

196.16

Impacto del riesgo cardiovascular del donante-receptor en la supervivencia del injerto y receptor de trasplante renal cadáver. ¿De dónde venimos?, ¿hacia dónde vamos?



María Anthoanet Palacios Parada^{a,*},
Kamil Lewczuk^b, Yngrid Marroquín Contreras^c,
Alicia Mendiluce Herrero^a,
Jesús Bustamante Bustamante^a

^a Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Clínico, Valladolid, España

^b Servicio de Nefrología, Hospital Universitario, Salamanca, España

^c Hospital General de la Palma, Canarias, España
E-mail: dra.anthoanet.palacios@gmail.com
(M.A. Palacios Parada).

Introducción: España es un modelo mundial de trasplante renal de cadáver (TRC). El perfil del donante estándar evolucionó hacia donante con criterios expandidos por la necesidad de órganos, con un incremento del 45% del TRC en nuestra unidad.

Objetivos: Describir-comparar características epidemiológicas, variables de riesgo cardiovascular de donantes-receptores para determinar supervivencia del injerto y receptor en 2 periodos: 1995-2002 y 2009-2013.

Metodología: Estudio descriptivo transversal retrospectivo comparativo de 2 periodos. Revisamos 394 informes clínicos: 145 TRC de 1995-2002 y 247 de 2009-2013. Análisis SPSS 20. Curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

Resultados: Periodo 1. Donantes: 96, hombres 65%, edad media 44,5 años; 43,8% sin antecedentes patológicos, HTA (12%), DL (12%), DM (2,08%), fallecidos por accidentes de tráfico 53,1%, ACV 25,5%. Receptores: 147, hombres 60,3%, edad media 48,9 años, HTA (23,4%), DM (16,8%), DL (14,6%). ERC no filiada (31,7%), GN (19%) y DM (14%). En HD, 73,6%. Primer TR (89,7%), supervivencia 1.^a 98,4 y 2.^a 96,4%. Injerto: sin biopsias, supervivencia 1.^a 97,2 y 2.^a 94,2%. Análisis univariante y multivariante: edad del donante significativa para ambas supervivencias.

Periodo 2. Donantes: 132, hombres 69%, edad 56,5 años. HTA (28,6%), DL (18,5%), DM (16,3%), fallecidos por ACV (41,7%), TCE (13,4%). Receptores: 247, hombres 55,6%, edad media 54 ± 14, HTA (58,7%), DM (25,4%), DL (54,6%). ERC no filiada (18%), GN (24,6%) y DM (19%). En HD, 86%. Primer TRC (96%) supervivencia 1.^a 97,6 y 2.^a 90,35%. Injerto: biopsias: 20,2%. Supervivencia 1.^a 95,2 y 2.^a 89,6%. Análisis univariante: edad del donante significativa; y en el análisis multivariante fueron significativos: edad y DM del receptor para ambas supervivencias.

Conclusiones: En los inicios del TRC de nuestra unidad los donantes estándar tenían poca o ninguna prevalencia de variables de riesgo cardiovascular con relación al DCA, precisando 20% de biopsias del injerto. La edad del receptor y padecer DM disminuye su supervivencia. La edad avanzada del donante disminuye la supervivencia del injerto.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.018>

196.17

Implantación de la pauta de hemodiálisis incremental (2 sesiones a la semana) en pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo. Experiencia de un centro



Jose Luis Merino^{*}, Patricia Domínguez,
Blanca Bueno, Yésika Amézquita, Beatriz Espejo,
Vicente Paraíso

Sección de Nefrología, Hospital Universitario del Henares, Coslada, Madrid, España

E-mail: jluis.merino@salud.madrid.org (J.L. Merino).

La hemodiálisis incremental (HDI), con 2 sesiones a la semana, basada en la diuresis residual, es una práctica poco extendida. En nuestra unidad la pauta de diálisis incremental ha sido una alternativa para nuestros pacientes. Mostramos los resultados de su desarrollo en nuestro hospital desde marzo de 2008 hasta septiembre de 2014.

Material y métodos: Para indicar HDI los pacientes debían presentar una diuresis residual de al menos 1.000 ml/24 h, encontrarse en una situación de estabilidad clínica, en ausencia de edemas, sin evidencia de hiperpotasemia >6,5 mEq/L ni de fosforemia >6 mg/dl de forma persistente y con una aceptable compresión de cuidados dietéticos.

Resultados: En este periodo de tiempo, 25 pacientes han sido incluidos en técnica incremental, 11 de ellos no cumplieron al menos 6 meses en esta modalidad (5 porque requirieron pasar a 3 HD/semana por motivos clínicos, 5 porque recuperaron función renal y uno porque en el momento del estudio no había cumplido 6 meses en técnica incremental). El resto de los pacientes (14) cumplieron al menos 6 meses en HDI. Su edad media al inicio de TRS era de 60 ± 16 años. La permanencia media en TRS fue de 24 ± 21 meses, rango: 74-6, con un tiempo medio en técnica incremental de 16 ± 18 meses, rango de 74-6 meses. La diuresis residual al año es de 1.400 ± 300 ml/día, aunque desciende respecto a la inicial de 2.100 ± 600 ml/día (p=0,15). El aclaramiento de urea y la función renal residual calculada, basal de 5,7 ± 1,5 vs. 3,5 ± 2,1 ml/min al año (p=0,02) y basal de 8,8 ± 2,3 vs. 6,9 ± 4,3 ml/min al año (p=0,15), también descienden respectivamente.

Conclusiones: La HDI puede preservar la función renal residual. Es una opción que debe valorarse al inicio del tratamiento renal sustitutivo y, aunque probablemente no sea aplicable a todos los enfermos, puede ser una alternativa en un grupo seleccionado de pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.dialis.2015.04.019>