

## 445 RESULTADOS DE TRASPLANTE RENAL CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES DE MÁS DE 80 AÑOS

MJ. PEREZ SAEZ<sup>1</sup>, E. ARCOS<sup>2</sup>, J. COMAS<sup>2</sup>, J. PASCUAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA), <sup>2</sup>ORGANITZACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENTS - (BARCELONA)

**Introducción:** La supervivencia de los pacientes que se trasplantan es superior a la de los que permanecen en diálisis en lista de espera. Nos planteamos si esto se cumplía también con injertos procedentes de donantes  $\geq 80$  años.

**Métodos:** Estudio retrospectivo con datos del Registro de Malalts Renals de Catalunya incluyendo 2137 pacientes  $>60$  años en diálisis y en lista de espera de trasplante renal (TR). 1084 recibieron un primer TR de donante fallecido entre 60-79 años, y 128 de un donante  $\geq 80$  años. Comparamos los resultados entre los dos grupos de donantes y analizamos la supervivencia mediante un modelo tiempo-dependiente ajustado, con muestra inicial de 2137 pacientes en lista de espera que se siguen en el tiempo, comparando aquellos que se trasplantan de un donante  $\geq 80$  años (n=1212) con los que quedan en diálisis (n=925).

**Resultados:** La supervivencia del injerto fue inferior con injertos procedentes de donantes  $\geq 80$  años en comparación con aquellos de donantes 60-79 años (HR 1.67, 1.25-3.51). Comparando los pacientes que se trasplantaron con aquellos que permanecieron en diálisis, los riesgos no proporcionales de mortalidad fueron de 0.60 [95%CI 0.52-0.69; p<0.001] para aquellos que reciben un riñón de 60-79 años y 0.66 [0.46-0.96; p=0,028] para lo que reciben un riñón de más de 80 años (ajustado por edad del paciente, sexo, período de tiempo, diabetes mellitus y comorbilidades cardiovasculares). Los años de vida proyectados desde el inicio de diálisis fueron 9.2 si permanecían en diálisis, 11.3 recibiendo un riñón de 60-79 años y 10.8 recibiendo un riñón de más de 80 años.

**Conclusiones:** A pesar de que los injertos de donantes mayores de 80 años tienen una peor supervivencia que los provenientes de donantes más jóvenes, la supervivencia del paciente es mayor a la de aquel que permanece en diálisis.

### Figura.

Riesgo de mortalidad y años de vida proyectados entre pacientes trasplantados con injertos de donantes de 60-79 años y mayores de 80 años, de acuerdo con las características del paciente al inicio de diálisis, 1990-2014.

	HR para mortalidad tras TR de donante 60-79a	p	HR para mortalidad tras TR de donante $\geq 80$ a	p	Años de vida proyectados en diálisis (grupo de referencia)	Años de vida proyectados con un TR de donante 60-79a	Años de vida proyectados con un TR de donante $\geq 80$ a
Global	0.60(0.52-0.69)	<0.001	0.66(0.46-0.96)	0.028	9.22	11.29	10.8
Variaos	0.58(0.48-0.70)	<0.001	0.74(0.48-1.19)	0.216	9.22	11.29	10.8
Mayores	0.64(0.55-0.82)	<0.001	0.82(0.34-1.34)	0.127	10.49	12.48	11.77
Edad del receptor $>70$	0.57(0.48-0.68)	<0.001	0.69(0.42-1.16)	0.109	9.21	11.29	10.82
Edad del receptor $\leq 70$	0.69(0.50-0.92)	0.010	0.98(0.34-1.02)	0.965	7.25	9.27	9.07
Sin enf. cardiovasculares	0.66(0.55-0.79)	<0.001	0.80(0.1-1.28)	0.051	9.22	11.29	10.82
Con cualquier enf. cardiovascular	0.50(0.30-0.64)	<0.001	0.69(0.37-1.25)	0.216	7.64	9.09	8.49
Sin diabetes mellitus	0.59(0.50-0.70)	<0.001	0.98(0.84-1.43)	0.837	9.22	11.29	10.82
Con diabetes mellitus	0.81(0.44-0.84)	0.012	0.15(0.05-0.49)	0.002	6.67	8.64	8.62
TR antes de 2007	0.84(0.51-0.78)	<0.001	0.92(0.33-1.34)	0.183	9.20	11.22	10.72
TR entre 2007-2012	0.59(0.49-0.72)	<0.001	0.70(0.18-0.68)	0.111	10.35	12.41	11.71

## 447 DETECCIÓN DE ANTICUERPOS ANTI-HLA DONANTE-ESPECÍFICOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL CON ESTUDIO DE ANTÍGENO AISLADO DIRECTO

D. REDONDO, C. BURBALLA, MJ. PEREZ-SÁEZ, C. GARCIA, ML. MIR, A. BUXEDA, AM. GRANADOS, G. VELIS, J. PASCUAL, M. CREPO

NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA)

**Introducción:** La presencia de anticuerpos anti-HLA donante-específicos (DSA) en trasplante renal (TR) tiene impacto clínico. Actualmente para detectar presencia o ausencia de anticuerpos en plataforma Luminex se emplean kits de screening y para especificidad de antígeno aislado (SAB). El costo del SAB limita su uso generalizado. En muchos laboratorios solo se realiza si el screening es positivo. Evaluamos si el estudio de SAB directo identifica DSA relevantes no detectados con screening+SAB.

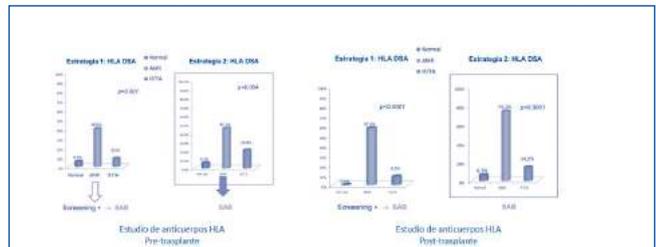
**Población y métodos:** TR con biopsias postrasplante (2011-2015) y estudio de DSA preTR y biopsia. Comparamos 2 estrategias de estudio de ADS con kits de 2 casas comerciales: 1) estudio de screening y en caso positivo, estudio SAB, 2) estudio SAB directo.

**Resultados:** 118 TR: 16 con biopsias normales (N), 53 con rechazo mediado por anticuerpos (AMR) y 49 con fibrosis intersticial y atrofia tubular (IFTA). Con la estrategia 1 detectamos DSA pretrasplante en 6.3% N, 40.5% AMR y 9.3% IFTA; con la estrategia 2; 6.3% N, 45.2% AMR y 20.9% IFTA (p

La estrategia 2 permitió identificar DSA pretrasplante en 4.7% y peri-biopsia en 16.7% TR con AMR no detectados con la estrategia 1. Estos 10 casos con AMR y DSA detectados postTR con SAB directo eran anti-HLA clase I (n=1), II (n=2) y III (n=7). El estudio directo también detectó DSA peri-biopsia en 16.7% TR sin rechazo.

**Conclusiones:** El estudio de anticuerpos anti-HLA con estudio directo de antígeno aislado incrementó la detección de DSA peri-biopsia en 17% de casos con AMR y 17% casos sin AMR, desapercibidos cuando el estudio de especificidad sólo se realizó en pacientes con screening positivo. Este hallazgo tiene implicaciones diagnósticas y pronósticas.

