

## 740 ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO EN BIOPSIA LÍQUIDA: LA INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA EN EL DONANTE ES UN FACTOR DE RIESGO DE FUNCIONALIDAD SUBÓPTIMA A LOS SEIS MESES DEL TRASPLANTE

R. RUIZ-JIMENEZ<sup>1</sup>, E. RODRIGO CALABIA<sup>2</sup>, M.J. ORTEGA FERNANDEZ-REYES<sup>3</sup>, M.L. FERNANDEZ-GUTIERREZ<sup>4</sup>, R. GELPI<sup>5</sup>, M. PEREZ REDONDO<sup>6</sup>, A. RAMOS<sup>7</sup>, A. COCA<sup>8</sup>, M. MARTIN-LORENZO<sup>9</sup>, G. ALVAREZ-LLAMAS<sup>10</sup>

<sup>1</sup>INMUNOLOGIA. HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL MARQUES DE VALDECILLA (SANTANDER/ESPAÑA), <sup>3</sup>COORDINACION DE TRASPLANTES. HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO (MADRID/ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL FUNDACION JIMENEZ DIAZ (MADRID/ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL CLINICO DE VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA)

**Introducción:** La insuficiencia renal persistente postrasplante condiciona la supervivencia del injerto haciendo que se descarten órganos que podrían ser útiles pero presentan dudas durante la toma de decisiones. La edad en aumento del donante y la incorporación de la donación en asistolia hace que un 25-44% de riñones sean desechados. El objetivo del trabajo es identificar dianas moleculares en biopsia líquida del donante que asocien con la funcionalidad del injerto a medio plazo para complementar las herramientas existentes en el momento de la donación y minimizar así el descarte de órganos viables.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y prospectivo. Se reclutaron 110 donantes fallecidos de 5 hospitales españoles y se clasificaron en base a la TFG del receptor a los 6 meses postrasplante, definiendo dos grupos: funcionalidad óptima (TFG  $\geq 45$  mg/mL/1.72m2) o funcionalidad subóptima (TFG 2). Se analizaron 184 proteínas en orina de donantes mediante inmunoensayos de extensión por proximidad. Se realizó un análisis diferencial y de redes de asociación funcional para identificar dianas con potencial predictor de funcionalidad postrasplante a los 6 meses (p valor <0.05). Se realizaron análisis dirigidos en orina de una cohorte independiente de donantes por ELISA y en biopsias renales pre-trasplante por inmunohistoquímica.

**Resultados:** Un 62% de los pacientes trasplantados presentaron funcionalidad renal óptima a los 6 meses (TFG = 55[41-64] mg/mL/1.72m2): edad donante = 57[44-64], 60% hombres, 44% DCE, 8% evento CV previo, 17% FRI. Un 38% de los pacientes presentaron funcionalidad subóptima (TFG = 33[23-40] mg/mL/1.72m2): edad donante = 69[56-73], 55% hombres, 66% DCE, 17% evento CV previo, 28% FRI. En orina del donante se identificó la inflamación mediada por quimiocinas como proceso biológico asociado a una funcionalidad subóptima (p valor (FDR) = 7x10<sup>-10</sup>) con independencia de la edad, sexo, hipertensión y diabetes del donante y receptor, KDPI, DCE, evento CV previo, evento cerebrovascular previo y FRI. Un análisis in-situ en biopsias pre-trasplante evidenció un mayor reclutamiento de macrófagos en injertos con funcionalidad subóptima a 6 meses.

**Conclusiones:** La inflamación subclínica del donante reflejada en orina es un factor de riesgo de funcionalidad renal postrasplante a medio plazo y ofrece información extra para la toma de decisiones.

## 741 OPTIMIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL CON DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: IMPACTO DE LA PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA EN LA FUNCIÓN PRECOZ Y LA SUPERVIVENCIA

N. TOAPANTA<sup>1</sup>, J. COMAS<sup>2</sup>, F. DIEKMANN<sup>3</sup>, E. MELILLI<sup>4</sup>, M.J. PÉREZ-SAEZ<sup>5</sup>, A. VILA<sup>6</sup>, C. FACUNDO<sup>7</sup>, J. TORT<sup>8</sup>, F. MORESO<sup>9</sup>, O. BESTARD<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>2</sup>ORGANIZACIÓN CATALANA DE TRASPLANTES (OCATT) (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>6</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARI GERMANS TRIAS I PUJOL (BARCELONA/ESPAÑA), <sup>7</sup>NEFROLOGIA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/ESPAÑA)

**Introducción:** La perfusión regional normotérmica (PRN) ha surgido como una estrategia prometedora para reducir la lesión isquemia-reperusión y mejorar la función renal precoz en receptores de trasplantes renales procedentes de donantes en asistolia controlada (DAC). Aunque la PRN ha demostrado reducir de forma significativa la incidencia de disfunción precoz del injerto (DGF), su impacto a medio plazo, especialmente en receptores de edad avanzada, sigue siendo incierto. Este estudio tiene como objetivo evaluar si la PRN mejora los resultados del trasplante renal en comparación con la técnica de extracción rápida (ER), considerando la función temprana, la duración del ingreso hospitalario y la supervivencia a medio plazo.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo basado en los datos del Registro Catalán de Enfermos Renales y el Registro de Donación y Trasplante. Se incluyeron primeros trasplantes renales procedentes de DAC entre 2015 y 2023. Se realizó un análisis emparejado por puntuación de propensión (1:1), ajustando por edad del donante y receptor, comorbilidades cardiovasculares y antecedentes oncológicos. Se evaluaron las tasas de no función primaria, DGF, estancia hospitalaria, función renal (eGFR CKD-EPI), y la supervivencia del injerto, del paciente y del injerto censurada por muerte a los 3 años.

**Resultados:** De un total de 1.414 trasplantes renales, 696 (49,2%) se realizaron con PRN y 364 (25,7%) con ER. Tras el emparejamiento (n=296 pares), la PRN se asoció con una menor incidencia de DGF (23,9% vs. 48,0%, p<0,001) y una estancia hospitalaria más corta (mediana de 10 vs. 14 días, p<0,001). La función renal a 3 años no mostró diferencias significativas. Tampoco se observaron diferencias en la supervivencia del paciente (p=0,1509), del injerto global (p=0,9990) ni del injerto censurada por muerte (p=0,5315). En receptores  $\geq 65$  años, la PRN no aportó beneficios en supervivencia.

**Conclusiones:** La PRN mejora de forma significativa los resultados tempranos del trasplante renal al reducir la DGF y acortar la hospitalización, facilitando una recuperación más rápida. Sin embargo, no ofrece un beneficio en términos de supervivencia a medio plazo. Son necesarios estudios adicionales para valorar su coste-efectividad e impacto en la planificación de recursos sanitarios.

## 742 SUPERIOR PATIENT SURVIVAL IN ABO INCOMPATIBLE LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANT THAN KIDNEY PAIRED DONATION

I. REVUELTA<sup>1</sup>, LL. PERI<sup>2</sup>, D. PAREDES<sup>3</sup>, JL. CARO<sup>4</sup>, M. LOZANO<sup>5</sup>, A. PEDRAZA<sup>6</sup>, P. CHARRY<sup>7</sup>, E. PALOU<sup>8</sup>, M. MUSQUERA<sup>9</sup>, F. DIEKMANN<sup>10</sup>

<sup>1</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>2</sup>DEPARTMENT OF UROLOGY. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>3</sup>ORGAN COORDINATION UNIT. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>4</sup>DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA/HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (B), <sup>5</sup>APHERESIS AND CELL THERAPY UNIT. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (B), <sup>6</sup>BLOOD BANK DEPARTMENT, BIOMEDICAL DIAGNOSTIC CENTER. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (B), <sup>7</sup>APHERESIS AND CELL THERAPY UNIT. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>8</sup>DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN)

**Background:** Incompatibility is one of the challenges of the transplant community. ABO incompatible (ABOi) living donor kidney transplant (LDKT) offers excellent results with respect to deceased donor and dialysis, although worse than LDKT with compatible blood group (BG) (ABOc). But, the reality is that these couples would only have one ABOc in the Kidney Exchange Program (KEP). Our objective is to compare the ABOi LDKT with the ABOc LDKT in a national KEP (KPD LDKT).

**Methods:** Retrospective uncentered study (2010-2020) with a minimum of FU of 5 years. ABOi LDKT criteria for transplant was based on either IgM or IgG initial (<1024) and at-transplant (E8) isoagglutinin titers. KPD LDKT criteria were by immunological and BG incompatibilities, excluding in the analysis DES- treated patients. A comparative specific subgroup of KPD, included in KEP due to only BG incompatibility (KPD\*ABOi LDKT). After the initial main outcomes analysis, we focus in mortality approach in multivariate analysis. Ethics Committee approved the study.

**Results:** 352 of 772 LDKT were included in the study, meeting the inclusion criteria 112 LDKT (62 ABOi LDKT; 50 KPD LDKT, 19 KPD\*ABOi LDKT). Females (p=0.001), higher cumulated dialysis vintage (p=0.013) and immune risk (p=0.004), and previous transplant (p=0.024) in KPD LDKT than ABOi LDKT in the same FU (71.86  $\pm$  31.96 66.60  $\pm$  32.14Mo, p=0.390). Higher graft loss was showed in KPD LDKT (34% vs 11.3%, p= 0.004) due to higher mortality (16% vs 3.2%, p=0.021), with no expected- higher any kind of rejection rate differences between both groups (p=0.564), either ABMR (0.494). In the survival analysis, higher recipient age (p=0.005), KPD LDKT over ABOi LDKT (p=0.021), KPD\*ABOi LDKT over ABOi LDKT (p=0.007), and higher immune risk (p=0.056) were the risk factors associated to mortality in the univariate analysis; However, only recipient age (OR 1.10 [1.02-1.20], p=0.014) and KPD\*ABOi LDKT over ABOi LDKT (OR 11.07 [1.61-75], p=0.014) were the associated factors in the multivariate analysis.

**Conclusions:** In our center, ABOi LDKT demonstrated superior patient survival than KPD LDKT. KPD LDKT recipients included in KEP due to BG incompatibility had higher mortality than ABOi LDKT recipients. Further multicenter analysis have to be done for establish the recommendations in incompatible pairs.

## 743 PRETRANSPLANT CLUSTERS AND OUTCOMES DETERMINING VARIABLES OF EXPANDED CRITERIA DONORS CONTROLLED DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH KIDNEY TRANSPLANTS THROUGH A HYBRID ARTIFICIAL INTELLIGENCE-BASED MODEL COMBINING SURVIVAL ANALYSIS, MULTIPLE CRITERIA OPTIMIZATION AND AN ARTIFICIAL NEURAL NETWORK

F.J. SANTOS-ARTEAGA<sup>1</sup>, D. DI CAPRIO<sup>2</sup>, N. MONTERO<sup>3</sup>, M. CRESPO<sup>4</sup>, C. FACUNDO<sup>5</sup>, E. MELILLI<sup>6</sup>, F. MORESO<sup>7</sup>, F. DIEKMANN<sup>8</sup>, O. BESTARD<sup>9</sup>, I. REVUELTA<sup>10</sup>

<sup>1</sup>DEPARTMENT OF ECONOMIC ANALYSIS AND QUANTITATIVE ECONOMY. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. (MADRID/SPAIN), <sup>2</sup>DEPARTMENT OF ECONOMICS AND MANAGEMENT. UNIVERSITY OF TRENTO (TRENTO/ITALY), <sup>3</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE, (BARCELONA/SPAIN), <sup>4</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/SPAIN), <sup>5</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA/SPAIN), <sup>6</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL UNIVERSITARI VALL HEBRÓN (BARCELONA/SPAIN), <sup>7</sup>DEPARTMENT OF NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA (BARCELONA/SPAIN)

**Purpose:** Expanded criteria donors (ECD) in Controlled Donation After Circulatory Death (cDCD) deceased kidney transplantation (KT) is an emerging source of donors with which must be taken into account due to contradictory results. Our aim is to identify clusters of patients and the variables determining the potential success or failure of the transplant.

**Methods:** Multicenter study of all consecutive cDCD during four years, and a minimum of 24 months of FU. We design a hybrid model that allows us to categorize KT patients based on their evolution throughout the transplantation process. The prediction model will combine survival analysis with multiple criteria optimization models and machine learning techniques. The survival model will identify the variables displaying greater significance, which are used to compute an index via the multiple criteria procedures. Finally, we will apply an Artificial Neural Network (ANN) to extrapolate the performance of each donor-recipient pair based on the initial values of the variables considered. A flowchart summarizing the main steps implemented through the categorization process is presented in Section F1 within the graphical abstract. Basic intuition describing the extension in the number of categories generated through the implementation of multiple criteria optimization is provided in F2.

**Results:** Out of 1,281 patients, 1,161 were included. 25.7% were cDCD from ECD. The results from a direct implementation of the ANN to the binary categories defining the initial survival results (F3, up), and the results derived from the hybrid model with two additional categories (F3, down) are presented in F3. We observed a substantial increase in the categorization capacity of the ANN when considering the patients losing their graft while displaying a subpar performance in the multiple criteria model, namely, those composing Class 3 (F3, down). A direct implementation of the survival analysis resulted into the ANN lead to rates of observed-to-predicted deaths at three years; they remained mostly below 10% for the high-risk category. Meanwhile, our hybrid model reached accuracy percentages higher than 80% for the set of donor-recipient pairs within the high-risk category.

**Conclusions:** Multiple criteria optimization models extend the number of categories that can be evaluated by the ANN, and increase its accuracy substantially, particularly when considering the high-risk category of patients. As a result, the main variables and their relative importance defines the Shapley profiles (F4) of the donor-recipient pairs.

 Ver figuras

Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

**744 LA INCOMPATIBILIDAD COMO INCREMENTO DEL DONOR POOL EN EL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO CRUZADO**

I. REVUELTA<sup>1</sup>, LL. PERI<sup>2</sup>, D. PAREDES<sup>3</sup>, JL. CARO<sup>4</sup>, M. LOZANO<sup>5</sup>, A. PEDRAZA<sup>6</sup>, P. CHARRY<sup>7</sup>, E. PALOU<sup>8</sup>, M. MUQUERA<sup>9</sup>, F. DIEKMANN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENT DE NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>2</sup>DEPARTMENT OF UROLOGY. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>3</sup>ORGAN COORDINATION UNIT. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>4</sup>DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA/ HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>5</sup>APHERESIS AND CELL THERAPY UNIT. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>6</sup>BLOOD BANK DEPARTMENT, BIOMEDICAL DIAGNOSTIC CENTER. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>7</sup>DEPARTMENT OF IMMUNOLOGY. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN)

**Introducción:** Tras el éxito de 16 años de programa nacional de cruzado (KEP) con trasplante renal de donante vivo (TRDV), vivimos una etapa de estancamiento en la eficiencia del programa. Aunque ya se han identificado oportunidades para poder incrementar el pool de donantes como es la incompatibilidad dentro del programa. Nuestro objetivo es analizar el impacto de la incompatibilidad en nuestro programa de TRDV en cruzado (KPD).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo unicéntrico (2009-2024). Desde 2015 empezamos a considerar la incompatibilidad (iKPD), tanto por ABO (TRDV ABOi); siempre que los títulos de isoaglutininas frente a hematíes del donante sean menores de 512 antes de la desensibilización, DES, y 8 antes del trasplante) como por HLA (evidenciada por crossmatch por citometría de flujo positivo o virtual positivo, considerando también algún tipo DES pretrasplante, TRDV HLAi). Se aplicaron diferentes modelos estadísticos y con inteligencia artificial para identificar clústers de qué pacientes se beneficiarían. El Comité de ética aprobó el estudio.

**Resultados:** 75 TRDV KPD fueron trasplantados (9.8% del total de los TRDV, 761) con seguimiento medio de 66.60 ± 32.14 meses. Se incluyeron 204 parejas (con 214 donantes), de los que además de los 75 TRDV KPD; 38 con TRDV fuera del programa (ABOi con el mismo donante en 12, HLAi bajo DES en 7, y 19 con otro donante vivo), 32 con TRDC (la mayoría, 72,1%, en programas de hipersensibilizados), 39 en algún grado de exclusión, y resto están activos o en stand by. La mayoría de las inclusiones fueron por incompatibilidad HLA (81.7%), seguida por ABOi (14.1%), ganancia de edad (3.1%) y evitar relación genética por riesgo de recurrencia (1.1%). Según el tipo de TRDV KPD, el compatible fue el mayoritario TRDV cruzado (59), siendo 16 con algún tipo de incompatibilidad (21,3%), estando el KPD+ABOi en 8, el KPD+HLAi en 5 y el KPD+ABOi+HLAi en 3. En los últimos años la eficiencia había pasado de 34% a 14% en nuestro centro, pudiendo con la incompatibilidad incrementar al 23%. Tuvimos una tasa de rechazo en KEP del 34%, estando el riesgo inmunológico como el factor determinante en el multivariante, sin diferencias entre non-incompatible KPD (ni-KPD) y el incompatible (iKPD), p=0.424); así como tampoco diferencias en mortalidad (p=0.210) ni pérdida de injerto censurada por muerte (p=0.182), que la edad sería un factor significativo.

