

460 ¿SE PUEDEN MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS RECEPTORES DE UN DONANTE EN ASISTOLIA NO CONTROLADA? DATOS PARA UNA SELECCIÓN MÁS ADECUADA

M. MOLINA¹, E. GUTIÉRREZ¹, E. GONZÁLEZ¹, E. MORALES¹, E. HERNÁNDEZ¹, T. ORTUÑO¹, N. POLANCO¹, M. PRAGA¹, A. ANDRÉS¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: El trasplante renal (TR) se ha postulado como el mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica. La falta de órganos ha llevado a los nefrólogos a la ampliación en los criterios de donación, surgiendo el concepto de "donantes con criterios expandidos" con resultados inferiores a los donantes standard. Dentro de este grupo destacan especialmente los donantes fallecidos en asistolia no controlada (DANC)

Objetivo: Identificar los factores de los DANC relacionados con supervivencia del TR a un año de seguimiento.

Material y método: Se incluyen en el estudio todos los TR de DANC con un seguimiento de un año. Se evalúan los factores del donante que influyen en la supervivencia al año. Se censuró por la muerte del receptor.

Resultados: Se incluyeron 264 TR de DANC. Las principales características basales de los donantes fueron: Edad 44±9,7 años, 87% (231) varones, peso 80,5±11,5 kg, IMC 26,8±3,2 kg/m², creatinina 1,3±0,4 mg/dl. El 79,2% (209) de los TR cursaron con retraso de la función del injerto. La supervivencia del injerto al año fue del 89,8%. 27 (10,2%) TR se perdieron durante el primer año de seguimiento siendo los problemas relacionados con la isquemia crítica del donante las principales causas: 18 (66,7%) no funciones primarias y 2 (7,4%) con lesiones de isquemia-reperusión. En el estudio multivariable, como se muestra en la tabla adjunta, la edad del donante superior a 50 años y un tiempo de isquemia fría prolongado fueron los factores asociados significativamente con la no supervivencia del injerto.

Conclusión: Los TR de DANC tienen una buena supervivencia a corto plazo. Una cuidadosa selección del donante y manejo posterior podrían mejorar su supervivencia, probablemente sea necesario incorporar scores de riesgo en la selección de estos donantes.

Tabla 1.

Variable	Univariable	Multivariable
Donante > 50 años	2,3 (1,1-5) p=0,02	2,4 (1,1-5,3) p=0,03
IMC > 30 kg/m ²	2,2 (0,6-8,3) p=0,22	
Tiempo de isquemia fría > 18 horas	2,7 (1,1-6,5) p=0,02	2,8 (1,2-6,7) p=0,02

461 ¿QUÉ PROBABILIDADES HAY DE DESARROLLAR COMPLICACIONES A LARGO PLAZO EN LA DONACIÓN RENAL DE VIVO?

A. MUJICA LOPEZ¹, N. MARURI KAREAGA¹, N. MARTINEZ SAEZ¹, A. OSORIO MONTES¹, A. VERGARA ARANA¹, J. FANINI GOMEZ¹, S. ZARRAGA LARRONDO¹, G. GARCIA ERAUZKIN¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO); ²NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO)

Introducción: La disminución de donantes renales de cadáver en la última década ha aumentado la demanda de donantes vivos en todo el mundo. Durante el 2014 supusieron casi el 16% del total de la actividad renal. El trasplante de donante vivo requiere la realización de nefrectomía en un voluntario sano, siendo el riesgo de desarrollo de Enfermedad Renal Crónica (ERC), hipertensión (HTA) proteinuria y enfermedad cardiovascular igual o menor a la población general.

Objetivos: Valorar la probabilidad de desarrollo de ERC, HTA y proteinuria a largo plazo en los donantes renales.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal de todos los pacientes que fueron donantes renales de vivo desde 2012 hasta Diciembre de 2015 en nuestro programa de trasplante renal.

Resultados: Se realizaron 111 donaciones (38,7% hombres y 61,3% mujeres), con una edad media de 53,09 años en el momento de la nefrectomía (intervalo 24,39-72,37 años). 15,3% fueron trasplantes de vivo cruzados y 84,7% directos. La estancia hospitalaria media tras la cirugía fue 3,69 días (intervalo 2-7 días) con un único caso de sangrado que no requirió reintervención. Previo a la donación el 12,6% eran hipertensos, el 24,3% eran dislipémicos, 21,6% fumadores y no había ningún paciente diabético, con cardiopatía isquémica ni arritmias.

