

601 ¿INFLUYE EL TIPO DE EXTRACCIÓN/PRESERVACIÓN EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE CADÁVER EN ASISTOLIA MAASTRICHT III?

V. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, C. CASAS GONZÁLEZ², J. VALLEJO BÁEZ², M. GONZÁLEZ-MOLINA ALCAIDE¹, D. DAGA RUIZ³, M. CABELLO DÍAZ¹, P. RUIZ ESTEBAN¹, E. SOLA MOYANO¹, T. VÁZQUEZ SÁCHEZ², D. HERNÁNDEZ MARRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HRU MÁLAGA. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, IBIMA, REDINREN (RD16⁰⁰⁰⁰⁹⁰⁰⁰⁹) (MÁLAGA).-
²COORDINACIÓN DE TRASPLANTES DE MÁLAGA. HRU MÁLAGA (MÁLAGA)

Introducción: El empleo de sistemas de oxigenación con membrana extracorpórea (ECMO) para la preservación de los órganos procedentes de un donante en asistolia controlada se ha incrementado significativamente en los últimos años. Se considera más beneficiosa al aumentar la función inmediata del injerto, menor estancia hospitalaria y mejor supervivencia del injerto.
Objetivo: Analizar los resultados del trasplante renal en asistolia tipo III (TRDAIII) comparando distintas técnicas de extracción/preservación del órgano.

Material y métodos: Estudio longitudinal, retrospectivo, en el que se incluyen 182 TRDAIII realizados en nuestro centro desde el 2011 hasta el 2018. Se analizó si había diferencias en la función renal, el rechazo agudo y la supervivencia del injerto entre las diferencias técnicas de extracción/preservación: (1)Canulación de arteria y vena femorales premortem, y perfusión fría in situ a través de un catéter de doble balón (DB), (2)Extracción superrápida (SR), (3)Canulación premortem y preservación con oxigenación de membrana extracorpórea (ECMO).

Resultados: Las características de los donantes y los receptores se muestran en la Tabla adjunta. La función retrasada del injerto (FRI) fue inferior con la técnica ECMO 41% vs 55% SR y 58% DB (P=0,2), siendo el tiempo de isquemia fría (TIF) similar entre las técnicas SR y ECMO. La incidencia de rechazo agudo (RA) también fue inferior en el grupo ECMO (12% vs 19%; p=0,6), así como la función renal, que fue significativamente mejor al año en el grupo ECMO (Cr 1,3 mg/dl vs 1,7 mg/dl DB y SR). La supervivencia censurada del injerto al año fue mejor en el grupo ECMO (100% vs 92%; p=0,1).

Conclusiones: La técnica ECMO permite disminuir la FRI en el TRDAIII, lo que puede conllevar una mejor función renal y mayor supervivencia del injerto al año posttrasplante. Sería necesario estudios con un mayor número de pacientes para confirmar estos datos.

Tabla 1.

	Doble Balón (n=51)	Superrápida (n=107)	ECMO (n=24)	P
DONANTE				
Edad (media±DS)	54±11	56±10	53±10	0,4
Sexo varón (%)	80,4	77,4	62,5	0,2
HTA	41,3	47,2	43,5	0,7
Diabetes	17	15	12,5	0,8
KDPI	75±22	74±21	68±21	0,4
RECEPTOR				
Edad (media±DS)	56±12	54±14	55±13	0,6
Sexo varón (%)	70	64,8	66,7	0,8
Retrasplante (%)	8,5	12,3	12,5	0,5
TRASPLANTE				
TIF (Hrs)	13,6±4,3	9,8±3,4	9,9±4,7	<0,001
FRI (%)	58	55	41	0,2
Inducción Timoglobulina (%)	91	99	62	<0,001
RA (%)	19	19	12	0,6
Creatinina 1 mes (mg/dl)	2,1±0,9	2,1±0,8	1,6±0,5	0,04
Creatinina 3 meses (mg/dl)	1,9±0,7	1,8±0,6	1,4±0,4	0,01
Creatinina 1 año (mg/dl)	1,7±0,6	1,7±0,6	1,3±0,3	0,01

602 ESTUDIO UNICÉNTRICO COMPARATIVO DE PREVALENCIA DE RETRASO DE LA FUNCIÓN INICIAL EN INJERTOS RENALES PRESERVADOS EN FRÍO VS MÁQUINA DE PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA

MA. ROJAS-FERNÁNDEZ¹, PL. MARTÍN-MORENO¹, G. ROMERO-GONZÁLEZ¹, O. GONZÁLEZ-AROSTE-GUI¹, I. LORENZO-FERRIS¹, FJ. LAVILLA-ROYO¹, N. GARCÍA-FERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA (PAMPLONA/ESPAÑA)

Introducción: En el trasplante renal el tiempo de isquemia fría es un factor de riesgo de retraso de la función inicial del injerto. El método habitual de preservación es la estática en frío y pocos centros usan máquina de perfusión hipotérmica. El objetivo del presente estudio es comparar la prevalencia de retraso de función inicial de injertos renales preservados en frío vs máquina de perfusión hipotérmica (LifePort).

