



Trasplante





382 Más allá del rechazo: estenosis crítica de la arteria renal como causa reversible de disfunción del injerto

Giuseppe Ayala, Andrea Portilla, Washignton Osorio, Germán Abdo, Christian Armijos

Hospital Metropolitano, Ecuador; Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas N1, Quito

Antecedentes de la patología: Paciente masculino de 39 años con enfermedad renal crónica secundaria a glomerulonefritis membranosa primaria, en diálisis peritoneal continua ambulatoria hace 8 meses. Se realizó trasplante renal con donante vivo no relacionado. La donadora contaba con una arteria renal polar, misma que fue anastomosada a la arteria renal principal previo conectarla con la arteria ilíaca externa del receptor.

Descripción del caso: Desarrolló función retardada del injerto, biopsia renal compatible con necrosis tubular aguda (NTA), anticuerpos donador específicos negativos. Requirió 4 sesiones de hemodiálisis, con descenso de creatinina hasta 2.4 mg/dL. Desarrolla hipertensión arterial de difícil control con 5 fármacos antihipertensivos. Se realiza exámenes de control a los 30 días postrasplante aproximadamente con incremento de creatinina hasta 7.8mg/dL, presencia de anuria y edemas. Eco-doppler renal muestra patrón tardus-parvus y elevación del pico sistólico pre anastomótico, orientando a una estenosis crítica de la arteria renal. Se realiza inicialmente angioplastia con balón, sin mejoría significativa. Posteriormente se procede a la colocación de stent, con reperusión inmediata en ecografía de control se evidencia adecuada colocación de Stent y flujo filiforme aun con hipo perfusión renal, sin embargo, recupera diuresis con desarrollo de fase poliúrica, descenso progresivo de creatinina, en control por consulta con 1,2mg/dL.

Discusión: La estenosis de la arteria renal del injerto es una complicación vascular relevante del trasplante renal, con una incidencia del 1 al 12% (1). Suele manifestarse entre los 3 y 6 meses postrasplante con deterioro de función renal, hipertensión resistente o, como en este caso, anuria. El Doppler renal, al mostrar un patrón tardus-parvus, permite sospecha diagnóstica temprana, mientras que la angiografía confirma y permite intervención simultánea (2). Las complicaciones vasculares son frecuentes en el postrasplante temprano, deben ser sospechadas, diagnosticadas y tratadas de manera emergente. La intervención con angioplastia y colocación de stent permitió recuperar la función del injerto y evitar la pérdida del mismo (3). Este caso ejemplifica la importancia de integrar herramientas clínicas, imagenológicas y terapéuticas en la evaluación de disfunción del injerto renal postrasplante (4,5).

Conclusiones: No toda disfunción del injerto implica rechazo; deben considerarse causas vasculares reversibles; El uso combinado de Doppler y angiografía permitió identificar y tratar una estenosis crítica de la arteria renal; La colocación de stent fue una intervención efectiva que revirtió la anuria y redujo la creatinina de 7.9 a 1.2 mg/dL; El abordaje multidisciplinario y la vigilancia estrecha fueron esenciales para el éxito terapéutico.

Referencias bibliográficas:

- 1.Karim MS, Alani M, Guest C, Ahmed I. Vascular access in kidney transplant recipients. *Transplant Rev (Orlando)*. 2020;34(3):100544.
- 2.Chang H, Kim H, Kim M, Kim YW. Safety and Efficacy of Drug Eluting Stents for Treatment of Transplant Renal Artery Stenosis. *Ann Vasc Surg*. 2022;87:245–253.



3. Hevia V, Palou J, Romero-Otero J. Troubleshooting Complex Vascular Cases in the Kidney Graft. *Curr Urol Rep.* 2020;21(1):5.
4. Cooper JE. Evaluation and Treatment of Acute Rejection in Kidney Allografts. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2020;15(3):430–438.
5. Rodrigo E, López-Hoyos M, Fernández-Fresnedo G. Acute Rejection Following

