

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

C. ACOSTA SØRENSEN¹, E. PORRINI², AE. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ³, AM. GONZÁLEZ RINNE¹, CM. GARGANO TRUJILLO⁴, C. CRUZ PERERA⁵, R. MORALES FEBLES⁶, L. DÍAZ MARTÍN⁷, S. LUIS LIMA⁸

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ²UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ³UNIDAD DE INVESTIGACIÓN Y ENSAYOS CLÍNICOS. SERVICIO CANARIO DE SALUD (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ⁴NEFROLOGÍA. SERVICIO CANARIO DE SALUD (SANTA CRUZ DE TENERIFE/ESPAÑA), ⁵UNIDAD 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 MARÍN¹, E. GAVELA MARTÍNEZ¹, E. CALATAYUD ARISTOY¹, J. KANTER BERGA¹, C. CASTRO ALONSO¹, A. VALERO ANTON¹, P. GANDÍA UREÑA¹, V. ESCUDERO QUESADA¹, A. SANCHO CALABUIG¹

¹NEFROLOGÍA. 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 ≥1,5mg/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±11,9 años Cr ≥ 1,5mg/dl vs 53,8±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 ≥1,5mg/dl (46,4±16,5 vs 55,1±15, p=0,002), con predominio de varones en grupo Crs≥1,5mg/dl (77,96% vs 53,6%, p= 0,003). La causa de muerte del donante fue menor por accidente cerebrovascular en grupo Cr ≥1,5mg/dl (39,1%vs69,1%,p<0,001), observando tendencia a menor HTA del donante en grupo Crs ≥1,5mg/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 ≥1,5mg/dl (52,7%vs27,9%, p=0,006) y como consecuencia una estancia postrasplante mayor (18,33±10,95vs13,28±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 ≥ 1.5mg/dl y el Cr<1.5mg/dl.

En el subgrupo de 18 pacientes con injertos Cr≥2mg/dl, la Cr media del donante fue de 2,95 ±1.05(2,0-4,9mg/dl), la edad media del receptor fue 52,07±14,17, y la del donante 41,13±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 MONTEJO¹, R. SANTAMARÍA OLMO¹, DA. RODRÍGUEZ FUENTES¹, MD. NAVARRO CABELLO¹, A. TORRES DE RUEDA¹, S. SORIANO CABRERA¹, A. RODRÍGUEZ BENOT¹, ML. AGÜERA MORALES¹

¹NEFROLOGÍA. 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±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±13,3ml/min, siendo al final del seguimiento de 63,4±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 MARTÍNEZ¹, M. RAMÍREZ GÓMEZ¹, D. VARILLAS CASO¹, M. PRADOS GARRIDO¹

¹NEFROLOGÍA. 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.

pregunta	Respuesta	Presidencia	Porcentaje
pregunta 1. ¿CÓMO SE SIENTE SU BIENESTAR DESDE PUESTO DEL RIÑÓN TRAS LA DONACIÓN?	SI	12	29.3
	NO	29	70.7
pregunta 2. ¿HA HABLABO DEL TEMA DE LA DONACIÓN EN VIVO CON TU FAMILIA?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 3. ¿HA HABLABO DEL TEMA DE LA DONACIÓN EN VIVO CON TU AMIGO?	SI	11	26.8
	NO	30	73.2
pregunta 4. ¿TE HA INFLUENCIADO ALGUNO VEC EN QUE CONVERSE LA DONACIÓN EN VIVO?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 5. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 6. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 7. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 8. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 9. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 10. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 11. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 12. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 13. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 14. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 15. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 16. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 17. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 18. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 19. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 20. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 21. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 22. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 23. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 24. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 25. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 26. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 27. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 28. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 29. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 30. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 31. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 32. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 33. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 34. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 35. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 36. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 37. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 38. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 39. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 40. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 41. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 42. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 43. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 44. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 45. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 46. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 47. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 48. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 49. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 50. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 51. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 52. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 53. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 54. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 55. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 56. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2
	NO	20	48.8
pregunta 57. ¿SE ENCONTRARÍA EN PLAZAS VACANTES PÚBLICAS Y SE LE PLANTEARA LA OPCIÓN DE LA DONACIÓN EN VIVO, CONSIDERARÍA DONAR UN RIÑÓN POR UN FAMILIAR?	SI	21	51.2

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. REVUELTA¹, M. MUSQUERA², D. CUCCHIARI¹, L. PERI³, E. POCH¹, B. BAYÉS¹, JM. CAMPSTOL¹, A. ALCARAZ², F. OPPENHEIMER¹, F. DIEKMANN¹

¹SERVICIO DE NEFROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ²SERVICIO DE UROLOGÍA Y TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLÍNICO (BARCELONA/ESPAÑA), ³SERVICIO 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 LÓPEZ¹, AN. HERNÁNDEZ GONZÁLEZ¹, MT. VALDA DE MIGUEL¹, JL. ALBERO DOLÓN¹, A. ALEDO OLTRA¹, R. RODADO MARTÍNEZ¹, IM. SAURA LUJÁN¹, F. MORALES CARAVACA¹, SJ. LLORENTE VIÑAS¹, JB. CABEZUELO ROMERO¹

¹NEFROLOGÍA. 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