

## 557 EL SOBREPESO Y LA PRESENCIA DE RESERVA RENAL EN DONANTES VIVOS DE RIÑÓN

C. ACOSTA SØRENSEN<sup>1</sup>, E. PORRINI<sup>2</sup>, AE. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ<sup>3</sup>, AM. GONZÁLEZ RINNE<sup>1</sup>, CM. GARGANO TRUJILLO<sup>4</sup>, C. CRUZ PERERA<sup>5</sup>, R. MORALES FEBLES<sup>6</sup>, L. DÍAZ MARTÍN<sup>7</sup>, S. LUIS LIMA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), <sup>2</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), <sup>3</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. SERVICIO CANARIO DE SALUD (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. SERVICIO CANARIO DE SALUD (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), <sup>5</sup>UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA)

**Introducción:** La reserva renal (RR) se define como la capacidad de incrementar la tasa de filtrado glomerular (TFG) ante diferentes estímulos como la obesidad, la hiperglicemia y el síndrome metabólico entre los más relevantes. La importancia de la presencia o ausencia de la RR se desconoce. Por otro lado, hay que distinguir los pacientes que no tienen RR de aquellos que la podrían estar utilizando (hiperfiltración).

**Material y métodos:** Determinamos la RR predonación a un grupo de donantes vivos de riñón. La TFG se determinó mediante el aclaramiento plasmático de iohexol y la RR se indujo mediante la infusión endovenosa de aminoácidos. Definimos RR al incremento > 10% de la TFG. Establecimos a priori tres grupos: (a) los que no presentan; (b) los que sí presentan y (c) los que están utilizando la RR, definido como la ausencia de incremento de la TFG tras la estimulación, o descenso de la misma, en sujetos con TFG > 100 ml/min. No se ajustó la TFG por la superficie corporal.

**Resultados:** Analizamos 45 sujetos, 11 (24%) no tenían, 21 (47%) sí tenían y 13 (29%) estaban utilizando la RR. La TFG basal era mayor en los sujetos con RR y en los que la estaban utilizando con respecto al grupo sin reserva (Tabla 1). Los sujetos con RR y los que utilizaban la RR tenían un mayor índice de masa corporal (28.17 ± 3.61; 29.34 ± 4.08 vs 22.71 ± 3.08, p< 0.05), una mayor superficie corporal y riñones de mayor longitud (p<0.05).

**Conclusión:** El sobrepeso podría ser un factor que estimule la RR en una población sana como los donantes vivos. Con claridad, se necesita más investigación en la fisiopatología de la RR y sus implicaciones futuras.

[Ver tabla 1](#)

## 558 AMPLIANDO HORIZONTES: DONANTE CON FRACASO RENAL AGUDO

M. MONTESA MARÍN<sup>1</sup>, E. GAVELA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, E. CALATAYUD ARISTOY<sup>1</sup>, J. KANTER BERGA<sup>1</sup>, C. CASTRO ALONSO<sup>1</sup>, A. VALERO ANTON<sup>1</sup>, P. GANDÍA UREÑA<sup>1</sup>, V. ESCUDERO QUESADA<sup>1</sup>, A. SANCHO CALABUIG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DOCTOR PESET (VALENCIA)

**Introducción:** La necesidad de satisfacer la demanda de nuestra lista de espera, ha motivado el uso de donantes con criterios ampliados. El trasplante de riñones procedente de donante cadáver con fracaso renal agudo nos permite expandir el pool de donantes. Son escasos los datos relativos a su impacto en la supervivencia del injerto y del receptor.

**Objetivos:** Analizar los resultados obtenidos con injertos procedentes de donantes que presentaban fracaso renal agudo en el momento de la extracción.

**Material y métodos:** De 1330 trasplantes, estudio comparativo entre los 69 trasplantes con donantes que presentaban creatinina sérica a la extracción  $\geq 1,5$ mg/dl y un grupo control de 69 trasplantes de donantes con Cr<1,5mg/dl.