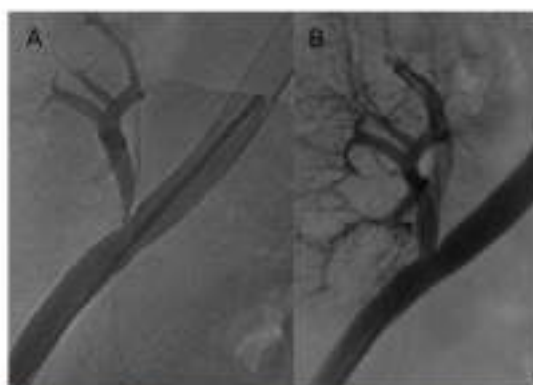
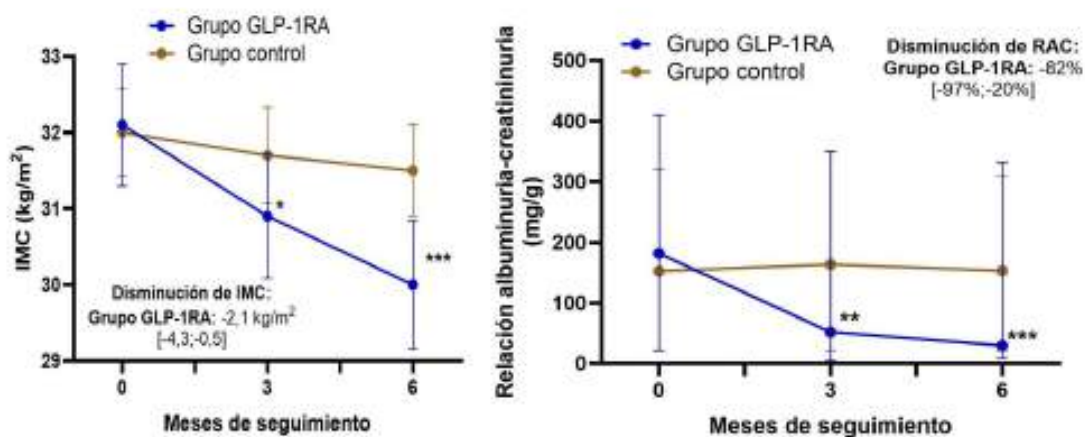


Ilustración 2. angiografía renal: (A) evidencia de estenosis de arteria renal.



383 Reporte de situación relacionada con ERC estadio v en la provincia de Tierra del Fuego. Una mirada sobre la diálisis, procuración y trasplante

Cinthia Borda, Esperanza Berhongaray, Claudio Granillo, Marta Nobre, Laura Arguello

ITAC/Htal Regional Río Grande Argentina

Introducción: La provincia de Tierra del Fuego pertenece a la República Argentina. Se destaca por no poseer comunicación por tierra con el resto del territorio y por la hostilidad del clima. Cuenta con una población total 190.601 habitantes, representando el 0,4% del total país. Abarca la zona más austral, incluyendo en su territorio de 987.000 km² la isla central de Tierra del Fuego, la región Antártica e islas del Atlántico Sur, su población se reparte en dos áreas geográficamente distales, ambas cuentan con centros de salud públicos de referencia e instituciones satélites del ámbito privado.

Objetivos: Describir la población de pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio V en el territorio descripto, considerando tratamiento dialítico, acceso al trasplante y actividad relacionada con la procuración.

Métodos: Estudio de diseño retrospectivo, abarcando periodo 2011 a 2023.

Resultados: La provincia de Tierra del Fuego (TdF) cuenta con una incidencia en Hemodiálisis o Diálisis Crónica (DC) por encima de la media nacional y con el crecimiento promedio anual más grande del país. La población de diálisis presenta una edad promedio de 57,9 años, distribuidas en cuatro Centros de Diálisis, siendo el mayor de ellos el alojado dentro del Hospital Regional de Río Grande (HRRG) Respecto a los parámetros asociados a calidad de Diálisis crónica, el Registro Argentino de DC estableció un sistema de puntuación que aborda cinco variables : pacientes incidentes con Hematocrito menor a 27%. Filtrado glomerular inicial. Albuminemia menor a 3.5 gr/dL. Pacientes No vacunados Anti Hepatitis B e incidentes con catéter no tunelizado. En estas mediciones la provincia de TdF obtuvo la mejor puntuación nacional, cabe destacar que la Mortalidad, se informa como la menor a nivel país, 4 puntos por debajo de la media nacional. Respecto a la indicación de estudios pretrasplante, un porcentaje de pacientes contraindicados para inicio de estudios es de 27,5%, cifra mayor que el resto del país. Por otro lado, el porcentaje de pacientes inscriptos en Lista de Espera (LE) renal es de 24,5% y supera el 18,4% de promedio nacional. La Tasa de Trasplante ajustada evidencia un valor de 1871 PMH posicionando a TdF como la tercera jurisdicción con mayor tasa, considerando que las dos primeras son las zonas más habitadas y tecnologizadas del país. Es notable que dicha tasa representa el 4,5% del impacto nacional. Considerando que en el periodo del 2015 al 2023 la procuración de la provincia representó 0,3% de la procuración argentina, aportando al sistema de 70 órganos, a partir del 2024 se nota un incremento marcado que se replica en esta primera mitad de 2025 demostrando el auge y la importancia que está adquiriendo esta actividad en la región.