### Figura.



## 446 TRASPLANTE RENAL CON ÓRGANOS PROCEDENTES DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA (cCDC). RESULTADOS TRAS 5 AÑOS DE EXPERIENCIA DEL GRUPO GEODAS-SENTRA

J. PORTOLÉS<sup>1</sup>, MJ. PEREZ-SAEZ<sup>2</sup>, D. HERNANDEZ<sup>3</sup>, E. MELILLI<sup>4</sup>, N. MARURI KAREAGA<sup>5</sup>, D. NAVARRÓ<sup>6</sup>, E. DE SOUSA<sup>7</sup>, P. MARTÍN MORENO<sup>8</sup>, C. JIMENEZ<sup>9</sup>, J. PASCUAL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. H.U.PUERTA DE HIERRO (MAJADAHONDA), <sup>2</sup>NEFROLOGÍA. H.DEL MAR (BARCELONA), <sup>3</sup>NEFROLOGÍA. H. CARLOS HAYA (MALAGA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. H.U BELLVITGE (BARCELONA), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. H.U. DE CRUCES (BILBAO), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. H.U.REINA SOFIA (CORDOBA), <sup>7</sup>NEFROLOGÍA. H.U. CLINIC (BARCELONA), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. C.UNIVERSITARIA DE NAVARRA (NAVARRA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. H.U.LA PAZ (MADRID)

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

Grupo GEODAS3-SENTRA / RedinRen 16/009/009

**Introducción y objetivos:** Varios países europeos disponen de programas de donación tras parada cardíaca controlada (cCDC). La ONT ha desarrollado un programa nacional de promoción de cCDC desde 2012 que se ha extendido ya a 73 centros extractores al cierre de 2016. La memoria de ONT recoge 739 donantes cCDC durante el periodo 2012-16. Diecinueve centros participan en el grupo GEODAS que pretende analizar resultados clínicos desde una perspectiva nefrológica.

**Métodos:** Estudio multicéntrico prospectivo observacional con inclusión sistemática de todos trasplantes renales (TxR) de cCDC en las unidades participantes. Protocolos locales de extracción e inmunosupresión (IS).

**Resultados:** Incluimos 311 donantes cCDC (57.2 años) fallecidos mayoritariamente por eventos CV (75.3%). La tasa efectiva de recuperación de órganos fue 82,9% (mayor de la reportada por ONT para DCD no controlada). Se descartaron 19 riñones por diferentes motivos y 75 se implantaron en Hospitales fuera de nuestro grupo. Incluimos 528 pacientes receptores (56,4 SD11,9 años; 68,8% varones, 92.6% primer TxR).

Utilizamos protocolo de Inducción (Timoglobulina 66.8%/Basiliximab 33.2%) con prednisona-MMF-Tacrolimus (83.1%) o mTOR (6.9%). El tiempo de Isquemia fría fue 2.5(SD 6.5) h. La media de mismatch HLA fue de 3.9. La tasa de fallo primario de injerto (FPI) fue 3% asociada fundamentalmente a problemas vasculares o quirúrgicos sin ningún episodio de rechazo hiperagudo. La tasa de función retrasada (DGF: uso de diálisis en la 1ª semana post-TxR) fue 48,3%. La supervivencia de injerto censurada por muerte de paciente fue 97,7% al 1er año y 93.7% al 2º. Al final del seguimiento 22 pacientes habían fallecido con injerto funcional y probabilidad de supervivencia (Kaplan Meyer) al año fue 94.7% y 94.0% al 1er y 2º año.

La mejor función renal tras un año de seguimiento (eFG por MDRD) fue 54,9 (23,4) ml/min y la Cr media a los 2 años 1,5 mg/dl.

**Conclusiones:** La tasa de recuperación de órganos es superior a los modelos de donación controlada que no controlada. El TxR con cCDC tiene mayor tasa de DGF pero igual supervivencia de paciente y órgano que la referencia histórica para donación en muerte encefálica. Los resultados son satisfactorios para continuar promoviendo este tipo de donación.

## 448 ¿QUÉ PRECIO HAY QUE PAGAR POR TIEMPOS DE ISQUEMIA FRÍA PROLONGADOS? EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

L. MARTÍN-PENAGOS<sup>1</sup>, R. BALLESTERO<sup>2</sup>, C. SANGO<sup>1</sup>, L. BELMAR<sup>1</sup>, L. GALVÁN<sup>1</sup>, J. BADA<sup>1</sup>, R. VALERO<sup>1</sup>, E. RODRIGO CALABIA<sup>1</sup>, JC. RUIZ SAN MILLÁN<sup>1</sup>, AL. MARTÍN DE FRANCISCO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HUMV (SANTANDER), <sup>2</sup>UROLOGÍA. HUMV (SANTANDER)

**Introducción:** Los riñones son viables para el trasplante a pesar de tiempos de isquemia fría (TIF) largos. Habitualmente se da prioridad a otros trasplantes, por lo que el TIF renal aumenta. El TIF es determinante en la evolución del trasplante, relacionándose con complicaciones, con estancia media y con gasto sanitario.

Prendemos analizar estos datos en nuestro centro de cara a plantear alternativas.

**Material y métodos:** Seleccionamos los trasplantes renales de nuestro centro, del 2000 al 2017. Se seleccionan únicamente aquellos en los que se hayan trasplantado los dos riñones de un mismo donante.

Quedan dos grupos. El Grupo 1 (G1), 201 pacientes, son los trasplantes realizados con el primer riñón y el Grupo 2 (G2), 201 pacientes, son los del segundo.

**Resultados:** No hay diferencias significativas ni de edad, sexo, raza, Ac. pretrasplante o etiología de la enfermedad renal entre grupos (Ver tabla 1).

Respecto a la evolución del trasplante, existe una diferencia de 5 horas y 13 minutos en el TIF entre el G1 (primer riñón) y el G2 (segundo riñón). Hay un aumento de la NTA del 11%, aumento de estancia media de 4 días, aumento de la incidencia de RA en un 8.5% y un aumento en el desarrollo de DSA en el G2. (Ver tabla 2)

El FGe en el G1 tanto a los 30 días (44ml/min para G1 vs 34ml/min para G2) como al año (48ml/min para G1 vs 42ml/min en G2) es mejor, y hay más de injertos funcionantes en el G1 que en el G2 (124 vs 114 respectivamente). (Ver tabla 2)

**Conclusiones:** La evolución de los trasplantes con menos TIF es mejor que aquellos con tiempos de TIF mayores. Hay que reducir el TIF, priorizando el Tx. Renal.

Se podría utilizar la máquina de perfusión renal cuando se prevea TIF prolongado.