Aplicando diferentes modelos, se han identificado posibles clústers de beneficio de aplicar la incompatibilidad dentro del KEP, pendientes de validación.

**Conclusiones:** Considerar la incompatibilidad en un programa cruzado, podría incrementar el pool de donantes y la eficiencia del programa, necesitando clústers validados para identificar el perfil de paciente que más se beneficiaría.

**745 COST OVERRUNS OF ABO INCOMPATIBLE LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTS AND KIDNEY EXCHANGE DONATION DUE TO HIGHER ACUTE REJECTION RATES IN THE FACE OF A POTENTIAL ECONOMIC CRISIS**

I. REVUELTA<sup>1</sup>, O. RAVENTÓS<sup>2</sup>, M. MUQUERA<sup>3</sup>, LL. PERI<sup>4</sup>, JM. CAMPISTOL<sup>5</sup>, E. POCH<sup>6</sup>, A. ALCARAZ<sup>7</sup>, R. RAMOS<sup>8</sup>, F. DIEKMANN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>DEPARTAMENT DE NEPHROLOGY AND KIDNEY TRANSPLANT. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>2</sup>DEPARTAMENT DE UROLOGY. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN), <sup>3</sup>DEPARTAMENT DE UROLOGY. HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA/ HOSPITAL CLÍNIC OF BARCELONA (BARCELONA/SPAIN)

**Purpose:** ABO incompatibility (ABOi) and kidney exchange donation (KED) are an opportunity for the transplant needs, and a challenge for the budget of any transplant center, mainly in a potential economic crisis. However, potential cost overruns could jeopardize the financial system of the different centers. Our aim, is evaluate the impact of the incompatibility- economic extra cost.

**Methods:** 10-years (2009-2019) were evaluated due to starting programs in Spain (2006 of ABOi and 2009 of KED). Economic cost of the transplant, including the mean hospital stay, were calculated. For calculate the cost of the Kidney Paired Donation (KPD), we consider the cost of the renal replacement therapy (mean 7,8±10,4 months). Impact of rejection rate with its indirect costs was also evaluated, as a potential determining factor. Main input variables and transplant outcomes were collected. The study was approved by the Local Ethical Committee.

**Results:** 91 ABOi and 45 KPD patients were included among 542 living donor kidney transplants(LDKT) during mean FU of 6,4±3,3 years. Mean age of 47,14±13,68 years(range 18-76) for recipients and 53,79±10,39 years(range 28-77) for donors. 62,2% of males, and 25,5% of retransplants. Non- inferior patient and death-censored graft survival were showed comparing both incompatibility LDKT. However, higher rejection rate was showed related to ABMR rate in ABOi (p=0.042). 16.849.387,06€ was the cost for all LDKT over 10 years. 35,95% of the costs for incompatible LDKT (24,58% for ABOi:4141434,92; and 11,37% for KED:1916131,86€), being 25,1% of the performed LDKT. ABOi and KPD had similar per-transplant costs (44.000€ vs 41.565,9€, p=0.126) with higher mean hospital stay in ABOi (16,3 vs 10,6 days,p=0.042). Despite the differences in number of transplants, the economic impact was different due the rejection over-costs with an exceed in 183141,78€ of planned costs. Only 24,9% was belong to KPD (45706,86), being the KPD the 33% of the total performed incompatibility LDKT.

**Conclusions:** The economic impact of ABOi or KED for a transplant center is different due to the rejection rates of ABOi. Further actions for reduce these costs are needed in a future or current potential economic crisis.

**746 UTILIDAD DE LA PLASMAFÉRESIS COMO TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN PACIENTES ALTAMENTE SENSIBILIZADOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO**

E. GONZÁLEZ GARCÍA<sup>1</sup>, F. MORESO MATEOS<sup>2</sup>, E. NAJERA<sup>3</sup>, D. REDONDO<sup>4</sup>, R. VALERO SAN CECILIO<sup>5</sup>, C. CANAL GIROL<sup>6</sup>, M. ALONSO<sup>7</sup>, V. LÓPEZ<sup>8</sup>, M. MOLINA<sup>9</sup>, C. JIMENEZ<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL VLD D'HEBRON (BARCELONA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLEVUE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA (SANTANDER), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CADIZ), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HRU DE MÁLAGA (MÁLAGA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. H. GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

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

Proyecto multicéntrico SENTRA - Plasmaféresis en pacientes hiperinmunizados

**Introducción:** Los pacientes altamente sensibilizados presentan un mayor riesgo de rechazo y pérdida de injerto. Presentamos los resultados de un estudio multicéntrico, retrospectivo sobre los efectos en la evolución del injerto renal del uso de PF mas inmunoglobulina en pacientes altamente sensibilizados como tratamiento inducción.

**Materiales y métodos:** Estudios observacional, multicéntrico, descriptivo y retrospectivo. Incluye todos los pacientes altamente sensibilizados (PRA virtual ≥ al 98%) que, recibieron un trasplante renal de donante cadáver o vivo entre 2016 y 2022. Se comparó pacientes que habían recibido PF como inducción frente a otro grupo similar que no.

**Resultados:** Se estudiaron 283 pacientes, procedentes de 9 hospitales. 89 pacientes (31.4%) recibieron inducción con plasmaféresis+inmunoglobulinas; solo 6 (6.7%) presentaron complicaciones leves relacionadas con la técnica. Hubo diferencias significativas en el tratamiento inducción según presencia DSA: 58 (31%) no recibieron PF ni rituximab, 17 (25,8%) solo PF vs el 15(65%) que recibieron PF+Rituximab.

La creatinina al año fue 1.43 mg/dl (+/-0.58) y 1.76 (+/-1.1) a los 5 años. Incidencia de rechazo agudo global fue del 24% (68), con una incidencia mayor si DSA preTrasplante (34.1%) (OR=1.87; IC 95%: 1.05-3.33; p=0.032). Prevalencia de RA significativamente mayor en grupo inducción PF+rituximab (56.5%, OR 4,75 (IC 95%: 1.86-12.13)). No hubo diferencias en la incidencia de rechazo crónico ni DSA de novo.

En pacientes con DSA pretrasplante, la creatinina al año, el tratamiento con rituximab, el RA durante el RPT y tipo de donante fueron factores estadísticamente significativos en la creatinina a los 5 años. En pacientes sin DSA, solo la creatinina al año mantuvo la significación.La supervivencia a 5 años fue del 81.3% y la del injerto del 67.1% (80.57% censurada mortalidad).

**Conclusión:** La realización de recambio plasmático terapéutico en los receptores de trasplante renal altamente sensibilizados no parece influir en la supervivencia del injerto en paciente sin DSA pretrasplante. Los pacientes con DSA podrían beneficiarse de recibir RPT mas rituximab en el posttrasplante inmediato para disminuir el riesgo rechazo agudo y aumentar la supervivencia del injerto, sin un incremento de las complicaciones infecciosas o tumorales.

**Tabla 1. Características demográficas y evolutivas en función del uso de plasmaféresis como inducción en paciente altamente sensibilizados.**

Variable	Total (N=283)	Plasmaféresis (N=89)	No plasmaféresis	p
Edad	52±14	48±16	53±13	ns
Sexo (varón, %)	47.3	50.6	46.3	ns
Primer Tx(%)	19.8	22.5	17.6	P=0.05
DSA al año	33.9	36	31.4	ns
Rituximab (R)	6.5	25.8	0.5	P=0.05
Rechazo agudo (%)	24	33	21.5	P=0.05
Cr a 1 año (mg/dl)	1.57±0.8	1.6±0.5	1.6±0.9	ns
DSA de novo	13.4	16.1	12.9	ns
Infecciones bacterianas al año	39.9	39.1	47.3	ns
Infecciones víricas al año	41.6	35.6	47.8	ns

**747 ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE GRAFALON VS TIMOGLOBULINA EN PACIENTES DE BAJO RIESGO INMUNOLÓGICO QUE RECIBEN UN TRASPLANTE RENAL CON ALTO RIESGO DE FUNCIÓN RETRASADA DEL INJERTO**

E. CALATAYUD ARISTOY<sup>1</sup>, E. GALVAN BARRILERO<sup>2</sup>, A. QUILIS PELLICER<sup>3</sup>, P. GANDÍA UREÑA<sup>1</sup>, M. PARRA COLLADO<sup>4</sup>, C. GILBERT BRONTS<sup>5</sup>, A. ÁVILA BERNABEU<sup>6</sup>, J. KANTER BERGA<sup>7</sup>, E. GAVELA MARTÍNEZ<sup>8</sup>, A. SANCHO CALABUIG<sup>9</sup>

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

**Introducción:** El Grafalon(R) es una globulina antiflucocitaria recientemente comercializada en España. Con este fármaco se ha descrito una reconstitución de la población de linfocitos más rápida que la que se produce tras el uso de la Timoglobulina(R), lo que podría facilitar el manejo del paciente los primeros meses posttrasplante.

**Método:** Estudio de cohortes, retrospectivo y unicéntrico que incluyó a pacientes de bajo riesgo inmunológico que recibieron un trasplante renal con alto riesgo de función retrasada del injerto desde enero-2022 hasta diciembre-2024. Los pacientes recibieron Grafalon (G) o Timoglobulina (T) a dosis reducidas, según protocolo local. Análisis comparativo en el primer año posttrasplante sobre toxicidad medular, cambios en inmunosupresión de mantenimiento o tratamientos profilácticos, función retrasada del injerto, rechazo agudo, función renal y supervivencia.

**Resultados:** Se incluyeron 70 pacientes: 36 recibieron G y 34 con T. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 17 (RIQ 12,8 – 28,4) meses.

No hubo diferencias en la edad de los receptores (G:58,6±11,7 vs T:57,7±13,3 años, p=0,7) ni de los donantes (G:55,6 vs T: 54,8 años, p=0,84). La astotolia controlada fue la donación más frecuente en ambos grupos (G:65,7% vs T:67,6%). El tiempo de isquemia fría fue similar (G:14,2±6,8 vs T:17,2±7,3 h, p=0,1). El grupo G presentó menor frecuencia de linfopenia en el 1er mes (37,1% vs 62,5% p=0,04), 2º mes (31,4% vs 63,6%, p=0,008), 3er mes (34,3% vs 63,6%, p=0,016) y 4º mes (22,9% vs 52,9%, p=0,01) post-TR. El grupo G mostró una menor frecuencia en la necesidad de modificación del antimetabolito de mantenimiento y/o de la profilaxis con cotrimoxazol y/o valganciclovir (G:27,8% vs T:47%, p=0,09). El grupo G presentó menos reacciones por CMV (G:14,3% vs T:35,3%, p=0,04). No hubo diferencias respecto a la FRI (G:48,1 vs T:60%, p=0,37) o el rechazo agudo precoz (G:13,9% vs T: 17,6%, p=0,7).

El grupo G presentó mejor función renal medida por creatinina sérica (Cr 1,5±0,5 vs 2±1 mg/dl, p=0,04) y por fGe (52±22,4 vs 41±22,1 ml/min, p=0,07), sin diferencias en la supervivencia de injerto (G:100% vs T:97%, p=0,17) o paciente (100% vs 94%, p=0,34) a 12 meses posttrasplante.

**Conclusiones:** El uso del Grafalon(R) como tratamiento de inducción en pacientes con bajo riesgo inmunológico resultó seguro y eficaz para prevenir el rechazo agudo. Su mejor perfil de toxicidad medular facilitó el manejo posttrasplante con menor necesidad de modificar el tratamiento inmunosupresor de mantenimiento o las profilaxis habituales, lo que se tradujo en una menor frecuencia de reactivación del CMV.

## Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

## 748 SAFETY AND EFFICACY OF SGLT2I IN NON-DIABETIC KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

A. BUXEDA<sup>1</sup>, LA. VIGARA<sup>2</sup>, C. AMORÓS<sup>3</sup>, A. QUILIS<sup>4</sup>, P. FREILE<sup>5</sup>, V. LÓPEZ<sup>6</sup>, P. GONZÁLEZ-CALERO<sup>7</sup>, MJ. TORRES-SÁNCHEZ<sup>8</sup>, C. CANAL<sup>9</sup>, A. SÁNCHEZ-FRUCTUOSO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DR PESET (VALENCIA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (MÁLAGA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID)

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

Grupo de Trasplante Renal (SENTRA)

**Introducción:** Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors (SGLT2i) are key therapeutic agents in cardiovascular and renal care. While widely used in kidney transplant recipients (KTRs) with diabetes, evidence on their safety and efficacy in non-diabetic KTRs remains limited. This study aims to evaluate the clinical outcomes of SGLT2i therapy in a cohort exclusively composed of non-diabetic KTRs.

**Methods:** We conducted a multicenter retrospective study of 176 non-diabetic KTRs who initiated SGLT2i therapy. Clinical and analytical data were collected at baseline and after 6 months of treatment.

**Results:** The mean recipient age was 47.6±13.5 years, with 32.4% being women. SGLT2i therapy was initiated at a median of 6.1 years [IQR 1.9–14.9] post-KT, predominantly with dapagliflozin (85.8%). The primary indication was non-nephrotic proteinuria (75%). Interestingly, 17% of patients were not receiving any concomitant antiproteinuric therapy. After 6 months of treatment, there was a significant reduction in protein/creatinine ratio (607.3 mg/g [IQR 217.8–1390] vs. 400 mg/g [IQR 129–1000], p<0.001) and albumin/creatinine ratio (545 mg/g [IQR 221–1154] vs. 295.6 mg/g [IQR 106–753.2], p<0.001) [Figure 1A]. Adverse effects occurred in 22.7% of patients [Figure 1B], with 8 (4.5%) requiring hospitalization due to probable SGLT2i-related complications (7 urinary tract infections [UTIs] and 1 case of acute kidney injury [AKI]). Temporary discontinuation occurred in 13.2% of patients, with a median time of therapy reinitiation of 6 months [IQR 4–10].

Additionally, 23.8% of patients permanently stopped therapy due to UTIs (30%), AKI (25%) or unspecified causes (35%).

**Conclusions:** SGLT2i therapy in non-diabetic KTRs shows an acceptable safety profile with a low rate of severe adverse events. The significant reduction in proteinuria and albuminuria observed at 6 months supports its potential renoprotective effects in this population. However, risks such as UTIs and AKI warrant careful monitoring. Further studies are needed to confirm long-term safety and efficacy.

## 749 EJERCICIO Y PREDIABETES TRAS EL TRASPLANTE RENAL: EXPRED II

MR. OLAV RIVERO MARTÍN<sup>1</sup>, DR. ANA MARÍA GONZÁLEZ RINNE<sup>2</sup>, DR. DOMINGO MARRERO MIRANDA<sup>3</sup>, DR. ALEJANDRA ÁLVAREZ GONZÁLEZ<sup>4</sup>, DR. NOA DÍAZ NOVO<sup>5</sup>, DR. INGRID AUYANET SAAVEDRA<sup>6</sup>, DR. RAQUEL SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>7</sup>, DR. ADONAY SANTANA QUINTANA<sup>8</sup>, DR. ANTONIO M. RIVERO GONZÁLEZ<sup>9</sup>, DR. RAÚL MORALES FÉLIX<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA/MEDICINA INTERNA, DERMATOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (TENERIFE/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (TENERIFE/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL INSULAR (GRAN CANARIA/ESPAÑA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DOCTOR NEGRÍN (GRAN CANARIA/ESPAÑA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LA CANDELARIA (TENERIFE/ESPAÑA)

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

Laboratorio de función renal de la Universidad de La Laguna. IP: Esteban Porrini, ensayo clínico multicéntrico en los 4 hospitales principales de las Islas Canarias

**Introducción:** La prediabetes post-trasplante es el principal factor de riesgo de diabetes post-trasplante. En la población general el ejercicio previene la evolución de prediabetes a diabetes. En el trasplante, este efecto se desconoce.

**Material y métodos:** Ensayo clínico aleatorizado que incluye pacientes con un trasplante renal de más de 12 meses de evolución y prediabetes, con capacidad de realizar ejercicio. Los pacientes se randomizan a recomendaciones de estilo de vida (control) o ejercicio individualizado. El programa consiste en 30 minutos de ejercicio aeróbico, 5 veces por semana, con la posibilidad de incrementar hasta 60 minutos y/o combinarlo con ejercicios de fuerza. Paralelamente, se implementa un plan de adherencia que consta de llamadas, visitas de seguimiento y registro de la actividad física por una pulsera digital. Cada 3 meses se realizan sobrecargas orales de glucosa (SOG) y analíticas. Se evalúa la glucemia basal, el peso, la tensión arterial y la dislipidemia. El estudio dura 12 meses. Objetivo: el cambio de prediabetes a normoglicemia. Según estudios previos del grupo (EXPRED I) se ha calculado una N de 50 casos, 25 por grupo.

