

605 RESULTADOS DEL TRASPLANTE PÁNCREAS EN PACIENTES DIABÉTICOS CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA CON EDAD SUPERIOR A 50 AÑOS

E. MONTAGUD-MARRAHI¹, M.J. RAMÍREZ-BAJO², J. FERRER², E. ESMATJES³, F. OPPENHEIMER¹, M.J. RICART¹, P. VENTURA-AGUIAR¹, F. DIEKMANN¹

¹Nefrología y Trasplante Renal. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona/España), ²Cirugía hepatobiliopancreática. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona/España), ³Endocrinología. Hospital Clínic de Barcelona (Barcelona/España)

Introducción: La mejoría de los cuidados en la diabetes mellitus tipo 1, con la optimización del acceso de los pacientes a insulinas de acción variable, ha llevado a que las complicaciones macro- y microvasculares (como la ERC) se presenten en edades más avanzadas. Se han analizado los resultados de los receptores de trasplantes de páncreas con más de 50 años de edad a la fecha del trasplante.

Material y Métodos: Estudio longitudinal retrospectivo, incluyendo todos los trasplantes de páncreas realizados entre 2000 y 2016 en nuestro centro. Se han incluido datos demográficos, inmunológicos, y quirúrgicos en el análisis.

Resultados: Se han realizado un total de 342 trasplantes de páncreas durante el período de estudio, de los cuales 39 (11%) en pacientes con edad ≥ 50 años (promedio 52.7 ± 2.3 años, mínima 50.1, máxima 59.3 años, vintage diabetes 33 ± 10 años, 7.5% pre-emptive, 74% TRP). El promedio de seguimiento fue de 9.4 ± 4.9 años.

La supervivencia de los receptores con ≥ 50 años fue de 97,4%, 92,1%, y 92,1% a los 12 meses, 5 y 10 años, respectivamente. La supervivencia de los injertos renal y pancreático, en los mismos periodos de tiempo, fue del 97,4%, 92,1%, y 88,1%, y del 89,7%, 84,3%, y 79,0%, respectivamente. No hubo diferencias significativas en la supervivencia de paciente, riñón, ni páncreas comparado con los receptores con < 50 años (Log-rank $p > 0.05$). La enfermedad cardiovascular (n=2), la infección (n=1) y la neoplasia (n=1) han sido las causas de muerte en los pacientes con ≥ 50 años.

Conclusiones: La supervivencia a largo plazo en los pacientes diabéticos con ≥ 50 años receptores de trasplante de páncreas es similar a la de los receptores más jóvenes. Con una supervivencia estimada superior 16 años, los beneficios a largo plazo del trasplante de páncreas justifican esta como alternativa de trasplante para los pacientes con DM y ERC con ≥ 50 años.

606 DIFERENCIAS ENTRE SUPERVIVENCIA ESTIMADA Y SUPERVIVENCIA REAL TRAS EL TRASPLANTE RENAL

C. ARIAS-CABRALES¹, A. COCA², M.J. PÉREZ-SÁEZ¹, I. ACOSTA-OCCHOA², D. REDONDO¹, J. SÁNCHEZ-GIL², V. FIDALGO-GONZÁLEZ², M. CRESPO¹, A. MENDILUCE², J. PASCUAL¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID)

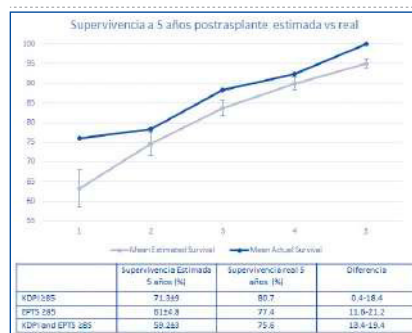
Introducción: La ampliación de criterios para aceptar donantes y receptores ha permitido incrementar el acceso al trasplante renal (TR), aunque es difícil establecer el beneficio en supervivencia del binomio donante/receptor sub-óptimo. Recientemente EEUU desarrolló una herramienta para calcular la supervivencia estimada tras el trasplante teniendo en cuenta variables del donante y el receptor. Quisimos evaluar la aplicabilidad de dicha herramienta en nuestro entorno.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de TR de donante fallecido entre enero-2000 y diciembre -2015 en 2 centros españoles. Excluimos pacientes con seguimiento < 60 meses, injertos de donantes < 18 años y aquellos con datos insuficientes para calcular los scores utilizados. La supervivencia estimada fue calculada usando la herramienta online <http://www.transplant-models.com/kdpi-eps>.

Resultados: Incluimos 459 TR con edad media al trasplante 57.7 ± 13.1 años (edad donante 56.5 ± 13.7 años) y con seguimiento de 90 meses [69-121]. La mediana de KDPI (Kidney Donor Profile Index) fue 79 [53-92] y de EPTS (Estimated Post Transplant Survival) 43 [22-71]. Durante el seguimiento registramos 60 (13%) muertes. Los pacientes que fallecieron eran mayores (68 (60.3-72) vs 58 (48-67) años), con más HTA (98.3 vs 87.2%; p Chi2=0.008), cardiopatía isquémica (21.7 vs 7.3%; p Chi2<0.001), insuficiencia cardiaca (40 vs 25.3% p Chi2<0.001) y enfermedad vascular periférica (48.3 vs 28.1%; p Chi2=0.002) respecto a los supervivientes. La herramienta evaluada infra-estimó la supervivencia a 5 años en nuestra muestra (tabla 1), sobre todo en pacientes con KDPI y EPTS>85 (estimada 59.2 ± 3 vs 75.6% real). Figura 1.

Conclusión: La herramienta evaluada no es capaz de predecir de forma fiable la supervivencia tras el trasplante renal en nuestro entorno, especialmente en casos de donante/receptor sub-óptimo. Es necesario el desarrollo de herramientas que ayuden a valorar mejor el riesgo/beneficio de este tipo de trasplantes.

Figura 1.



607 RELEVANCIA CLÍNICA DE LA BIOPSIA DE PROTOCOLO PRECOZ EN EL DIAGNÓSTICO DE RECHAZO SUB-CLÍNICO DEL INJERTO PANCREÁTICO

P. VENTURA-AGUIAR¹, R. SILVA¹, M. CUATRECASAS², M.A. GARCÍA-CRÍADO³, J. FERRER⁴, E. ESMATJES⁵, F. OPPENHEIMER¹, J.M. CAMPISTOL¹, F. DIEKMANN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (ESPAÑA), ²SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (ESPAÑA), ³SERVICIO DE RADIOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (ESPAÑA), ⁴UNIDAD DE CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (ESPAÑA), ⁵SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO BARCELONA (ESPAÑA)

Introducción: En el trasplante de páncreas se asocia a un elevado riesgo de rechazo, con una incidencia de hasta un 30% durante el primer año. La discordancia histológica entre injertos es de hasta un 40%, por lo que el injerto renal no sirve para monitorización del injerto pancreático.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo longitudinal unicentrico para valoración de los resultados de las biopsias de protocolo de 3 semanas y 12 meses realizadas desde Octubre 2016 hasta Octubre 2018. Se comparan los resultados con todas las biopsias realizadas por indicación desde Enero 2009.

Resultados: Se han practicado un total de 114 biopsias en 76 pacientes (42% mujeres, 42.9 \pm 8.5 años), tiempo hasta biopsia 7.3 meses [IQR 1.3-24.5]. Veinte cinco (22%) eran receptores de páncreas después de riñón. Apenas se ha documentado una complicación con hematoma, manejado conservadoramente.

Se han realizado un total 20 (17,6%) biopsias de protocolo (15 a las 3 semanas y 5 a los 12 meses). En el 35% de los casos se ha diagnosticado rechazo celular (borderline 25%, grado I 10%), sin aumento significativo de amilasa o lipasa comparado con los pacientes sin rechazo ($p > 0.05$). El 71% de los casos han recibido tratamiento con esteroides \pm timoglobulina, y en dos casos se ha decidido aumentar los niveles de tacrolimus.

La prevalencia de rechazo sub-clínicos fue del 20% – función endocrina, amilasa y lipasa dentro del rango normal. No se han encontrado diferencias respecto a los datos demográficos del donante o receptor, incompatibilidades HLA, o inmunosupresión entre los diferentes grupos ($p > 0.05$). No se han encontrado diferencias en la supervivencia del injerto entre los diferentes grupos (log-rank $p = 0.356$).

Conclusiones: La biopsia de protocolo del injerto pancreático ha permitido identificar hasta un 20% de rechazos sub-clínicos, sin que se hayan encontrado diferencias en la supervivencia del injerto al follow-up.

608 TRASPLANTE RENAL DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA CON CRITERIOS EXPANDIDOS SE ASOCIA A MAYOR RIESGO DE FRACASO DEL INJERTO

N. TOAPANTA GAIBOR¹, R. ALVAREZ², L. GUIRADO³, C. FACUNDO³, F. DIEKMANN⁴, I. REVUELTA⁴, M. MENEGHINI⁵, F. MORESO MATEOS⁶, O. BESTARD⁷

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), ³NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: La donación en asistolia controlada (DAC) ha permitido ampliar el pool de donantes cadáver y aunque inicialmente este tipo de donación se limitó por edad (< 65 años en algunos documentos), actualmente se ha ampliado a todos los rangos de edad. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados del trasplante con donante cadáver en muerte encefálica y en asistolia controlada en 4 centros de Cataluña.

Pacientes y métodos: Se analizan todos los trasplantes de donante cadáver realizados en cada uno de los centros participantes desde el momento en que se inició el programa de donación en asistolia controlada en cada centro hasta marzo 2017. Los donantes se han clasificado como: muerte encefálica con criterios estándar (DBD-SCD) y con criterios expandidos (DBD-ECD), asistolia controlada con criterios estándar (DCD-SCD) y con criterios expandidos (DCD-ECD).