### Figura.



**449 BIOMARCADORES: NUEVA HERRAMIENTA PARA DETECTAR LA INFLAMACIÓN SUBCLÍNICA**

NN. SERRA CABAÑAS<sup>1</sup>, B. BARDAJI DE QUIXANO<sup>1</sup>, OB. MILLÁN LÓPEZ<sup>2</sup>, C. FACUNDO MOLAS<sup>3</sup>, C. CANAL GIROL<sup>4</sup>, I. SILVA TORRES<sup>5</sup>, YY. ARCE TERROBA<sup>6</sup>, JA. BALLARÍN CASTAN<sup>7</sup>, LL. GUIRADO PE- RICH<sup>8</sup>, M. BRUNET SERRA<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA), <sup>2</sup>FARMACOLOGÍA Y TOXICOLOGÍA. HOSPITAL CLÍ- NIC (BARCELONA), <sup>3</sup>ANATOMÍA PATOLÓGICA. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

**Introducción:** En la actualidad la detección de la inflamación del injerto renal se realiza mediante biopsia. Dado que la inflamación subclínica tiene un papel primordial en la supervivencia del injerto, algunos centros realizamos biopsias de protocolo para su detección precoz con el objetivo de optimizar e individualizar la inmunosupresión. Los biomarcadores urinarios de inflamación pueden ser una nueva herramienta para detectar de manera no invasiva la inflamación subclínica de nuestros injertos. El objetivo del trabajo es analizar la correlación entre inflamación subclínica en biopsias de protocolo y los biomarcadores urinarios miRNA-155, miRNA-210 y miRNA-142.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo donde se incluyen pacientes trasplantados renales (TR) en nuestro centro desde Abril 2014 hasta Mayo 2015. Se han determinado en orina los biomarcadores miRNA-155, miRNA-210 y miRNA- 142 una semana post-TR y al 1º, 2º, 3º y 6º mes post-TR. Se han realizado biopsias de protocolo al 4º mes post-TR y se ha analizado la presencia de tubulitis, infiltrado intersticial, arteritis e IFTA. Finalmente se han correlacionado los hallazgos anatomo-patológicos con los niveles de los biomarcadores.

**Resultados:** Se han incluido 25 receptores de un primer TR, todos de bajo riesgo inmunológico. 60% hombres de edad media de 45 años. 76% receptores de donante vivo. Tiempo medio en diálisis de 10 meses (50% TR anticipado). Tratamiento inmunosupresor de inducción: Basíliximab (dos dosis), tacrolimus, micofenolato sódico y prednisona. Creatinina sérica media al 4º mes post-TR 120umol/L. Según criterios de Banff, un único paciente con rechazo agudo celular IB. Hallazgos anatomo-patológicos: 4% de biopsias con algún grado de tubulitis, 63% con algún grado de infiltrado intersticial, 9% con algún grado de arteritis y 18% con algún grado de IFTA. Análisis de correlación: Los niveles de miRNA-155 son significativamente más elevados en los pacientes que tienen tubulitis. Los niveles de miRNA-142 son significativamente más elevados en los pacientes que tienen tubulitis, en los que tienen arteritis y en los que tienen infiltrado intersticial. Los niveles de miRNA-210 son significativamente más bajos en los pacientes que tienen tubulitis y en los que tienen arteritis. No existe correlación entre los niveles de ningún biomarcador y la presencia de IFTA.

**Conclusiones:** Los biomarcadores urinarios pueden ser en un futuro una nueva herramienta para el diagnóstico de la inflamación subclínica y podrían reemplazar las biopsias de protocolo. De los biomarcadores analizados en este estudio, el mi-RNA 142 sería el más asociado a la presencia de inflamación. Por otro lado, la tubulitis sería la lesión más detectada por los biomar- cadores. Son necesarios más estudios para confirmar y ampliar estos resultados.

**450 VALIDACIÓN DEL KIDNEY DONOR PROFILE INDEX EN ANDALUCÍA**

MA. PÉREZ VALDIVIA<sup>1</sup>, J. CALVILLO ARBIZU<sup>2</sup>, MA. GENTIL GOVANTES<sup>3</sup>, P. CASTRO DE LA NUEZ<sup>4</sup>, A. MAZUECOS BLANCA<sup>5</sup>, A. RODRÍGUEZ BENOT<sup>6</sup>, MC. GRACIA GUINDO<sup>7</sup>, F. BORREGO UTIEL<sup>8</sup>, M. CABELLO DÍAZ<sup>9</sup>, M. SALGUEIRA LAZO<sup>9</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO (SEVILLA),<sup>2</sup>GRUPO DE INGENIERÍA BIOMÉDICA. UNIVERSI- DAD DE SEVILLA (SEVILLA),<sup>3</sup>COORDINACIÓN AUTONÓMICA DE TRASPLANTES. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (SEVILLA), <sup>4</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DEL MAR (CÁDIZ), <sup>5</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REINA SOFÍA (CÓRDOBA), <sup>6</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN DELAS NIEVES (GRANADA),<sup>7</sup>NEFROLOGÍA. COM- PLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN (JAÉN), <sup>8</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL REGIONAL DE MÁLAGA (MÁLAGA), <sup>9</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL VIRGEN MACARENA (SEVILLA)

**Introducción:** La actividad en trasplante renal en nuestro medio está determinada fundamen- talmente por la disponibilidad de órganos considerados aptos para el implante. El número de órganos válidos por donante es un problema que limita el acceso al trasplante. Desde el año 2014 en EEUU la política de asignación está basada en el Kidney Donor Profile Index (KDPI) el cual se aplica en el instante en que el órgano es ofrecido para predecir -aproximadamente- la supervivencia del injerto y poder asignarlo al receptor más adecuado en función de su super- vivencia estimada. El KDPI proporciona de manera indirecta una valoración de la "calidad" del donante.

**Objetivo del estudio:** validar el KDPI en los donantes obtenidos en Andalucía. Estudiar la repercusión del índice KDPI sobre la supervivencia del injerto.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los trasplantes renales realizados entre enero de 2006 y diciembre de 2015 . Los datos de los pacientes fueron proporcionados por el Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía (SICATA). Un total de 2734 trasplantes de riñón fueron clasificados en función de la edad del receptor, siendo categorizados por cuartiles de KDPI del donante y comparados de acuerdo a la supervivencia del injerto censurada para muerte.

**Resultados:** Un menor KDPI se relaciona significativamente con una mayor supervivencia del injerto censurada para muerte. En nuestro trabajo el KDPI discrimina con precisión el primer cuartil del resto para receptores adultos (edad menor de 60 años) con una hazard ratio de 1.014 (P<0.001; 95% CI: 1.007-1.021) para la supervivencia del injerto. Para receptores de 60 o más años solo se observa discriminación para la supervivencia del injerto entre el primer cuartil, el tercero y el cuarto, presentando una hazard ratio de 1.018 (P=0.001; 95% CI: 1.007-1.028) en esta subpoblación.

**Conclusiones:** Este es el único estudio hasta la fecha realizado para validar el KDPI en Andalu- cía, demostrando que puede ser utilizado para predecir la supervivencia del injerto pero con un poder de discriminación limitado, lo que es coherente con estudios realizados en otros países.

**451 PREVALENCIA DE LA INFECCIÓN POR VHC EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA**

MV. MARTÍN<sup>1</sup>, J. VALLADARES<sup>1</sup>, L. AZEVEDO<sup>1</sup>, A. ROMANCIUC<sup>1</sup>, RM. RUIZ-CALERO<sup>1</sup>, R. HERNÁN- DEZ<sup>2</sup>, JJ. CUBERO<sup>3</sup>, E. LUNA<sup>4</sup>, MC. GARCÍA<sup>4</sup>, J. LÓPEZ<sup>4</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HIC (BADAJOZ), <sup>2</sup>ANÁLISIS. HIC (BADAJOZ)

**Introducción:** La infección por VHC aumenta la morbimortalidad de los pacientes trasplan- tados renales. El tratamiento con los Antivirales de Acción Directa (ADD) podría cambiar el impacto negativo que tiene esta patología.