**Resultados:** La edad del receptor fue similar en ambos grupos (50 $\pm$ 11,9 años Cr  $\geq 1,5$ mg/dl vs 53,8 $\pm$ 12,5 Crs < 1,5mg/dl, p=0,07), sin diferencias en sexo del receptor (p= 0,30). La edad del donante fue inferior en el grupo Crs  $\geq 1,5$ mg/dl (46,4 $\pm$ 16,5 vs 55,1 $\pm$ 15, p=0,002), con predominio de varones en grupo Crs $\geq 1,5$ mg/dl (77,96% vs 53,6%, p= 0,003). La causa de muerte del donante fue menor por accidente cerebrovascular en grupo Cr  $\geq 1,5$ mg/dl (39,1%vs69,1%,p<0,001), observando tendencia a menor HTA del donante en grupo Crs  $\geq 1,5$ mg/dl (25,8% vs 41,8, p=0,05). No observamos diferencias en porcentaje sensibilizados, ni grado de compatibilidad HLA. El desarrollo de retazo en la función del injerto(RFI) fue mayor en el grupo Crs  $\geq 1,5$ mg/dl (52,7%vs27,9%, p=0,006) y como consecuencia una estancia postrasplante mayor (18,33 $\pm$ 10,95vs13,28 $\pm$ 4,56,p=0,009), sin diferencias significativas en el rechazo agudo (17,5 vs 18,5%, p=0,06). No diferencias en evolución de función renal, ni en supervivencia del injerto (84%vs89% 1 año, 84%vs79,7% 5 años,p=0,58) y paciente (98,4%vs98,5% 1 año, 85% vs 91% 5 años, p=0,35) entre el grupo de Cr  $\geq 1,5$ mg/dl y el Cr<1.5mg/dl.

En el subgrupo de 18 pacientes con injertos Cr $\geq 2$ mg/dl, la Cr media del donante fue de 2,95  $\pm$  1.05(2,0-4,9mg/dl), la edad media del receptor fue 52,07 $\pm$ 14,17, y la del donante 41,13 $\pm$ 23,29 con un 68,8 % de varones. La incidencia de RFI fue elevada de 71.4%, no así el rechazo agudo 14.3%. La supervivencia actual del injerto como del paciente es del 100%.

**Conclusiones:** El desarrollo de fracaso renal agudo por el donante, no debe ser criterio de exclusión de un potencial donante, debiendo interpretarse en el contexto de los hallazgos clínicos e histológicos, si los hubiera. Una cuidadosa selección de estos donantes ha permitido que el fracaso renal, a pesar de la mayor incidencia de RFI, no haya tenido una repercusión negativa en la función renal ni en la supervivencia del injerto y del paciente.

## 559 EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE FUNCIÓN RENAL EN DONANTES DE RIÑÓN. IDENTIFICANDO FACTORES DE RIESGO

M. CIUDAD MONTEJO<sup>1</sup>, R. SANTAMARÍA OLMO<sup>1</sup>, DA. RODRÍGUEZ FUENTES<sup>1</sup>, MD. NAVARRO CABELLO<sup>1</sup>, A. TORRES DE RUEDA<sup>1</sup>, S. SORIANO CABRERA<sup>1</sup>, A. RODRÍGUEZ BENOT<sup>1</sup>, ML. AGÜERA MORALES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFIA CÓRDOBA (ESPAÑA)

**Introducción:** En el trasplante renal de donante vivo siempre hay que valorar el riesgo del donante de desarrollar enfermedad renal crónica(ERC) tras la nefrectomía. Se han publicado diversos modelos para predecir la probabilidad de ERC terminal(ERCT) en pacientes donantes de riñón. Es necesario identificar factores relacionados con la progresión a ERCT sobre los que se pudiera intervenir de forma precoz.

El objetivo de este estudio fue identificar factores de riesgo previos a la donación que puedan condicionar la evolución a ERC en donantes de riñón Material y métodos:

Estudio observacional retrospectivo de donantes de riñón entre 1985 y 2021 en nuestro centro. Se recogieron datos clínicos, demográficos y de función renal medida por creatinina plasmática y filtrado glomerular estimado (FGe) a lo largo del seguimiento. Se estimó la velocidad de pérdida de FGe anual, se estratificó la muestra en función de terciles de pérdida de FGe y se compararon las características de los grupos.

**Resultados:** En el periodo de estudio, 60 pacientes han donado un riñón en nuestro centro, con una mediana de seguimiento de 94,5 meses desde la donación. La edad fue de 50,7 $\pm$ 9,1 años y un 70%(n=42) eran mujeres. El 23,9% presentaban hipertensión arterial grado 1 predonación. El FGe predonación fue de 99,8 $\pm$ 13,3ml/min, siendo al final del seguimiento de 63,4 $\pm$ 15,9ml/min.

Se establecieron tres grupos de pacientes según los terciles de velocidad de progresión de TFG en el seguimiento (puntos de corte -7.15, -5.5 ml/min/año), observando que las mujeres tenían mayor porcentaje de progresión lenta (p=0,022).