Resultados: En los centros participantes se han realizado 992 trasplantes durante el periodo de estudio y la DAC representa el 25% de la actividad de trasplante. La mediana de tiempo de seguimiento es de 34 meses. Las características clínicas de donantes y receptores así como las variables relacionadas con el trasplante se muestran en la tabla adjunta. La supervivencia del injerto al año y 3 años del trasplante es la siguiente: DBD-SCD: 93 y 91%, DBD-ECD: 88 y 82%, DCD-SCD: 90 y 86%, DCD-ECD: 74 y 67%. La edad del injerto se halla en relación con no función primaria/trombosis (2.6%, 3.7%, 3.1% y 7.8%, respectivamente) así como con el fallecimiento del receptor (1.5%, 7.5%, 4.2% y 15%, respectivamente). La función renal al año del trasplante expresada como eGFR-MDRD-4 en mL/min/1.73 m² es la siguiente: DBD-SCD: 59 ± 21 ; DBD-ECD: 43 ± 16 , DCD-SCD: 55 ± 22 , DCD-ECD: 40 ± 13 .

Conclusiones: Los donantes en asistolia controlada con criterios expandidos representan el 15% de la actividad de trasplante pero su utilización se acompaña de un excesivo fracaso precoz en relación con el fallo primario del injerto y la muerte del receptor. La función renal al año y la supervivencia del injerto a partir del año es aceptable.

Tabla 1.

	DBD-SCD	DBD-ECD	DCD-SCD	DCD-ECD	P-value
N	266	478	95	153	
Edad donante (años)	45 ± 10	$71 \pm 8^*$	$50 \pm 9^{**}$	$70 \pm 7^{**}$	< 0.001
Sexo donante (m/f)	144/122	231/247	67/28	102/51	< 0.001
HTA (n/s)	213/40	145/223	63/29	58/93	< 0.001
DM (n/s)	246/20	348/120	88/4	124/27	< 0.001
KDRI donante	1.11 ± 0.44 (n=213)	$1.99 \pm 0.56^*$ (n=355)	$1.18 \pm 0.24b$ (n=63)	$2.21 \pm 0.65^{***}$ (n=107)	< 0.001
Score Remuzzi	2.3 ± 1.4 (n=68)	$2.8 \pm 1.5a$ (n=282)	$2.1 \pm 1.5^*$ (n=47)	$3.1 \pm 1.3^{**}$ (n=84)	< 0.001
Edad receptor (años)	48 ± 10	$66 \pm 9a$	$53 \pm 9^{**}$	$66 \pm 10^{**}$	< 0.001
Sexo receptor (m/f)	184/82	311/167	54/41	111/42	0.0596
1 ^o Tx Re-Tx	206/60	397/81	80/15	134/18	0.0370
cPRA (%)	15 ± 33	11 ± 28	16 ± 34	12 ± 29	ns
HLA A+B+DR incompati	3.9 ± 1.2	$4.2 \pm 1.1^*$	4.2 ± 1.1	$4.4 \pm 1.0^*$	0.019
Isquemia fría (horas)	17 ± 6	$18 \pm 6^*$	$13 \pm 6^{**}$	$14 \pm 6^{**}$	< 0.001
NTA (%)	27%	32%	41%	54%	< 0.001
Rechazo agudo (%)	16%	14%	17%	19%	ns

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

609 EVALUACIÓN DEL DONANTE DE CRITERIO EXPANDIDO MEDIANTE KDPI Y BIOPSIA PREIMPLANTE

F. VILLANEGO FERNÁNDEZ¹, J. NARANJO MUÑOZ¹, T. GARCÍA ÁLVAREZ¹, JM. CAZORLA LÓPEZ¹, LA. VIGARA SÁNCHEZ¹, ME. MONTERO ESCOBAR¹, A. MORENO SALAZAR¹, MC. MINGUEZ MAÑANES¹, AM. GARCÍA GARCÍA-DONCEL¹, A. MAZUECOS BLANCA¹
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

Introducción: El KDPI y la biopsia preimplante son herramientas utilizadas para la valoración del donante renal. Actualmente es un tema en controversia cuál de estos parámetros debe ser el prioritario en la selección del injerto renal.

Objetivo: Analizar el valor del KDPI y la biopsia preimplante como factores de riesgo de supervivencia del trasplante renal (TR).

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de todos los pacientes TR en nuestro hospital entre 2010 – 2017 que recibieron injertos procedentes de donantes de criterio expandido a los que se les practicó biopsia preimplante. Todas las biopsias fueron analizadas en nuestro centro y por congelación según el protocolo andaluz de valoración de la biopsia renal preimplante. Se excluyeron los injertos biopsiados en otros hospitales para evitar sesgo de procesamiento de las muestras. Se recogieron variables pretrasplante y de la evolución posttrasplante. Se realizó análisis univariante y multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron un total de 208 TR. La edad media del receptor fue 60,14 (10,06) y la del donante 64,08 (10,5) años. El seguimiento medio fue de 47,59 (27,15) meses. La supervivencia de injerto fue del 90,4% en el primer año y de 87,5% a los 5 años.

La mediana del KDPI fue de 96%. Analizado por cuartiles, los injertos con un KDPI más bajo presentaron una mayor supervivencia (p=.034). El valor absoluto de KDPI mediante test de regresión lineal simple se relacionó inversamente con la supervivencia (R2=.064; p=.000).

En cuanto a la biopsia, se clasificaron los TR según SCORE menor o igual 3 vs. mayor 3, observándose también una diferencia significativa en la supervivencia del injerto (p=.034). Los donantes con SCORE > 3 tenían significativamente un KDPI más alto (p=.012).

el eGFR al 3^{er} mes y al año postTR fue significativamente peor tanto en los TR con KDPI alto (p=.000) como con score >3 (p=.000).

En el estudio multivariante solo KDPI se comportó como factor de riesgo independiente de supervivencia del injerto (p=.049).

Conclusión: En nuestra experiencia, las biopsias por congelación con SCORE > 3 se relacionaron con menor supervivencia. Los injertos de donantes con mayor KDPI presentan un SCORE más alto en la biopsia preimplante. Aunque solo KDPI se comportó como factor de riesgo independiente, ambos parámetros se relacionaron con la supervivencia de injerto y deberían ser considerados en la valoración pretrasplante del donante de criterio expandido.

610 INCIDENCIA DE FRACTURAS ÓSEAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES

YH. YANIELI HERNANDEZ¹, LL. LINA LEON¹, CJ. CARLOS JIMENEZ¹, ML. MARIA LOPEZ¹, MG. MARIA ELENA GONZALEZ¹, PR. PABLO RODRIGUEZ², GN. GERARDO NAPKY², RS. RAFAEL SELGAS¹, PA. PILAR AGUADO²

¹NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), ²REUMATOLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

Introducción: Los pacientes trasplantados renales tienen un riesgo aumentado de fracturas, que puede llegar a ser un 20% mayor al ser comparados con la población general. El objetivo es reconocer los factores que pueden influir en la aparición de nuevas fracturas en el periodo post trasplante.

Materiales y métodos: Es una cohorte retrospectiva de pacientes trasplantados renales desde el año 2005 hasta el año 2015 (inclusive) con al menos 6 meses de seguimiento en un hospital de tercer nivel. Los datos demográficos, factores clínicos, analíticos y farmacológicos fueron tomados de la historia clínica. La aparición de nuevas fracturas después del trasplante y durante el seguimiento fue incluida. El análisis estadístico univariante para variables cualitativas se realizó a través de chi cuadrado y test de Fisher y T-student y U Mann Whitney para las variables cuantitativas. Posteriormente, se realizó un análisis multivalente a través de regresión logística.

Resultados: Se evaluó un total de 163 pacientes, 63 mujeres (38%) con una media de edad general en torno a los 51+/-14.6 años. La etiología más frecuente de enfermedad renal fue la PQRAD (24%). La dosis media de esteroides al año post trasplante estuvo en torno a 5.8+/-4.4mg. Aproximadamente un 13.9% tuvo una fractura clínica con un tiempo medio de aparición post trasplante de 67.3+/-42.2 meses. La localización más frecuente fueron las extremidades (39%), seguida de huesos de manos y pies (26%), cadera (26%) y vertebrales (8.7%). En los pacientes con densitometría ósea pretrasplante, se encontraron datos de osteopenia hasta en un 37% y osteoporosis en 26%. Se realizó un análisis por subgrupo (comparando pacientes con fracturas vs no fracturas) en el que se encontró que niveles elevados de PTH (98.2 ± 75.7 vs 140.1 ± 86.9 p=0.02) y fosfatasa alcalina (90.2 ± 37 vs 117.8 ± 60.4, p=0.02) así como mayor valor en el índice FRAX (2.4 ± 1.9 vs 4 ± 4.7, p=0.03), se relacionaron con mayor riesgo de fractura, siendo estos resultados, estadísticamente significativos.

Conclusiones: En la población estudiada se encontró una incidencia de fracturas del 14%, con un riesgo aumentado en pacientes con niveles elevados de PTH, confirmando lo observado en otros estudios. No se encontraron diferencias con respecto a la inmunosupresión.

611 TRASPLANTE RENAL EN PROGRAMAS DE DONACIÓN TRAS PARADA CARDIACA CONTROLADA: RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DESDE IMPLANTACIÓN Y FACTORES PRONÓSTICO

J. PORTOLES¹, MJ. PEREZ-SAEZ², L. MARTIN RODRIGUEZ³, J. JUEGA⁴, D. HERNANDEZ⁵, D. NAVARRO⁶, C. JIMENEZ⁷, A. GUTIERREZ⁸, F. MORESOS⁹, J. PASCUAL¹⁰

¹NEFROLOGIA. H.U. PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA), ²NEFROLOGIA. H.U DEL MAR (BARCELONA), ³NEFROLOGIA. H.U. PUERTA DE HIERRO (MADRID), ⁴NEFROLOGIA. H.U. GERMANS TRIAS Y PUJOL (BARCELONA), ⁵NEFROLOGIA. H.U. CARLOS HAYA (MALAGA), ⁶NEFROLOGIA. H.U. REINA SOFIA (CORDOBA), ⁷NEFROLOGIA. HU. LA PAZ (MADRID), ⁸NEFROLOGIA. H.U. MIGUEL SERVET (ZARAGOZA), ⁹NEFROLOGIA. H.U. VAL DE HEBRON (BARCELONA), ¹⁰NEFROLOGIA. H.U. DEL MAR (BARCELONA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:

Grupo GEODAS3-SENTRA/RedinRen 16/009/009

Introducción: Los programas de donación tras parada cardiaca controlada (cDCCD) se han expandido desde 2012. Presentamos la experiencia de 22 centros españoles auspiciados por SENTRA. TIPO DE ESTUDIO: Observacional, multicéntrico con inclusión sistemática de todos los trasplantados renales (TxR) de cDCCD MUESTRA: Se incluyen 839 receptores de TxR (67.4% hombres; 57.2 años, intervalo intercuartílico [18-82]; 91.8% 1er TxR).