**Material y métodos:** Estudio observacional transversal en el que se analizó la infección por VHC en pacientes trasplantados renales con injerto funcionante más de seis meses. Se solicitó a todos los pacientes los anticuerpos VHC. En los que tenían anticuerpos VHC positivos se solicitó RNA, genotipo y carga viral, se estudiaron variables demográficas, etiología de la Enfermedad Renal Crónica(ERC), tiempo trasplantado, si habían recibido tratamiento antiviral pre o pos- trasplante y si Respuesta Viral Sostenida (RVS). Se estudió repercusión hepática, renal, efectos adversos y modificaciones de la inmunosupresión en aquellos que habían recibido tratamiento postrasplante con ADD.

**Resultados:** De 524 trasplantados con injerto renal funcionante, 32 tenían anti VHC positivos( 6,10 %). Edad media 56,91+/-13; 53% varones, etiología mas frecuente: Nefropatía intersticial crónica (31,3%), tiempo trasplantado (años): 13,81+/-8,1.Carga viral positiva 31,8%. Carga viral media 6,34+/-0,38(IU/mL,log).

Genotipo mas frecuente:1b (75%). Han recibido tratamiento antiviral: 53,1% (82,4% con RVS, 4 de ellos tratamiento postrasplante) 4 pacientes (3 varones) habían recibido tratamiento pos- trasplante con los nuevos ADD (2 sofosbuvir más ledipasvir, 1 sofosbuvir, ledipasvir y ribavirina y otro con sofosbuvir y daclatasvir), los 4 con RVS. 1 paciente con fibrosis F3-4, resto F0-1 (Fibros- can). Las transaminasas se normalizaron (3 pacientes) o se redujeron (1 paciente). Se suspendió el tratamiento(sofosbuvir y ledipasvir) a una paciente a las dos semanas de iniciarlo por Filtrado Glomerular inferior a 30 ml/min (FG basal de 35). Un paciente suspendió ribavirina por anemi- zación, precisó aumentar la dosis de Ciclosporina y suspender Micofenolato por leucopenia. Suspendió el tratamiento en la semana 14 (en vez de la 24 como tenia pautado) por molestias digestivas inespecíficas que no se resolvieron tras su suspensión.Los otros dos pacientes no presentaron ningún efecto adverso.

**Conclusiones:** La infección por VHC en nuestro estudio tiene una prevalencia similar a la descri- ta en otras series. Más de la mitad de los pacientes mantienen carga viral negativa. La respuesta al tratamiento antiviral ha sido superior al 80%. Aunque el número de pacientes analizados que han recibido tratamiento con los ADD es pequeño, la buena respuesta obtenida sugiere un cambio en el pronóstico de la infección por VHC.

**452 LA ALTA INCIDENCIA DE RECHAZO AGUDO: UN RETO PARA EL PACIENTE ALTA- MENTE SENSIBILIZADO**

L. RODRÍGUEZ-GAYO, MO. LÓPEZ-OLIVA, L. ÁLVAREZ-GARCÍA, E. GONZÁLEZ, R. SELGAS, C. JIMÉ- NEZ

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ (MADRID)

**Introducción:** Los pacientes altamente sensibilizados tienen menos posibilidades de trasplan- tarse y mayor riesgo de presentar rechazo agudo (RA) y pérdida de injerto.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de rechazo en los trasplantes renales realizados a pacientes altamente inmunizados en nuestro centro entre 2007 y 2015, así como la supervivencia del paciente y del injerto. Evaluar la eficacia y seguridad de los tratamientos inmunosupresores empleados.

**Material y métodos:** Se recogieron retrospectivamente datos clínicos y analíticos de los pa- cientes altamente sensibilizados que recibieron un trasplante renal en dicho periodo de tiempo. Se consideraron altamente sensibilizados aquellos con un panel reactive antibody (PRA) calcula- do superior al 50% o con anticuerpos donante específicos (ADE) pretrasplante.

**Resultados:** De los 361 trasplantes que se realizaron en dicho periodo, 27 fueron a pacientes altamente sensibilizados. Además de timoglobulina, tacrolimus, ácido micofenólico y corticoi- des, el 70,4% (n=19) recibió inmunoglobulinas +/- plasmaféresis. Catorce pacientes (51,9%) presentaron rechazo agudo, siendo el 78,6% de tipo humoral, con una mediana de presen- tación de 13 días. En los pacientes con PRA >50% la incidencia de RA fue del 42,9% (n=9), mientras que fue del 83,3% (n=5) en los pacientes con ADE.

La creatinina media al diagnóstico del RA fue de 3,8 mg/dl (ds= 4) y la proteinuria de 4,1 g/día. El 85,7% de los pacientes respondieron al tratamiento del RA, siendo la creatinina media al mes de tratamiento de 1,7 mg/dl (ds= 1) y la proteinuria de 0,59 g/día.

Hubo dos pérdidas de injerto entre los pacientes que presentaron RA (7,4%) y ninguna en los pacientes sin rechazo. La supervivencia del injerto censurada por éxitus fue del 92,6% (100% en el grupo sin RA vs 85,7% en el grupo con RA) y la del paciente del 95%, con una mediana de seguimiento de 4 años.

Los pacientes con RA tuvieron mayor incidencia de infecciones bacterianas graves (66,7% vs 33,3%, ns), infecciones por CMV (57,1% vs 42,9%, ns) y leucopenia significativa (58,3% vs 41,7%, ns) que los pacientes sin RA. Hubo similar incidencia de replicación de virus BK (ns).

**Conclusiones:** La incidencia de RA en pacientes altamente sensibilizados fue del 51,9%, con una respuesta favorable al tratamiento en el 85,7% de los casos. La incidencia de pérdida de injerto fue del 7,4%, inferior a la descrita en otras series. La supervivencia del paciente y del injerto fue de 95% y del 92,6% respectivamente. La tasa de complicaciones asociada al tratamiento es elevada.

# Resúmenes

## Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

### 453 IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL PRE-TRASPLANTE CON LA MORTALIDAD Y LA PÉRDIDA DEL INJERTO RENAL

CM. CASTILLO DEVIA<sup>1</sup>, C. FACUNDO MOLAS<sup>2</sup>, N. SERRA CABAÑAS<sup>2</sup>, M. MUNS CORNELLAS<sup>2</sup>, B. BARDAJÍ QUIXANO<sup>2</sup>, C. CANAL GIROL<sup>2</sup>, J. CALABIA MARTÍNEZ<sup>2</sup>, L. GUIRADO PERICH<sup>2</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL JOSEP TRUETA (GIRONA), <sup>2</sup>TRASPLANTE RENAL. FUNDACIÓ PUIGVERT (BARCELONA)

El estado nutricional del paciente candidato a trasplante renal, es un factor predictor de morbi-mortalidad. Pero poco sabemos de cómo puede influir en la evolución después del trasplante. Nuestro objetivo es relacionar el estado nutricional del paciente antes del trasplante con la mortalidad y la pérdida del injerto.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo con los pacientes trasplantados en la Fundación Puigvert entre 2014 - 2015, con un seguimiento hasta enero del 2017. Se realizó un estudio de supervivencia mediante Kaplan-Meier analizando dos variables nutricionales IMC y albúmina pretrasplante.

