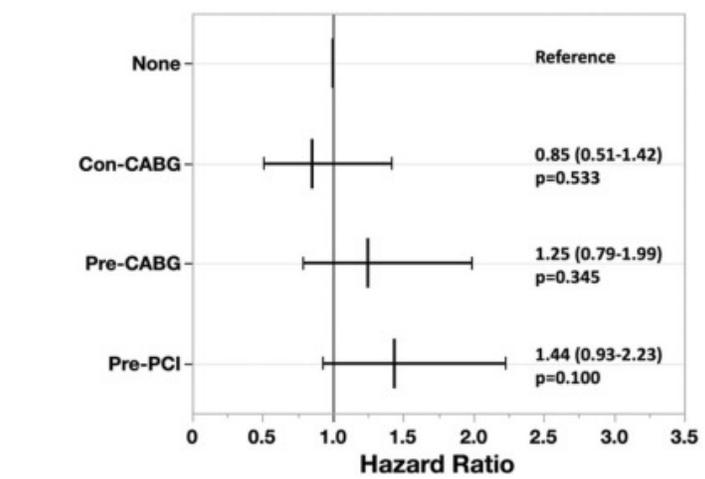
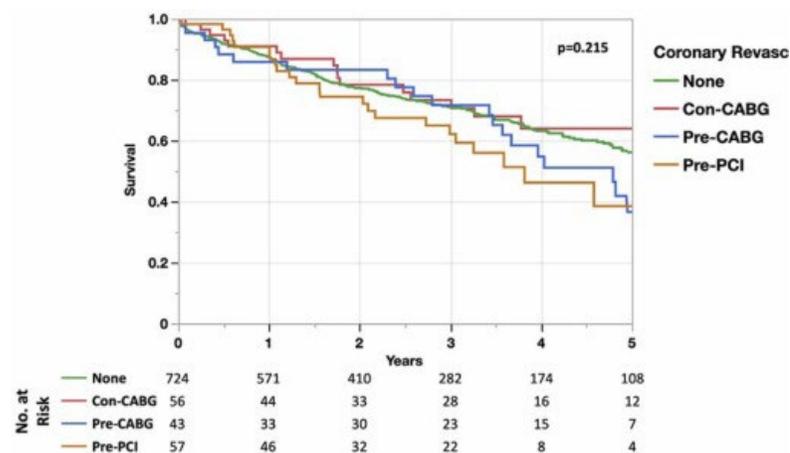
### Carcaterísticas del estudio

**Objetivo:** Con el creciente número de trasplantes de pulmón (LHx), los pacientes con enfermedad de las arterias coronarias (EAC) ahora son ampliamente aceptados como candidatos a revascularización perioperatoria. El objetivo del estudio es revisar los resultados de la revascularización perioperatoria, centrándose en el injerto de derivación coronaria (CABG) concomitante.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de un solo centro de pacientes con trasplante de pulmón de 2012 a 2021 (n = 880). Los pacientes se dividieron en 4 grupos; 1) intervención coronaria percutánea (ICP) preoperatoria, 2) CABG preoperatoria, 3) CABG concomitante, 4) sin revascularización

**Resultados:** Los grupos estaban bien equilibrados en cuanto a datos demográficos, tiempo de isquemia y puntuación de asignación pulmonar. El grupo sin revascularización tuvo menos fibrosis pulmonar idiopática. El grupo de CABG preoperatorio tuvo una mayor proporción de LTx único. No hubo significancia en la supervivencia con el análisis de Kaplan-Meier (p=0,471). La mediana de supervivencia fue de 5,6 años (Con-CABG), 4,8 años (pre-CABG), 3,8 años (pre-ICP) y 6,3 años (sin revascularización). No hubo diferencias significativas en el riesgo de mortalidad entre los grupos en la prueba de rangos logarítmicos.

**Conclusiones:** La revascularización cardíaca perioperatoria no afectó los resultados de supervivencia después del trasplante de pulmón. Los pacientes que requieren revascularización pueden someterse de forma segura a un trasplante de pulmón sin diferencias significativas en los resultados de supervivencia.



**Leyenda:** supervivencia a 5 años (arriba) y regresión de Cox multivariable con valor de p de 0,283 (abajo)

### Comentarios del revisor

- Es posible que la presencia de CAD no afecte significativamente la supervivencia del trasplante de pulmón.
- Los procedimientos de revascularización parecen ayudar a contrarrestar los posibles efectos negativos de la EAC en los resultados de supervivencia, lo que subraya la importancia de una revascularización perioperatoria adecuada.
- La morbilidad cardiovascular perioperatoria aún no se ha dilucidado.

### Limitaciones

- El tamaño limitado de la muestra podría potencialmente debilitar la solidez del análisis, especialmente para la supervivencia media baja pero no significativamente diferente de ciertos grupos.
- Los pacientes que se sometieron a revascularización tuvieron una mayor tendencia a recibir LTx único más del doble, lo que puede afectar los resultados de supervivencia.
- El grupo sin revascularización era significativamente más joven, lo que puede contribuir a la supervivencia no asociada al trasplante
- La decisión entre PCI y CABG fue guiada por un comité, lo que influyó en los tipos de pacientes que recibieron cada terapia y afectó potencialmente la generalización.
- Los pacientes elegibles para CABG o PCI preoperatoria pueden tener menos factores de riesgo y mayor estabilidad en comparación con el paciente promedio de trasplante de pulmón.