Conclusiones: El aislamiento geográfico se presentó en la región como uno de los principales desafíos, ha sido balanceado por el esfuerzo del sistema de salud, tanto en políticas sanitarias, como en trabajo realizado por los profesionales de la Salud, arrojando estadísticas de sobrevida excelentes y sostenidas a lo largo del tiempo. Los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios terminales han sido absorbidos de forma precoz por el área sanitaria, mejorando las condiciones de ingreso a Hemodiálisis. El acceso al trasplante también se haya favorecido para aquellos pacientes considerados candidatos, con aceptables tiempos para ingreso en LE. Se destaca el crecimiento notable en la procuración.

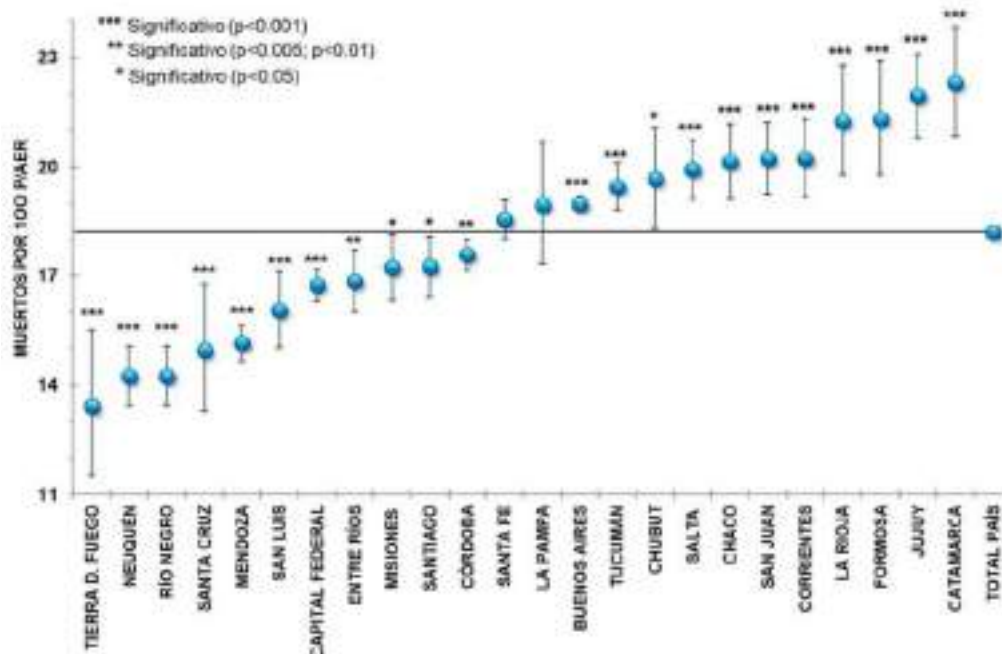


GRÁFICO 5512: TASAS AJUSTADAS DE MORTALIDAD EN DC EN LAS DIFERENTES PROVINCIAS DE RESIDENCIA DEL CENTRO DE DC. PERÍODO 2011-2023

Pacientes prevalentes anuales (prevalentes puntuales más ingresos-egresos). Ambas modalidades (DP+HD). Estandarización indirecta para Edad, Sexo y Nefropatía Diabética; Referente Mortalidad Argentina 2011-23. Tasas en Muertos por 100 paciente años al riesgo con intervalo de confianza del 95%.

Tabla 10). Puntajes parciales y Puntaje Total en las 5 variables elegidas como marcadoras de buen resultado y/o ingreso programado. Provincias de Residencia del paciente Incidente en DC. Período 2011-2020