**Resultados:** Se analizaron 181 pacientes de los cuales el 38% eran de donante vivo, el 58% varones, la mediana de edad fue de 54 años (RI 43-66), mediana de tiempo en diálisis de 14 meses (RI 14-30), la mediana de IMC 24,7 (RI 22-27), la mediana de albúmina fue de 38 g/L (RI 33-42), mediana de creatinina al año 137mmol/L (RI 112- 179)

Al final del seguimiento el 86,7% persistían con el injerto funcionante, el 5% perdieron el injerto y el 7,7% fueron exitus.

La supervivencia de los pacientes con trasplante renal donante vivo fue del 97,1% respecto a los donantes de cadáver que fue del 89,2% (P=0,05).

La media de supervivencia del paciente trasplantado renal fue de 33,9 meses con un IC de 95% (32,665- 35,245). La supervivencia del injerto tuvo una media de 34,7 meses con un IC de 95% (33,7-35,7), siendo más alta que la supervivencia del paciente.

Los paciente con un IMC < 21 tuvieron una supervivencia de 32 meses respecto a los que tenía un IMC >21 que fue de 34 meses (P=0,2). Teniendo en cuenta el resultado combinado de muerte y/o pérdida del injerto la diferencia de IMC entre ambos grupos fue de 20,7 vs 32,8 meses (P=0,04).

Respecto a la albúmina los con pacientes con valores <37mg/dL, tuvieron una supervivencia menor pero no significativa respecto a los de albúmina más elevada, 27,3 meses vs 31,78 meses (P=0,1).

**Conclusión:** Los parámetros nutricionales como IMC y albúmina sérica previo al trasplante, influyen en la supervivencia de los pacientes que reciben un injerto renal.

### 454 TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE M-TOR EN PACIENTES QUE DESARROLLAN NEOPLASIA TRAS TRASPLANTE RENAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA

M. SÁNCHEZ-JÁUREGUI CASTILLO, MP. FRAILE GÓMEZ, J. SEBASTIÁ MORANT, A. TYSZKIEWICZ, GP. GONZÁLEZ ZHINDÓN, AI. MARTÍNEZ DÍAZ, GC. DELGADO LAPEIRA, P. GARCÍA COSMES, T. GARCÍA GARRIDO, A. MARTÍN ARRIBAS

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA (SALAMANCA)

**Introducción:** La esperanza de vida del paciente trasplantado renal ha mejorado en los últimos años, en gran medida debido a la introducción de nuevos fármacos inmunosupresores. Esta mayor supervivencia, sin embargo, hace que adquieran más importancia las complicaciones a largo plazo, especialmente la enfermedad cardiovascular y el cáncer. El cáncer en el paciente trasplantado se caracteriza por una progresión más rápida, un pronóstico menos favorable y una peor respuesta al tratamiento. El manejo de los pacientes trasplantados renales y cáncer incluye la reducción de la terapia inmunosupresora y/o conversión a inhibidores de m-Tor. Objetivos: Observar la evolución de la función renal en pacientes con trasplante renal diagnosticados de cáncer en los que se les convirtió a inhibidores de M-TOR y analizar las variables que pudieron influir en la evolución de la función renal.

**Métodos:** Seleccionamos los pacientes trasplantados en nuestro centro que desarrollan neoplasia en el seguimiento, y cuyo tratamiento es cambiado a inhibidores de M-TOR. Tenemos en cuenta datos demográficos, antecedentes de Hemodiálisis (HD) o Diálisis Peritoneal (DP), intensidad de la inmunosupresión y función renal antes y después del uso de inhibidores de M-TOR. Establecemos relación estadística en la evolución de la función renal usando el test de Wilcoxon. Calculamos Odds Ratio para distintas variables.

Analizamos con el test de Fisher la asociación entre desarrollo de neoplasia dermatológica y uso de Azatioprina. Resultados: Tras 1102 trasplantes renales, la incidencia de neoplasias en nuestra población trasplantada es 6.1% (68 pacientes). De la población que desarrolla neoplasia, en un 29.41% se cambió el tratamiento a inhibidores de M-TOR (n=20). La edad media a la que se realiza el diagnóstico del tumor, y se cambia el tratamiento, es 58.85±10.95. Desde el trasplante hasta el diagnóstico del tumor pasaron una media de 8.26±5.96 años. Un 70% habían estado en HD, y un 25% en DP. El tiempo medio en HD/DP fue de 22.44±18.08 meses. La evolución de la función renal de cada paciente no fue influida por el cambio de tratamiento (p=0.1292). La mortalidad de la población fue 20% con una supervivencia media de 50.75±47.24 meses.

**Conclusiones:** -La evolución de la función renal no fue influenciada de forma estadísticamente significativa por la disminución de la intensidad de la inmunosupresión al cambiar anticalcineurínico por inhibidores de M-TOR (p=0.1230).

-La aparición de tumores cutáneos no se asoció en nuestra población con el tratamiento con Azatioprina (test fisher=1. No estadísticamente significativo).

-Las OR HTA y tabaco pre-trasplante fueron superiores a 1, aunque no de forma estadísticamente significativa

### 455 EL NEFRÓLOGO COMO ÚNICO PARTICIPANTE EN LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA DE INJERTO RENAL. ANÁLISIS DE LA RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA Y LAS COMPLICACIONES. EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO

JM. CAZORLA LÓPEZ, J. NARANJO MUÑOZ, A. MORENO SALAZAR, A. DELGADO UREÑA, J. WU, A. MAZUECOS BLANCA, C. ORELLANA CHAVES, T. GARCÍA ÁLVAREZ, A. GARCÍA GARCÍA-DONCEL, M. CEBALLOS GUERRERO

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

**Introducción:** La biopsia renal (BR) es técnica fundamental en el estudio de la patología del injerto renal y uno de los procedimientos que más ha contribuido al conocimiento de las enfermedades renales. Es fundamental conocer sus complicaciones ya que es el procedimiento más agresivo por su morbi-mortalidad. En nuestro servicio los nefrólogos llevamos realizando biopsias renales de injerto renal ecodirigidas desde 2011 sin necesidad de intervención por parte de profesionales de otros servicios.

**Objetivos:** Estudiar la relación entre las complicaciones y la rentabilidad diagnóstica de las BR de injerto renal ecodirigidas.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo de las BR de injerto con aguja de 16G guiadas por ecografía realizadas en nuestro servicio en los años 2015 y 2016. Analizamos los parámetros de edad, sexo, creatinina sérica, función renal (FR) por CKD-EPI, diagnóstico histopatológico, cilindros extraídos, glomérulos extraídos y complicaciones asociadas. Se establecieron como complicaciones menores hematoma <5cm, retención aguda de orina, hematuria autolimitada, FAV no compromete FR, y descenso de la hemoglobina > 1 g/dl. Como complicaciones mayores la necesidad de transfusión, hematoma perirrenal>5cm, fístula severa, cirugía, nefrectomía, embolización o muerte. Todas las biopsias fueron realizadas por el equipo de nefrología con profilaxis antihemorrágica en los casos de pacientes con deterioro de FR y con control ecográfico inmediato postbiopsia y a las 24 horas posteriores.