Intervención: Trasplante renal con órganos procedentes de cDCCD según protocolo locales de extracción e inmunosupresión (IS). El protocolo mayoritario fue inducción (67.1% Timoglobulina/resto Basiliximab) con prednisona-MMF-Tacrolimus (83.1%) o i-mTOR (6.9%).

Los órganos procedían de 491 donantes cDCCD (57.9 años), fallecidos por eventos CV (68.5%). Se recoge un tiempo de isquemia fría-CIT de 12.7horas (DE 6.5) y de isquemia caliente-WIT de 25.9 min (DE 15.8), con mediana de mismatch- HLA de 4 con intervalo intercuartílico de [3-5].

Resultados: El fallo precoz primario (incluyendo injerto nunca funcionante o perdida en el primer mes) fue del 4.7%, asociado principalmente a problemas vasculares y quirúrgicos. Un 46.8% presentó función retrasada-DGF (definido como necesidad de HD durante primera semana). Tras un seguimiento medio de 3 años/paciente: 7.7% vuelven a HD y 5,1% fallecen (CV 44%, Infección 22%, Cáncer 12%). La supervivencia de injerto censurada por muerte al año, 2º y 3º fue de 94,8%, 93,8% y 91,2% respectivamente y la del paciente fue 96,4%, 95,4% y 94%. Los factores de riesgo para incidencia de DGF fueron: la edad, comorbilidad y HD previa del receptor y el CIT. Los factores de riesgo para alcanzar un FG estimado < 50 ml/min al año fueron: DGF, CIT > 14 horas, edad del donante y receptor, y comorbilidad CV del receptor.

Conclusiones: Las estimaciones de eventos precoces (DGF, PNF) y a corto plazo (supervivencias de injerto y paciente) se consolidan y apoyan el desarrollo del proceso cDCCD. Los criterios de aceptación del donante cDCCD se amplían progresivamente. La CIT continua siendo el factor de riesgo modificable más relevante.

612 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE EN ASISTOLIA: CONTROLADA VERSUS NO CONTROLADA

MC. DE GRACIA¹, MC. RUIZ-FUENTES¹, JM. OSORIO¹, J. DE TERESA¹, R. LARA², P. GALINDO¹, A. OSUNA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), ²CUIDADOS INTENSIVOS. COORDINACIÓN DE TRASPLANTE. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA)

Introducción: El descenso de la donación en muerte encefálica ha llevado a un incremento de los programas de donación a corazón parado últimos años a nivel nacional. Sin embargo, pocos hospitales cuentan con programas de donación en asistolia no controlada (Maastricht tipo II) y controlada (Maastricht tipo III) por lo que son pocos los estudios comparativos entre ambos tipos de donación. En nuestro centro realizamos trasplantes procedentes de ambos tipos de donantes

Objetivo: comparar los resultados, tanto de supervivencia como de función renal de pacientes trasplantados renales de donantes en asistolia tipo II con los procedentes de donantes tipo III en un único centro.

Material y métodos: estudio comparativo de 88 pacientes trasplantados renales de donantes tipo II con los 67 trasplantes procedentes de donantes tipo III en el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2018. Se analizaron variables demográficas y clínicas de donante y receptor así como datos del trasplante y los datos analíticos de función renal, así como la supervivencia del paciente y el injerto a los 1,3 y 5 años.

Paquete estadístico SPSS.

Resultado: en los trasplantados de donante tipo II vs tipo III encontramos diferencias significativas en la edad de donante (52.00 ± 10.21 vs 55.90 ± 11.68, P0.013) y en la edad del receptor (46.52 ± 9.41 vs 52.23 ± 14.25 p: 0.000), el tiempo de isquemia fría fue inferior en los trasplantes tipo II (11.42 ± 3.03 vs 12.54 ± 3.42, p: 0.042) aunque fue mayor el porcentaje de pacientes trasplantados de donantes tipo II que presentaron función retardada del injerto (81.4% vs 32.8%, p: 0.000) que supuso una estancia hospitalaria más prolongada. Encontramos diferencias en la media de Creatinina al año (1.74 ± 0.84 para tipo II y 1.37 ± 0.42 para tipo III, p:0.005) pero no fue significativa a los 3 y 5 años. No encontramos diferencias significativas en la incidencia de infecciones ni de rechazo agudo. La supervivencia del injerto censurada por muerte del paciente fue menor en los trasplantes tipo II pero sin diferencias significativas

Conclusión: en el conjunto de pacientes trasplantados renales de donantes en asistolia tipo II respecto a los de tipo III, de nuestro centro, encontramos diferencias en la función retardada del injerto pero está no afectó a la función renal a los 5 años ni a la supervivencia del injerto. Creemos que la donación en asistolia es una opción muy adecuada para aumentar el pool de donantes.

613 VALIDACIÓN DEL MODELO DE MOLNAR PARA LA PREDICCIÓN DE MORTALIDAD POSTRASPLANTE EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL

C. LÓPEZ DEL MORAL CUESTA¹, J. MAZÓN RUIZ¹, JL. PÉREZ CANGA¹, M. DE COS GÓMEZ¹, MJ. SERRANO DE LOS SANTOS¹, G. FERNÁNDEZ FRESNEDO¹, C. PIÑERA HACES¹, L. MARTÍN PENAGOS¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹, E. RODRIGO CALABIA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER, CANTABRIA, ESPAÑA)

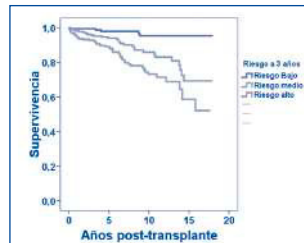
Introducción: Existen diferentes modelos de predicción de supervivencia tras la realización del trasplante renal, aunque la mayoría precisan variables que están disponibles posttrasplante. Recientemente, Molnar et al desarrollaron un modelo de predicción de mortalidad posttrasplante que permite calcular el riesgo de muerte con datos disponibles pretrasplante. Este modelo no ha sido validado en otra población.

Material y método: Se incluyeron 650 pacientes que recibieron un trasplante renal entre 01/01/2000-31/12/2015. Se excluyeron a 22 receptores que perdieron el injerto por trombosis vascular. El cálculo del riesgo de mortalidad se realizó a través de <http://www.transplantscore.com/>.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 53,9 ± 11,3 años. El tiempo medio de seguimiento fue de 7,5 ± 4,6 años. El riesgo de mortalidad calculado fue 4,45 ± 3,19 a 1 año, 9,80 ± 6,61 a 3 años y 16,51 ± 10,30 a 5 años. La mortalidad real posttrasplante fue 2,9% a 1 año, 4,5% a 3 años y 6,4% a 5 años. El área bajo la curva ROC del riesgo calculado a 3 años para predecir mortalidad con injerto funcionante a 3 años fue significativo (AUC-ROC 0,70, 95% CI 0,60-0,79, p<0,001). Se observó que el riesgo calculado de mortalidad al año se relacionaba con mayor riesgo de muerte al primer año (OR 1,144, 95% CI 1,042-1,256, p=0,005), con test de Hosmer-Lemeshow p=0,641. Estos resultados fueron similares en la predicción del riesgo a 3 años (OR 1,075, 95% CI 1,032-1,119, p=0,001, con test de Hosmer-Lemeshow p=0,235) y a 5 años (OR 1,055, 95% CI 1,029-1,081, p<0,001, con test de Hosmer-Lemeshow p=0,688). La curva de supervivencia Kaplan-Meier, categorizando el riesgo a 3 años en terciles, se muestra en la figura 1.

Conclusiones: El modelo de Molnar permite estimar el riesgo de muerte posttrasplante en nuestra población de trasplantados renales, con buena capacidad de discriminación y calibración. Las variables están disponibles pretrasplante, por lo que podría utilizarse en la asignación del injerto renal.

Figura 1.



614 UTILIDAD DEL MODELO DE LA CLÍNICA MAYO DE PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN PACIENTES QUE VUELVEN A DIÁLISIS TRAS PERDER EL PRIMER INJERTO RENAL

C. LÓPEZ DEL MORAL CUESTA¹, M. DE COS GÓMEZ¹, J. MAZÓN RUIZ¹, JL. PÉREZ CANGA¹, G. FERNÁNDEZ FRESNEDO¹, M. HERAS VICARIO¹, A. GARCÍA SANTIAGO¹, R. PALOMAR FONTANET¹, E. RODRIGO CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLÁN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER, CANTABRIA, ESPAÑA)

Introducción:

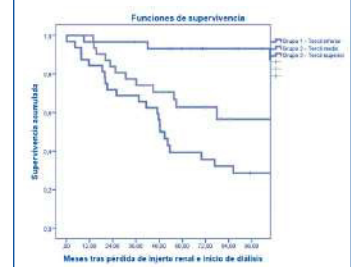
El riesgo de mortalidad parece mayor en los primeros meses tras perder el injerto renal, por lo que conocer los factores de riesgo de mortalidad en esta población es determinante. La Clínica Mayo ha desarrollado un modelo para predecir la mortalidad durante el primer año en diálisis.

Material y método: Se incluyeron 93 receptores de trasplante renal que perdieron su primer injerto renal e iniciaron diálisis entre 01/01/2006-31/01/2016. Se excluyeron a los pacientes con duración del injerto menor o igual a 3 meses, y a aquellos con realización de segundo trasplante en situación de prediálisis. La predicción de mortalidad fue calculada a través de www.DialysisScore.com.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 54,4±14,2 años. La mediana de seguimiento fue 69,2 meses (rango intercuartílico 76,4). Se produjo el fallecimiento tras perder el injerto en 40 pacientes (42,6%); el 1,1% en los primeros 3 meses, y el 6,4% en los primeros 12 meses. La media de mortalidad estimada por el modelo de Clínica Mayo a 3 meses fue 3,1±2,8%, y a 12 meses 10,1±7,9%. En el análisis de supervivencia por regresión de Cox, los valores de predicción de muerte a 3 meses (HR 1,139, 95% CI 1,062-1,222, p<0,001) y a 12 meses (HR 1,057, 95% CI 1,029-1,085, p<0,001) se relacionaron con la mortalidad. La curva de supervivencia Kaplan-Meier, categorizando el riesgo de muerte en terciles, se muestra en la figura 1. El riesgo de muerte a 12 meses de los terciles medio y superior fue más alto que comparado con el tercil inferior (HR 4,4, 95% CI, 1,4-13,7, p=0,009 y HR 8,3, 95% CI, 2,8-24,1, p<0,001, respectivamente).