La creatinina en el posttrasplante inmediato predijo pacientes progresadores rápidos (1,26 vs 1,3 vs 0,8 mg/dl, p=0,003), así como cifras bajas de colesterol-HDL (42 vs 42 vs 65 mg/dl, p=0,007).

También se observaron diferencias en los niveles de ácido úrico (5,25 vs 5,6 vs 3,20 en los distintos terciles, p=0,017), más elevados en los progresadores rápidos.

Asimismo estos pacientes presentaron IMC más elevado(29,7 vs 29,4 vs 24,8) aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (p> 0,05).

Ajustado por valores de creatinina y HDL predonación mediante regresión logística, los niveles de ácido úrico permanecieron significativos con un RR 0,313(0,117- 0,841).

**Conclusiones:** En nuestro centro, los donantes vivos de riñón, aunque presentan una reducción post-nefrectomía del FGe, no sufren consecuencias sobre evolución a ERCT. Los pacientes con mayor riesgo de progresión rápida presentan niveles de ácido úrico mayores y HDL menores en el pretrasplante. En este tipo de pacientes se podrían plantear actuaciones precoces para disminuir la probabilidad de progresión a ERCT.

## 560 REVISIÓN DE LOS ASPECTOS DE LA DONACIÓN EN VIVO EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS HOSPITALARIA

M. GONZÁLEZ MARTÍNEZ<sup>1</sup>, M. RAMÍREZ GÓMEZ<sup>1</sup>, D. VARILLAS CASO<sup>1</sup>, M. PRADOS GARRIDO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO (GRANADA/ESPAÑA)

**Introducción:** El trasplante renal es el tratamiento de elección como técnica de TRS, representando en cuanto a supervivencia, calidad de vida, complicaciones y relación coste- efectividad frente a la diálisis. Entre las diferentes estrategias abordadas en nuestro país para aumentar la disponibilidad de órganos, está vigente en el momento actual el Plan 50x22, siendo uno de los pilares que conforman dicho plan la optimización del trasplante renal de donante vivo (TRDV).

**Material y métodos:** El objetivo es valorar mediante un autoquestionario los conocimientos previos del paciente en TRS sobre aspectos de la donación en vivo y el grado de importancia percibida en lo referente al TRDV.

**Resultados:** La muestra son 41 personas de la unidad de hemodiálisis hospitalaria, 34 hombres (82.9%) y 7 mujeres (17.1%). La edad media se situó en 67.7 años. El tiempo medio en hemodiálisis fue de 40 meses. Por otro lado, 9 personas se encuentran en lista de espera de trasplante (22%), 23 no están (56%) y 9 personas se encuentran en estudio (22%).

En la pregunta 2 y 4, a menor edad, existe una mayor tendencia a hablar sobre el tema de TRDV con la familia y recibir información sobre el procedimiento de TRDV. Por otro lado, la mitad de los pacientes preferirían seguir esperando en lista de espera de TR, antes que aceptar un riñón procedente de un familiar por "miedo a dañarle en el proceso".

**Conclusiones:**

- La opción de TRDV sigue siendo desconocida, aun tratándose de una herramienta fundamental de la que disponen los pacientes en necesidad de un órgano.
- Es fundamental informar adecuadamente de esta opción cuando se explican las opciones de tratamiento sustitutivo de la función renal a pacientes y familiares.
- Debemos fomentar dicha opción con material informativo actualizado, de fácil comprensión y consensuado a nivel nacional, para entregar al paciente y familiares.

Figura 1.