**Resultados:** Se analizaron 99 BR de injerto con una edad media de los pacientes de 54,5±12,3 años de los cuales 38,3% (38) eran mujeres. Se obtuvo una mediana de 17 [13;22] glomérulos y una media de 2±0,6 cilindros por BR, obteniéndose diagnóstico patológico en el 90,9% (90), no alteraciones en el 8,1% (8) y muestra insuficiente en el 1% (1). 10 pacientes (9.9%) presentaron complicaciones menores, complicaciones mayores en 3(2,9%) y sólo 1 requirió intervención (1.01%).

**Conclusiones:** La BR ecodirigida realizada de la mano exclusivamente de un nefrólogo ha demostrado una alta rentabilidad diagnóstica con una baja tasa de complicaciones, siendo una técnica segura y recomendada para el estudio de patologías en el trasplantado renal. La realización sin intervención de otros especialistas (radiólogos, urólogos) nos ha llevado a la llamada autogestión.

### 456 REACTIVACION POR VHB E INFECCIÓN POR VHB OCULTO EN TRASPLANTADOS RENALES

MV. MARTÍN<sup>1</sup>, J. VALLADARES<sup>1</sup>, L. AZEVEDO<sup>1</sup>, A. ROMANCIUC<sup>1</sup>, RM. RUIZ-CALERO<sup>1</sup>, A. GUIBERTEAU<sup>1</sup>, I. NARVÁEZ<sup>2</sup>, JJ. CUBERO<sup>1</sup>, R. HERNÁNDEZ<sup>2</sup>, MV. GARCÍA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HIC (BADAJOZ), <sup>2</sup>DIGESTIVO. HIC (BADAJOZ)

**Introducción:** La infección por el Virus de la Hepatitis B(VHB) en trasplantados renales condiciona una menor supervivencia que los VHB negativos. La terapia inmunosupresora favorece la reactivación de la infección por VHB en un alto porcentaje. Los trasplantados tienen bajas tasas de respuesta a la vacunación(17-36%). En aquellos con infección por VHB pasada(AgHBs negativo y AntiHbc positivo) se describen más casos de infección oculta por VHB (OBI): presencia de genoma viral en suero y/ o tejido hepático con AgHBs negativo. No se conoce la implicación clínica de OBI en el trasplante renal.

**Objetivos:** Analizar la reactivación del VHB en trasplantados renales y analizar si OBI entre los AchBc positivos.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo observacional de trasplantados con injerto renal funcionante más de un año a los que se les solicitó la serología del VHB. Se estudiaron variables demográficas, etiología de la insuficiencia renal y tiempo trasplantado. En los AchBc positivos se determinó DNA en suero mediante PCR y se revisó su evolución. Se analizó retrospectivamente la evolución que habían tenido los pacientes AgHBs positivo.

**Resultados:** Analizamos 368 trasplantados, edad media 57,94(11,9); varones 63%. Etiología más frecuente glomerulonefritis (32,6%). Tiempo medio trasplantado:9,44(6,25) años. Marcadores VHB: AntiHbS >10 mU/ml: 44,3%; AntiHbc positivo:15,2%. AntiHbc positivo y AgHBs negativos:14,3%.AgHBs positivo: 1,1% (4/368).El 100% de AgHBs positivos reactivaron el virus posttrasplante:50% eran AgHBs positivo pretrasplante. 50% eran AgHBs negativo, anticore positivo pretrasplante (seroconvirtieron posttrasplante a AgHBs positivo). El 100% antiHbS <10 UI/ml pretrasplante. Ningún paciente presenta cirrosis ni Hipertensión portal. Mantienen tratamiento antiviral con carga viral negativa el 75%( tenofovir 2 pacientes y entecavir 1). OBI en los AntiHbc positivos: 1,9% (1/ 52 pacientes).Serología del caso: Pretrasplante AntiHbc, antiHbS y AgHBs negativo.Donante anticore negativo. 2ºaño posttrasplante: AntiHbc positivo, AntiHbS 10 mU/ml con AgHBs negativo.6º año posttrasplante detectamos DNA PCR: 28,8 IU/ml con AgHBs, AgHBe, AntiHBe: Negativos.Enzima hepáticas normales, inactiva entecavir, negativizando DNA.

**Conclusiones:** En nuestro estudio han reactivado el VHB el 100% de los AgHBs positivos. Es importante conocer la serología vírica pretrasplante para tratar y/o monitorizar la posible replicación viral en los pacientes de riesgo. Se debería posttrasplante monitorizar los marcadores VHB a todos los trasplantados para detectar seroconversiones vacunando si AntiHbS <10 mU/ml. Se necesitan más estudios para conocer la prevalencia de OBI y su posible influencia en la evolución de los trasplantados renales.

**457 ¿HAY QUE TRASPLANTAR A RECEPTORES DE MÁS DE 70 AÑOS?**

A. SANCHO CALABUIG, E. GAVELA MARTÍNEZ, J. KANTER BERGA, I. SANCHIS MUÑOZ, AI. ÁVILA BERNABEU, JF. CRESPO ALBIACH, LM. PALLARDO MATEU  
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET (VALENCIA)

**Introducción:** Los pacientes mayores de 70 años son el mayor grupo de pacientes incidentes en diálisis, presentando una elevada mortalidad a los 3 años de su inclusión en programa. El trasplante no suele considerarse como opción de tratamiento sustitutivo renal en estos pacientes, incluyéndose en lista de espera entre el 1,5-3,4%. Nos planteamos si en pacientes seleccionados de edad avanzada el trasplante renal puede ser una alternativa a valorar.

**Objetivo:** Comparamos la evolución tras el trasplante renal de receptores mayores de 70 años de edad seleccionados (R>70) con receptores adultos de menor edad (R<70).

**Material y método:** Análisis retrospectivo de 889 trasplantes renales. Comparando los R>70 (n: 56, 6,2%) con R<70 (n=833). Seguimiento medio: 85,3 ± 65,27 meses (r : 0 - 239,7). Edad media de los receptores: 71,7 ± 1,7 en R>70 vs 51,1 ± 12,2 en R<70 (p<0,001). Al analizar factores de riesgo cardiovascular pretrasplante sólo la HTVI, el tabaquismo o la dislipemia resultaron más prevalentes en R>70 (p<0,05). No hubo diferencias en el tipo de TSR, predominantemente hemodiálisis, ni en el tiempo en diálisis.

Los donantes de R>70 presentaron mayor edad (72,7 ± 6,26 vs 51,1 ± 18,9, p<0,001), proporción de mujeres (61,1% vs 44,8%, p=0,024), de muerte cardiovascular (88,9% vs 62,3%, p<0,001), hipertensión arterial (59,6% vs 32,8%, p<0,001) y creatinina sérica en la extracción (0,90 ± 0,42 vs 0,78±24, p=0,002).

Los R>70 presentaron mayor número de incompatibilidades (p=0,001), timoglobulina en dosis reducidas en inducción (74% vs 41,9%, p<0,001) y tacrolimus de mantenimiento (88,9% vs 72,5%, p=0,027). La función retrasada del injerto fue similar (32%). El rechazo agudo en el posttrasplante inmediato fue menor en R>70 (4,3% vs 14,2%, p=0,075). La creatinina sérica fue ligeramente mayor en los R>70 durante los dos primeros años, aunque la supervivencia de injerto en datos no censurados fue similar (p=0,085), siendo las principales causas de fracaso del injerto en R>70 la disfunción crónica y el exitus con injerto funcionante. La supervivencia del paciente fue menor (24,1% vs 11,8%) en R>70 (p<0,001), siendo la muerte de origen infeccioso la más frecuente (p=0,022).