Conclusiones: El modelo de la Clínica Mayo permite estimar la mortalidad en nuestra población de pacientes que inician diálisis tras perder el primer injerto. Los pacientes con mayor estimación de mortalidad a 12 meses por dicho modelo presentan mayor mortalidad, pudiéndose tratar de una herramienta útil para identificar a la población de riesgo y generar estrategias de tratamiento.

Figura 1.



615 DIFICULTADES PARA EL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO, A PESAR DE LA BÚSQUEDA ACTIVA DE DONANTES DESDE UNA CONSULTA ESPECÍFICA

C. HEVIA OJANGUREN¹
¹NEFROLOGÍA. H.U. INFANTA SOFÍA (S. SEBASTIÁN DE LOS REYES (MADRID) ESPAÑA)

El número de trasplantes renales de donante vivo (TRDV) en España aumentó desde el 2000 hasta el 2014, pero en los últimos 4 años disminuyó de forma progresiva: 388, 343, 332 y 290 en 2018 (13% menos que en el año previo) suponiendo en la actualidad el 9% del total de trasplantes realizados.

Alguno de los motivos de que este número no aumente pueden ser:

- Ausencia de indicación por parte de los profesionales como una opción terapéutica
- Falta de información a los enfermos
- Información al paciente, pero falta de transmisión de esta a potenciales donantes
- Diferentes obstáculos tanto en el donante como en el receptor que imposibilitan el trasplante

Aunque no hay datos estadísticos, subjetivamente podemos estimar que de cada 3 estudios que se realizan, solamente uno de ellos llega a su fin.

Con el objeto de promocionar y estimular el TRDV, pusimos en marcha una nueva consulta en la que el Nefrólogo "busca" posibles donantes: a todo paciente posible receptor de trasplante renal se le solicita permiso para ponernos en contacto con sus personas más allegadas. Tras conversación telefónica con cada una de ellas, todas aquellas que acepten reciben una cita informativa. Las que muestran interés son citadas para información personalizada e inicio del estudio si procede.

Tras 10 meses se informó a 48 personas relacionadas con 24 pacientes; 24 recibieron información personalizada y 14 iniciaron el estudio. Ningún paciente rehusó a que se avisara a los familiares.

Actualmente 6 pacientes se encuentran en la última fase para el trasplante; 7 en estudio como receptores con 15 potenciales donantes informados y 6 iniciado el estudio.

En el resto, el proceso se ha detenido:

En 3 casos, los informados no quisieron continuar; 2 pacientes fueron rechazados para TRDV (enfermedad genética posiblemente recidivante), 2 se negaron al proceso; 2 donantes fueron descartados (esclerosis múltiple y variedad anatómica arterial); 1 enfermo se incluyó previamente en lista de donante fallecido (GS: AB) y 1 fue trasplantado de cadáver durante el estudio. Teniendo en cuenta que todavía hay muchos casos en estudio, en este momento en el 46% de los enfermos el proceso de TRDV fue detenido estando implicados diversos factores.

Conclusión: La búsqueda activa de posibles donantes para TRDV puede suponer un aumento en el número de estos, pero hay muchas dificultades de diversa naturaleza que pueden obstaculizar el proceso haciendo este más difícil de lo que inicialmente puede parecer.

616 RESULTADOS CLÍNICOS DE UNA COHORTE UNICÉNTRICA DE RECEPTORES HIPERINMUNIZADOS CON DONANTES PROCEDENTES DE PROGRAMA PATHI

B. REDONDO NAVARRO¹, E. GONZÁLEZ MONTE¹, N. POLANCO FERNÁNDEZ¹, A. HERNÁNDEZ VICENTE¹, AM. SEVILLANO PRIETO¹, O. CABRERA MARANTE², C. MOLIZ CORDÓN¹, A. ANDRÉS BELMONTE¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID), ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE (MADRID)

Introducción: los candidatos a trasplante renal hipersensibilizados ven muy reducidas las oportunidades de recibir un injerto compatible. El programa PATHI se puso en marcha en junio de 2015 para paliar este problema, priorizando para ellos injertos frente a los que no poseyeran anticuerpos donante específicos (ADE) detectables en el año anterior.

Material y métodos: estudio unicéntrico retrospectivo, comparando resultados clínicos, analíticos y eventos inmunológicos de 50 receptores hiperinmunizados de programa PATHI según existencia de ADE históricos (anteriores al año previo del trasplante) o no. El seguimiento se realizó entre julio de 2015 y enero de 2019. Todos los pacientes recibieron inducción con timoglobulina, esteroides, tacrólimus (FK) y micofenolato. Algunos pacientes recibieron rituximab o eculizumab por sus antecedentes clínicos. La mediana de seguimiento fue de 23 meses. Para el análisis entre grupos ADE histórico vs no ADE históricos se eliminaron los dos pacientes que tuvieron trombosis del injerto con trasplantectomía en el mismo acto quirúrgico.

Resultados: de 50 receptores recogidos, 14 de ellos (28%) presentaban al menos un ADE histórico, con una media de detección pretrasplante de 23,6 meses. La función renal se ha mantenido estable en los pacientes (n = 34) con evolución de al menos 12 meses (creatinina sérica media 1.49 mg/dl; FG (CKD-EPI) MEDIO 49.9 ml/min/1.73m2). De los 14 pacientes con ADE histórico, 4 repositivizaron dicho ADE y 10 no. De los 36 pacientes sin ADE históricos, 13 crearon al menos un ADE de novo. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo con ADE históricos (n = 14) frente al grupo sin ADE históricos (n = 34) en cuanto a incidencia de rechazo agudo, rechazo agudo humoral, rechazo agudo y supervivencia del injerto (ver tabla). Todos los eventos inmunológicos sucedieron en las primeras 4 semanas después del trasplante.

Tabla 1.

	ADE históricos (n = 14)	No ADE históricos (n = 34)	p
No función primaria del injerto n° (%)	1/14 (7.1%)	2/36 (5.6%)	0.83
Función renal inmediata n° (%)	6 (42.9%)	13 (38.2%)	0.77
Rechazo agudo n° (%)	1 (7.1%)	4 (11.8%)	0.64
Rechazo agudo celular n° (%)	0 (0%)	1 (2.9%)	0.36
Rechazo agudo humoral n° (%)	1 (7.1%)	3 (8.8%)	0.85
Creatinina sérica final (mg/dl)	1.46	1.71	0.37
FG CKD-EPI final (ml/min/1.73 m2)	48.3	44.5	0.45
Proteína final (g/24 h)	0.28	0.40	0.87
Supervivencia del injerto n° (%)	13 (92.9%)	33 (97.1%)	0.51
FRI (%)	58	55	0.2
Inducción Timoglobulina (%)	91	99	<0.001
RA (%)	19	19	0,6
Creatinina 1 mes (mg/dl)	2,1±0,9	2,1±0,8	0,04
Creatinina 3 meses (mg/dl)	1,9±0,7	1,8±0,6	0,01
Creatinina 1 año (mg/dl)	1,7±0,6	1,7±0,6	0,01

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

617 BIOPSIA RENAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

A. COMINO¹, F. GARCÍA-MARTÍN¹, E. GONZÁLEZ MONTE¹, E. GUTIÉRREZ¹, A. HERNÁNDEZ VICENTE¹, A. SEVILLANO¹, N. POLANCO¹, J. URDANETA¹, A. ANDRÉS¹, M. PRAGA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCE DE OCTUBRE. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE (MADRID)

Introducción: La afectación renal crónica después del trasplante hepático (TxH) es una complicación frecuente, y la mortalidad se correlaciona con la severidad de la insuficiencia renal. Las causas están relacionadas con la etiología de la hepatopatía, secundarias al tratamiento o por procesos sobrevenidos. La naturaleza del daño renal solo puede evaluarse mediante histología renal.

Objetivo: Determinar las causas que motivaron la decisión de realizar una biopsia renal (BR) en esta población de pacientes, evaluar los hallazgos histológicos y analizar la evolución posterior.

Pacientes y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo las BR de pacientes con TxH realizadas entre enero-1991 y diciembre-2018, que presentaron afectación renal (proteinuria severa y/o deterioro progresivo de la función renal y/o sedimento activo). Se analizaron las variables clínicas, parámetros analíticos, serología viral y la evolución posterior.

Resultados: En el período estudiado se realizaron 1880 TxH. En 42 casos (34 hombres, 8 mujeres) se realizó BR (2.2%). Su edad media fue 57 ± 8,6 años, el tiempo de evolución desde el TxH a la BR fue 55 ± 62 meses. En 21 pacientes (50%) la etiología de la hepatopatía fue el VHC, en 15 (36%) enolismo y en 2 (4,8%) VHB. En el momento de la BR 29 pacientes (69%) presentaban diabetes mellitus (DM), y en siete casos la DM apareció post-TxH. Las indicaciones de BR fueron: proteinuria nefrótica (67%), deterioro de la función renal (45%) y sedimento activo (17%). En el momento de la BR: Crs 2.2 ± 0.8 mg/dl, la proteinuria 5.2 ± 5.8 g/día y el 26% tenía un sedimento con microhematuria (>5 hematías/campo).

Los hallazgos histológicos fueron Nefropatía diabética (ND) (40,5%), glomerulonefritis (31%), nefroangioesclerosis (14%). No encontramos diferencias significativas entre el deterioro de función renal, cuantía de la proteinuria y alteraciones en sedimento entre las diferentes nefropatías. La ND se objetivó en el 59% de los pacientes con DM tipo 2 y en el 43% de los pacientes con DM post-TxH, el tiempo de evolución de su DM fue de 10,1 ± 5 años en la DM tipo 2 y de 7.4 ± 5 años en la post-TxH. La Nefropatía IgA se observó en 6 casos (3 con VHC y 3 con enolismo). La GN membranoproliferativa en 5 casos, todos con HVC positivo.