Figura 1. ¿CÓMO SE SIENTE CUANDO UN SERVIDOR PREGUNTA SI RESPONDE LA VOZ PARA DONAR UN RIÑÓN?	Presidencia	Porcentaje
SI	11	26,8
NO	29	70,2
Total	41	100,0
Figura 2. ¿HA HABLABO DEL TEMA DE LA DONACIÓN EN VIVO CON TU FAMILIA?	Presidencia	Porcentaje
SI	26	63,4
NO	15	36,6
Total	41	100,0
Figura 3. ¿HA HABLABO DEL TEMA DE LA DONACIÓN EN VIVO CON TU AMIGO?	Presidencia	Porcentaje
SI	11	26,8
NO	30	73,2
Total	41	100,0
Figura 4. ¿TE HA INFLUENCIADO ALGUNO VÍDEO QUE CONVERSE DE LA DONACIÓN EN VIVO?	Presidencia	Porcentaje
SI	20	48,8
NO	21	51,2
Total	41	100,0
Figura 5. ¿SELECCIONAR DE LAS SIGUIENTES Opciones AQUELLA QUE MÁS IMPORTANCIA LE DA AL DECIDIR SI SELECCIONAR EN VIVO EN RELACION A UN FAMILIAR, ACEPTAR O PREFERIRIA SEGUIR ESPERANDO EN LA LISTA DE ESPERA?	Presidencia	Porcentaje
Mejor opción	13	31,7
Mejor de alternativas presentadas	1	2,4
Mejor a aceptar el donante	1	2,4
Mejor la opción de esperar	26	63,5
Total	41	100,0
Figura 6. ¿SI LE SE ENCONTRARA LA Opción DE TRS Opciones EN VIVO EN RELACION A UN FAMILIAR, ACEPTAR O PREFERIRIA SEGUIR ESPERANDO EN LA LISTA DE ESPERA?	Presidencia	Porcentaje
SI	21	51,2
NO	20	48,8
Total	41	100,0
Figura 7. ¿SELECCIONAR DE LAS SIGUIENTES Opciones CUAL PODRÍA SER EL MOTIVO QUE JUSTIFIQUE SU RESPUESTA (1=NO)?	Presidencia	Porcentaje
Mejor alternativa	4	9,8
Desconocida en el procedimiento	3	7,3
Mejor a aceptar el donante	13	31,7
Falta de información	22	53,2
Total	42	100,0
Figura 8. ¿SI SE ENCONTRARA EN PLAZAS VACANTES FISICAS Y SE LE PLANTEARA LA Opción DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARIA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	Presidencia	Porcentaje
SI	30	71,4
NO	11	26,6
Total	41	100,0
Figura 9. ¿SELECCIONAR DE LAS SIGUIENTES Opciones CUAL PODRÍA SER EL MOTIVO QUE JUSTIFIQUE SU RESPUESTA (1=NO)?	Presidencia	Porcentaje
Mejor alternativa	3	7,3
Falta de información	8	19,5
Total	11	26,8

## 561 MISMO PERFIL DE DONANTES VIVOS CON DIFERENTE PERFIL DE RECEPTORES AL COMPARAR COHORTES HISTÓRICAS Y ACTUALES EN MÁS DE 5 DÉCADAS DE UN PROGRAMA DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO

I. REVUELTA<sup>1</sup>, M. MUSQUERA<sup>2</sup>, D. CUCCHIARI<sup>1</sup>, L. PERI<sup>3</sup>, E. POCH<sup>1</sup>, B. BAYÉS<sup>1</sup>, JM. CAMPSTOL<sup>1</sup>, A. ALCARAZ<sup>2</sup>, F. OPPENHEIMER<sup>1</sup>, F. DIEKMANN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>2</sup>SERVICIO DE UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>3</sup>SERVICIO DE UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** Han pasado más de 5 décadas del primer trasplante renal de donante vivo (TRDV) y han ido surgiendo trabajos que han creado debate sobre el perfil de seguridad de los mismos, así como si el perfil de los donantes ha cambiado durante este tiempo. Nuestro objetivo es analizar dos periodos de TRDV tras cambios en la técnica quirúrgica y la logística del servicio.

**Material y Métodos:** Variables de diferentes bases de datos actuales y antiguas de nuestro hospital y red de datos en una cohorte retrospectiva unicéntrica (1965- 2021), que incluye todos los donantes vivos. Se diferencia una cohorte histórica de 1965-1999 (a, n=255) versus una actual 2000-2021 (b, n=745). Análisis estadístico con el test adecuado al tipo de variable predictiva y de desenlace llevando a una significación superior al 95% (p<0.05). El Comité Ética Local aprobó el estudio.

**Resultados:** Del total: los donantes tuvieron una edad media de 52.10±11,92 (11-84) años siendo 639 (63.9%) mujeres, mientras los receptores, que fueron más varones (635,63.5%) tuvieron una edad media de 43.11±16,25 (8-79) años. La relaciones más frecuentes fueron Cónyuge(31,5%), Padre/madre(30,5%) y Hermanos(26,9%), siendo 66 no relacionados(unrelated)(51 en cruzado). 143 presentaron relación HLA idéntica y 52% haploidéntica, con un 20.1% de trasplantes y 44 trasplantados con crossmatch positivo/DSA preformado y 108 con incompatibilidad ABO.