Métodos: Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo unicéntrico sobre 26 trasplantes renales realizados entre 2016 y 2018 en la Clínica Universidad de Navarra, con dos injertos procedentes del mismo donante, el primero en implantarse preservado en frío, y el segundo en máquina de perfusión hipotérmica (LifePort). Se analizaron las características demográficas de donantes y receptores, características clínicas y prevalencia de retraso de función del injerto definido como ausencia de disminución de un 10% de la creatinina tres días consecutivos durante la primera semana post-trasplante, o requerimiento de diálisis. La distribución se valoró con Kolmogorov Smirnov. La comparación entre ambos grupos se realizó usando χ^2 cuadrado o el test exacto de Fisher para variables categóricas y U de MANN Withney para variables cuantitativas.

Resultados: Se analizaron 26 trasplantes con injertos procedentes de 13 donantes, 5 en muerte encefálica y 8 en asistolia tipo III de Maastricht. Edad media del donante 56,7±14,9 años y 46,15% mujeres. Las características de la población total y de los grupos de estudio se presentan en la Tabla 1. No se observaron diferencias significativas en las características entre los dos grupos a excepción del tiempo de isquemia fría (p<0,0001).

La prevalencia total de retraso de la función inicial del injerto fue de 8 (30,8%) sin que se detectaran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a excepción del tiempo de isquemia fría (p<0,0001). La prevalencia total de retraso de la función inicial del injerto fue de 8 (30,8%) sin que se detectaran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a excepción del tiempo de isquemia fría (p<0,0001). La prevalencia total de retraso de la función inicial del injerto fue de 8 (30,8%) sin que se detectaran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a excepción del tiempo de isquemia fría (p<0,0001).

Conclusiones: El uso de máquina de perfusión hipotérmica evita que haya mayor tasa de función retrasada del injerto en los sometidos a mayor tiempo de isquemia fría y permite obtener buena función renal al mes del trasplante.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población total y de los grupos de estudio

	General (n=26)	Preservación en frío (n=13)	LifePort (n=13)
Edad (años)	54,7±14,15	51,75±13,63	57,92±14,97
Sexo masculino (n, %)	15 (57,7%)	8 (61,5%)	7 (53,8%)
IMC (kg/m ²)	24,39±9,82	23,91±8,60	24,7±9,23
Causa enfermedad renal crónica (n, %)			
No filtrada	4 (15,4%)	2 (15,4%)	2 (15,4%)
Poliquistosis hepatorenal	6 (23,1%)	1 (7,7%)	5 (38,5%)
Nefroangioesclerosis	2 (7,7%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)
Glomerulonefritis	8 (30,8%)	4 (30,8%)	4 (30,8%)
Otras	6 (23,1%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)
Tipo Diálisis (n, %)			
Hemodilísis	12 (46,2%)	6 (46,2%)	6 (46,2%)
Diálisis peritoneal	9 (34,6%)	5 (38,5%)	4 (30,8%)
Diálisis domiciliaria	2 (7,7%)	0	2 (15,4%)
Pre-diálisis	3 (11,5%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)
Tiempo en diálisis (meses)	16,65±13,20	22,25±16,22	11,77±8,21
Tiempo isquemia fría (minutos)	1042,54±224,39	884,42±192,49	1194,85±142,24
Inducción pre-trasplante (n, %)			
Timoglobulina	14 (56%)	5 (41,7%)	9 (69,2%)
Basiliximab	11 (44%)	7 (58,3%)	4 (30,8%)
Creatinina 1 mes (mg/dl)	1,59±0,48	1,68±0,63	1,50±0,29
Niveles de tacrolimus 48 h (ng/ml)	6,18±3,48	5,15±3,14	6,75±3,56
Tipo inmunosupresión al alta (n, %)			
Otra combinación	1 (3,8%)	1 (7,7%)	0
Tacrolimus+MMF+Prednisona	25 (96,2%)	12 (92,3%)	13 (100%)
Días de ingreso	8 (7,75-9)	9 (83-89)	9 (7,5-9)
Diálisis primera semana post-trasplante (n, %)	3 (11,5%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)

Los datos de edad, índice de masa corporal (IMC), tiempo en diálisis, tiempo de isquemia fría, creatinina a 1 mes y nivel de tacrolimus a las 48 h son presentados como media y desviación estándar. Los días de ingreso se presentan como mediana e intervalo intercuartílico.