Un total de 17 pacientes requirieron tratamiento renal sustitutivo (10 Tx renal y 7 hemodiálisis), con una evolución media de 29 ± 26 meses desde la BR. Fallecieron 16 pacientes (38%), con un tiempo medio de seguimiento de 5,5 años.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de los pacientes con TxH presentaron nefropatía diabética con un tiempo de evolución inferior al de la población no trasplantada. La afectación glomerular se correlacionó con VHC y enolismo. La BR permite diferenciar cuadros potencialmente tratables de afectación renal.

618 ENVARSUS FRENTE ADVAGRAF: ESTUDIO COMPARATIVO DE COHORTES EN TRASPLANTE RENAL DE NOVO

A. FRANCO¹, P. MÁ-SERRANO², N. BALBREA³, M. DIAZ⁴, R. NALDA-MOLINA⁴, A. RAMÓN-LÓPEZ⁴, J. SELVA⁴, F.J. PEREZ CONTRERAS⁴

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL ALICANTE (ALICANTE),²FARMACIA. HOSPITAL GENERAL ALICANTE (ALICANTE),³NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL (ALICANTE),⁴FARMACIA. HOSPITAL GENERAL (ALICANTE)

Recientemente se ha comercializado una nueva especialidad farmacéutica de tacrolimus de liberación retardada, Envarsus, que al igual que Advagraf, se administra una vez al día. Su formulación se basa en el sistema de liberación MeltDose® diseñado para aumentar la biodisponibilidad de los fármacos con baja hidrosolubilidad, y por tanto, ambos medicamentos no son equivalentes respecto a su dosificación.

El objetivo del presente estudio fue comparar las concentraciones valle (C_pvalle), C_pvalle normalizado por dosis (C_pvalle/Dosis) la pauta posológica y la eficacia de Advagraf y Envarsus en trasplante renal de novo desde la inducción hasta tres meses post-trasplante.

Estudio observacional de cohortes retrospectivas (Enero 2017– Marzo 2019). Criterios de inclusión: pacientes adultos con trasplante renal con seguimiento mayor de 3 meses. Esquema inmunosupresión: timoglobulina, sirolimus, corticoides, con introducción de tacrolimus con creatinina en plasma inferior a 3 mg/d.

Se establecieron dos grupos: Grupo Advagraf y Grupo Envarsus. La dosis inicial en ambos fue 0,15 mg/kg/día.

Las variables principales fueron: C_pvalle, pauta posológica de tacrolimus, C_pvalle/Dosis y filtrado glomerular (CKDEPI). Se analizaron las variables a las 48 horas y 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10 y 12 semanas post-inducción. Se evaluó la incidencia de rechazo agudo, supervivencia de injerto y receptor a los 3 meses. El análisis estadístico se realizó con SPSS® v24.0.

Se estudiaron un total de 90 pacientes (36,4% M; 63,6% V) con una edad media de 54,2 años y un peso de 72,4 kg. En el grupo Advagraf se incluyeron 43 pacientes y 47 en el grupo Envarsus siendo la edad y sexo de donante y receptor, así como el peso corporal similar en ambos grupos. La evolución de la C_pvalle media desde la semana 1 (Advagraf 8,4 ng/mL vs Grupo Envarsus 8,5 ng/mL) a los 3 meses (Grupo Advagraf 5,6 ng/mL vs Grupo Envarsus 5,1 ng/mL) fue similar entre ambos grupos (p>0,05). Sin embargo, la dosis media de tacrolimus en el Grupo Envarsus fue estadísticamente menor (p<0,05) durante todo el tiempo analizado (Grupo Advagraf vs Envarsus semana 1: 9 vs 6,4 mg/día y semana 12: 4,1 vs 3,2 mg/día). La C_pvalle/Dosis fue mayor en el grupo Envarsus (p<0,05) (Grupo Advagraf vs Envarsus semana 1: 1,05 vs 1,53 (ng/mL)/(mg/día) y semana 12: 1,53 vs 1,94 (ng/mL)/(mg/día)). El filtrado renal, la incidencia de rechazo agudo, supervivencia de injerto y receptor a los 3 meses fue similar en ambos grupos.

Podemos concluir que Envarsus presenta una mayor biodisponibilidad que Advagraf en el trasplante renal de novo. Esto posibilita una reducción significativa de la dosis de tacrolimus para alcanzar una concentración valle similar desde la inducción hasta los tres meses posttrasplante, sin cambios en la función renal, incidencia de rechazo agudo y en la supervivencia de injerto y receptor.

619 MONITORIZACIÓN DE ANTICUERPOS DONANTE ESPECÍFICOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. ¿ES NECESARIO?

M. RODRÍGUEZ-FERRERO¹, A. DELGADO RODRÍGUEZ¹, L. SÁNCHEZ CÁMARA¹, JL. VICARIO², A. BALAS³, F. GARCÍA SÁNCHEZ³, R. ALENDA⁴, F. ANAYA⁴

¹Nefrología. HGU Gregorio Marañón (Madrid/España), ²Inmunología. Centro de Transfusión de Madrid (Madrid/España)

Introducción: La presencia de anticuerpos donante específicos (ADE) preformados y de novo (dn) tienen relevancia clínica en la supervivencia del injerto a largo plazo.

Objetivo: Monitorizar la presencia de ADE pretrasplante y su aparición dn. Investigar su influencia y utilidad en la evolución a largo plazo, en una cohorte de pacientes trasplantados renales.

Material y métodos: Se incluyeron 270 trasplantes renales consecutivos de nuestra unidad realizados entre el 11-7-2011 y 31-12-2017. Se realizó determinación de anticuerpos (Ac) anti-HLA mediante Luminex Single Antigen pretrasplante, trimestral el primer año, anualmente y por indicación clínica. Se recogieron las variables demográficas y clínicas.

Resultados: 65,2% varones. Edad media 54,72±14,57 años. Causa de ERCA (No filiada 23,7%, Diabetes 19,6%, Glomerular 18,9%, Poliquistosis 11,1%, Intersticial 10%, Vascular 6,3%, Otras 10,4%). Recibieron tratamiento inmunosupresor (IS) con esteroides, micofenolato y tacrolimus (TAC). Inducción con Timoglobulina (27,8%) en caso de retrasplante con riesgo inmunológico o Basiliximab (72%). Retraso en la función del injerto (RFI) 34%. Fallo primario del injerto 5,2%. Tenían Ac preformados 28,9%, ADE preformados 16,2% (clase I 7,8%, clase II 11,1%) MICA preformados 5,9%. Presentaron Ac dn 20,8%. ADEdn 16% (clase I 7,1%, clase II 11,9%) MICAdn 2,6%. Hubo 15,9% rechazo agudo (RA) (38,1% celular, 28,6% mediado por Ac, 33% mixto). Los pacientes con ADE pretrasplante llevaban más tiempo en diálisis (p=0,0001) y tuvieron mayor incidencia de RA (p=0,0001). Los pacientes que desarrollaron ADEdn tenían significativamente más incompatibilidades DR (p=0,003), A+B (p=0,009), más RFI (p=0,028), niveles de TAC más bajos a los 12 meses (p=0,012), mayor incidencia de RA (41,9% vs 11,1%, p=0,0001). La supervivencia del injerto a los 6 años era peor en los pacientes con RFI (p=0,001), en los que tienen peor función renal al año (Crp>2 mg/dl, p<0,0001), en los que desarrollan RA (p=0,005), peor en los que desarrollan ADEdn sin alcanzar significación estadística (p=0,222) y peor en los que tienen ADEdn y RA (p=0,004) frente a los que solo tienen ADEdn.

Conclusiones: En nuestra experiencia, es importante realizar la monitorización de ADE en pacientes con antecedente de RA, historia de no adherencia al tratamiento IS o minimización de la IS e incompatibilidades HLA, ante el riesgo de desarrollar ADEdn.

620 ¿EXISTE IMPACTO DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL DONANTE EN LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO? UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

B. VILLACORTA LINAZA¹, MA. PÉREZ VALDIVIA¹, J. CALVILLO ARBIZU², FM. GONZÁLEZ RONCERO¹, M. SUÑER POBLET¹, A. SUÁREZ BENJUMEA¹, C. GONZÁLEZ CORVILLO¹, B. GASCÓ MARTOS¹, G. BERNAL BLANCO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA),²GRUPO INGENIERÍA BIOMÉDICA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA (SEVILLA)

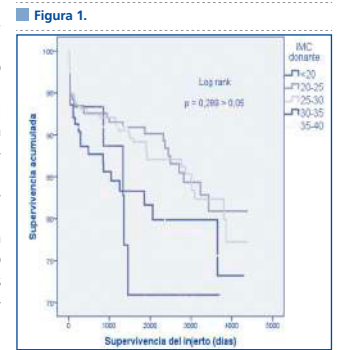
Introducción: Hay escasa evidencia sobre el impacto del Índice de Masa Corporal (IMC) del donante fallecido en los resultados posteriores al trasplante de riñón (TR). No hay recomendaciones nacionales o internacionales en relación con el límite del IMC del donante y, como resultado, existe una amplia variabilidad en la práctica y criterios de aceptación heterogéneos del IMC del donante fallecido en los centros de trasplante.

Objetivo: Analizar si el IMC del donante tiene influencia en la supervivencia del injerto. Método. Se realizó un análisis retrospectivo con datos provenientes del SICATA referentes a injertos renales de donante cadáver realizados entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2015 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Se definió el fallo de injerto como la vuelta a diálisis. La última fecha de seguimiento fue el 31 de diciembre de 2015.

Se obtuvieron 904 casos de donantes a los que se les puede calcular el IMC. Estos casos se dividieron en cinco grupos: IMC < 20 (N=16), 20 < IMC < 25 (N=294), 25 < IMC < 30 (N=407), 30 < IMC < 35 (N=142) e IMC > 35 (N=45). Estos grupos fueron comparados en cuanto a supervivencia del injerto (censurada para muerte) utilizando análisis de supervivencia Kaplan-Meier log-rank. Análisis con SPSS 24.0.