**Conclusiones:** El trasplante renal con receptores seleccionados de más de 70 años se asoció a una supervivencia de injerto similar a la de receptores más jóvenes, con una función renal aceptable para las necesidades metabólicas del receptor y una supervivencia del paciente menor que la de receptores más jóvenes. Consideramos que el trasplante renal resulta una opción adecuada en pacientes seleccionados de edad avanzada.

**458 PRONÓSTICO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE EN ASISTOLIA MAASTRITCH TIPO III Y DE DONANTE DE CRITERIO EXPANDIDO SEGÚN FACTORES CLÍNICOS E HISTOLÓGICOS**

M. SÁNCHEZ-AGESTA MARTÍNEZ, MD. NAVARRO CABELLO, M. LÓPEZ ANDREU, ML. AGÜERA MORALES, A. RODRÍGUEZ BENOT, P. ALJAMA GARCÍA  
UGC NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA (CÓRDOBA)

**Introducción:** Es conocida la importancia pronóstica del examen histológico pre-trasplante renal en donantes de criterio expandido (DCE). Sin embargo, en donación en asistolia (DA), la implantación se realiza sin conocer la histología renal para mejorar el tiempo de isquemia fría. El objetivo del estudio ha sido analizar los hallazgos histológicos y clínicos como factores pronósticos tanto en DCE como en DA Maastricht tipo III.

**Material y Métodos:** Estudiamos pacientes que han recibido un injerto renal con biopsia pre-implante de DCE y de DA desde el año 2013-2016. Evaluamos la importancia clínica y pronóstica de los hallazgos histológicos, datos clínicos del donante y receptor en el seguimiento. Resultados: Analizamos 46 trasplantes de DCE y 26 de DA con estudio histológico pre-implante. La mediana de seguimiento fue 21.4 meses. La edad del donante y receptor fue mayor en el grupo DCE (p<0.01). Hubo mayor proporción de donantes hipertensos (p=0.07) y muerte por causa cardiovascular en el grupo DCE (p<0.01). La creatinina del donante (p<0.01) y el tiempo de isquemia fría (p<0.01) fue mayor en DCE. No hubo diferencias en tiempo en lista de espera ni en incompatibilidad HLA. Se observó un mayor % de glomerulosclerosis en DCE (p<0.01). El engrosamiento fibroso de la íntima fue más leve en DA vs DCE (p =0.004). No hubo diferencias en el resto de los compartimentos. La puntuación histológica total fue mayor en DA vs DCE (4.5 vs 4; p=0.03) El aclaramiento de creatinina en el seguimiento no mostró diferencias entre ambos grupos. La supervivencia del injerto renal fue superior en DA vs DCE aunque no estadísticamente significativo a los dos años (79.4% vs 73.4%). La puntuación pre-implantación resultó un factor de riesgo independiente para supervivencia del injerto [HR 2.37 (IC al 95% 1.31-4.30); p=0.005], tras ajustar por edad del donante, creatinina y tipo de donante.

**Conclusiones:** Los trasplantes renales procedentes de donantes asistolia tipo III muestran una supervivencia comparable a los donantes de criterio expandido. La supervivencia del injerto no depende del tipo de donante a 1-2 años. Los donantes de asistolia muestran menor % muerte por causa cardiovascular, menor creatinina y lesiones más leves en el compartimento vascular comparado a criterio expandido. La puntuación histológica preimplante es un predictor de supervivencia a mediano plazo.

**459 PREVALENCIA DE VHC Y TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA (AAD) EN EL TRASPLANTE RENAL (TxR): EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO**

E. TORRES AGUILERA<sup>1</sup>, A. HERNÁNDEZ CORONADO<sup>1</sup>, M. RODRÍGUEZ FERRERO<sup>1</sup>, A. AHUMADA JIMÉNEZ<sup>2</sup>, L. MÁRQUEZ PÉREZ<sup>2</sup>, F. ANAYA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL G.U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID), <sup>2</sup>DIGESTIVO. HOSPITAL G.U. GREGORIO MARAÑÓN (MADRID)

**Introducción:** El VHC siempre ha sido una complicación en las unidades de hemodiálisis. La aparición de los AAD ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la hepatitis C (HVC).

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia de VHC y los resultados del tratamiento con AAD en nuestra población.

**Métodos:** Evaluamos los TxR funcionantes a 31/12/2015 identificando aquellos con VHC. Revisamos todos los pacientes tratados con AAD (14) y recogimos datos sobre serología, variables demográficas y analíticas.

**Resultados:** 473 TxR prevalentes. De los 39 (8.24%) pacientes con serología positiva, 25 no se incluyeron en el análisis (10 no recibieron tratamiento por PCR negativa, 1 al no haber disponible para su genotipo, 4 por elevada comorbilidad, 1 recibió tratamiento estando en hemodiálisis, 3 están pendientes de iniciar tratamiento, 1 está en tratamiento actualmente, 4 han recibido tratamiento en otro centro y no disponemos de seguimiento). Los 14 restantes (10V/4M con edad media de 53.2 años, caucásicos y previamente en programa de hemodiálisis) han sido tratados y seguidos en nuestro centro. De los 14 pacientes 11 eran hipertensos y 2 diabéticos. El genotipo más frecuente era 1b (78.6%) y todos eran naive salvo uno que además era trasplantado hepático.

El grado de fibrosis se determinó mediante FibroScan: 11 grado1-2 y 3 grado3.

Todos los pacientes recibían esteroides como inmunosupresor, 8 asociado a Tacrolimus+micofenolato, 1 a Tacrolimus, 1 a Micofenolato, 1 a Azatioprina y 3 a Everolimus. Se realizó modificación del tratamiento de everolimus a tacrolimus en 1 paciente.

De los 14 pacientes, 9 recibieron Viekirax® (ombitasvir/paritaprevir/ritonavir)+Exviera®(dasabuvir), 4 Harvoni® y 1 con Harvoni®(sofosbuvir + Ledipasvir) + Ribavirina. Todos alcanzaron respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 semanas de tratamiento.

No se observaron alteraciones de función renal ni hemoglobina pre/posttratamiento.

Existen diferencias estadísticamente significativas en las dosis de Tacrolimus y everolimus durante el tratamiento, siendo necesario un descenso de dosis en los pacientes tratados con Viekirax+Exviera y no en los tratados con Harvoni para mantener concentraciones sanguíneas adecuadas. No es necesario modificar la dosis de Micofenolato ni Azatioprina. También encontramos diferencias en los niveles de AST, ALT, GGT (descenso) y colesterol pre/posttratamiento (aumento). Ningún paciente presentó efectos adversos asociados al tratamiento.

**Conclusiones:** La prevalencia del VHC en TxR está disminuyendo. El tratamiento con AAD es eficaz (100% RVS) y seguro y parece que erradicará el VHC. La asociación de sofosbuvir/ledipasvir mantiene estables los niveles sanguíneos de tacrolimus y everolimus lo que facilita su uso.