	Hematócrito < 27%	Filtrado Glomerular	Albuminemia < 3,5 g/dL	No Vacaciones	Catéter transitorio	Puntaje Total
TIERRA D. FUEGO	24	24	23	7	21	99
LA PAMPA	19	11	24	22	22	98
CAPITAL FEDERAL	22	18	20	17	20	97
RÍO NEGRO	11	17	22	24	19	93
MENDOZA	23	20	18	9	17	87
NEUQUÉN	21	22	21	10	9	83
SANTA FE	13	13	19	18	13	76
BUENOS AIRES	18	8	17	12	18	73
CORRIENTES	10	10	14	21	18	73
CÓRDOBA	18	21	16	6	12	72
CHUBUT	4	3	11	23	23	64
CHACO	8	12	10	19	14	63
LA RIOJA	15	18	13	1	15	62
SANTA CRUZ	3	1	12	18	24	58
SAN LUIS	17	23	8	4	4	54
ENTRE RÍOS	9	14	18	5	6	62
FORMOSA	2	19	4	13	11	49
SANTIAGO	20	4	7	8	10	49
SALTA	14	8	8	15	3	49
SAN JUAN	7	3	3	20	8	43
MIISIONES	1	7	9	14	7	38
CATAMARCA	5	15	5	1	5	31
TUCUMÁN	12	2	2	2	2	28
JUJUY	6	8	1	3	1	17

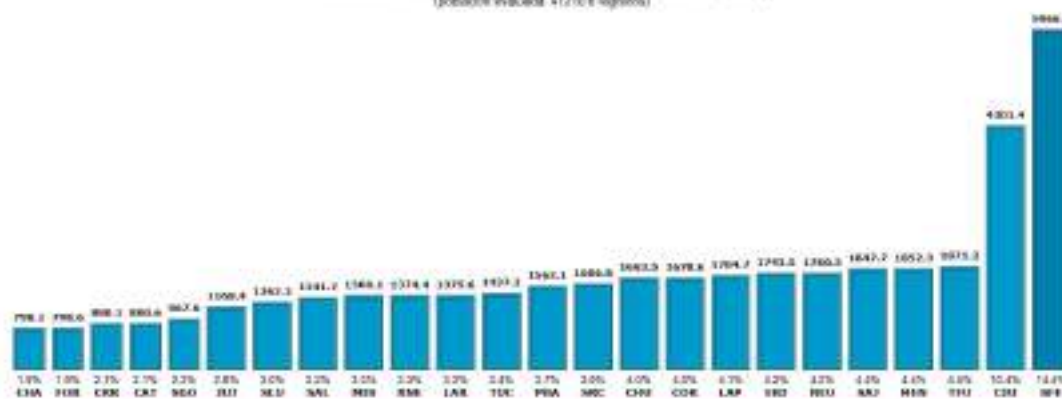


incucai

Sistema Nacional de Información de Procura y Traslado de la República Argentina
Registro Nacional de Procura y Traslado
 Reporte de pacientes trasplantados por período

Fecha de ejecución de la consulta: 06/09/2025 16:53
 Población general de evaluación: Pacientes trasplantados a partir del 1 de enero de 1998 (incluido)
Criterios de evaluación seleccionados
 1. Período de evaluación: FECHA DE DESCLARADO DEL RECIPIENTE ESPECIFICAR: desde 01-01-2011 hasta 31-12-2023
 2. Tipo de evento: FALLECIDOS

Pacientes agrupados por provincia de residencia
 Columna seleccionada: **TASA POR MILLÓN DE HABITANTES (PMH)**
 (población evaluada: 41710 registros)





384 Evolución e impacto de nefrectomías con arterias múltiples de donantes vivos, para trasplante renal en nuestro centro

Manuel Rosito Rodríguez, Gennarino Rosito, Candelaria Rodriguez, Nelson Meneses, Maribel Mora, dianellys Perez, Mariannys Rojas, Vanessa Dominguez

Clínica Popular el Paraiso; Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

Introducción: Sin duda alguna, la mejor terapia de reemplazo renal en el escenario de enfermedad renal crónica estadio V (KDIGO) es el trasplante renal.

Objetivos: A través de este trabajo, quisimos evaluar la experiencia de nuestro Centro de trasplante renal en relación a la selección de donantes vivos con arterias múltiples, analizando las diferentes variables y características que pudieran comprometer la evolución de estos procedimientos.

Métodos: Se realizó análisis retrospectivo de 165 trasplantes de donante vivo, realizados entre el año 2022 y 2025 en nuestro centro. Se recopilaron 33 casos de nefrectomías con arterias múltiples, las cuáles se sometieron a análisis en relación a: edad, sexo, tiempos de isquemia, decisión quirúrgica, ligadura de arterias accesorias, tipo de anastomosis, complicaciones, calibre de las arterias y complejidad anatomica adicional (obstrucción venosa, venas retroaorticas, venas múltiples, ateromatosis severa, dólicos arteriales, sistemas pieloureterales múltiples, microvejiga, etc...).