**Resultados preliminares:** Veinticuatro pacientes han completado 6 meses y 20, 12 meses. A 6 meses, 10 de 11 (91%) en ejercicio y 5 de 13 (38%) del grupo control revirtieron (p<0.05). El ejercicio redujo el peso (76 ± 17 a 70 ± 16 kg, p<0.05), glucemia (108 ± 12 a 94 ± 9 mg/dL, p<0.05), glucemia tras la SOG (173 ± 50 a 123 ± 46 mg/dL, p<0.05), HbA1c (6.2 ± 0.4 a 5.7 ± 0.4%, p<0.05), y triglicéridos (130 ± 53 a 102 ± 33 mg/dL, p<0.05). A 12 meses, 7 de 8 pacientes (87%) en ejercicio y 4 de 12 (33%) del grupo control revirtieron (p<0.05). Con el ejercicio se redujo el peso (75 ± 15 a 70 ± 6 kg, p<0.05), glucemia tras la SOG (de 164 ± 45 a 131 ± 44 mg/dL, p<0.05), y triglicéridos (130 ± 61 a 89 ± 28 mg/dL, p<0.05). No observaron cambios significativos en el grupo control. La adherencia al ejercicio fue del 81% a los 6 meses y de 72% a los 12. No se registraron eventos.

**Conclusión:** Los resultados preliminares sugieren que el ejercicio es efectivo y seguro para revertir la prediabetes en pacientes trasplantados renales a riesgo de diabetes post-trasplante. Más estudios con ejercicio son necesarios en el área de Nefrología.

## 750 IMPACTO DE LOS INHIBIDORES DE SGLT2 EN RIÑONES DE DONANTES DIABÉTICOS

M. ARNAIZ PÉREZ<sup>1</sup>, F. VILLANEGO FERNÁNDEZ<sup>2</sup>, V. LOPEZ JIMÉNEZ<sup>3</sup>, MJ. TORRES SÁNCHEZ<sup>4</sup>, P. CASTRO DE LA NUEZ<sup>5</sup>, R. HERNÁNDEZ GALLEGOS<sup>6</sup>, A. SINGH<sup>7</sup>, LA. VIGARA SÁNCHEZ<sup>8</sup>, T. GARCÍA ALVAREZ<sup>9</sup>, A. MAZUECOS BLANCA<sup>10</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA (CARLOS HAYA) (MÁLAGA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES (GRANADA), <sup>4</sup>COORDINADOR AUTONÓMICO DE TRASPLANTE. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SEVILLA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOS), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BADAJOZ (BADAJOS)

**Introducción:** Existe una tendencia creciente a utilizar riñones de donantes diabéticos (DM). Sin embargo, la tasa de descarte sigue siendo elevada por dudas sobre la función del injerto. Avances recientes en el manejo de la DM con los inhibidores de SGLT2 (iSGLT2), han demostrado ralentizar la progresión de la DM, pero se desconoce el impacto en los resultados del TR de donantes DM.

**Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron receptores de TR con un riñón de un donante DM 5 años y con iSGLT2 al menos 6 meses. Se incluyeron paciente TR del 01/01/2016 al 31/12/2023. Se recopilaron datos de los centros andaluces que realizan TR y Badajoz. Se definieron tres grupos: grupo 1 (casos): donante DM con iSGLT2, grupo 2 (control): donante DM sin iSGLT2 y grupo 3 (control): donantes no DM. Se realizó un estudio de casos y controles en una proporción 1:1:1 según fecha del TR, tipo de donante, edad del donante y receptor; y tiempo de evolución de la DM. Recopilamos datos clínicos y demográficos de donantes y receptores. Se compararon datos histológicos de la biopsia preimplante, tasa de filtración glomerular (TFGe) y proteinuria entre los tres grupos, además de la supervivencia del receptor.

**Resultados:** Se incluyeron 36 TR por grupo. Los donantes no DM presentaron mejor calidad histológica en la biopsia preimplante (media: 2 puntos) frente a los donantes DM con o sin iSGLT2 (4 puntos en ambos) (p<0.001). La hialinosis arteriolar fue mayor en los donantes DM iSGLT2 frente a aquellos sin iSGLT2 (1 vs. 0 puntos; p=0.013).

Al año del TR, la TFGe fue ligeramente mejor en los donantes no DM, sin diferencias significativas. Sin embargo, al 1 año post-TR, la proteinuria fue menor en los receptores con injertos de donantes DM iSGLT2 frente a los otros dos grupos (p=0.008).

A los 5 años, la supervivencia del injerto fue alta en todos los grupos (100% no DM, 85.7% en DM iSGLT2 y 89% en DM sin iSGLT2) y la del receptor fue más baja en los receptores de donantes DM sin iSGLT2 frente a aquellos con iSGLT2 y no DM (58.5% vs. 84.2% vs. 83.4%, p=0.499).

**Conclusiones:** Los iSGLT2 en TR de donantes DM se asocian con menor proteinuria y podrían mejorar la supervivencia del receptor frente a los no tratados. Se requieren estudios de mayor cohorte y seguimiento para esclarecer estos resultados a largo plazo.

## 751 EXPERIENCIA INICIAL CON EL TRASPLANTE DE RIÑONES OFERTADOS POR VÍA FAST-TRACK

JA. TORRES ORTIZ<sup>1</sup>, N. MACÍAS CARMONA<sup>2</sup>, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ<sup>3</sup>, AJ. HERNÁNDEZ GARCÍA<sup>4</sup>, R. GARCÍA MARINA<sup>5</sup>, E. PERVAN GONZÁLEZ<sup>6</sup>, MA. ENCALADA LANDIRENS<sup>7</sup>, A. BASCUÑANA COLOMINA<sup>8</sup>, ML. RODRÍGUEZ FERRERO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID, ESPAÑA)

**Introducción:** El 3/Junio/2024 se creó una vía rápida (“fast-track” de oferta renal expandida) para la distribución de riñones de donantes >75 años no aceptados en la CCAA del centro donante, respetando los criterios geográficos de distribución de órganos establecidos. Describimos la experiencia inicial en nuestro centro durante los primeros meses del programa.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de la valoración pretrasplante de ofertas “fast-track” y los trasplantes renales realizados por esta vía en nuestro centro durante el año 2024 (03/06/24-31/12/24).

**Resultados:** Se recibieron 26 ofertas, 12 asistolia controlada(AC) y 14 muerte encefálica(ME). No se aceptaron 7 (diferencia de edad, histología y/o anti-HLA donante-específicos), y 6 fueron no efectivos(2 no válidos, 4 enviados a otro centro). De los 13 órganos recibidos se trasplantaron 10(1 desechado por vena lacerada, 2 por histología).

Los donantes (8/10ME,2/10AC) fueron 80% mujeres, de 79.5±4.3 años, 50% HTA y 50% DM (30% ambos), con Cr 0.59±0.2mg/dL y scoreONT 4.5±1.4.

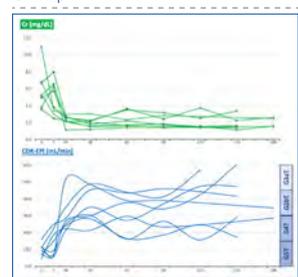
Los receptores fueron 80% varones, de 70.7±8.1 años, con ERC avanzada [8 G5D(SHD,3DP) y 2 trasplantes anticipados(G5T)] y antecedentes de cardiopatía(80%), DM(40%), EPOC(20%) y neoplasias(20%) (Charlson:4.3±1.3).

Los trasplantes fueron isogrupo ABO(7A,2O,1B), con 4/6–6/6 incompatibilidades HLA, y la inmunosupresión(100%) fue basiliximab+esteroides+MMF/MPA+tacrolimus(QD,dosis reducidas). La quimioprofilaxis fue 18.0±3.0 horas y el tiempo de suturas 48.6±9.9 min (3 reparaciones vasculares, 1 litotomía). El 20% presentó fallo primario (1 defecto de perfusión, 1 trombosis venosa) con trasplantectomía.

En los 8 trasplantes exitosos (37,5% con retraso en la función del injerto) la estancia hospitalaria fue 13.5 (RIC:10–31) días, y todos continuaban funcionando a los 163 (RIC:93–273) días. La Figura representa la evolución de la función renal en los primeros 6 meses.

**Conclusión:** Tras una valoración adecuada la mayoría de los riñones ofertados por esta vía son válidos para trasplante, a pesar de la edad y comorbilidades de los donantes y los receptores.

Figura 1. Evolución de la función renal tras el trasplante renal por vía rápida (“fast track”), en verde Creatinina (Cr) y en azul filtrado glomerular estimado por CKD-Epi.





# Resúmenes

## Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

### 756 NUESTRA EXPERIENCIA CON EL USO DE iSGLT2 EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES NO DIABÉTICOS

PB. BARRIOS CARMONA<sup>1</sup>, PG. GONZÁLEZ-CALERO BORRÁS<sup>1</sup>, AS. SOLDEVILA ORIENT<sup>1</sup>, PM. MARQUÉS<sup>1</sup>, MJ. JESÚS SANZ<sup>2</sup>, IB. BENEYTO CASTELLO<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO I POLITÈCNIC LA FE (VALENCIA); <sup>2</sup>DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA. INCLIVA (VALENCIA)

**Introducción y objetivos:** Los iSGLT2 ofrecen importantes beneficios metabólicos, cardiovasculares y nefrológicos. La experiencia con el uso de estos fármacos en trasplantados renales es limitada y su uso se ha centrado principalmente en los pacientes con DM.

Los iSGLT2 podrían además mejorar la hipomagnesemia y la anemia, pero faltan estudios que analicen su efectividad en trasplantados renales.

El objetivo principal del estudio es evaluar el impacto de los iSGLT2 en la función renal en pacientes trasplantados renales no diabéticos. Como objetivos secundarios, se analizan los cambios en los niveles séricos de hemoglobina, magnesio y hemoglobina glicosilada a los tres y seis meses de tratamiento.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo que analiza nuestra experiencia con el uso de iSGLT2 en pacientes trasplantados renales no diabéticos.

**Resultados:** Las características de los pacientes se describen en la TABLA 1.

Los valores medios de creatinina, filtrado glomerular, proteinuria, magnesio, hemoglobina y hemoglobina glicosilada previos al inicio del iSGLT2 y a los tres y seis meses quedan reflejados en la TABLA 2.

Se observó una reducción estadísticamente significativa en la proteinuria tras 6 meses de tratamiento con iSGLT2.

Se observó un aumento estadísticamente significativo en los niveles de magnesio en aquellos pacientes que presentaban hipomagnesemia. No hubo variaciones en niveles de hemoglobina ni de hemoglobina glicosilada.

Un paciente suspendió el fármaco por deterioro de función renal. Se reportaron tres infecciones del tracto urinario inferior, que no requirieron ingreso hospitalario.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, los iSGLT2 no causaron deterioro de función renal y sí que mostraron una reducción estadísticamente significativa en la proteinuria.

Hubo una tasa aceptable de efectos adversos.

Se requieren más estudios que evalúen la eficacia nefroprotectora y cardioprotectora de los iSGLT2 así como su perfil de seguridad y sus beneficios en el control de la anemia y del magnesio en trasplantados renales no diabéticos.

Ver tablas

### 757 NEOPLASIAS PULMONARES EN TRASPLANTADOS RENALES ¿ESTARÍA INDICADO HACER CRIBADO?

MI. DURAN SOLÍS<sup>1</sup>, JI. MINGUELA PESQUERA<sup>1</sup>, A. GARCIA BARANDIARAN<sup>2</sup>, E. CORRAL LOZANO<sup>3</sup>, P. GARCIA LEDESMA<sup>4</sup>, A. ARNAU PRIETO<sup>5</sup>, MT. VISUS FERNANDEZ DE MANZANOS<sup>6</sup>, G. ALCALDE BEZHOLD<sup>7</sup>, A. BASTERRETXEA<sup>8</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BASURTO (BILBAO.BIZKAIA.ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO.BIZKAIA.ESPAÑA); <sup>3</sup>COORDINACIÓN DE TRASPLANTE PAÍS VASCO. UNIPAR (BILBAO.BIZKAIA.ESPAÑA); <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GALKAKAO (GALKAKAO.BIZKAIA.ESPAÑA); <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DONOSTIA (DONOSTIA. GIPUZKOA.ESPAÑA); <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DE ZUMARRAGA (ZUMARRAGA. GIPUZKOA.ESPAÑA); <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE ARABA (GASTEIZ.ARABA.ESPAÑA); <sup>8</sup>UNIPAR. GRUPO ALBOR (BILBAO.BIZKAIA.ESPAÑA)

**Introducción:** El cribado de neoplasias en pacientes de riesgo es un tema en actual debate. Están implantados programas de cribado en cáncer de colon, mama y cérvix. Se está valorando la implementación del cribado de cáncer de pulmón. Es importante conocer la afectación del cáncer de pulmón en la población trasplantada renal. El objetivo es analizar la prevalencia de cáncer de pulmón y la evolución del mismo en nuestra población trasplantada.

**Material y método:** Estudio retrospectivo de pacientes incluidos en la base de datos del registro autonómico de enfermos renales (UNIPAR) y del registro propio del hospital de referencia de trasplantados renales (Hospital Universitario de Cruces), desde 2001 hasta el 31/12/2024. Se analizan los casos registrados de pacientes con neoplasias y dentro de ellos, los afectados con neoplasias pulmonares, el tiempo desde el trasplante hasta el diagnóstico y la evolución de los mismos. Los datos se expresan en mediana (rango intercuartil) y frecuencia relativa.

Los datos se analizan también por bloques de tiempo, con intervalos de 3 y 4 años, para ver la tendencia.

**Resultados:** de un total de 4673 pacientes que tuvieron al menos un trasplante renal, 107 sufrieron cáncer de pulmón (2.29% de los pacientes). Fueron 102 pacientes trasplantados de donante cadáver y 2 de donante vivo; 3 pacientes eran con trasplante hepato-renal. La mayoría eran hombres (85.05%). La mediana de edad al diagnóstico del cáncer era de 65.9 (60.0-71.8) años. La mortalidad fue muy alta (92.5%), con una mediana de seguimiento desde el diagnóstico del tumor de 6 meses (1.5-1.9), siendo atribuida la causa del fallecimiento al tumor en el 70.4% de los pacientes.

El porcentaje de pacientes con neoplasia prevalente se incrementa en el tiempo, siendo máximo (15.32%) de 2009-2012, se mantiene en meseta hasta 2021 (14.99%) y mejora levemente los últimos 4 años (13.83%). En cuanto al tiempo transcurrido hasta el diagnóstico, no hay una clara tendencia a mayor precocidad, variando la mediana desde 3.8 - 11.12 años, siendo el último periodo de 7.2 años.

Va subiendo el porcentaje de tumores pulmonares respecto al total de tumores registrados en los últimos años: 8.2% al inicio del periodo, 18.48% de 2017 a 2020 y el 21.05% de 2021 a 2024.

**Conclusiones:** el cáncer de pulmón aunque no es muy prevalente en nuestra población trasplantada, la tendencia está en aumento y el pronóstico es infausto, condicionado entre otros factores por el diagnóstico tardío que limita las posibilidades de tratamiento curativo. Los programas de cribado para la detección precoz con TAC de baja dosis en pacientes de alto riesgo, han demostrado reducción de la mortalidad por ésta causa. Nuestros pacientes podrían beneficiarse realizando cribado para detectarlos precozmente y mejorar el pronóstico vital.

### 758 AUMENTO EN EL USO DE DONANTES VIVOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS PARA FAVORECER EL TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO

R. ALABAU PERICH<sup>1</sup>, E. ARCOS<sup>2</sup>, J. COMAS<sup>3</sup>, N. SERRA<sup>4</sup>, C. CÓRDOBA<sup>1</sup>, M. PÉREZ-MIR<sup>1</sup>, L. FAYOS<sup>1</sup>, J. TORT<sup>1</sup>, C. FACUNDO<sup>1</sup>, L. GUIRADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA); <sup>2</sup>OCAT. ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT (BARCELONA)

**Introducción:** España tiene actualmente el porcentaje más alto de donantes fallecidos por millón de población en el mundo (50 pmp en 2023). A pesar de ello, el tiempo medio en lista de espera hasta el trasplante fue de 20,6 meses en 2023. Los pacientes jóvenes y los receptores del grupo sanguíneo O presentan un tiempo aún mayor. El donante vivo es la mejor solución para ofrecerles un trasplante renal anticipado. En los últimos años, el número de donantes vivos con criterios expandidos ha crecido significativamente en nuestra área para facilitar este objetivo.

**Material y métodos:** Utilizando el Registro Catalán de Pacientes Renales, describimos las características de 2.510 trasplantes renales de donante vivo realizados en Cataluña entre los años 2000 y 2023, con el objetivo de observar los cambios en los criterios de aceptación de estos donantes.

**Resultados:** La siguiente tabla muestra el importante aumento en el número de donantes vivos con criterios expandidos según diferentes características. También se observa un crecimiento paralelo en los trasplantes anticipados realizados.

**Conclusiones:** La introducción progresiva de donantes vivos con criterios ampliados ha permitido el aumento constante del trasplante renal anticipado en nuestros pacientes. Los excelentes resultados a largo plazo de estos injertos en los receptores (supervivencia del paciente a 10 años del 86,4%, supervivencia del injerto censurada por muerte del 82,9% y supervivencia del injerto del 72,2%), así como la preservación y estabilidad de la función renal del donante en el seguimiento a lo largo de los años, nos permiten considerarlos cada vez más como una primera opción de tratamiento sustitutivo renal que evita que nuestros pacientes inicien diálisis, especialmente los receptores jóvenes o del grupo O ya que los resultados de supervivencia son mejores con un donante vivo expandido que con un donante cadáver estándar.