603 RELACIÓN ENTRE LA EDAD DEL DONANTE Y LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO RENAL

C. GRANDE CABRERIZO¹, J. CALVILLO ARBIZU², MA. PÉREZ VALDIVIA³, FM. GONZÁLEZ ROCERO⁴, M. SUÑER POBLET⁵, A. SUÁREZ BENJUMEA⁶, C. GONZÁLEZ CORVILLO⁷, B. GASCÓ MARTOS⁸, MA. RODRÍGUEZ PÉREZ⁹, G. BERNAL BLANCO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA);²GRUPO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA. ESCUELA TÉCNICA SUPERIOR DE INGENIERÍA (SEVILLA);³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA);⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

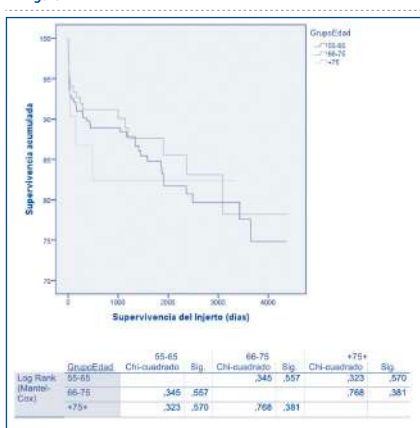
Introducción: El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad crónica terminal. En los últimos años la donación y el trasplante renal en España ha sufrido un notable incremento, acompañado de un cambio en el perfil de donantes: es de mayor edad y con mayor morbilidad, especialmente cardiovascular, lo que hace que existan dudas sobre la funcionalidad del mismo y de si esta es una estrategia adecuada para ampliar el pool de donantes.

Objetivo: Analizar la influencia de la edad del donante en la supervivencia del injerto.
Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo con datos del SICATA referentes a trasplante renal de donante cadáver con edad ≥ 55 realizados entre 1/1/06-31/12/17 en el HUVR. Se definió el fallo de injerto como vuelta a diálisis. Se obtuvieron 495 casos, dividiéndose por edad del donante en tres grupos: 55-65 años (N=310), 66-75 años (N=154) y >75(N=31). Estos grupos fueron comparados en cuanto a supervivencia del injerto (censurada para muerte) utilizando análisis de Kaplan-Meier-log-rank. Análisis con SPSS24.0.

Resultados: Ver tabla y figura. Por los resultados no se puede concluir que la edad del donante en esos diferentes grupos tenga influencia significativa sobre la supervivencia del injerto.

Conclusiones: El trasplante renal mejora la supervivencia y calidad de vida en comparación con la diálisis a largo plazo. Nuestros datos no mostraron diferencias significativas entre los grupos, lo que indica que la utilización de injertos renales de donantes añosos es segura. Es imprescindible tener más herramientas que nos permitan distinguir, independientemente de la edad, el pronóstico de cada donante renal.

Figura 1.



604 IMPACTO DEL INICIO DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA SOBRE LA GENERACIÓN DE RIÑONES PARA TRASPLANTE EN UN HOSPITAL TERCIARIO

I. JUAN GARCÍA¹, I. TORREGROSA MAICAS¹, R. BADENES QUILLES², JM. SEGURA ROCA³, M. GONZÁLEZ RICO⁴, C. RAMOS TOMÁS⁵, MJ. PUCHADES MONTESA⁶, MA. SOLÍS SALGUERO⁷, P. TOMÁS SIMÓ⁸, JL. GORRIZ⁹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA);²COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALENCIA);³COORDINACIÓN DE TRASPLANTES. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA);⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA (VALENCIA);⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VALENCIA (VALENCIA)

Introducción: El trasplante es la mejor opción de tratamiento sustitutivo renal. España es líder en trasplantes, pese a lo cual sigue existiendo un número importante de pacientes en espera. Presentamos nuestra experiencia de un programa de donación en asistolia controlada, con el objetivo de evaluar su impacto sobre el programa de donaciones.

Métodos: Analizamos retrospectivamente la evolución en el número de donaciones en los últimos 10 años y el impacto del programa de donación en asistolia sobre la misma. Se ha analizado las diferencias entre los donantes en muerte encefálica (ME) y en asistolia (DA) controlada entre el 1 de marzo de 2017 y el 31 de abril de 2019, así como con el grupo ME previo al inicio del programa (2015-2017).

Resultados: En la gráfica 1 se muestra la evolución del número de donantes en los últimos 10 años. Se aprecia un incremento en el número total de donaciones 258%, tanto por la inclusión de DA como por el aumento de donaciones en ME. En el periodo 2017-2019 el grupo de DA vs ME tienen mayor edad (59,38±9,91 vs 50,52±19,03; p=0,029), HTA (65/52 vs 62,83; p=0,00) y hay más donantes con criterios expandidos DCE (86/541,46; p=0,00). El número de riñones explantados fue 105 en total e implantados 103. Si comparamos los pacientes en ME entre 2015-2017 y 2017-2019, los primeros tienen mayor edad (56,8±20 vs 50,52±19,03; p=0,01), HTA (56,5 vs 62,83; p=0,02) y DCE (66,67 vs 41,46; p=0,05).

Conclusiones: El inicio de un programa de DA ha supuesto un incremento significativo en el número de riñones generados e implantados. En los donantes en asistolia hay mayor proporción de DCE pero ello no implica un menor número de riñones implantados. Consideramos que esta estrategia ha demostrado ser muy positiva para aumentar el número de riñones generados y por lo tanto para disminuir el tiempo en espera de trasplante renal.

Figura 1.