El aclaramiento medio de creatinina medido por CKD-EPI previa a la donación era de 97,11 ml/min (DS 12,89) presentando una disminución de la función renal del 33,10% al año y del 29,61% a los 2 años. Los pacientes con cociente proteinuria/creatinuria (Pr/Cr) de 0,16-0,30mg/mg presentaban disminución de filtrado glomerular (FG) estimado por CKD-EPI menor tanto al año como a los 2 años comparando con el grupo de Pr/Cr 0-0,15 mg/mg. Al año la disminución de CKD-EPI es mayor en ambos grupos de proteinuria que a los dos años. Únicamente un 8,7% de los pacientes presentó un FG inferior a 50 ml/min a los 2 años (p=0,125).

Conclusión: La disminución de función renal tras la nefrectomía es menor al segundo año pudiendo deberse a la hipertrofia renal compensadora que sucede durante el primer año. La reducción del filtrado glomerular (CKD-EPI) a los 2 años no se correlaciona con mayores niveles de proteinuria (p<0,05). A los 2 años únicamente el 8,7% tiene un CKD-EPI inferior a 50 ml/min (p = 0,125) y sin repercusión clínica. Por tanto, la donación renal de vivo es un proceso de bajo riesgo tanto médico como quirúrgico y podemos considerarlo seguro para el donante.

462 COMPENSACIÓN FUNCIONAL RENAL CONTRALATERAL Y ESTIMACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR BASAL EN LA DONACIÓN RENAL

C. BURBALLA TÁRREGA¹, M. CRESPO BARRIO¹, D. REDONDO PACHÓN¹, M.J. PÉREZ SAÉZ¹, M. MIR FONTANA¹, A. FRANCÉS COMALAT¹, LL. FUMADÓ CIUTAT¹, JM. PUIG MARI¹, LL. CECCHINI ROSELL¹, J. PASCUAL SANTOS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ²UROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: En el donante renal vivo, nEl estudio del filtrado glomerular medido (FGm) y/o estimado (FGe)son eje de la evaluación adecuada de la función renal en la valoración de un potencial donante vivo renal. La precisión de los diversos métodos es controvertida, de manera que no está claro qué fórmula estimativa para determinar del filtrado glomerular (FGe) se correlaciona mejor con el filtrado glomerular medido (FGm) basal. Se desconoce la relación entre compensación renal post-nefrectomía y función basal.

Métodos: En una serie de 60 donantes renales vivos (2001-2015) analizamos la relación entre los valores basales de FGm con Tc-99m-DTPA y de FGe con fórmulas MDRD4 y CKD-EPI, el grado de compensación renal al año post-nefrectomía y potenciales factores involucrados, cRecogimos variables demográficas, antropométricas, analíticas (creatinina con métodoIDMS) y FGm con Tc99DTPAcomparando los perfiles de los donantes (Grupo A, infracompensación <70%, vs Grupo B, compensación normal >70%).

Resultados: Los 64 donantes evaluados tenían una edad de 48,3±11 años, 70.6% eran mujeres, el IMC 26,4±3,8, creatinina basal 0,8±0,1mg/dl y al año post-donación 1,1±0,2mg/dl. Las ecuaciones del FGe infraestiman el FGm: MDRD-4 estima FG 9,4±25 ml/min menor que el medido por 99Tc-DTPA (p<0.05), CKD-EPI 4,4±21 ml/min menos que FGm. La correlación entre los métodos estimativos y el medido resultó discreta pero significativa, y mayor para CKD-EPI (Cociente Correlación Intraclase=0.362, p<0.05). El grupo A (compensación<70%, n=38) se comparó con el grupo B (compensación>70%, n=22). Los factores predictores de compensación >70% al año post-donación fueron el género femenino (p=0.03) y un menor FGe por MDRD (A vs B 93,7±19,6 vs 78,1±15,3; p=0.001). La predicción con FGe por CKD-EPI fue peor; en el límite de la significación (A vs B 103,6±14,4 vs 86,1±15,2; p=0.05). La edad, IMC, la HTA o el FGm Tc99m-DTPA no se asociaron significativamente con la capacidad de compensación renal. El ajuste multivariante confirmó el FGe basal como predictor de compensación: a mayor FGe basal menor capacidad de compensar >70% (por MDRD4 OR=0.5 [IC95% 0.91-0.99], p=0.01 y por CKD-EPI basal OR=0.95 [IC95% 0.91-0.99], p=0.02).