Tabla 1.

Donantes vivos	2000-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020	2021-2023	Total	p-values
n	175	481	778	639	510	2583	
>70 años	2.9%	2.9%	4.8%	8.5%	8.6%	149	0.000
CKD-EPI <70	5.2%	6.3%	5.89%	3.8%	16.8%	199	0.000
Proteinuria >150 mg/24 h	1.4%	5.4%	5.6%	3.6%	6.4%	79	0.151
HTA	6.9%	8.8%	11.7%	14%	18.0%	309	0.000
Diabetes Mellitus II	0%	0.6%	0.1%	0.3%	1.5%	13	0.006
Donante con litiasis	3.1%	1.6%	2.6%	5.8%	2.9%	72	0.004
Trasplante anticipado	34.9%	43.8%	47.1%	57.6%	57.8%	1262	0.000

### 759 RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTES VIVOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS

R. ALABAU PERICH<sup>1</sup>, E. ARCOS<sup>2</sup>, J. COMAS<sup>3</sup>, N. SERRA<sup>4</sup>, C. CÓRDOBA<sup>1</sup>, M. PÉREZ-MIR<sup>1</sup>, L. FAYOS<sup>1</sup>, J. TORT<sup>1</sup>, C. FACUNDO<sup>1</sup>, L. GUIRADO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA); <sup>2</sup>OCAT. ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT (BARCELONA)

**Introducción y objetivos:** En las últimas décadas hemos sido testigos de un aumento constante en el uso de donantes con criterios expandidos, inicialmente de donantes fallecidos y, más recientemente, de donantes vivos. Todo ello con el objetivo de reducir el tiempo de espera para el trasplante en nuestros receptores. Sin embargo, existe una preocupación significativa sobre los resultados de supervivencia a largo plazo obtenidos con donantes vivos de criterios expandidos.

**Material y métodos:** Utilizando el Registro Catalán de Pacientes Renales, analizamos y comparamos los resultados del trasplante renal a largo plazo obtenidos con diferentes tipos de donantes durante el periodo 2000-2023:

Donantes vivos estándar (<70 años y CKD-EPI >70 ml/min); Donantes vivos con criterios expandidos (>70 años o CKD-EPI <70 ml/min); Donantes fallecidos estándar (45-60 años, CKD-EPI >70 ml/min, sin diabetes); Donantes fallecidos con criterios expandidos (>70 años o CKD-EPI <70 ml/min).

**Resultados:** La tabla adjunta muestra los resultados obtenidos con estas diferentes categorías de donantes.

**Conclusiones:** Nuestros datos confirman que los donantes vivos proporcionan mejores tasas de supervivencia del paciente y del injerto a largo plazo en la población trasplantada renal que los donantes fallecidos. Cabe destacar que los resultados de supervivencia son superiores cuando se utiliza un donante vivo con criterios expandidos en comparación con un donante fallecido estándar. Dato especialmente a tener en cuenta en receptores jóvenes o del grupo O para favorecer su trasplante anticipado y en receptores de edad avanzada que puedan tener un donante de edad parecida, el cual dará mejores resultados de supervivencia que un donante fallecido con criterios expandidos. Al comparar los resultados entre donantes vivos y fallecidos con criterios expandidos, las diferencias son significativamente favorables para los donantes vivos.

Tabla 1.

Donantes vivos	Donante vivo estándar	Donante vivo expandido	Donante cadáver estándar	Donante cadáver expandido	p
n	1988	129	2851	2407	
Supervivencia paciente (10 años)	86.15%	81.54%	72.8%	32.9%	p=0.043
Supervivencia injerto (10 años)	74.5%	63.9%	57.20%	24%	p=0.042
Supervivencia injerto muerte censurada (10 años)	85.6%	79.3%	73.6%	64.1%	p=0.073

Supervivencia a 10 años según donante

**760 ¿ES SEGURA LA DONACIÓN RENAL EN VIVO CON CRITERIOS EXPANDIDOS PARA EL DONANTE? SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL REGISTRO CATALÁN DE DONANTES VIVOS DE RIÑÓN**

R. ALABAU PERICH<sup>1</sup>, L. GUIRADO PERICH<sup>1</sup>, J. COMAS<sup>2</sup>, N. SERRA<sup>1</sup>, C. CÓRDOBA<sup>1</sup>, M. PÉREZ-MIR<sup>1</sup>, L. FAYOS<sup>1</sup>, J. TORT<sup>1</sup>, C. FACUNDO<sup>1</sup>, E. ARCO<sup>3</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>2</sup>OCAT. ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT (BARCELONA)

**Introducción y objetivos:** Con el objetivo de reducir la lista de espera para trasplante renal, en los últimos años España ha experimentado un aumento en el número de donantes vivos con criterios expandidos. Esta tendencia ha generado preocupación respecto a la seguridad de los donantes, especialmente en términos de supervivencia y evolución de su función renal.

**Métodos:** Utilizando el Registro Catalán de Donantes Renales Vivos, analizamos las características de 2.510 trasplantes renales de donante vivo realizados en Cataluña entre 2000 y 2023. Nuestro objetivo fue evaluar la supervivencia a largo plazo de los donantes y la evolución de su función renal tras la donación.

**Resultados:** Se detectó una diferencia inicial en la tasa de filtrado glomerular estimada (eGFR) previa a la donación entre los donantes mayores de 70 años y aquellos menores de 70 años (79,5 ml/min vs. 93,4 ml/min; p<0,001). Esta diferencia se mantiene estable durante todo el seguimiento, sin evidencias de una pérdida progresiva del eGFR a largo plazo en ninguno de los dos grupos. Asimismo, los donantes con un CKD-EPI previo inferior a 70 ml/min mostraron una evolución estable del eGFR, comparable a la de aquellos con valores superiores (tabla I).

Durante el seguimiento, fallecieron 48 donantes vivos (1,92%), siendo las principales causas de muerte: neoplasias (29,2%), infecciones (8,3%), eventos cardiovasculares (6,2%), otras causas (14,6%) y causas desconocidas (41,7%). Solo dos donantes precisaron tratamiento sustitutivo renal y fueron trasplantados con órganos de donante fallecido.

**Conclusiones:** Aunque existen diferencias significativas en la función renal post-donación según la edad y el eGFR inicial, el filtrado glomerular se mantiene estable durante al menos 10 años, tanto en donantes con criterios expandidos como en los estándar, lo que respalda la seguridad de la donación en este perfil de donantes.

Tabla 1.

Donantes vivos	Basal	3 meses	12 meses	3 años	5 años	10 años	p-value
CKD-EPI ml/min							
>70 años n=127	78	51.6	51.9	57.1	55.1	54.8	P=0.0000
<70 años n=1939	93	62.8	64.1	67.1	67.9	68.3	
CKD-EPI < 70 ml/min n=163	68	51.3	53.3	56.9	56.4	56.3	P=0.0000
CKD-EPI > 70 ml/min n=1903	95.2	63.1	64.3	67.4	68	68.7	
Proteinuria > 150 mg/24 h n=312	91.7	63.6	63.3	64.9	64.6	64.3	p>0.05
Proteinuria < 150 mg/24 h n=2132	93.2	62.5	63.4	66.9	67.5	68	

**761 DARBEPOETINA FRENTE A ROXADUSTAT EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA ANEMIA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL. UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO**

A. FRANCO<sup>1</sup>, P. MAS-SERRANO<sup>2</sup>, I. BELTRAN<sup>3</sup>, E. DE LA CRUZ<sup>1</sup>, N. BUENDIA<sup>1</sup>, J. POLACHE<sup>1</sup>, FJ. PEREZ CONTRERAS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE), <sup>2</sup>FARMACIA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE), <sup>3</sup>FARMACIA. HOSPITAL ALICANTE (ALICANTE)

Darbeopetina es un tratamiento eficaz de la anemia en el receptor de trasplante renal. Ante la aparición de Roxadustat, un inhibidor del factor inducible de la hipoxia, hemos diseñado un estudio para comparar su eficacia, seguridad y precio frente a Darbeopetina en el tratamiento inicial de anemia en el receptor de trasplante renal.

Estudio de cohortes prospectivo y randomizado.

Se reclutaron 52 receptores de trasplante renal con injerto funcionante y diagnóstico inicial de anemia (Hemoglobina<11g/dl) entre octubre y diciembre 2024. De ellos 26 recibieron tratamiento con darbeopetina y 26 con roxadustat durante 12 semanas. La aleatorización se efectuó por orden de diagnóstico inicial de anemia en la consulta externa.

Los grupos eran comparables en edad (mediana 66,5 vs. 68,0 años; p=0.331), sexo (varones 38.5% vs 30.8%; p=0.771), función renal (24,5 vs 33,5 ml/min; p=0.143), Ferritina (303,5 vs 382 ng/mL; p=0.185), Saturación Hierro (26,0% vs 22,50%; p=0.220) y PCR (0.40 VS 0,68 mg/L; p=212). Las mediana de hemoglobina basal fueron 9,95 g/dL (IQR: 9.53-10.60) con Darbeopetina y 9,80 g/dL (IQR: 9.12-10.50) con Roxadustat(p=0,547).

Al final del estudio el 79,2% de receptores con Darbeopetina y el 90,9% con Roxadustat (p=0,268) alcanzaron hemoglobina > 11g/dL.

El cambio mediano en hemoglobina fue similar, p=0,065, en el grupo de Darbeopetina, + 1,85 g/dL (IQR: 1,33 - 2,73) y en el de Roxadustat, + 2,45 g/dL (IQR: 1,93 - 3,35). No objetivamos diferencias entre el resto de parámetros estudiados al final del estudio entre los grupos. Dtos mostrados en Tabla.

El coste medio del tratamiento por paciente con Darbeopetina fue 190 euros, (60 ng/mL / 2 semanas), inferior al de Roxadustat ,290 euros / 70 mg / 3 días/ semana).

En el grupo de Roxadustat 4 receptores (15,3%), 2 de ellos con patología neoplásica, presentaron trombosis venosa profunda frente a ningún paciente en tratamiento con Darbeopetina.

En conclusión, darbeopetina y roxadustat son eficaces en el tratamiento inicial de la anemia del receptor de trasplante renal, pero el tratamiento con roxadustat es mas caro y presenta mas efectos secundarios, sobre todo en receptores con un sustrato neoplásico.

Tabla 1.

Variable	Darbeopetina	Roxadustat	p-value
Nº pacientes	26	26	
Edad	66.50 (57.00-70.00)	68.00 (59.25-72.00)	0.331
Sexo varón n (%)	10 (38.5%)	8 (30.8%)	0.771
GFR basal	24.50 (16.25-34.50)	33.50 (25.25-47.75)	0.086
GFR 3 meses	28.00 (20.00-37.25)	34.00 (25.25-51.00)	0.140
Δ GFR	0.50 (-0.00-3.50)	0.50 (-1.00-4.00)	0.843
Hb basal	9.95 (9.53-10.60)	9.80 (9.12-10.50)	0.547
Hb 3 meses	12.10 (11.25-12.60)	12.15 (11.18-13.05)	0.287
Δ Hb	1.85 (1.33-2.73)	2.45 (1.93-3.35)	0.066
Ferritina basal	303.50 (242.75-455.00)	382.00 (247.50-570.75)	0.185
Ferritina 3 meses	277.50 (234.00-467.00)	274.00 (173.50-374.75)	0.512
Δ Ferritina	-49.50 (-88.50-73.00)	-96.00 (-222.00 -12.75)	0.094
Sat Fe basal	26.00 (20.00-30.00)	22.50 (20.00-28.00)	0.220
Sat Fe 3 meses	27.00 (20.00-36.50)	21.50 (20.25-31.50)	0.330
Δ Sat Fe	4.00 (-5.50-14.00)	0.00 (-2.75-6.75)	0.585
PCR basal	0.40 (0.14-1.09)	0.68 (0.33-3.00)	0.212
PCR 3 meses	0.48 (0.08-1.15)	0.59 (0.18-1.18)	0.345
Δ PCR	-0.04 (-0.38-0.42)	0.00 (-0.87-0.18)	0.605

Valores expresados como mediana (IQR)

**762 ANÁLISIS CRÍTICO DE UN PROGRAMA REGIONAL DE TRASPLANTE DE RIÑÓN Y PÁNCREAS (TxRP)**

AM. ÁLVAREZ GONZÁLEZ<sup>1</sup>, AI. MARTÍN MALAGÓN<sup>2</sup>, MC. ABAD MORALES<sup>1</sup>, D. MARRERO MIRANDA<sup>1</sup>, MC. RODRIGUEZ ADANERO<sup>1</sup>, D. ÁLVAREZ SOSA<sup>1</sup>, ML. PÉREZ TAMAJÓN<sup>1</sup>, AM. GONZÁLEZ RINNE<sup>1</sup>, AP. RODRÍGUEZ HERNÁNDEZ<sup>1</sup>, D. HERNÁNDEZ MARRERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTOBAL DE LA LAGUNA/ESPAÑA), <sup>2</sup>CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (SAN CRISTOBAL DE LA LAGUNA/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CANARIAS (AN CRISTOBAL DE LA LAGUNA/ESPAÑA)

**Introducción:** El TxRP es un verdadero reto para los profesionales, frágil por las circunstancias que lo rodean, para iniciarlo y para mantenerlo de forma eficiente. Las series de TxRP con limitado número de casos han mostrado resultados menos favorables, con más complicaciones médicas y quirúrgicas. Nuestro objetivo fue comparar los resultados de nuestro programa de TxRP (limitado en número de casos), con los publicados por el grupo español EFISPAN (301 TxRP en 8 centros durante el período 2008-2012).

**Material y métodos:** Revisamos 124 TxRP realizados durante 22 años (5,6 TxRP/año) en el Hospital Universitario de Canarias (2002-2024). Analizamos las características demográficas de los donantes y receptores, complicaciones infecciosas, quirúrgicas, tasas de rechazo agudo y supervivencia del paciente y de ambos injertos.

**Resultados:** Se realizaron 114 TxRP simultáneos, 8 páncreas después de riñón y 2 páncreas aislados. Edad y % varones: donantes 32±10 años, 61%; y receptores 38±7 años, 66%. Mediana de hospitalización: 23 [16-41] días. Tiempo de isquemia fría: páncreas 12±4 horas; riñón 14±4 horas. La supervivencia del riñón y del paciente no mostraron diferencias destacables. Las comparaciones de interés se ilustran en la tabla adjunta.

**Conclusiones:** No podemos extraer datos concluyentes pero un bajo número de casos puede influir en los resultados alta tasa de rechazo agudo y de complicaciones quirúrgicas. Estos resultados tienen un impacto para los pacientes, pero también para los equipos médicos: menos indicación y remisión de pacientes, experiencia limitada y pérdida de atractivo para los profesionales. Se suma además la dificultad de renovación de los equipos, lentitud para la inclusión en lista de espera e imposibilidad para incorporar donantes expandidos... Sirvan estos datos objetivos como advertencia para priorizar la gestión de un programa de TxRP, en esta población de características singulares (alta prevalencia de diabetes) y con el aislamiento geográfico de la región.

**763 CHARACTERIZATION OF MIXED REJECTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS**

BC. BETTY CHAMOUN<sup>1</sup>, AT. ANNA TORRICO<sup>1</sup>, JG. JAVIER GIMENO<sup>1</sup>, MJ. MA JOSÉ PÉREZ<sup>1</sup>, DR. DOLORES REDONDO<sup>1</sup>, EA. ELISENDA ALARI<sup>1</sup>, CB. CARLA BURBALLA<sup>1</sup>, AJ. ALMUDENA JUEZ<sup>1</sup>, MC. MARTA CRESPO<sup>1</sup>, AB. ANNA BUXEDA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), <sup>2</sup>PATOLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

**Introduction and aim:** Mixed rejection (MR), combining features of antibody-mediated rejection (AMR) and T cell-mediated rejection (TCMR), represents a complex and poorly characterized challenge in kidney transplantation (KT). Current Banff criteria do not fully capture the clinical heterogeneity of MR phenotypes, limiting prognostic assessment and therapeutic strategies. We characterized the clinical, histological, and serological profiles of MR in KT recipients and compared outcomes across subgroups based on the degree of humoral and cellular involvement.

**Methods:** We conducted a retrospective single-center study including KT recipients who underwent a renal biopsy between 2018 -2024. Twenty-two patients with MR were identified and stratified in three groups based on Banff-2022: (1) AMR + TCMR/borderline, (2) Probable AMR (pAMR) + TCMR/borderline, and (3) Microvascular inflammation (MVI) + TCMR/borderline. Clinical, histological, and serological data were collected at biopsy and the end of follow-up. The median time from transplant to biopsy was 3.8 months [IQR 2.0 -13], and the median total follow-up was 38 months [IQR 16-91].