Resultados: En la tabla 1 se muestran las comparaciones entre los diferentes grupos y en la figura las funciones de supervivencia para cada uno. Por los resultados no se puede concluir que el IMC del donante tenga influencia significativa sobre la supervivencia del injerto con los datos que manejamos.

Conclusiones: Desde nuestra experiencia, en ausencia de evidencia clínica clara que sugiera resultados adversos en el receptor, hacer restricciones no estandarizadas respecto al IMC pueden ser erróneas y limitar el grupo potencial de donantes. Teniendo en cuenta que el TR aumenta la supervivencia y calidad de vida de los paciente en relación al tratamiento renal sustitutivo son necesarios más estudios para crear recomendaciones al respecto y aumentar un grupo de potenciales donantes, como son aquellos de IMC elevado.



621 FOTOAFÉRESIS EXTRACORPÓREA COMO TRATAMIENTO EN EL RECHAZO DEL INJERTO RENAL

S. FERNÁNDEZ-GRANADOS¹, E.J. FERNÁNDEZ-TAGARRO¹, R. GUERRA¹, A. RAMÍREZ¹, I. AUYANET¹, S. GONZÁLEZ¹, G. PÉREZ¹, F. FERNÁNDEZ², M. TAPIAS², C. GARCÍA- CANTÓN¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA),²HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA (LAS PALMAS DE GRAN CANARIA)

Introducción: La fotoaféresis extracorpórea (FEC) es una terapia inmunomoduladora que el ámbito del trasplante de órganos sólidos tiene su indicación en tratamiento o profilaxis del rechazo del injerto pulmonar y cardíaco. La utilidad en el trasplante renal sigue siendo contradictoria por los escasos estudios.

Materia y método: Estudio de serie de casos de los pacientes trasplantado renal con diagnóstico histológico de rechazo que han sido tratados con FEC durante el periodo 2013-2018.

Resultados: Se trataron 8 pacientes cuyas características se recogen en la tabla 1. La indicación de FEC fue: refractariedad al tratamiento convencional (n=4) o la contraindicación al mismo (n=4), principalmente por infección concomitante (50%). Se pudo completar las sesiones programadas en la mayoría de pacientes (n=5). Los motivos de discontinuación fueron: nula respuesta al tratamiento, ingreso hospitalario por infección y trombosis de la fístula. La reducción de creatinina al finalizar la terapia se produjo entre pacientes que presentaban rechazo agudo celular (RAC) precoz (n=4) y se mantuvo a 3 meses de finalizar el tratamiento. El único RAC tardío (>3 meses posttrasplante) no pudo completar el tratamiento. Ningún injerto con componente humoral presentó mejoría en términos de disminución de creatinina. La pérdida del injerto se produjo en un paciente con rechazo humoral crónico activo (RHCA). El otro paciente con RHCA se encuentra en situación de prediálisis. Un paciente falleció de causa cardiovascular con injerto funcionando años después de la terapia.

Conclusiones: La FEC puede suponer una herramienta de rescate en caso de contraindicación o refractariedad al tratamiento del rechazo. La mayor utilidad parece estar en el RAC, en probable relación con el mecanismo de acción inmunomoduladora del linfocito T. En casos de rechazo humoral o crónico activo su papel es más controvertido. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes para poder demostrar la efectividad de esta terapia en el trasplante renal.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes del estudio.

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8
Edad (años)	61	24	47	49	56	68	45	61
Sexo	H	H	M	H	H	H	M	H
Enfermedad Renal	PQR	GNF	Interstic	No filiada	No filiada	ND	Interstic	ND
Trasplantes previos	0	0	0	0	0	0	2	0
Donación	ME	ME	ME	ME	ME	ME	A	ME
Tipo de Rechazo*	RAC IA	RAC IA y RCHA	RAC II y RCHA	Borderline	RAC IA y RAH	RAC IA	RAC IA	RAC IA
Momento**	Precoz	Tardío	Tardío	Precoz	Tardío	Precoz	Tardío	Precoz
Cr inicio FEC (mg/dL)	2,84	3,55	2,42	2,08	2,39	3,53	1,99	2,93
Cr fin FEC (mg/dL)	1,95	4,17	4,51	1,88	2,39	1,69	2,32	2,07
Cr 3 meses (mg/dL)	2,58	3,96	5,07	1,63	2,92	1,28	2,34	2,34
Reducción Cr	SI	No	No	SI	No	SI	No	SI
Nº sesiones	14	19	8	13	13	12	5	5
Completa programación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	No	No
Situación paciente /injerto	Exitus con injerto func.	No Func.	Func.***	Func.	Func.	Func.	Func.	Func.

H: hombre; M: mujer; PQR: poliquistosis renal; GNF: glomerulonefritis; ND: nefropatía diabética; ME: muerte encefálica; A: asistolia; RAC: rechazo agudo celular; RCHA: rechazo crónico humoral activo; RAH: rechazo agudo humoral; Cr: creatinina; No Func: injerto no funcionante; Func.: injerto funcionante. *Según la clasificación de BANFF establecida en el momento del diagnóstico. ** Precoz si ocurre en los 3 meses posttrasplante y tardío después de los 3 meses. *** Paciente con injerto funcionante pero con IRC avanzada en situación de prediálisis

622 TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO DE DONANTE CADÁVER: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA

C. MEDRANO VILLARROYA¹, L.M. LOU ARNAL¹, A. SORIA VILLÉN¹, M.J. ALADRÉN REGIDOR¹, A. GU-TIÉRREZ DALMAU¹, F.J. PAUL RAMOS¹, R. PERNAUTE LAVILLA¹, B. CAMPOS GUTIÉRREZ¹, C. PERALTA ROSELLÓ¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET (ZARAGOZA)

Introducción y objetivos: El trasplante renal ha demostrado mejorar la cantidad y la calidad de vida en la enfermedad renal crónica terminal. El tiempo de permanencia en diálisis es uno de los factores de peor pronóstico para la supervivencia del injerto y del paciente. El trasplante renal anticipado evita los inconvenientes derivados de las técnicas de diálisis y disminuye el gasto generado por las mismas, motivo por el cual lo potenciamos en nuestro programa de trasplante. En este trabajo pretendemos analizar la incidencia y resultados en los pacientes sometidos a trasplante renal anticipado en nuestro programa de trasplante.

Materia y método: Población a estudio: Pacientes trasplantados de donante cadáver en situación prediálisis en la Comunidad Autónoma de Aragón. Periodo de inclusión: 1 Enero 2015 a 31 Diciembre 2018. Se recogen variables demográficas, comorbilidad, función inmediata del injerto, complicaciones posttrasplante y evolución de la función renal.

Resultados: Se han realizado un total de 15 trasplantes renales anticipados de un total de 168 trasplantes de donante cadáver (el 4,4 %). La edad media de los donantes fue de 65,1 ± 21 años y de los receptores 69,5 ± 7. De las comorbilidades en los pacientes: la puntuación media del Índice de Charlson fue de 5,43 ± 1,63. Los pacientes presentaron un 27,30% de antecedentes de cardiopatía isquémica o ACV, y destaca la baja presencia de Diabetes Mellitus en la muestra (9,10%). La evolución del trasplante fue satisfactoria, sin episodios de rechazo agudo, trombosis del injerto ni sepsis. En ningún caso fue necesaria diálisis posttrasplante.

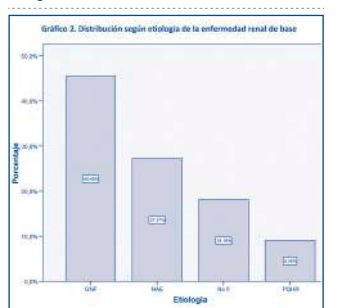
La cifra media de creatinina más actual en estos pacientes es de 2,04 ± 1,64 mg/dl (mínimo de 0,82, máximo de 6,54).

Conclusiones: Consideramos que el trasplante renal anticipado es una opción ideal para todos los candidatos. La mayor disponibilidad de órganos puede permitir la realización de este trasplante, evitando la entrada en diálisis, permitiendo unos mejores resultados y una reducción en el costo del tratamiento de la ERC.

Figura 1.



Figura 2.



623 AFECTACIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN EL PRIMER AÑO POSTRASPLANTE RENAL

A. LOPEZ GARCÍA¹, L. DE LA VARA INIESTA¹, I. LORENZO GONZALEZ¹, F. LLAMAS FUENTES¹, S. PIQUERAS SANCHEZ¹, P. SARDUY CORONADO¹, C. MARTINEZ ANTOLINOS¹, F.J. CENTELLAS PEREZ¹, C. GOMEZ ROLDAN¹

¹ESTUDIANTE FACULTAD DE MEDICINA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA),²NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALBACETE (ALBACETE/ESPAÑA)

Introducción: El Citomegalovirus (CMV) es una causa importante de morbilidad y mortalidad en los pacientes receptores de un injerto renal, y una óptima prevención, diagnóstico y tratamiento, son esenciales para mejorar los resultados del trasplante. Objetivo: Describir y analizar la incidencia e impacto de la infección por CMV en los trasplantados renales en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Incluimos los trasplantes renales realizados entre 2013 y 2017. Se utilizaron dos métodos de prevención: profilaxis con valganciclovir durante 3-6 meses en pacientes de alto riesgo (D+R- y/o administración de timoglobulina); y terapia anticipada con monitorización de CMV periódicamente durante 6 meses en el resto de pacientes. Se definió infección tardía la que ocurría tras 3 meses de trasplante (preemptive) o tras la profilaxis.