**460 TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO CRUZADO EN LA PROVINCIA DE CÁDIZ. ANÁLISIS Y COMPARACIÓN CON EL DE DONANTE VIVO EMPARENTADO**

J. NARANJO MUÑOZ<sup>1</sup>, E. BERRAQUERO ROSANO<sup>2</sup>, A. MORENO SALAZAR<sup>1</sup>, A. MAZUECOS BLANCA<sup>1</sup>, T. GARCIA ALVAREZ<sup>1</sup>, C. MINGUEZ MAÑANES<sup>1</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ),<sup>2</sup>ESTUDIANTE DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CÁDIZ (CÁDIZ)

**Introducción:** El trasplante renal de donante vivo se considera la mejor opción de tratamiento sustitutivo renal (TSR), tanto en supervivencia como en calidad de vida del paciente.

No obstante, el trasplante renal no siempre puede ser la primera opción en todos los pacientes, debido principalmente a la incompatibilidad con el donante potencial. Es por ello, por lo que el Hospital Universitario Puerta del Mar (HUPM) fue incluido en 2012 en un programa de donación renal cruzada para cubrir esta necesidad en aquellos pacientes para los que ésta sería una gran alternativa.

**Objetivos:** Analizar y comparar la supervivencia de los pacientes sometidos a trasplante renal de donante vivo cruzado (TRDV-C) frente al de donante directo o familiar (TRDV-D), así como las posibles complicaciones.

**Material y método:** Se realizó un estudio de cohortes retrospectivo del periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2016 en el HUPM, recogiendo datos sobre los pacientes trasplantados de donante vivo; y se hizo un análisis descriptivo sobre una serie de variables tanto del donante como del receptor, antes, durante y después del trasplante.

**Resultados:** Así, se han comparado los pacientes sometidos a TRDV-C (N=9) y a TRDV-D (N=35), sin observarse diferencias estadísticamente significativas ni en las características basales de los pacientes ni en la función renal alcanzada de los injertos (creatinina plasmática al año del trasplante de 1.3 mg/dL [1.1-1.7] en TRDV-D, 1.5 mg/dL [0.92-1.2] en TRDV-C; p=ns). Cabe destacar que se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la edad al trasplante (42.17±12.40 en TRDV-D, 55.11±10.51 en TRDV-C; p=0.006), y en el tiempo de isquemia fría del injerto (74 min [55-105] en TRDV-D, 380 min [213-458] en TRDV-C; p=0.001).

**Conclusión:** Los pacientes sometidos a TRDV-C obtienen resultados similares al TRDV-D, tanto en supervivencia del paciente como del injerto. Sin embargo, estos pacientes se someten a un mayor tiempo de espera para encontrar un donante compatible, por lo que la edad al trasplante es más alta; y el tiempo de isquemia fría del injerto es mayor, dado que la extracción no se realiza habitualmente en el mismo centro.

## Resúmenes

## Trasplante Renal - Resultados y estudios epidemiológicos

## 461 COMPARATIVA DE RESULTADOS DEL PROGRAMA DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA RESPECTO A DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

F.J. JUEGA, M. PÉREZ, L. CAÑAS, R. LAUZURICA

NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIAS I PUJOL (BADALONA)

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

REDinREN, REMAR

**Introducción:** En Octubre 2014 se implantó en nuestro centro el programa de donación en asistolia controlada (DAC). Objetivo: Analizar características de donantes, receptores, técnica quirúrgica y evolución de este tipo de trasplantes durante los 2 primeros años, y compararlos con trasplantes de donantes en muerte encefálica (ME) realizados durante el mismo periodo.

**Material y métodos:** Entre Octubre '14 y Octubre '16 se realizaron en nuestro centro 45 trasplantes renales DAC con extracción por laparotomía ultrarrápida y 68 trasplantes de donantes en ME. Datos completos de evolución a 2 años post-trasplante.

Se compararon los datos de DAC con los de ME en sus diferentes variables y subgrupos.

**Resultados:** No hubo diferencias entre la edad media de los receptores de trasplante DAC vs. ME (58 ±13 vs. 61 ±9 años)

ME presentó mayor TIF (19,6 ± 3,9 vs. 6,7 ±2,5 h). DAC presentaron una mayor tasa de DGF (33,3% vs. 8,8%).

En cuanto a la evolución de la función renal en forma de creatinina plasmática, FGe (MDRD) y proteinuria, sólo se encontraron diferencias en los valores obtenidos al día 7 (FGe DAC 21.80 ± 17 vs. ME 31,9 ± 21 nI/min), sin observarse diferencias significativas en cuanto a creatinina, FGe ni proteinuria a 1,6, 12, 18 meses ó 2 años post-trasplante entre ambos grupos.

A pesar de una mayor tasa de función retrasada del injerto en los receptores de trasplante dac, posteriormente no se observan diferencias significativas en relación a la función del injerto renal entre el grupo de DAC vs. ME tras 2 años de seguimiento.

## 462 COMBINED LIVER-KIDNEY TRANSPLANTATION: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

RG. GELPI REMIRO<sup>1</sup>, VT. TORREGROSA<sup>1</sup>, JC. COLMENERO<sup>2</sup>, FD. DIEKMANN<sup>1</sup>, NE. ESFORZADO<sup>1</sup><sup>1</sup>TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC BARCELONA (BARCELONA), <sup>2</sup>TRASPLANTE HEPÁTICO. HOSPITAL CLINIC BARCELONA (BARCELONA)

**Introduction:** Renal dysfunction is a common association with advanced liver failure. The proportion of patients with advanced chronic kidney disease and need for liver transplantation has increased in the last years and for these patients the best option is the combined liver-kidney transplant (CLKT). We have been performing CLKT since 1993 in our center. In this study we analyzed the evolution of the CLKT program in our hospital.

**Methods:** We analyzed all CLKT performed in Hospital Clinic between May 1993 and August 2016. We studied demographic and clinical variables. Survival analysis was performed by Kaplan-Meier method.

**Results:** In the study period, 82 CLKT were performed.

62% of the recipients were men and 38% female. The mean age was 48.5 ±10.5 years.

The mean donor age was 39.09 ±13.28. Cause of death was: Cerebral Vascular Accident in

56.1% of the donors, Cranial Trauma in 29.3% and Anoxic Encephalopathy in 14.6% of them.

The recipients renal disease etiology was: Chronic Glomerulonephritis in 30.5%, Polycystic disease (PD) in 28%, Chronic Interstitial Nephropathy in 8.5%, Diabetes Nephropathy in 7.3%, Primary Hyperoxaluria (PH) in 7.3%, IgA nephropathy in 3.7%, Amyloid Disease (AD) in 3.7%, calcineurin inhibitor toxicity in 3.7%, Hemolytic Uremic Syndrome in 2.4% and Acute Tubular Necrosis in 4.9%.

The main causes of liver disease were: hepatitis C virus (39%), Polycystic disease (22%), alcoholism (17%), PH (7.3%) and AD (3.7%). Mean patient survival time was 168.54 ±12.40 months.

No significant difference was found in survival analyzed by liver or kidney disease. 24.4% of the recipients presented liver decompensation, and 17.1% presented complications derived from PD. Mean kidney graft survival was 148.89 ±12.49 months.

**Conclusion:** Our results of CLKT showed acceptable outcome not only for patient survival but

also for kidney graft survival.

CLKT is the best alternative to consider in candidates for liver transplantation with chronic

kidney disease.