**Results:** The mean recipient age was 54 ± 15 years, 32% were women, and 83% received a deceased donor (Figure 1A). At diagnosis, 86% of recipients received specific immunosuppressive treatment, with no significant differences in treatment regimens between groups. DSA were only present in the first two groups as per definition (78-100% vs. 0%, p<0,001). Notably, only 56% of AMR+TCMR/borderline cases were indication biopsies, compared to 100% in the other groups (p=0.029). No significant differences were observed in serum creatinine, protein/creatinine ratio, or albumin/creatinine ratio at biopsy or at the end of follow-up. During follow-up, 6 patients (27%) experienced graft loss and 4 (14%) died. Kaplan-Meier analysis showed worse death-censored graft survival in AMR+TCMR/borderline (44%) and pAMR+TCMR/borderline (33%) than MVI+TCMR/borderline (0%), although differences did not reach statistical significance (p=0.0979, Figure 1B).

**Conclusions:** MR phenotypes showed similar kidney function outcomes. Death-censored graft loss was numerically higher in AMR+TCMR/borderline and pAMR+TCMR/borderline than in MVI+TCMR/borderline, although differences were not statistically significant.

Ver figura

# Resúmenes

## Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

### 764 TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES HIPERSENSIBILIZADOS, UNA NECESIDAD CRECIENTE

L. PORCAR SAURA<sup>1</sup>, E. CALATAYUD ARISTOY<sup>1</sup>, J. KANTER BERGA<sup>1</sup>, E. GAVELA MARTÍNEZ<sup>1</sup>, A. QUILS PELLICER<sup>1</sup>, C. CASTRO ALONSO<sup>1</sup>, E. VIVÓ ORTÍ<sup>1</sup>, A. SANCHO CALABUIG<sup>1</sup>

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

**Introducción:** Los pacientes hipersensibilizados tienen peor supervivencia del injerto, sin embargo, un tiempo prolongado en lista de espera se asocia a una peor supervivencia del paciente. Adaptar el tratamiento inmunosupresor para realizar el trasplante con anticuerpos donante específicos (ADE) podría permitir el acceso al trasplante para estos pacientes.

**Métodos:** Análisis comparativo de trasplantes renales con ADE frente a trasplantes renales hipersensibilizados sin ADE realizados en nuestra unidad desde mayo de 2010 hasta junio de 2024. Los criterios de inclusión fueron seguimiento mínimo de 6 meses y tratamiento de inducción con al menos 3 dosis de timoglobulina.

**Resultados:** La media de seguimiento fue de 65±38 meses en el grupo no ADE sin diferencias entre ambos grupos.

El grupo de ADE fue similar al no ADE para las siguientes variables: sexo receptor (65.9 vs 66.7% mujer), edad del receptor (53 vs 55 años), retrasplante (44 vs 54), tiempo en diálisis (69 vs 71 meses), edad del donante (53 vs 54 años), sexo del donante (49 vs 56% mujer), tipo de donante (ME 58 vs 72%) y número de incompatibilidades (3.6 vs 4); p>0.05.

Tampoco obtuvimos diferencias en la comorbilidad del perfil de donante entre ambos grupos. El tiempo de isquemia fría (14 vs 16 horas), la NTA (32 vs 35%) y la estancia hospitalaria (15 vs 13 días) fueron similares (ADE vs noADE, p>0.05).

Todos recibieron inducción con timoglobulina, siendo similar el número de dosis (4.6 vs 4.5 dosis).

El rechazo agudo (RA) precoz (7 vs 2.1%) fue similar; siendo el RA humoral a lo largo del seguimiento, más frecuente en el grupo ADE (19% vs 6%), p=0.005.

No encontramos diferencias en la creatinina ni tampoco en la proteinuria hasta los 5 años de evolución. El diagnóstico de neoplasias (10.5 vs 17.3%) fue similar entre ambos grupos, p>0.05.

La viremia BK (16,2 vs 4,2 %) fue significativamente mayor en el grupo ADE, p<0.05. La nefropatía BK (14,3 vs 0 %) se diagnosticó únicamente en el grupo ADE, p <0,05.

La supervivencia del injerto al año fue peor para los ADE (1ª año 95 vs 98%, 3ª año 86 vs 93%, p=0.01), siendo la supervivencia del paciente a los 3 años similar (93 vs 100%, p>0.05) para ADE vs no ADE.

**Conclusiones:** Observamos un aumento del rechazo humoral y una peor supervivencia del injerto renal en el grupo ADE respecto al resto de pacientes hipersensibilizados sin ADE. También objetivamos un aumento de la nefropatía BK en el grupo ADE, que probablemente esté relacionada con la mayor carga inmunosupresora que ha recibido este grupo. Sin embargo, consideramos que la presencia de ADE no debería suponer una contraindicación para acceder al trasplante en estos pacientes.

### 765 ¿ES LA POLIQUISTOSIS RENAL UN FACTOR PROTECTOR FRENTE A LA REPLICACIÓN DEL VIRUS BK?

D. BUSTOS JIMÉNEZ<sup>1</sup>, MA. MUÑOZ CEPEDA<sup>1</sup>, A. ROCA MUÑOZ<sup>1</sup>, FJ. AHUJADO HORMIGOS<sup>1</sup>, A. CUBAS SÁNCHEZ-BEATO<sup>1</sup>, AA. ASTROÑA ROJAS<sup>1</sup>, LM. CUETO BRAVO<sup>1</sup>, NL. ÁVILA MOLINA<sup>1</sup>, K. PALMERO KLEIN<sup>1</sup>, A. MIRANDA DEL CERRO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO (TOLEDO/ESPAÑA)

Es conocido que la infección por virus BK en el injerto renal se asocia al grado de inmunosupresión. Recientemente ha suscitado interés la posibilidad de que la poliquistosis renal (PQR) podría comportarse como factor de protección frente a esta infección. Con este objetivo estudiamos la incidencia de infección BK en nuestra cohorte de pacientes trasplantados renales con o sin PQR.

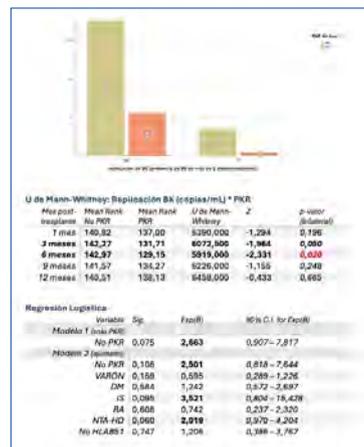
Se recogieron variables demográficas, características de la donación y evolución en una cohorte de 279 pacientes trasplantados entre 2016 y 2023; de ellos 57% varones de 56 ± 13,38 años. 71% en hemodiálisis previa al trasplante con patología glomerular como causa de ERC en un 24,1%, seguida por la PKR con un 21,5%. El 82% fueron donantes fallecidos en muerte encefálica y la inmunosupresión de inducción combinó esquemas principalmente con basiliximab o timoglobulina. Un 45,5% presentó necrosis tubular aguda y un 12,2% tuvo rechazo agudo, entre otras variables. Se cuantificó el ADN viral en varios puntos de la evolución. Comparamos ambas poblaciones PQR vs otra etiología y realizamos un análisis multivariante considerando otras variables con influencia conocida en la aparición de esta infección.

No observamos diferencias estadísticamente significativas en la presencia o no de replicación de virus BK. Sin embargo, si encontramos diferencias en su cuantificación, siendo menor en los pacientes con PKR en los primeros 6 meses.

Mediante regresión logística la ausencia de PKR también tiende a asociarse a un mayor riesgo de replicación de BK, aunque no alcanzó significación estadística. Al ajustar el modelo por otras variables, se mantiene esa tendencia.

La PQR por se podría ser importante como factor de protección frente a la replicación del virus BK en el trasplante renal al menos en el primer semestre, al margen los conocidos factores de riesgo como la NTA con HD postrasplante o el grado de inmunosupresión.

Figura 1.



### 766 ¿QUÉ PREDICE MEJOR LA FUNCIÓN RENAL AL AÑO DEL TRASPLANTE, EL KDPI O EL SCORE DE LA BIOPSIA DEL DONANTE RENAL?

E. VILLANUEVA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, G. TABERNERO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, MA. LIZARAZO SUAREZ<sup>1</sup>, AR. FALCONI SARMIENTO<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, DR. QUISEP RAMOS<sup>1</sup>, KA. PINOARGOTE KAÑAR<sup>1</sup>, L. SAMPE-DRO CHICA<sup>1</sup>, B. ANDRÉS MARTÍN<sup>1</sup>, MP. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción:** El KDPI (Índice de Perfil del Donante de Riñón) y la biopsia del donante renal son herramientas que evalúan la calidad del donante renal, discriminando órganos considerados óptimos de los subóptimos. El KDPI estima el riesgo relativo de fallo del injerto comparado con el donante de referencia. El score de Remuzzi valora la glomeruloesclerosis, fibrosis intersticial, atrofia tubular y arteriopatía hialina en el estudio anatomopatológico.

**Material y método:** Realizamos un estudio observacional retrospectivo incluyendo 54 pacientes trasplantados renales de donante cadáver en muerte encefálica y asistolia en los años 2023-2024. Se censuraron pacientes trasplantados en este periodo que habían perdido el injerto o presentado deterioro significativo de función renal por complicaciones médicas o quirúrgicas. Obtuvimos la puntuación de la biopsia preimplantacional, que en nuestro centro se realiza exclusivamente a donantes con criterios expandidos, y la de la calculadora KDPI. Las biopsias se obtuvieron mediante una cuña renal y se incluyeron en parafina para su estudio anatomopatológico.

**Resultados:** En la tabla se muestran las variables clínicas y analíticas de los donantes y receptores. A los 54 pacientes se les calculó el KDPI pero solo se realizó biopsia a 27 donantes. Tanto el KDPI como el score se correlacionaron con los valores de creatinina a los 6 meses y al año del trasplante de forma significativa.

**Conclusiones:** Tanto el KDPI como el score anatomopatológico se correlacionan con las cifras de creatinina en la evolución a medio plazo del trasplante. El KDPI nos ayuda más a predecir la función renal que la biopsia preimplantacional. Mediante una combinación de ambas obtenemos la mayor información posible para tomar la decisión médica de considerar el órgano apto para trasplante.

Tabla 1.

Variable	Medida	Valor absoluto (IC 95% a/b)
Edad receptor	63,56	(59,50-67,53)
Edad donante	57,45	(53,34-61,56)
Creatinina donante (mg/dl)	0,77	(0,64-0,90)
Hipertensión donante	19	(14%)
Diabetes mellitus donante	8	(14%)
Score Biopsia	4,19	(3,77-4,60)
KDPI (%)	61,75	(54,30-69,21)
KDRI	1,18	(1,09-1,27)
Inducción (triple terapia inmunosupresora)		
Timoglobulina	35	(65%)
Basiliximab	19	(35%)
Donante		
Muerte encefálica	35	(65%)
Asistolia controlada tipo III	19	(35%)
Función renal del injerto		
Creatinina a los 6 meses (mg/dl)	1,54	(1,35-1,74)
Creatinina al año (mg/dl)	1,58	(1,36-1,81)
Coeficiente de correlación Pearson Spearman y p-valor		
Creatinina a los 6 meses	KDPI	0,903 (0,07)
Creatinina al año	Score Biopsia	0,417 (0,04)
Creatinina a los 6 meses	KDPI	0,892 (0,02)
Creatinina al año	Score Biopsia	0,676 (0,05)
Coeficiente de regresión lineal múltiple y p-valor		
Creatinina a los 6 meses	KDPI	0,314 (0,03)
Creatinina al año	Score Biopsia	0,087 (0,04)
Creatinina a los 6 meses	KDPI	0,373 (0,04)
Creatinina al año	Score Biopsia	0,100 (0,05)

### 767 EVOLUCIÓN HLA TRAS TRASPLANTE PRECOZ

L. CRUZADO VEGA<sup>1</sup>, F. MARCO DE LA CALLE<sup>1</sup>, C. FUSI VELARDE<sup>1</sup>, A. RODRIGUEZ RAMOS<sup>1</sup>, PA. DE LA FUENTE<sup>1</sup>, JP. MORET CHIAPPE<sup>1</sup>, A. SABATER BELMAR<sup>1</sup>, E. TORRES GONZALO<sup>1</sup>, I. TURPIN VICENTE<sup>1</sup>, J. TORRALBA IRANZO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL DE ELCHE (ELCHE/ESPAÑA); <sup>2</sup>INMUNOLOGÍA. HOSPITAL DR BALMIS (ALICANTE/ESPAÑA)

**Introducción:** La aparición de anticuerpos (Ac) HLA tras la pérdida del injerto renal no es conocida. El objetivo fue evaluar la incidencia y evolución de Ac DSA y no DSA tras trasplante precoz.

**Material y método:** Estudio retrospectivo que incluye a pacientes con trasplante precoz (<24 horas) y sin ac HLA preformados. Se determina la presencia Ac HLA mediante estudio en fase sólida Luminex (One Lambda) con MFI >3000. Se analizaron HLA clase I (A,B,C) y HLA clase II (DR, DQ) al 3º y 9º mes.

**Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes, de edad 52.4±12.5 años, mujeres 8 (61.5%). Causa más frecuente de ERC fue Poliquistosis (23.1%) y GN (23.1%).

Edad media de donante 57±12.2a con TIF de 16.9 ± 3.4horas. El 53.8% fue donante muerte encefálica.

Inducción timoglobulina en 63.6% y basiliximab + tacrólimus en 36.4%. Todos los pacientes recibieron MMF y corticoides.

Causa de trasplante por trombosis de vena (69.2%) e isquemia arterial (30.8%). Un 90,9% precisaron transfusión sangre (2,5 ± 1.7 bolsas).

No encontramos relación significativa con tipo donante, inducción o el TIF en la aparición de DSA (p>0,05). El PRAC, al tercer mes de 43.7 ± 49.1% vs un 61.3 ± 32.4% al 9º mes.

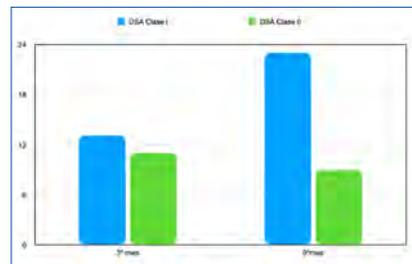
La detección de Ac DSA de novo fue 63,63% (7/11) al 3º mes y 81,81% (9/11) al 9º mes. 2 pacientes sin DSA mantuvieron MMF por causas inmunológicas.

En la tabla 1 se muestra la evolución en la detección de Ac DSA clase I y clase II en el tiempo.

**Conclusiones:** Existe una aparición de HLA DSA a pesar de un período corto del injerto renal y de mayor inmunosupresión.

Dado que muchos son retrasplantables, hay monitorizar la evolución de DSA, por lo que establecer protocolos de tiempo de espera y una monitorización HLA puede ser de vital importancia.

Figura 1.



Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

**768** USO DE BELATACEPT EN TRASPLANTE RENAL: NUESTRA EXPERIENCIA  
E. GALVAN BARRILERO<sup>1</sup>, J. KANTER BERGA<sup>1</sup>, E. CALATAYUD ARISTOY<sup>1</sup>, E. GAVELA MARTINEZ<sup>1</sup>, A. SANCHO CALABUIG<sup>1</sup>, A. QUILIS PELLICER<sup>1</sup>, L. PORCAR SAURA<sup>1</sup>, P. GANDÍA UREÑA<sup>1</sup>, M. PARRA COLLADO<sup>1</sup>, KJ. VICENT RODRIGUEZ<sup>1</sup>

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

**Introducción:** Belatacept es un inmunosupresor que inhibe la coestimulación mediada por CD28 aprobado como alternativa a los inhibidores de calcineurina (iCNI) para la profilaxis de rechazo en trasplantados renales. Puede indicarse en casos de toxicidad por otros inmunosupresores o mala adherencia al tratamiento, siendo recomendable iniciarlo posterior a los 6 meses postrasplante.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a todos los pacientes trasplantados renales que se convirtieron a belatacept en nuestro centro entre 2021 y 2024. Se recogieron datos clínicos y analíticos antes y después del cambio.

**Resultados:** Se incluyeron 5 pacientes trasplantados renales, las características basales se resumen en la Tabla 1. Las indicaciones para el cambio fueron neurotoxicidad por iCNI (n=4) y antecedentes de carcinoma cutáneo recidivante (n=1). El cambio se realizó a una mediana de 50 meses postrasplante (RIC 10.5-112), con un seguimiento tras conversión de 13 meses (RIC 3.5-34).

Se observó mejoría del FGe desde el primer mes en tres pacientes (+6mL/min), mejorando en cuatro de ellos a los seis meses (+6.5mL/min), un paciente permaneció estable. Los valores de proteinuria no mostraron cambios significativos durante el seguimiento.

No se registraron episodios de rechazo agudo, recidiva de enfermedad tumoral cutánea ni efectos adversos atribuibles directamente a belatacept. Un paciente presentó una infección respiratoria leve. Dos pacientes con situación basal desfavorable fallecieron por sepsis urinaria a los 3 y 23 meses del inicio del tratamiento con belatacept. Todos los pacientes que presentaban signos previos de neurotoxicidad experimentaron mejoría clínica.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, la conversión a belatacept se asoció con estabilización o mejoría de la función renal, sin evidencia de rechazo agudo. Su uso podría representar una alternativa segura y con un perfil de efectos adversos más favorable en pacientes trasplantados renales, especialmente en aquellos con toxicidad o contraindicaciones para otros inmunosupresores.