Alcanzan seguimiento a los 30 meses post-nefrectomía 41 donantes de los cuales 20 compensan >70% y 21 no. La compensación de FGe a los 30 meses es de media70+16%. Conclusiones: En nuestra experiencia CKD-EPI es la fórmula que mejor correlaciona con el FGm-Tc99m-DTPA en la evaluación basal del donante renal, aunque también es útil MDRD en la predicción de la compensación contralateral. El donante presenta una menor capacidad de compensación en el plazo de un año postnefrectomía cuanto más elevado es su FGe basal.

463 RESULTADOS EN TRASPLANTE RENAL CON SISTEMA DE PERFUSIÓN LIFEPORT EN DONANTES CON CRITERIOS EXPANDIDOS

J. JARAMILLO VASQUEZ¹, K. ARREDONDO AGUDELO¹, D. GARCIA-AGREDA VACA¹, B. CHAMOUN HUACON¹, J.F. MORESO MATEOS¹, MC. CANTARELL AIXENDRI¹, M. PERELLO CARRASCOSA¹, J. SELLARES ROIG¹, A. SANDIUMENGE CAMPS¹, E. TRILLA HERRERA¹

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL VALL D HEBRON (BARCELONA); ²COORDINACIÓN DE TRASPLANTE. HOSPITAL VALL D HEBRON (BARCELONA); ³UROLOGIA. HOSPITAL VALL D HEBRON (BARCELONA)

Introducción: Los donantes con criterios expandidos incluyendo órganos procedentes de donantes añosos y de donantes en asistolia Maastricht III son inferiores a los resultados obtenidos con donantes estándar. Se ha propuesto que un sistema de perfusión renal continua tras la extracción, en lugar de la preservación en frío puede mejorar los resultados del trasplante.

Material y métodos: En 2015 se introdujo el sistema de perfusión renal Life Port en nuestra unidad de trasplante renal. En los donantes en asistolia Maastricht III se utiliza el sistema para el segundo riñón que es sometido a mayor isquemia fría. En los donantes en asistolia se ha utilizado en 17 de 30 órganos. Se recogen las características de donantes y receptores así los resultados de los trasplantes realizados.

Resultados: Durante 2015 se han realizado 126 trasplantes renales en nuestro centro. De estos, 30 fueron obtenidos de donantes en asistolia y 38 de donantes con edad > 60 años. En la tabla adjunta se presentan los resultados de los órganos perfundidos en máquina durante 2015. Se han producido dos pérdidas de riñones procedentes de donantes en muerte encefálica por disección de la íntima arterial que obligó a usar el segundo órgano en el mismo receptor. Se ha producido una pérdida de un riñón procedente de un donante en asistolia por trombosis vascular.

Conclusiones: La utilización de la máquina de perfusión LifePort en trasplante renal no permite retrasar la implantación del injerto aumentando el tiempo de isquemia fría, especialmente en los donantes en asistolia Maastricht III

Tabla 1.

Variable	Donantes muerte encefálica (n=11)	Donantes en asistolia (n=17)	P
Edad donante (años)	69 ± 11	66 ± 13	ns
Sexo donante (m/f)	6 / 5	20 / 7	ns
Tiempo en máquina (horas)	11 ± 4	8 ± 2	ns
IR inicial	0.87 ± 0.89	0.83 ± 0.40	ns
IR final	0.32 ± 0.11	0.34 ± 0.17	ns
Edad receptor (años)	69 ± 11	66 ± 13	ns
Tiempo isquemia fría (horas)	17 ± 6	14 ± 5	ns
Necrosis tubular aguda (n/s)	8 / 3	5 / 12	ns
Rechazo agudo (n/s)	10 / 1	15 / 2	ns
FG-MDRD 3 meses (ml/min/1.73)	46 ± 12	39 ± 14	ns
Pérdida injerto (n/s)	2 / 9	1 / 16	ns