En la cohorte histórica (a, n=255) el 99% estaban relacionados versus sólo el 50% en la cohorte actual (b, n=745). Aunque la edad fue significativamente diferente en receptores (a:27.5±9,6 (8-65) vs b:46.3±14,6 (15-77),p=0.036)años, fue similar en donantes (a:48.5±14,6 (18-78) vs b:53.0±10,9 (24-77),p=0.126). El sexo, HTA, y otras características fueron también similares entre donantes de ambas cohortes. Como era de esperar, la inmunosupresión en los receptores fue diferente, con sólo 8.2% de inducción en la cohorte histórica versus 89.5% en la actual, así como el uso de inhibidores de la calcineurina (38.8% versus 97.7%), siendo también mayor el número de trasplantes (cohorte a: 8 (3.1%)- todos segundos; cohorte b: 194 (26.1%), siendo 71 igual o mayor de 3 trasplantes, con algún quinto). Estos cambios no afectaron a las supervivencias de paciente e injerto censurado por muerte, ni a las de los donantes.

**Conclusiones:** En más de 5 décadas ha cambiado el perfil del paciente a trasplantar pero no así el de los donantes cumpliendo los estrictos estándares de aceptación como en el primer día.

## 562 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VHC ARN-POSITIVO A RECEPTOR VHC ARN-NEGATIVO EN EL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

PP. ORTUÑO LÓPEZ<sup>1</sup>, AN. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ<sup>1</sup>, MT. VALDA DE MIGUEL<sup>1</sup>, JL. ALBERO DOLÓN<sup>1</sup>, A. ALEDO OLTRA<sup>1</sup>, R. RODADO MARTÍNEZ<sup>1</sup>, IM. SAURA LUJÁN<sup>1</sup>, F. MORALES CARAVACA<sup>1</sup>, SJ. LLORENTE VIÑAS<sup>1</sup>, JB. CABEZUELO ROMERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA (MURCIA)

**Introducción:** El trasplante renal de donante con Virus de la Hepatitis C(VHC) ARN-positivo se ha asociado a infección por VHC en el receptor, que a su vez se relaciona con mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes. Sin embargo, hoy disponemos de antivirales de acción directa de alta efectividad que pueden curar o prevenir la infección por VHC después del trasplante.

**Material y Métodos:** Se incluyeron a 5 pacientes VHC ARN-negativos a los cuales se les oferta trasplante de donantes cadáver VHC ARN-positivos, que aceptan tras ser informados de los posibles riesgos. Recibieron tratamiento antiviral anti-VHC durante 12 semanas, iniciándose el día + 0 del trasplante junto a la inducción de inmunosupresión. Se miden las variables "Negativización de carga viral a las 12 semanas", "Rechazo al primer año", "Aparición de Donor Specific Antibodies(DSA) al primer año", "Filtrado Glomerular(FG) según CKD-EPI al primer año", "Tiempo en lista de espera", "Antiviral recibido" y "Genotipo VHC".

**Resultados:** Los 5 pacientes recibieron como tratamiento antiviral glecaprevir/pibrentasvir. 3 de ellos recibieron el órgano de donante VHC positivo con genotipo 1b (60%), 1 lo recibió de genotipo 1a (20%) y 1 de genotipo 4 (20%). 4 de ellos experimentaron negativización de carga viral a las 12 semanas de tratamiento (80%) mientras en 1 de ellos no pudieron ser medidas las variables al año por éxitus precoz por otra etiología. De los estudiados, ninguno desarrolló DSA ni rechazo durante el primer año y presentaron una media de FG al año de 58ml/min. El tiempo medio en lista de espera del total de fue de 12,8 meses.

**Conclusiones:** El trasplante renal de donante cadáver VHC-ARN + a receptor VHC-ARN – demostró ser seguro con negativización de carga viral a los 12 meses y sin aparición de DSA ni rechazo. Se acordó el tiempo medio en lista de espera de donante cadáver en relación a nuestro centro (25 meses).

■ Figura 1.

	Genotipo VHC	Negativización a las 12 semanas	Rechazo al 1º año	DSA de novo al 1º año	FG según CKD-EPI al 1º año (ml/min)	Tiempo de lista de espera	Antiviral
Paciente 1	1b	Sí	No	No	64	14 meses	glecaprevir/pibrentasvir
Paciente 2	1b	Sí	No	No	58	12 meses	glecaprevir/pibrentasvir
Paciente 3	1b	Éxitus	Éxitus	Éxitus	Éxitus	2 meses	glecaprevir/pibrentasvir
Paciente 4	1a	Sí	No	No	40	11 meses	glecaprevir/pibrentasvir
Paciente 5	4	Sí	No	No	70	25 meses	glecaprevir/pibrentasvir