**769** FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA POST-TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS DE UNA COHORTE CONTEMPORÁNEA  
M. ALONSO<sup>1</sup>, F. VILLANEGO<sup>1</sup>, LA. VIGARA<sup>1</sup>, JM. AMARO<sup>1</sup>, A. SINGH<sup>1</sup>, B. SERRANO<sup>1</sup>, M. ARNÁIZ<sup>1</sup>, A. SAEZ-BENITO<sup>1</sup>, T. GARCÍA<sup>1</sup>, A. MAZUECOS<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ); ANÁLISIS CLÍNICO. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

**Introducción:** Aunque el trasplante renal (TR) representa la mejor alternativa para los pacientes con enfermedad renal terminal, una proporción significativa desarrolla enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) post-TR. Sin embargo, la información en los últimos años, con el mayor uso de donantes con criterios expandidos (DCE), es limitada.

**Material y métodos:** Estudio transversal de los TR con injerto funcionante en seguimiento en nuestra unidad a 31/12/2004. Describimos características clínicas y demográficas de los pacientes con al menos 3 meses de seguimiento y estadio de ERC según clasificación KDIGO. Se realizó un análisis de los factores de riesgo de ERCA de los pacientes trasplantados a partir de 2006, que es desde cuando disponemos de información completa y detallada del donante, y analizamos la proporción de pacientes ERCA por etapas (2006-2011; 2012-2017; 2018-2024). Se realizó un análisis multivariante de regresión logística binaria.

**Resultados:** Actualmente se siguen en nuestra consulta a 1081 TR; 1054 con  $\geq 3$  meses de seguimiento post-TR (59.6% hombres; edad media 51 años). El 66.7% presentaban ERC (G3b-G5) y 15.4% ERCA (G4-G5). El 47.9% tenía microalbuminuria (A2) y el 21.3% albuminuria (A3).

Se analizaron los pacientes ERCA vs. el resto en aquellos TR realizados a partir de 2006 (n=899; 68% ERC, 16.1% ERCA). La edad media del receptor y del donante fue mayor en los pacientes ERCA (p<0.001). No hubo diferencias en el sexo del donante y receptor, ni en el tiempo post-TR. La proporción de pacientes re-TR fue similar en ambos grupos. Sin embargo, los receptores diabéticos tuvieron mayor proporción de ERCA (23.1% vs. 15%; p=0.032), así como aquellos que recibieron un injerto de donante en asistolia, frente a los donantes en muerte encefálica y donantes vivos (27% vs. 14.6% vs. 4.2%; p<0.001). En la etapa de 2012-2017, identificamos mayor tasa de pacientes TR con ERCA (p=0.046). En el análisis multivariante, el tiempo post-TR (OR 1.000; p=0.024), pero sobre todo la edad del donante (OR 1.061; p<0.001) y el donante en asistolia (OR 2.13; p=0.001), se comportaron como factores de riesgo de ERCA post-TR.

**Conclusión:** Una proporción considerable de receptores TR desarrolla ERCA, afectando a más del 15% de los pacientes seguidos en nuestra unidad. Los principales factores de riesgo para el desarrollo de ERCA post-TR fueron factores dependientes del donante (edad y asistolia) resaltando la necesidad de vigilar los resultados del TR con DCE y de mantener un seguimiento estrecho en los receptores de este tipo de donantes.

**770** DETERMINANTES DEL TIEMPO EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE RENAL  
AE. BELLO OVALLES<sup>1</sup>, A. PARDO RUIZ<sup>1</sup>, LP. SAHDALA SANTANA<sup>1</sup>, KJ. LOPEZ ESPINOZA<sup>1</sup>, C. GARIJO PACHECO<sup>1</sup>, JF. SANCHEZ IGLESIAS<sup>1</sup>, ME. HUARTE LOZA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL SAN PEDRO (LOGROÑO)

**Introducción:** El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada. En muchos casos, los pacientes deben permanecer en lista de espera durante largos periodos de tiempo antes de acceder a este procedimiento. Este tiempo de espera representa un desafío tanto para los sistemas de salud como para quienes se encuentran en seguimiento, y su análisis es fundamental para comprender y mejorar los procesos relacionados con el acceso al trasplante.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes valorados en lista de espera de trasplante renal en el Hospital San Pedro de Logroño entre febrero 2022 y octubre 2024. Se recopiló información sobre la fecha de la primera valoración, la fecha de inclusión en lista de espera, el tiempo de espera desde la inclusión en la lista hasta el trasplante, así como la procedencia de los pacientes remitidos (Hemodiálisis, diálisis peritoneal y ERCA). Se analizó la proporción de pacientes desestimados, especificando los motivos de desestimación. Los datos fueron analizados utilizando programa estadístico SPSS, con pruebas descriptivas y análisis de correlación para patrones significativos.

**Resultados:** 114 pacientes fueron valorados en el estudio de lista de Espera de Trasplante renal entre Febrero 2022 y Octubre 2024.

Nuestra muestra tenía una edad media de 68 años, el 39% eran mujeres (n=34) y el 51% hombres (n=80). De estos, el 14% (n=16) fueron derivados de Hemodiálisis, 21% (n=23) diálisis peritoneal y el 65% (n=75) Consulta de Enfermedad Renal Crónica.

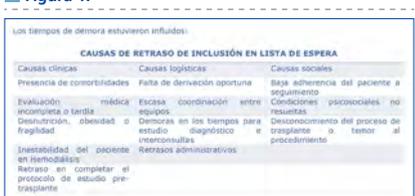
En el 2022 se valoraron como primera valoración a 26 pacientes (29%), 40 pacientes en 2023 (45%), y 48 pacientes en 2024 (26%).

El tiempo promedio desde la primera valoración hasta la inclusión en la lista de espera fue de 9 meses. El tiempo promedio desde el momento de inclusión hasta el trasplante en la lista de espera fue de 11 meses, con una desviación estándar de 4.30 meses.

De todos ellos valorados, el 38.6% (n=44) fueron desestimados, por los siguientes motivos: Neoplasias (39%), Problemas urológicos (11%), Cardiopatía (20%), Fallecimiento (30%).

**Conclusión:** La gestión del acceso al trasplante renal requiere una revisión constante de los circuitos de derivación y los criterios de inclusión. La variabilidad en los tiempos y la desestimación por causas médicas subrayan la necesidad de una actualización constante de los protocolos.

Figura 1.



**771** USO DE FINERENONA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS OBSERVACIONAL A 3 MESES  
P. FERNÁNDEZ NAVARRO<sup>1</sup>, CA. SANTANA QUINTANA<sup>2</sup>, RJ. GALLEGO SAMPER<sup>1</sup>, R. SANTANA ESTUPIÑÁN<sup>1</sup>, D. MEDINA GARCÍA<sup>1</sup>, YE. DARUIZ D'ORAZIO<sup>1</sup>, M. VALCÁRCEL HERRERA<sup>1</sup>, E. GÓMEZ FLORES<sup>1</sup>, F. GONZÁLEZ CABRERA<sup>1</sup>, P. PÉREZ BORGES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA); <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HUGCDN (ESPAÑA)

**Introducción:** La finerenona es un antagonista selectivo de los receptores de mineralocorticoides (ARM) que ha demostrado beneficios renales y cardiovasculares en enfermedad renal crónica. Sin embargo, su uso en pacientes trasplantados renales está poco estudiado. Este trabajo evalúa la eficacia y seguridad de finerenona en esta población tras tres meses de tratamiento.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional en pacientes trasplantados renales. Se analizaron creatinina sérica, filtrado glomerular estimado, proteinuria y potasio sérico antes de iniciar finerenona, al mes y a los tres meses. Se compararon subgrupos según uso previo de ARM y dosis administrada (20 o 10 mg).

**Resultados:** Se estudiaron un total de 30 pacientes con edad media de 67 años, siendo un 86,7% de ellos varones. El 33,3% de los pacientes tenían nefropatía diabética como enfermedad de base y el 26,7% causa no filiada. Un 73,3% mantenían esquema inmunosupresor con tacrolimus, micofenolato y prednisona. El 83,3% estaban en tratamiento concomitante con bloqueadores del sistema renina-angiotensina- aldosterona; el 63,3% con inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 y el 46,7% con ARM previo. La finerenona se administró a dosis plenas en el 46,7% de los casos, suspendiéndose en dos pacientes (uno por hipotensión). A los tres meses no se observaron cambios significativos en creatinina sérica, filtrado glomerular, proteinuria ni potasio sérico en todos los grupos. En el subgrupo de pacientes naïve a ARM, se observó una disminución significativa de la proteinuria al primer y tercer mes (p<0,05), sin diferencias significativas en el resto de variables.

**Conclusiones:** Finerenona mostró un buen perfil de seguridad sin episodios relevantes de hipotensión u otros efectos adversos relevantes. En pacientes naïve a ARM, mejoró la proteinuria, sugiriendo beneficio en este grupo. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento para confirmar nuestros hallazgos.

Tabla 1.

	ARM previo	Naïve	Total pacientes
Cr pre	1.81	1.74	1.75
Cr mes 1	1.87	1.82	1.85
Cr mes 3	1.86	1.75	1.8
FG pre	39	46	43
FG mes 1	38	42	41
FG mes 3	37	45	41
PTU pre	0.49	0.55	0.57
PTU mes 1	0.44	0.4	0.4
PTU mes 3	0.46	0.41	0.43
K pre	4.7	4.44	4.55
K mes 1	4.65	4.51	4.57
K mes 3	4.6	4.7	4.65
FK (+MMF) pre			8.15
FK (+MMF) mes 1			8.33
FK (+MMF) mes 3			8.51
FK (+mTOR) pre			5.9
FK (+mTOR) mes 1			5.22
FK (+mTOR) mes 3			5.15
mTOR pre			6.47
mTOR mes 1			6.36
mTOR mes 3			5.9

Legenda: Cr = creatinina (mg/dL); FG = Filtrado glomerular (mL/min); PTU = proteinuria (g/día); K = potasio (mg/dL); FK = Tacrolimus (ng/mL); mTOR inhibidores mTOR (ng/mL). Valores medios para cada grupo.

# Resúmenes

## Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

### 772 VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INJERTOS NUNCA FUNCIONANTES, ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LOS RESULTADOS DE NUESTRO CENTRO

N. ORMAETXE RUIZ DE HILLA<sup>1</sup>, N. MURUA ETXARRI<sup>1</sup>, R. VILA I NOGUER<sup>1</sup>, I. BENITO CASTAÑO<sup>1</sup>, S. FERNANDEZ ALMARAZ<sup>1</sup>, ED. MAMANI QUISEPÉ<sup>1</sup>, C. LLERA ESTEFANÍA<sup>1</sup>, C. MIRALLES HERRERO<sup>1</sup>, I. YAÑEZ MENDIA<sup>1</sup>, S. ZÁRRAGA LARRONDI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO)

**Introducción:** En la historia de nuestro centro se han realizado 5.007 trasplantes renales (incluyendo los del año 2024), entre ellos, 121 de los injertos nunca llegaron a funcionar. El objetivo de este estudio es valorar las características de los injertos nunca funcionantes de nuestra serie.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que se han comparado las características de los trasplantes renales funcionantes realizados en 2024 (n=152), con los injertos nunca funcionantes realizados desde 2013 hasta 2024, n=26 (previos a 01/01/2013 excluidos por imposibilidad de acceso a datos a través de historia clínica electrónica).

**Resultados:** Entre las causas de injertos nunca funcionantes destacan trombosis vascular del injerto con necesidad de trasplantectomía en las primeras 24 horas (34.6%) y sangrado incoercible en postoperatorio (23%). En el resto de nunca funcionantes (n=11), los hallazgos de predominan en la biopsia del injerto son rechazo y daño isquémico. Al comparar las características de estos últimos con los funcionantes (resultados más relevantes resumidos en la tabla 1), se objetiva que hay diferencias estadísticamente significativas en el tiempo de isquemia fría (punto de corte en 18 horas p=0.03), tiempo en diálisis previo a trasplante (p=0.002) y necesidad de transfusión (p=0.012).

**Conclusiones:** Es importante identificar las características que diferencian los injertos nunca funcionantes de los funcionantes en cada centro para poder mejorar y optimizar la selección y los resultados postrasplante.

Tabla 1.

	Funcionantes (n=152)	No funcionantes excluidos (trasplantectomía por trombosis y hemorragias) (n=26)	Valor p
<b>Sexo donante, mujer (%)</b>	74 (48)	4 (15)	0.63
<b>Causa muerte donante (%)</b>			0.08
- Over 18 (2)	18 (12)	1 (4)	
- Anfibolia no controlada	0 (0)	1 (4)	
- Anfibolia controlada	76 (51)	2 (8)	
- Muerte espontánea	56 (37)	3 (12)	
- No disponible	2	2	
<b>Grupo sanguíneo donante (%)</b>			0.7
- O	69 (46)	6 (23)	
- A	76 (50)	5 (19)	
- B	11 (7)	2 (8)	
- AB	6 (4)	0 (0)	
<b>ABO incompatible (%)</b>	6 (4)	0 (0)	1
<b>Diastólica basal mediana, mg/dl (25-75)</b>	0.7 (0.5; 0.7)	0.7 (0.6; 1)	0.4
<b>Tiempo isquemia fría, a 18 horas (%)</b>	57 (38%)	8 (31%)	0.03
<b>Edad receptor, mediana (25-75)</b>	61.8 (50; 70.2)	58 (17; 67)	0.05
<b>Sexo receptor, mujer (%)</b>	54 (36)	7 (26)	0.1
<b>Tiempo en diálisis receptor, mediana días (25-75)</b>	611 (330; 914)	1.258 (835; 1.488)	<0.01
<b>Discrepancias HLA A (%)</b>			0.8
- 0	16 (11)	1 (4)	
- 1	79 (52)	3 (12)	
- 2	61 (40)	9 (35)	
<b>Discrepancias HLA B (%)</b>			0.46
- 0	7 (5)	1 (4)	
- 1	60 (39)	3 (12)	
- 2	85 (56)	9 (35)	
<b>Discrepancias HLA DR (%)</b>			0.4
- 0	30 (20)	3 (12)	
- 1	124 (82)	8 (31)	
- 2	11 (7)	5 (19)	
<b>PIA y SRE.</b>	4 (3)	0 (0)	1
<b>Inducción (%)</b>			0.18
- Basiliximab	127 (84)	8 (31)	
- Temsirolimus	23 (15)	2 (8)	
- Otros	2 (1)	1 (4)	
<b>Necesidad de transfusión de concentrados de hemátides</b>	44 (29%)	6 (23%)	0.01

### 773 DONANTES RENALES CON TRASPLANTE PULMONAR PREVIO: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. GARCÍA GARCÍA<sup>1</sup>, PA. NOVA MONTOYA<sup>1</sup>, M. MARTÍNEZ BELOTTO<sup>1</sup>, MJ. ORTEGA FERNÁNDEZ-REYES<sup>1</sup>, C. GARCÍA MAJADO<sup>1</sup>, C. LÓPEZ DEL MORAL CUESTA<sup>1</sup>, R. VALERO SAN CECLIO<sup>1</sup>, E. RODRIGO CALABIA<sup>1</sup>, JC. RUIZ SAN MILLÁN<sup>1</sup>, A. GARCÍA SANTIAGO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA - IDIVAL (SANTANDER/ESPAÑA)

**Introducción:** El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección para los enfermos renales terminales. El elevado número de pacientes en lista de espera para TR ha llevado a incrementar el número de donantes potenciales como pueden ser pacientes previamente trasplantados pulmonares por enfermedades respiratorias graves.

**Material y métodos:** Revisamos retrospectivamente todos los pacientes trasplantados en nuestro centro cuyo donante había sido previamente trasplantado pulmonar, siendo un total de 16 receptores. Excluimos el caso de un receptor que perdió el injerto de forma precoz (<72h) por trombosis venosa.

**Resultados:** Incluimos 15 receptores y sus donantes, de características reflejadas en las tablas 1 y 2, con seguimiento de al menos 1 año tras el TR. Ninguno de los receptores era hiperimmunizado, y todos los pacientes presentaban al año injerto funcionante, sin evidencia de rechazo, siendo la mediana de la creatinina de 1,21 mg/dl [0,76-5,95] y del filtrado glomerular estimado de 66 ml/min/1,73m<sup>2</sup>[10-90].

Se divide la muestra en 2 grupos: pacientes trasplantados de donantes con trasplante pulmonar (TP) de menos de 6 meses (grupo A) y de más de 6 meses (grupo B), siendo la n de 7 y 8 pacientes respectivamente.

Al analizar las diferencias de función renal al año del TR por subgrupos, vemos diferencias estadísticamente significativas: Los receptores con donantes trasplantados en un tiempo < a 6 meses presentan mejor evolución renal que aquellos con donantes trasplantados en un tiempo > a 6 meses de evolución (tabla 3), pudiendo relacionarse con la menor edad de los donantes del grupo A, con una mediana en años de 61 [23- 62] frente a 64 [58-67] del grupo B.

**Conclusiones:** No existe literatura sobre la evolución de receptores renales con este tipo de donantes, siendo éstos buenos candidatos y observándose un mejor pronóstico del injerto cuanto menor sea el tiempo de evolución del TP, en probable relación con la menor exposición al efecto nefrotóxico del tacrolimus.