Resultados: 210 pacientes fueron incluidos en nuestro estudio. 70,47% varones. Edad media 56,36±11,71 años. Pertenecían al grupo de alto riesgo 93 pacientes (44,28%), el tiempo medio de profilaxis fue de 138,53±34,94 días, 23,65% (22) desarrollaron leucopenia y 28 (30,10%) presentaron infección (ICMV): 32,14% de forma temprana (tiempo medio de debut: 61,40±38,23 días) y 67,85% infección tardía (tiempo medio de debut: 195,71±25,17 días); y de ellos 7 (25%) desarrollaron enfermedad (ECMV) y 8 (28,57%) recurrencia, sin diferencias entre el tiempo de tratamiento del primer episodio y la presencia de reinfección. Objetivamos mayor infección tardía en pacientes de alto riesgo por serología D+R- que por administración de timoglobulina. Los 117 pacientes restantes (55,71%) recibieron terapia preemptive 6 meses, 55 (47%) presentaron infección, 6 (10,90%) enfermedad, 19 (34,54%) recurrencia, y el tiempo medio de debut fue de 56,44±20,92 días, todos tempranamente. Encontramos mayor incidencia de infección, e infección temprana, en el grupo de bajo riesgo (P=0,023 y P=0,0001 respectivamente). No hubo diferencias en la función renal al año del trasplante. Ningún paciente perdió el injerto durante el seguimiento. Al comparar pacientes afectados frente a sanos, en el análisis multivariante, la edad avanzada se comportó como factor de riesgo (p=0,001), y se objetivó aumento en la incidencia de rechazo tras la infección.

Conclusiones: El protocolo llevado a cabo en nuestro centro para la detección precoz y el tratamiento profiláctico en las situaciones de riesgo ha disminuido el impacto de la enfermedad. Dada la asociación de la infección con la edad del receptor, sería recomendable plantear protocolos de profilaxis de infección individualizados para receptores añosos. Se hace necesario un estudio ramdomizado, Preempty/Profilaxis en pacientes de bajo riesgo, dado el aumento de infección.

624 EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO CON EL PROGRAMA DE TRASPLANTE PATHI

L. BRAVO GONZÁLEZ-BLAS¹, M. CALVO RODRÍGUEZ¹, L. GARCÍA GAGO¹, D. ASTUDILLO JARRIN¹, T. FERREIRO HERMIDA¹, C. FERNÁNDEZ RIVERA¹, A. ALONSO HERNÁNDEZ¹

¹NEFROLOGÍA. CENTRO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO A CORUÑA (CORUÑA)

El programa PATHI (Plan Nacional de Acceso al Trasplante para pacientes hiperinmunizados) ha facilitado el acceso al trasplante para pacientes que presentan una tasa de anticuerpos reactivos frente a un panel de antígenos HLA (PRA) igual o superior al 98%. Esto implica que la posibilidad de conseguir un donante frente al que el paciente no haya desarrollado anticuerpos donante específicos (DSA) es extremadamente baja.

Objetivo: Analizar los resultados de los trasplantes realizados en nuestro hospital en el programa PATHI.

Materia y métodos: Estudio retrospectivo de 14 trasplantes de pacientes PATHI realizados entre Agosto de 2015 y Junio de 2018. El tiempo en lista de espera para el trasplante fue de 10,2 ± 6,5 años. Media de edad 53,29 años, 57,1 % mujeres. El 85 % estaban en programa de hemodiálisis crónica y el 15 % en diálisis peritoneal. Un 85% había recibido uno o más trasplantes renales previos y el 50% presentaba 2 o menos incompatibilidades HLA con el donante. Se emplearon anticuerpos deplecionantes de linfocitos (Timoglobulina) como tratamiento de inducción en todos los pacientes. La terapia de mantenimiento fue Tacrolimus, MMF (o derivados) y prednisona. Se realizaron determinaciones de DSA en el momento del trasplante y en el seguimiento posterior, y se realizó biopsia del injerto por protocolo y/o ante la sospecha de rechazo agudo.

Resultados: Se estudiaron 14 pacientes con una media de seguimiento de 26,8 meses. La tasa de retraso inicial en la función del injerto fue del 78,6% y se precisó una media de 8,27 sesiones de hemodiálisis. La incidencia de infección por CMV fue del 15 % y la de virus BK del 21%. La tasa de rechazo agudo mediado por anticuerpos fue del 21%, demostrados por biopsia. 3 pacientes presentaron rechazo agudo en los primeros 10 días posttrasplante y en uno de ellos se evidenció la presencia de rechazo celular 6 meses después. Se detectaron DSA en el posttrasplante inmediato en 28% los pacientes. La supervivencia del injerto a los dos años fue del 93% y la supervivencia del paciente del 85%.

Conclusiones: Creemos que trasplante de programa PATHI ofrece buenos resultados y supone una excelente alternativa para aquellos pacientes que al estar hiperinmunizados tienen una probabilidad extremadamente baja de encontrar un donante frente al que no presenten DSA.

Resúmenes

Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

625 EFECTO DE LA CONCORDANCIA ENTRE SEXO Y PESO DONANTE-RECEPTOR EN EL TRASPLANTE RENAL

AL. VALENCIA¹, C. ARIAS-CABRALES², MJ. PÉREZ-SÁEZ², A. COCA³, D. REDONDO², MI. ACOSTA-OCHOA³, M. CRESPO², V. FIDALGO³, A. MENDILUCE², J. PASCUAL²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO RÍO HORTEGA (VALLADOLID); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID)

Introducción: El trasplante renal ofrece mejor supervivencia y calidad de vida en comparación con la permanencia en diálisis. El aumento en la prevalencia de la ERC y la mayor demanda de órganos para trasplante hace necesario optimizar en lo posible el emparejamiento donante-receptor. Estudios recientes han profundizado en el efecto que la concordancia en sexo y peso corporal entre donante y receptor puede tener en los resultados del trasplante. Nuestro objetivo es determinar el efecto de ambos factores en una cohorte de trasplantados renales.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes >=18 años que recibieron un trasplante renal de donante cadáver entre enero/2000 y diciembre/2015. Los pacientes con información incompleta del seguimiento fueron excluidos. El seguimiento se fijó hasta el momento del evento: muerte del paciente o fallo del injerto censurado por muerte del receptor (FICM) o a los 60 meses. La muestra fue dividida en cuatro grupos, según si existía concordancia entre el sexo de donante y receptor y si existía o no una diferencia >=10 kg de peso a favor del receptor.

Resultados: Incluimos 459 trasplantes. La edad media al trasplante fue de 57.7±13.1 años (receptores) y de 56.5±13.7 años (donantes). Durante el seguimiento observamos 60 muertes (13.1%) y 108 FICM (23.5%). En el análisis multivariante no hallamos diferencias significativas en supervivencia de paciente o injerto asociadas a la concordancia entre sexo o peso donante-receptor (Figura 1).

Conclusiones: En nuestra muestra una diferencia de peso >=10kg a favor del receptor en el momento del trasplante no asoció peor supervivencia de paciente o injerto a 60 meses. La presencia o ausencia de concordancia de sexo donante-receptor tampoco asoció resultados dispares en cuanto a supervivencia del injerto o del paciente.

Figura 1.

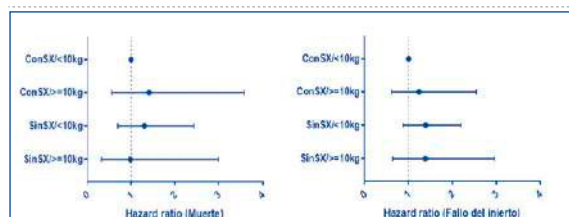


Figura 1. Análisis de regresión de Cox. Con SX: Con concordancia entre sexo de donante y receptor. Sin SX: Sin concordancia entre sexo de donante y receptor. *10kg: Menos de 10 kg de diferencia entre el peso del receptor y el donante. >=10kg: 10 o más kg de diferencia de peso a favor del receptor respecto al donante. Muerte: cualquier causa de muerte del receptor y del donante. Fallo del injerto: muerte del donante, muerte en diálisis, trasplante de otro órgano, fallo del injerto, fallo del receptor y del donante. FICM: Fallo del receptor y del donante. FICM: Fallo del receptor y del donante. FICM: Fallo del receptor y del donante. FICM: Fallo del receptor y del donante.

626 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON CARCINOMA DE PIEL NO MELANOCÍTICO

M. FROMENT¹, MJ. REGUERA CARMONA¹, C. RODRIGUEZ ALVAREZ¹, A. JARQUE LOPEZ¹, A. RIVERO GONZALEZ¹, P. GARCIA GARCIA¹, D. LUIS RODRIGUEZ¹, V. DOMINGUEZ PIMENTEL¹, J. NAVARRO GONZALEZ¹, M. MACIA HERAS¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE)

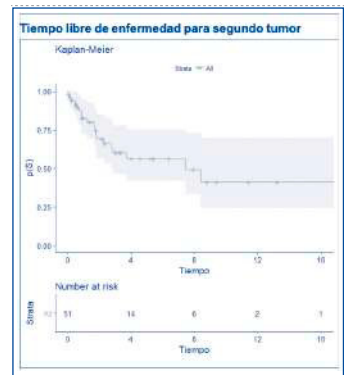
Introducción: El cáncer de piel de tipo no melanocítico (CPNM), en particular el carcinoma escamoso y el carcinoma basocelular, constituyen una de las neoplasias más frecuentes en el post trasplante renal. Su incidencia es aproximadamente 10 veces superior a la de la población general, con una tipología y características específicas además de presentar una mayor agresividad del proceso neoplásico. Con la intención de establecer estrategias para su detección precoz y mejorar su supervivencia analizamos el perfil epidemiológico y clínico de nuestra población de trasplantados renales que presentaron este tipo de neoplasias.

Materiales y métodos: Revisamos las historias clínicas de trasplantados en los últimos 15 años en nuestro centro un total de 291 pacientes, 203 hombres y 88 mujeres entre 24 y 80 años de edad, con una edad media de trasplante renal de 47 años (47.3 ± 14.1). Se analizaron diversas variables epidemiológicas y clínicas además de aquellas relacionadas con el trasplante renal.

Resultados: En el periodo analizado encontramos 51 pacientes los cuales desarrollaron tumores cutáneos (17,5%), 82 casos en hombres y 10 en mujeres. A partir del 5º año post-trasplante se observó un aumento de la incidencia de estos tumores, así el 8,2% desarrollaron un tumor. Esta incidencia fue 3,47 veces superior en hombres que en mujeres. La tasa de CPNM fue de 3,52 nuevos casos por cada 100 años-paciente. El tumor cutáneo más frecuente fue el carcinoma basocelular con una incidencia del 8,1%. La tasa de recidiva de estos tumores fue muy elevada, observándose que antes del 4º año tras el primer tumor un 42% de estos pacientes presentaron una recidiva.