# Resultados de la lista de espera de trasplantes de corazón y tiempo de espera por volumen de centro en la era del cambio de asignación previo al 2018

Critsinelis, et al., *ASAIO Journal* September 2023 | <https://doi.org/10.1097/MAT.0000000000001966>

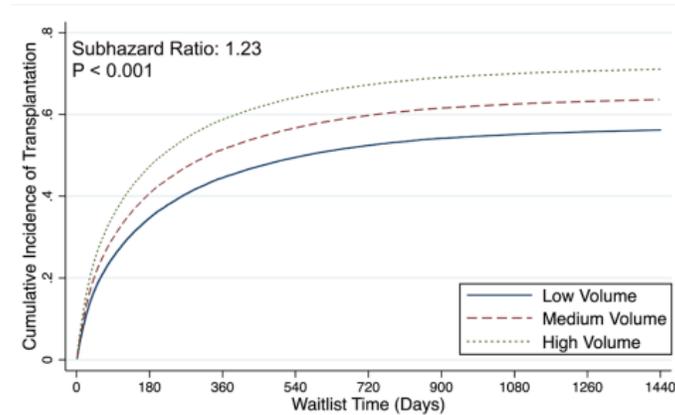
## Características del estudio

**Objetivo:** En trasplante cardíaco, comprender las disparidades en los resultados de los pacientes entre centros de diferentes volúmenes es crucial para refinar las políticas de asignación y mejorar la atención al paciente. Este estudio tuvo como objetivo explorar estas disparidades en los resultados de la lista de espera, particularmente antes del cambio de asignación del 2018.

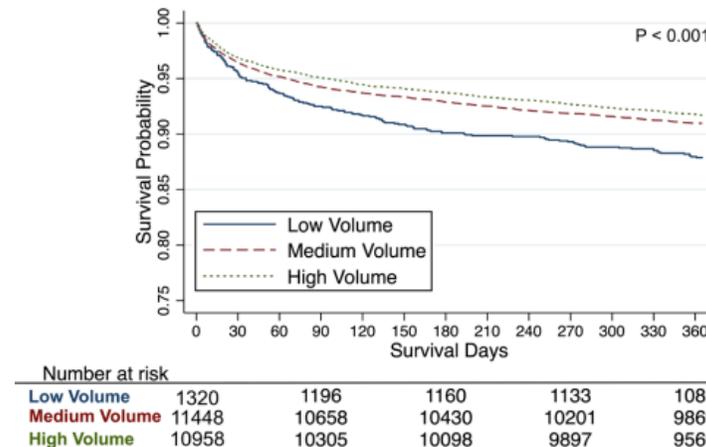
**Métodos:** Los datos se obtuvieron de la base de datos de UNOS. Se incluyeron receptores adultos de trasplantes de corazón desde enero de 2008 hasta octubre de 2018. Los centros se clasificaron en volumen bajo (<10 Tx/año), medio (10-30 Tx/año) y alto (>30 Tx/año).

**Resultados:** Los centros de alto volumen tuvieron mayores tasas de trasplante (71,3%) y menores tasas de exclusión por muerte o deterioro (12,6%). Los centros de bajo volumen tuvieron tasas más altas de implantación de DAVI (6,7%) y de traslado a otra institución (5,0%). El análisis de riesgos proporcionales de Cox mostró que los centros de alto volumen tenían un menor riesgo de muerte o exclusión de la lista antes del trasplante (HR 0,86,  $p < 0,001$ ).

**Conclusión:** Los centros de alto volumen generalmente logran mejores resultados de trasplantes y tienen menos resultados negativos. Este estudio sienta las bases para monitorear el impacto de las políticas de cambio de asignación y adaptarlas para superar estas disparidades.



**Figure 1:** Cumulative Incidence of Transplantation Stratified by Center Volume



**Figure 2:** Probabilidad de supervivencia estratificada por el volume del centro

## Comentarios del revisor

- El estudio ofrece información fundamental sobre el impacto del volumen del centro en los tiempos de la lista de espera, las tasas de mortalidad y los resultados posteriores al trasplante, lo que podría ser fundamental para la política sanitaria.
- Este análisis integral cubre múltiples puntos finales y sugiere que la experiencia institucional, el volumen y la infraestructura son determinantes clave.
- Plantea preguntas vitales sobre la compensación entre los centros de gran volumen y la accesibilidad a los trasplantes, en consonancia con las preocupaciones sobre la regionalización.
- Requiere más investigación sobre las variaciones institucionales y regionales, así como explorar la utilización y el papel del apoyo circulatorio mecánico.

## Limitaciones

- La dependencia del estudio de datos de UNOS anteriores al 2018 limita su aplicabilidad actual y descuida los cambios de asignación más recientes y los impactos de COVID-19.
- La base de datos de UNOS carece de datos granulares sobre factores institucionales y criterios de selección, así como la influencia de las regiones de UNOS en los resultados.
- El estudio excluye grupos de pacientes específicos, como aquellos con trasplantes de corazón previos o trasplantes de órganos múltiples, y omite factores socioeconómicos, lo que limita su generalización.