Ver tablas

### 774 EXPERIENCIA DEL TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES QUE RECHAZAN TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y HEMODERIVADOS

J.A. TORRES ORTIZ<sup>1</sup>, N. MACÍAS CARMONA<sup>1</sup>, G. SÁNCHEZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>, AJ. HERNANDEZ GARCÍA<sup>1</sup>, R. GARCÍA MARINA<sup>1</sup>, E. PERVAN GONZÁLEZ<sup>1</sup>, MA. ENCALADA LANDIRES<sup>1</sup>, A. BASCUÑANA COLOMIANA<sup>1</sup>, ML. RODRÍGUEZ FERRERO<sup>1</sup>, M. GOICOECHEA DIEZHANDINO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN (MADRID, ESPAÑA)

**Introducción:** El trasplante renal (TR) en pacientes que rechazan transfusiones (TF) son un reto por el riesgo que implica su manejo intra-postquirúrgico. Describimos la experiencia en esta población.

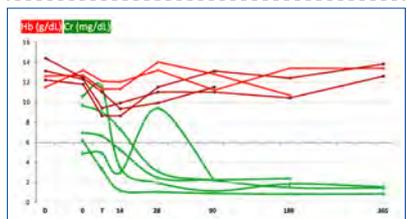
**Métodos:** Se recolectaron datos demográficos y analíticos según registros en HCE. TR realizados según protocolo del centro; además de valoración previa habitual cuenta con requisitos específicos: hemoglobina (Hb) >12g/dL, y valoración individualizada de riesgo trombótico, antiagregación y anticoagulación, y firma de consentimientos personalizados.

**Resultados:** En total se realizaron 5 TR (Donantes: 1vivo; 2ME, 2AC) en pacientes ERCA-G5D (40% DP, 60% HD), 60% añosos (22,47,73,74,76), 60% varones, 3/5 grupo A y 2/5 grupo 0. 4/5 HTA, 2/5 DM, 1 Obesidad; 1 anticoagulado y 1 anticoagulado-antiagregado.

Todos fueron primer trasplante, de isogrupo ABO, sin complejidad quirúrgica y similar riesgo ASA (III 4/5; IV 1/5), de bajo riesgo inmunológico e inducción con anti-IL2r+esteroides+micofofolato+tacrolimus, en mantenimiento con triple terapia (2 conversiones precoces a im-TOR; 1 por antecedente neoplásico y 1 por reactivación BK). Ninguno aceptó TF de hemátides, plaquetas ni plasma; 3/5 aceptaron autotransfusiones, protocolo de recuperación de sangre, albúmina humana, factores de coagulación y 4/5 factor VIII. Todos intervenidos en fosa ilíaca ipsilateral (2 RI en FI y 3 RD en FID), con TIF distintos (8, 11, 20, 22 horas en los cadáveres), tiempo de sutura 35-50min. Todos recibieron tratamiento para anemia (pretrasplante: AEE 60%, Hierro 20%; postrasplante: AEE 100%, Hierro 60%, Fólico ± VitB12 100%), ninguno recibió transfusiones. Seguimiento heterogéneo (28, 21, 13, 6 y 4 meses), con 100 % supervivencia de injerto y del paciente, respecto a amnización: 80% > 1 punto y 40% >3 puntos en las primeras 2 semanas, con mínimo de 8.6 g/dL, recuperado al mes.

**Conclusiones:** El TR en pacientes que niegan a transfusión de hemoderivados es posible sin complicaciones graves relacionadas y muy buena supervivencia de injerto.

Figura 1. Evolución de la función renal según valores de creatinina sérica (Cr, en verde) y de la hemoglobina (Hb, en rojo) tras el trasplante.



### 775 IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENALES NUESTRA ÁREA SEVILLA: NUEVAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS

L. BALLESTERO MACÍAS<sup>1</sup>, N. SANTOS COLLADO<sup>1</sup>, M. SUÑER POBLET<sup>1</sup>, A. TEMPRADO COLLADO<sup>1</sup>, FM. GONZÁLEZ RONCERO<sup>1</sup>, A. SÚAREZ BENJUMEA<sup>2</sup>, G. BERNAL BLANCO<sup>2</sup>, P. CASTRO NUÑEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA (SEVILLA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. SICATA (SEVILLA)

**Introducción:** La obesidad, cada vez más frecuente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en terapia renal sustitutiva (TRS), constituye una barrera creciente para el acceso al trasplante renal, lo que motiva la necesidad de explorar nuevas estrategias farmacológicas que mejoren la elegibilidad y reduzcan su impacto clínico y económico.

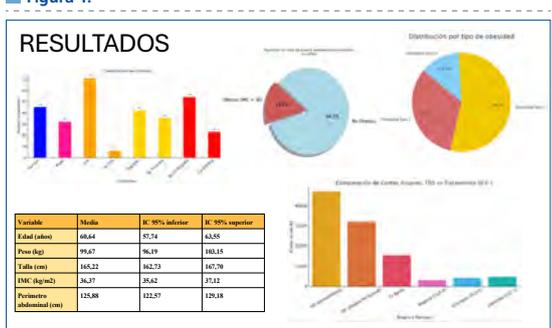
**Objetivo:** Analizar cómo la obesidad influye en el acceso al trasplante renal en pacientes con ERC en TRS en el área de Sevilla y evaluar el impacto de nuevas estrategias farmacológicas coste-efectivas para la optimización de la inclusión en lista de espera.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo realizado en febrero de 2025 sobre pacientes en TRS pendientes de inclusión en lista de espera para trasplante renal con IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. Se analizaron variables clínicas, antropométricas y comorbilidades, clasificando a los pacientes según el grado de obesidad. Se incorporó un análisis de coste-efectividad comparando modalidades de TRS y tratamientos farmacológicos para la obesidad.

**Resultados:** El 15,5% de los pacientes pendientes de inclusión (n=77) presentaban un IMC ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>. La mediana de tiempo en TRS fue de 43 meses frente a 26 meses en pacientes no obesos. La mayoría eran hombres (58,4%) con una edad media de 60,4 años, hipertensos (92,2%) y diabéticos (54,6%). El trasplante renal resultó ser la técnica más coste-efectiva, y los agonistas GLP-1 presentaron un coste anual inferior al de la TRS convencional, resultando una opción viable y rentable para el tratamiento de la obesidad y la mejora del acceso al trasplante.

Conclusión:

Figura 1.



## 776 EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO DEL USO DE BASILIXIMAB COMO INDUCCIÓN EN TRASPLANTE RENAL (TR) DE BAJO RIESGO INMUNOLÓGICO CON DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA (DAC)

N. LÓPEZ RODRÍGUEZ<sup>1</sup>, D. GARCÍA COUSILLAS<sup>1</sup>, L. MUÑOZ HERNANDO<sup>1</sup>, R.G. BERREZUETA BERREZUETA<sup>2</sup>, M.I. GAGO FRAILE<sup>1</sup>, N. RIDAO CANO<sup>1</sup>, C. SANZ GARCÍA<sup>1</sup>, C. DIAZ CORTE<sup>3</sup>, M.L. SUAREZ FERNANDEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO/ESPAÑA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO/ESPAÑA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS (OVIEDO/ESPAÑA)

**Introducción:** La DAC ha contribuido a aumentar de forma exponencial el número de TR. El tratamiento de inducción en receptores de DAC con bajo riesgo inmunológico con basiliximab o con Timoglobulina es controvertido. Presentamos la experiencia de nuestro centro con inducción con basiliximab.

**Metodología:** Estudio retrospectivo y descriptivo de TR realizados con DAC en nuestro centro entre 2021 y 2024 en los que se realizó inducción con basiliximab por protocolo local. Se excluyeron receptores de alto riesgo inmunológico. El objetivo principal fue describir la tasa de rechazo y de retraso en la función del injerto (RFI). El análisis estadístico se ha realizado con el programa SPSS versión 20.

**Resultados:** De 295 TR realizados en nuestro centro en dicho periodo, 47 fueron de DAC con bajo riesgo inmunológico e inducción con basiliximab. Las características basales se muestran en la tabla 1. La tasa de rechazo agudo en los 6 primeros meses postTR fue del 14%. Los pacientes con rechazo agudo presentaron tiempos mayores en diálisis preTR, mayor tiempo de isquemia fría, mayor tiempo de RFI, mayor número de incompatibilidades HLA clase II y donantes de mayor edad, aunque sin alcanzar la significación estadística por escaso tamaño muestral. El rechazo agudo se asoció de forma estadísticamente significativa a un a una mayor creatinina sérica a los 3 meses.

**Conclusiones:** La inducción con basiliximab en TR de bajo riesgo inmunológico y DAC ofrece una tasa de rechazo agudo, de retraso de la función inicial del injerto y de función renal a los 3 meses aceptables. Se podría considerar, para mejorar estos resultados, la inducción con Timoglobulina en pacientes seleccionados con escasa compatibilidad HLA (sobretodo clase II), mayor tiempo de isquemia fría y donantes con criterios ampliados. Se precisan estudios con mayor número de pacientes para confirmar estos hallazgos.

Ver tabla

## 777 EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO- GLUCOSA TIPO 2 EN EL CONTROL DE LA PROTEINURIA EN PACIENTES RECEPTORES DE INJERTO RENAL NO DIABÉTICOS

I. DE LA CUEVA<sup>1</sup>, A. ARREBOLA<sup>1</sup>, R.M. MARTÍNEZ<sup>1</sup>, M.D. MACHADO<sup>1</sup>, J. ALONSO<sup>1</sup>, C. MOLIZ<sup>1</sup>, E. GUTIÉRREZ<sup>2</sup>, C. JIRONDA<sup>1</sup>, P. RUIZ<sup>1</sup>, V. LÓPEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, INSTITUTO BIOMÉDICO DE INVESTIGACIÓN DE MÁLAGA (IBIMA)- PLATAFORMA BIONAND, RICORS2040 (RD21/0005/0012) Y (RD24/0004/0026). (MÁLAGA/ESPAÑA)

**Introducción:** Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) han demostrado preservar la función renal (FR), reduciendo la albuminuria tanto en pacientes diabéticos como en no diabéticos, disminuyendo la presión intraglomerular y la hiperfiltración. El trasplante renal se caracteriza por un estado de hiperfiltración glomerular, por lo que estos fármacos podrían tener un impacto positivo en la preservación de la FR del injerto. Sin embargo, debido al estado de inmunosupresión de estos pacientes, existe preocupación acerca de la posible asociación entre infecciones urinarias (ITU) graves y el uso de iSGLT2.

**Objetivo:** Analizar la evolución de la FR y la proteinuria tras el inicio de iSGLT2 en pacientes trasplantados renales no diabéticos, y evaluar su perfil de seguridad.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y unicéntrico. Se recogieron datos clínicos y analíticos de 37 pacientes trasplantados renales no diabéticos al inicio del tratamiento con iSGLT2, al mes y a los 6 meses. Se realizó un análisis de medidas repetidas o de Friedman.

**Resultados:** El 97.2% de los pacientes iniciaron el tratamiento con iSGLT2 para el control de la proteinuria (20 (55.6%) empagliflozina y 16 (44.4%) dapagliflozina).

Respecto a la FR, se observó un aumento de la creatinina (Cr) ( $p = 0.02$ ), sin un descenso significativo del filtrado glomerular (FG) ( $p = 0.173$ ), y una variación significativa de la proteinuria ( $p = 0.017$ ), observándose un descenso en el primer mes con iSGLT2. No hubo variación significativa de la presión arterial sistólica. Se realizó un subanálisis de los pacientes que estaban con ARA II al inicio del estudio ( $n = 27$ ), sin encontrar diferencias en los resultados.

En cuanto al perfil de seguridad, 5 pacientes (13.8%) tuvieron que interrumpir definitivamente el tratamiento, 2 (5.4%) por ITU.

**Conclusiones:** El tratamiento con iSGLT2 parece efectivo para el control de la proteinuria en pacientes trasplantados renales no diabéticos, sin generar cambios hemodinámicos o de FG significativos, ni suponer un mayor riesgo de infecciones. Sin embargo, el tiempo de seguimiento es escaso y el número de pacientes reducido, por lo que se necesitan más estudios para confirmar dichos resultados.

## 778 RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE PÁNCREAS-RIÑÓN EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL TRAS 15 AÑOS DESDE SU PUESTA EN MARCHA

G. TABERNEO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, CG. MARCOS GUTIÉRREZ<sup>1</sup>, AR. FALCONI SARMIENTO<sup>1</sup>, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, DR. QUISEP RAMOS<sup>1</sup>, J. LÓPEZ SÁNCHEZ<sup>1</sup>, LA. CORREA MARCANO<sup>1</sup>, MC. ESTEBAN VELASCO<sup>1</sup>, MP. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), <sup>2</sup>CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción:** El trasplante simultáneo páncreas riñón (Tx PR) es la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo para diabéticos tipo 1 con Enfermedad Renal Crónica terminal secundaria a Nefropatía Diabética

**Material y métodos:** Revisamos 115 pacientes con Tx PR o de páncreas después de riñón (Pancreas after kidney-PAK) del 27/02/2009 al 31/12/2024. N=105 Tx RP y N= 10 PAK (1 paciente recibió 2 PAK).

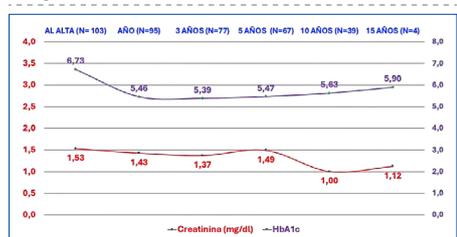
10 PAK (retrasplantes) más 1 PAK tras trasplante de donante vivo. De los pacientes recogimos edad, sexo, HTA, dislipemia, terapia renal sustitutiva previa. De los donantes edad y causa de muerte. También la compatibilidad HLA, el tiempo de isquemia fría renal (TIFR) y pancreático (TIFF) y duración del ingreso.

Se evaluó la evolución del injerto renal y pancreático con niveles de creatinina y HbA1c al alta y al 1º, 3º, 5º, 10º y 15º año. Se evaluó la supervivencia de paciente e injertos.

**Resultados:** La edad media de los donantes fue 37,73 años (15-58) y de los receptores 42,09 (25-59); el tiempo medio en diálisis 16 meses (0-53). La duración media del ingreso 17,19 días (8-44). Se trasplantaron 77 pacientes en hemodiálisis, 21 de diálisis peritoneal y 17 en situación de prediálisis. El TIFF medio fue 11h3min (3,42-16,49h) y el TIFR medio 14h36 (7,26-24h). La función renal media tras 15 años con creatinina entre 1.53-1.12 mg/dl y la Hemoglobina glicosilada entre 6.9 y 5.3% (ver gráfico). Tras 15 años la supervivencia de los pacientes fue del 91%, del injerto renal 84,3%, censurado por muerte 90,29%, del injerto pancreático 79,3% y censurado por muerte 86,23%.

**Conclusiones:** Tras 15 años podemos ofrecer a los pacientes de nuestra área, un programa con muy buenos resultados de supervivencia, función renal y pancreática.

Figura 1.



## 779 RESULTADOS DE LOS PACIENTES CON TRASPLANTE DE PÁNCREAS AISLADO DESPUÉS DE 15 AÑOS DEL INICIO DEL PROGRAMA

G. TABERNEO FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, CG. MARCOS GUTIÉRREZ<sup>1</sup>, AM. LIZARAZO SUÁREZ<sup>1</sup>, NL. SAMPEDRO CHICA<sup>1</sup>, KA. PINOARGOTE CAÑAR<sup>1</sup>, K. RIVERO GARCÍA<sup>1</sup>, MC. BARNES CASO BERTCH<sup>1</sup>, LM. GONZÁLEZ FERNÁNDEZ<sup>1</sup>, JE. QUIÑONES SAMPEDRO<sup>1</sup>, MP. FRAILE GÓMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA), <sup>2</sup>CIRUGÍA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

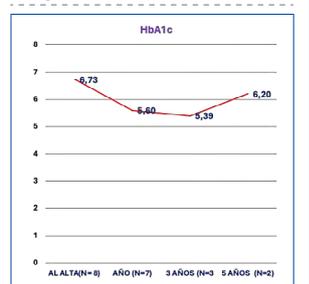
**Introducción:** El trasplante simultáneo páncreas riñón (Tx PR) es la mejor opción de tratamiento renal sustitutivo para diabéticos tipo 1 con Enfermedad Renal Crónica terminal secundaria a Nefropatía Diabética, pero habitualmente, la supervivencia del injerto pancreático es ligeramente inferior a la del injerto renal, por tanto, algunos de los pacientes con Tx PR necesitan un segundo trasplante de páncreas a lo largo de su vida, para estar libres de insulina y evitar una recidiva de la nefropatía diabética en el trasplante renal.

**Material y métodos:** Revisamos 10 pacientes con un segundo trasplante de páncreas, siendo los 10 pacientes retrasplantes (un paciente recibió dos trasplantes), todos ellos tras trasplante doble simultáneo páncreas riñón salvo una paciente que recibió un páncreas aislado tras trasplante renal de donante vivo. De los pacientes recogimos edad, sexo, HTA, dislipemia y de los donantes edad y causa de muerte. De trasplante se recogió el tiempo de isquemia fría pancreático (TIFF) y se evaluó la evolución del injerto pancreático con niveles de HbA1c al alta y al 1º, 3º, 5º año. Se evaluó la supervivencia de paciente e injerto pancreático.