Conclusiones: Los resultados descritos hacen necesarias estrategias que para el diagnóstico precoz y el adecuado seguimiento de los pacientes con CPNM. La coordinación entre dermatología-nefrología, con modelos asistenciales (procesos y/o consultas específicas) permitirá optimizar la atención de estos pacientes y con ello su calidad de vida y supervivencias.

Figura 1.



627 VARIANTES DE LA ESCALA SAPS Y SU POSIBLE UTILIZACIÓN EN LA ESTIMACION DE LA FUNCION RENAL EN EL TRASPLANTE RENAL RECIENTE

J. SANCHEZ GIL¹, G. RODRIGUEZ PORTELA¹, A. COCA ROJO¹, I. ACOSTA OCHOA¹, C. ALLER APARICIO¹, A. SOBRINO PEREZ¹, B. FERNANDEZ CARBAJO¹, A. MENDILUCE HERRERO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: Las escalas de riesgo utilizadas en Unidades de Cuidados críticos estiman la severidad y mortalidad de los pacientes. La escala SAPS (Simplified Acute Physiologic Score) y sus variantes SAPS II y SAPS III calculan la severidad recogiendo los valores registrados en las primeras 24hrs. El objetivo es determinar su uso en las unidades de trasplante renal reciente como marcador o estimador de la función renal posterior, en los servicios donde los pacientes pasan de quirófano a una unidad de cuidados intermedios nefrológicos.

Materiales y métodos: Se aplicaron las escalas SAPS II y SAPS III a 76 pacientes (N = 76) pacientes trasplantados renales consecutivos. Se evaluó el valor en puntos de cada una de las escalas con tres eventos, función renal al alta, al mes del trasplante, y haber alcanzado por lo menos el 50% del filtrado glomerular del paciente en los 30 primeros días. Se dividieron los puntajes obtenidos en ambas escalas en dos categorías (SAPS IIA < 20 puntos, SAPS IIB ≥20 puntos) y (SAPS III A < 30 puntos, SAPS IIIB ≥30 puntos). Se analizaron los datos con SPSS 20.0.0

Resultados: Las características de la población son expuestas en la tabla numero 1. Se encontraron diferencias significativas en la función renal al 1er mes en los grupos del SAPS II (SAPS IIA 1.3 mg/dl, SAPS IIB 1,7 mg/dl; P= 0.032 IC 95%). Con un Área bajo la curva ROC de 0.64 (P= 0.037 IC 95%). En los grupos SAPS III no se encontraron diferencias significativas con ninguna de las variables estudiadas.

Conclusiones: El SAPS II puede ser una herramienta de utilidad en la estimación de la función renal al mes del trasplante renal. Una escala SAPS modificada incluyendo otras comorbilidades podría aumentar su potencia como prueba estimadora de función renal, aunque es necesario realizar estudios con mayores tamaños muestrales.

Tabla 1.

Tabla 1 Trasplante Renal y SAPS			
Variable	Frecuencia	Media	Desviación Típica
Edad Receptor	76	56,89/74	13,47988
Edad del donante	75	55,16	14,173
Días de ingreso	75	18,91	6,988
Variable	Frecuencia	Porcentaje	
Sexo donante			
Femenino	20	26,5	
Masculino	55	71,4	
Sexo del receptor			
Femenino	36	39,6	
Masculino	47	61,0	
Mortalidad de Urogénico Renal Sustituida			
Hemodiálisis	38	49,4	
Enfermedad Renal de Base			
Dialisis Peritoneal	37	48,1	
Poliquistosis Renal	16	20,8	
Glomerulonefritis	25	32,5	
Nefropatía Diabética	5	6,5	
Nefropatía Túbulo-Intersticial	9	11,7	
Nefroangiosclerosis	6	7,8	
Otras	3	3,9	
Desconocida	12	15,6	
Hipertensión Arterial			
No	9	11,7	
Si	87	87,0	
Diabetes Mellitus			
No	84	83,1	
Si	12	15,6	
Cardiopatía Isquémica			
No	86	85,7	
Si	10	13,0	
Otra patología cardiovascular			
No	56	72,7	
Si	20	26,0	

628 APACIDAD PREDICTIVA DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CALCULADO MEDIANTE LAS ECUACIONES DE QUETELET Y TREFETHEN EN EL TRASPLANTE RENAL

A. COCA¹, C. ARIAS-CABRALES², MJ. PÉREZ-SÁEZ², MI. ACOSTA-OCHOA¹, D. REDONDO², J. SÁNCHEZ¹, M. CRESPO², A. LORENZO¹, A. MENDILUCE², J. PASCUAL²

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

Introducción: El trasplante renal supone la terapia renal sustitutiva de primera elección en la actualidad. Múltiples factores tanto del donante como del receptor pueden afectar la funcionalidad del injerto. El sobrepeso y la obesidad están asociados con peores resultados tras el trasplante. Recientemente se ha propuesto una nueva fórmula de índice de masa corporal (IMC) como alternativa a la ecuación clásica creada por Quetelet. Nuestro objetivo es comparar la capacidad de ambas fórmulas de predecir resultados en una muestra de trasplantados renales.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de pacientes de edad >=18 años que recibieron un trasplante renal de donante cadáver entre enero/2000 y diciembre/2015. Aquellos pacientes con información incompleta del seguimiento fueron excluidos. El IMC fue calculado empleando dos fórmulas; IMC-Quetelet: Peso(kg)/Altura(m)²; IMC-Trefethen: 1.3*Peso(kg)/Altura(m)².5. Analizamos supervivencia del receptor o fallo del injerto censurado por muerte del receptor (FICM) durante los primeros cinco años tras el trasplante.

Resultados: La muestra final comprendía 459 trasplantes. La edad media al trasplante fue de 57.7±13.1 años (receptores) y de 56.5±13.7 años (donantes). Durante el seguimiento observamos 60 muertes (13.1%) y 108 FICM (23.5%). Analizamos la utilidad predictiva de ambas fórmulas de IMC tanto de forma aislada en donante y receptor como en forma de diferencia (receptor-donante) o cociente (receptor/donante), usando el área bajo la curva ROC como comparador (Tabla1).

Conclusiones: El IMC constituye un pobre predictor tanto de supervivencia del paciente como de fallo del injerto censurado por muerte del receptor. La nueva fórmula de Trefethen ofrece resultados similares a los obtenidos empleando la ecuación clásica de Quetelet.

Tabla 1.

	Muerte	FICM
	AUC-ROC	AUC-ROC
Receptor (Quetelet)	0,518	0,536
Receptor (Trefethen)	0,515	0,535
Donante (Quetelet)	0,526	0,524
Donante (Trefethen)	0,528	0,526
Diferencia Receptor-Donante (Quetelet)	0,501	0,509
Diferencia Receptor-Donante (Trefethen)	0,498	0,508
Cociente Receptor/Donante (Quetelet)	0,499	0,51
Cociente Receptor/Donante (Trefethen)	0,496	0,508

629 RESULTADOS A 1 AÑO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL HIPERINMUNIZADOS DEL PROGRAMA PATHI TRATADOS CON BASILIXIMAB COMO TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN

P. PASCUAL NUÑEZ¹, S. SANZ BALLESTEROS², B. FERNANDEZ CARBAJO³, R. GORDILLO MARTÍN⁴, A. SOBRINO PEREZ⁵, C. ABAD MOLINA⁶, MF. MUÑOZ MORENO⁷, A. MENDILUCE HERRERO⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID), ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁶MICROBIOLOGÍA. HOSPITAL CLINOC UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁷UNIDAD DE INVESTIGACION. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA), ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO (VALLADOLID/ESPAÑA)

Introducción: El Plan Nacional de Acceso al trasplante renal para pacientes hiperinmunizados (PATHI) puesto en marcha por la ONT en 2015, permite trasplantarse a aquellas personas que, por su situación inmunológica tienen muy pocas posibilidades.

Estos pacientes de elevado riesgo inmunológico, en la mayoría de los protocolos de trasplante se seleccionan para tratamiento de inducción con Timoglobulina. No encontramos literatura con inducción con Basiliximab en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes trasplantados renales en nuestro hospital incluidos en el programa PATHI, tratados con Basiliximab como inducción.

Resultados: Se incluyeron 12 pacientes, con periodo de seguimiento de al menos un año. 50% terceros trasplante, 41.7% segundos y 1 primer trasplante (8.3%). Los donantes, hombres en su mayoría (66.6%), con edad media 51.5 años (27-69), procedían de donante en muerte encefálica. Con tiempo medio de isquemia fría de 17 horas y 28 min. Los receptores, 66.6% mujeres con media de edad de 49.75 años (rango 37-65). Todos con elevada estancia en diálisis, de media 155.42 meses. La enfermedad de base fue en la mayoría de origen glomerular (58%), seguido de PQHR (16,6%). Todos recibieron inducción con basiliximab (20mg, día 0 y +4 del trasplante) y como mantenimiento: 33.3 % Esteroides+Tacrólimus+Everolimus y 66.7% Esteroides+ Tacrólimus+Antimetabolito. A los pacientes con infección por Bk y CMV se modificó el tratamiento inmunosupresor. La mediana de creatinina al mes 1º, 3º, 6º y al año fue 1.6mg, 1.42mg, 1.56mg y 1.75 respectivamente. Encontramos retraso en la función del injerto en el 50%. 1 paciente (8.3%) presentó Rechazo mediado por anticuerpos (RMAC) con DSA positivos secundario a mala adherencia terapéutica, resto DSA-. Las infecciones más frecuentes fueron las del Tracto urinario (66.7%); Un paciente presentó nefropatía por virus BK (8.3%), que condicionó empeoramiento importante en su función renal y otro infección por CMV (8.3%). La supervivencia del paciente fue 91.7%, un exitus por complicaciones vasculares; con Supervivencia del injerto con muerte censurada del 90.9%.

Conclusiones: A pesar de tratarse de pacientes de muy alto riesgo inmunológico, el tratamiento de inducción con basiliximab muestra buenos resultados, con muy baja tasa de infecciones oportunistas y buena supervivencia del injerto. Los DSA son una buena herramienta para monitorizar la inmunosupresión, ayudándonos a evitar el rechazo del injerto y por otra parte la sobreinmunosupresión, en pacientes que por otra parte han estado expuestos a una potente inmunosupresión durante largo tiempo.