**Resultados:** Se trasplantaron 4 mujeres y 6 hombres. La edad media de los receptores fue de 45,35 años (36-54); El TIFF medio fue 12h20min (10,30- 15,3h). La Hemoglobina glicosilada tras 5 años se encuentra de media entre 6.73 y 6.2 % (ver gráfico). Tras 5 años la supervivencia de los pacientes es del 100%, y del injerto pancreático 80%, (pérdida de 2 injertos por trombosis). Hasta ahora todos los pacientes retrasplantados con injerto funcionante se encuentran libres de insulina.

**Conclusiones:** A pesar de que la supervivencia del injerto pancreático es ligeramente inferior a la del injerto renal, el trasplante de páncreas aislado es una buena opción terapéutica para aquellos pacientes con fallo previo del injerto pancreático.

Figura 1.



## Resúmenes

## Trasplante renal - Resultados y estudios epidemiológicos

**780** MÁS ALLÁ DEL TIEMPO DE ISQUEMIA: FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DURACIÓN DEL INGRESO TRAS EL TRASPLANTE RENAL

NL. SAMPEDRO CHICA<sup>1</sup>, G. TABERNEROS FERNANDEZ<sup>2</sup>, MA. LIZARAZO SUAREZ<sup>1</sup>, KA. PINOARGOTE CAÑAR<sup>1</sup>, AR. FALCONI SARMIENTO<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, E. VILLANUEVA<sup>1</sup>, DR. QUISPE RAMOS<sup>1</sup>, A. MARTIN ARRIBAS<sup>1</sup>, MP. FRAILE GOMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (ESPAÑA)

**Introducción:** El tiempo de isquemia fría (TIF) se asocia a la recuperación funcional del injerto renal. Sin embargo, factores como la anemización postquirúrgica podrían prolongar la estancia hospitalaria incluso en injertos con función precoz.

**Material y método:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en 52 pacientes sometidos a trasplante renal. Se analizaron las siguientes variables: tiempo de isquemia fría, día en que comenzó a funcionar el injerto renal, días totales de hospitalización durante el ingreso por trasplante, y la presencia de anemización postquirúrgica valorada mediante la necesidad de transfusión sanguínea (sí/no). Las variables cuantitativas se expresaron como medianas con rangos intercuartílicos (IQR). Para evaluar correlaciones entre variables continuas se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman ( $\rho$ ). La comparación de días de hospitalización según necesidad de transfusión se realizó mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se estableció una significación estadística en  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La mediana del TIF fue de 15,6 horas (IQR: 6,36-19,65). El injerto renal comenzó a funcionar con una mediana de 3,5 días (IQR: 1,0-7,5). La estancia hospitalaria mostró una mediana de 11 días (IQR: 9,0-15,0).

Se observó una correlación positiva moderada y significativa entre el TIF y el día en que comenzó a funcionar el injerto renal ( $\rho = 0,35$ ;  $p = 0,011$ ), indicando que tiempos más prolongados de isquemia se asocian a un retraso en la recuperación funcional del injerto renal.

Asimismo, existió una correlación positiva moderada-fuerte entre el día en que el injerto empezó a funcionar y los días totales de hospitalización ( $\rho = 0,58$ ;  $p < 0,00001$ ), sugiriendo que cuanto más tarda en funcionar el injerto, mayor es la duración del ingreso.

Los pacientes que requirieron transfusión (48%) presentaron una estancia hospitalaria significativamente mayor comparado con aquellos pacientes que no precisaron transfusión (mediana: 15 vs. 10 días;  $p = 0,0007$ ), incluso en aquellos con función precoz del injerto, lo que sugiere que complicaciones como la anemización postquirúrgica pueden prolongar el ingreso independientemente de la función del injerto.

**Conclusiones:** El TIF prolongado se asocia significativamente con un retraso en el inicio de la función del injerto renal. Sin embargo, la estancia hospitalaria tras el trasplante no depende exclusivamente del tiempo de isquemia o del inicio temprano de la función renal, sino también de otras complicaciones como la anemización postoperatoria.

Estos hallazgos subrayan la importancia de actuar no solo sobre los aspectos técnicos del trasplante, como la reducción del TIF, sino también sobre la prevención, detección y tratamiento de complicaciones peri y post operatorias.

**781** HIPOPROTEINEMIA COMO FACTOR DE RIESGO EN EL PRONÓSTICO POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE RENAL: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL

M. FERNÁNDEZ MARTÍN<sup>1</sup>, A. MOULTAMIS<sup>1</sup>, T. RONDA SERRAT<sup>1</sup>, P. ARDURA AGUDÍN<sup>1</sup>, KP. COBO CAMPUZANO<sup>1</sup>, JA. IGLESIAS PASCUAL<sup>1</sup>, S. SANZ BALLESTEROS<sup>1</sup>, P. PASCUAL NUÑEZ<sup>1</sup>, B. FERNÁNDEZ CARBAJO<sup>1</sup>, A. MENDILUCE HERRERO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HCUV (VALLADOLID, ESPAÑA)

**Introducción:** y objetivo del estudio: se decide analizar la presencia de hipoproteinemia e hipalbuminemia previas al trasplante renal y estudiar la correlación de estas variables con la prevalencia de complicaciones posquirúrgicas, el tiempo de estancia hospitalaria y la funcionalidad del injerto, entre otros parámetros.

**Material y métodos:** estudio observacional retrospectivo en el que se analizan los pacientes que reciben un trasplante renal en nuestro centro durante el año 2024. Se incluyeron 72 pacientes en los que se midieron las proteínas totales y la albúmina en sangre antes de la cirugía y se realizó un seguimiento de entre 4-12 meses en el que se recogieron parámetros referentes a la función del injerto y a las complicaciones posquirúrgicas.

**Resultados:** La proteinemia media al ingreso en la muestra era de  $6.87 \pm 0.68$  g/dl y la albuminemia media de  $4.09 \pm 0.36$  g/dl. La proteinemia al ingreso era más elevada en los pacientes de mayor edad, en los diabéticos y en los pacientes en hemodiálisis. Sin embargo, no se encontraron diferencias en el valor de la proteinemia en función del sexo, la presencia de otras comorbilidades (HTA, dislipemia, tabaquismo) o el IMC.

No se encontró relación entre las proteínas totales al ingreso y una mayor estancia hospitalaria. Se analizó la relación entre los valores de proteinemia al ingreso y las complicaciones intraquirúrgicas, pero no se encontró relación. Sin embargo, se encontró una relación significativa entre las proteínas en sangre al ingreso y la aparición de complicaciones posquirúrgicas (hemorragias y necesidad de reintervención quirúrgica en el postoperatorio reciente) ( $p=0,011$ ).

No se encontró relación entre las proteínas totales al ingreso y los problemas de la pared abdominal (dehiscencia de la herida, hernias) tras el ingreso.

Por otra parte, se analizó la relación entre las proteínas al ingreso y la función del injerto renal. No se encontró ninguna relación con la funcionalidad del injerto, la mortalidad, la presencia de función retrasada del injerto o el filtrado glomerular en ningún momento del seguimiento.

**Conclusiones:** Basándonos en los datos extraídos de nuestro estudio, no parece que exista una relación entre los niveles de proteínas totales en sangre pretrasplante y los parámetros relacionados con la función renal. Sin embargo, sí existe una asociación entre los valores bajos de proteínas totales pretrasplante y las complicaciones posquirúrgicas.

**782** RETRASO EN LA FUNCIÓN DEL INJERTO EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL NIVEL IV SEGÚN TIPO DE INDUCCIÓN INMUNOSUPRESORA

A. FALCONI SARMIENTO<sup>1</sup>, A. LIZARAZO SUAREZ<sup>1</sup>, E. VILLANUEVA SÁNCHEZ<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, D. QUISPE RAMOS<sup>1</sup>, K. PINOARGOTE CAÑAR<sup>1</sup>, L. SAMPEDRO CHICA<sup>1</sup>, L. CORREO MARCANO<sup>1</sup>, A. MARTIN ARRIBAS<sup>1</sup>, P. FRAILE GOMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

**Introducción:** La función retrasada del injerto (FRI) es una complicación frecuente en los trasplantes renales provenientes de donantes en asistolia controlada, atribuida principalmente al tiempo prolongado de isquemia caliente. Además, de ello las causas pueden ser multifactoriales pudiendo estar relacionadas con el donante, el procedimiento y el receptor. La elección del tipo de inducción inmunosupresora puede influir en su aparición y evolución clínica, así como también en la morbimortalidad a largo plazo.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 35 pacientes trasplantados con riñones de donantes en asistolia controlada tipo III durante el año 2024. Todos los pacientes recibieron inmunosupresión estándar con tacrolimus, micofenolato mofetilo y corticosteroides, además de inducción con timoglobulina o basiliximab. Se analizaron variables utilizando el programa SPSS y la prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre el tipo de inducción y la aparición de FRI, considerando significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de  $61.97 \pm 13$  años, siendo el 71.4% hombres. Un 65.7% se encontraba en hemodiálisis, 25.7% en diálisis peritoneal y 8.6% en situación de prediálisis. El tiempo medio en terapia renal sustitutiva fue de 782.3 días. El 70.6% de los pacientes recibió inducción con timoglobulina. La media de compatibilidades HLA fue de  $1.14 \pm 1.19$ . El tiempo medio de isquemia caliente fue de  $10.06 \pm 5.22$  minutos y el de isquemia fría, de  $12.24 \pm 5.15$  horas. Un 20% de los pacientes presentaban anticuerpos anti-HLA positivos. La incidencia global de FRI fue del 35.3%, con una media de 7.97 días hasta el inicio del descenso de productos nitrogenados. El 26.5% de los pacientes requirió hemodiálisis antes del inicio de la función del injerto. La FRI se presentó en el 37.5% de los pacientes que recibieron timoglobulina y en el 30% de quienes recibieron basiliximab, sin diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**Conclusiones:** En nuestra cohorte de pacientes trasplantados con injertos de donantes en asistolia controlada, no se observó una asociación significativa entre el tipo de inducción inmunosupresora y la aparición de FRI. La elección de la inducción suele estar influida por características clínicas del donante y receptor. Aunque la FRI continúa siendo un desafío en este tipo de trasplante, nuestros hallazgos sugieren que la estrategia de inducción no modifica de forma significativa su incidencia.

**783** LA ENDARTERITIS AISLADA EN TRASPLANTE RENAL: MÁS ALLÁ DE LA EXPRESIÓN DE UN RECHAZO

MN. NASSIRI<sup>1</sup>, FP. PARRA<sup>1</sup>, PR. RODRÍGUEZ<sup>2</sup>, MM. MOLINA<sup>1</sup>, OT. TACO<sup>1</sup>, RG. GELPI<sup>1</sup>, AC. CASAS<sup>1</sup>, JA. ARA<sup>1</sup>, JB. BOVER<sup>1</sup>, AV. VILA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (ESPAÑA); <sup>2</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (ESPAÑA)

**Introducción:** La endarteritis aislada (EA) es una entidad que plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos. Es una lesión en Banff con una puntuación de v1 que se presenta con una inflamación tubulointerstitial mínima concurrente, una puntuación de inflamación microvascular (MVI) baja y negatividad para C4d. Clásicamente, se ha asociado a rechazo agudo.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico, descriptivo y retrospectivo sobre receptores de trasplante renal con EA, que analiza datos demográficos, características de donantes y supervivencia del injerto.

**Resultados:** De un total de 10 pacientes con diagnóstico en la biopsia renal (BR) de EA, el 70% de los receptores fueron hombres, con una edad  $59 (48-68)$  años, un total de 90% realizaban terapia renal sustitutiva previamente al trasplante durante  $22(8-29)$  meses. Solamente un paciente presentaba DSA preformados. Respecto a los donantes, la mitad fueron mujeres. Del total dos fueron de vivo y 8 de cadáver, entre los cuales 6 fueron de criterios expandidos. La mitad tuvieron como causa de muerte un accidente cerebrovascular. El 60% eran hipertensos y/o diabéticos.

El tiempo de isquemia fría fue de  $7 (4.25-13.25)$  horas. El 60% de estos pacientes recibieron inducción con ATG y triple terapia (prednisona+tacrolimus+micofenolato), y el 40% con basiliximab y triple terapia. El 50% desarrollaron retraso de la función del injerto (necesidad de diálisis durante la primera semana post-trasplante).

En el momento de la BR presentaban creatinina  $1.95 (1.57-3.3)$  mg/dL, filtrado glomerular (FGe):  $33.5 (21.2-39.7)$  mL/min/1.73m<sup>2</sup>, cociente proteína-creatinina (CPC):  $257 (193-387)$  mg/g y solamente un paciente presentaba DSA. El 50% de las BR se realizaron en el primer mes post-trasplante. En relación con los hallazgos histológicos, 6 pacientes presentaron g1 y 4 de g0, 1 caso de ptC2 y el resto ptC0, representando un total de 6 casos con MVI  $\geq 1$ , t  $\geq 1$  en el 80% de los casos, i  $\geq 2$  en 2 casos. Respecto al tratamiento recibido, el 40% no fueron tratados, un paciente recibió tratamiento de rechazo agudo humoral y la mitad fueron tratados optimizando la inmunosupresión (con niveles objetivo de tacrolimus en  $10-12$  ng/dL). Tras  $38(31-47)$  meses de la BR presentaron creatinina  $1.53(1.31-1.62)$  mg/dL, FGe  $46(40-55)$  mL/min/1.73m<sup>2</sup> y CPC  $278(165-567)$  mg/g. La supervivencia del injerto censurada por la muerte del paciente al final del seguimiento fue del 100%, y la supervivencia del paciente fue del 90%. A los 38 meses post-BR no hubo diferencias en las curvas de supervivencia de Kaplan Meier del injerto renal en función del tratamiento recibido.

**Conclusiones:** Estos datos sugieren que la EA se relacionaría más con daño por isquemia-perfusión que, con rechazo, por lo que se requieren estudios como análisis de expresión génica para aclararla.

## 784 EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN LOS PRIMEROS SEIS MESES SEGÚN TIPO DE DONANTE: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA CON DONANTES EN ASISTOLIA Y MUERTE ENCEFÁLICA DURANTE EL 2024

MA. LIZARAZO SUAREZ<sup>1</sup>, NL. SAMPEDRO CHICA<sup>1</sup>, C. RODRIGUEZ TUDERO<sup>1</sup>, LA. CORREA<sup>1</sup>, K. RIVERO GARCIA<sup>1</sup>, AR. FALCONI<sup>1</sup>, E. VILLANUEVA SANCHEZ<sup>1</sup>, T. GARCIA GARRIDO<sup>1</sup>, G. TABERNERO FERNANDEZ<sup>1</sup>, MP. FRAILE GOMEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGIA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA/ESPAÑA)

**Introducción:** En el trasplante renal, el tipo de donante constituye un determinante clave en los desenlaces funcionales del injerto. Dado que el número de donantes en asistolia (DA) representan un porcentaje importante de órganos, que ha ido en aumento y es una alternativa importante frente a los donantes en muerte encefálica (DME), aún existe el interrogante sobre el impacto en la función renal de los injertos provenientes de los donantes en asistolia. En este estudio evaluamos la evolución de la función renal postrasplante en función del tipo de donante, en una cohorte única de pacientes adultos trasplantados renales.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de 80 pacientes, trasplantados renales entre enero y diciembre de 2024. Se recogieron datos demográficos, clínicos, tipo de inmunosupresión (basiliximab o timoglobulina) en la inducción, tiempo de isquemia fría y evolución de función renal en los primeros 6 meses. Se excluyeron dos pacientes con pérdida precoz de injerto o fallecimiento antes del primer mes. El análisis estadístico se realizó mediante pruebas no paramétricas (Mann-Whitney U), considerando un valor de  $p < 0.05$  como significativo.

**Resultados:** La edad media fue de 62,3 años, el 70.4% eran hombres y el 25.95% mujeres. De los 80 receptores, 36 recibieron un injerto de DA y 44 de DME. La creatinina media en el grupo de ME fue de 5.66mg/dL a los 7 días, con descenso progresivo a 2.2mg/dl al mes, 1.86mg/dl a los 3 meses y 1.77 mg/dL a los 6 meses. En el grupo DA, los valores iniciales fueron similares, con una creatinina media a los 7 días de 5.1mg/dL, a los 7 días de 2.01mg/dL, a los 3 meses de 1.53mg/dl y 1.41mg/dl a los 6 meses. La evolución de la función renal fue comparable entre ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas en los distintos puntos temporales. Se reportaron dos injertos no funcionante: un caso por ateromatosis y un fallecimiento precoz por hemorragia retroperitoneal (DME).

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, objetivamos que la evolución de la función renal de los injertos provenientes de donantes en asistolia mostraron una recuperación de la función renal sin diferencias estadísticamente significativas al compararlos con donantes en muerte encefálica. Lo que respalda la posibilidad de aumentar el número de trasplantes renales sin afectar negativamente la recuperación y funcionalidad del injerto a corto y mediano plazo.