Resultados: El número de complicaciones resultantes de los casos de trasplante renal de donante vivo con arterias múltiples fue de: 9%, los cuales son similares y no difieren estadísticamente con las complicaciones documentadas en otras publicaciones. El cutt-off decisivo entre la ligadura o anastomosis de la arteria accesoría fue de 2 mm aproximadamente.

Conclusiones: El contemplar y utilizar este tipo de órganos con arterias múltiples y criterios adecuados, mencionados previamente; permite aumentar la disponibilidad de órganos en el sistema de trasplante de donante vivo, demostrando ser una herramienta segura y efectiva para el trasplante renal y tratamiento oportuno de la enfermedad renal crónica en manos experimentadas.



385 Valor pronóstico a 2 años de la Resonancia Magnética multiparamétrica en el trasplante renal

Jose Maria Mora Gutierrez, Paloma Leticia Martin Moreno, Rebeca Echeverria-Chasco, David Cano, Nuria Garcia Fernandez, Maria Fernandez Seara

Clínica Universidad De Navarra, España

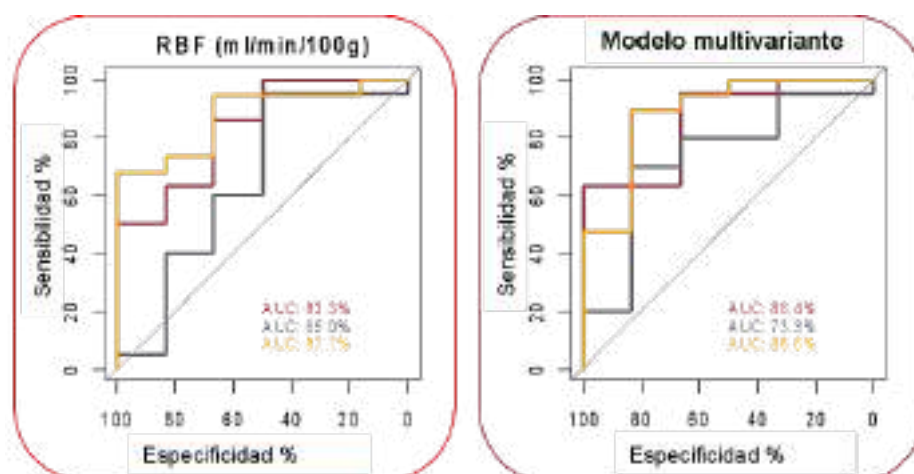
Introducción: El trasplante renal es el tratamiento renal sustitutivo que ofrece mejor supervivencia. Por este motivo, es importante disponer de marcadores clínicos o de imagen que ayuden a predecir su evolución y establecer medidas que puedan mejorar la supervivencia. La Resonancia Magnética multiparamétrica (RMmp) se postula como potencial herramienta predictiva por proporcionar parámetros cuantitativos (de perfusión y microestructura) y segura, por no precisar la administración de contraste exógeno.

Objetivo: Estudiar la capacidad predictiva de los parámetros que aporta la RMmp sobre la función renal a 2 años en una población de pacientes trasplantados renales.

Material y métodos: Se incluyeron 32 pacientes trasplantados renales a los que se realizó una RMmp en la primera semana postrasplante, a los 3 meses y al año, incluyendo secuencias de perfusión, difusión y mapeado de T1. Se valoró la capacidad predictiva de los diferentes parámetros de la RMmp y de un modelo predictivo multivariante sobre el filtrado glomerular estimado (FGe) a los 2 años del trasplante.

Resultados: El parámetro flujo sanguíneo renal (RBF por sus siglas en inglés), que mide la perfusión cortical, fue el que mostró mejor capacidad predictiva del FGe a 2 años con un área bajo la curva (AUC) de 83,3% en la primera RMmp y de 87,7% en la tercera. El modelo multivariante, que incluyó RBF y el coeficiente de difusión ADC y T1, mejoró ligeramente la capacidad predictiva del RBF con AUC del 86,4% en la primera RMmp y de 88,6% en la tercera.

Conclusiones: La medición de perfusión cortical renal realizada con la RMmp podría ser un marcador predictivo del FGe a 2 años postrasplante. El modelo multivariante mejoró ligeramente el valor predictivo de RBF. Estos resultados sugieren que la realización de RMmp podría tener un papel relevante en el seguimiento de los pacientes trasplantados renales.





386 Causas de exclusión de donantes vivos de riñón en cuatro centros de trasplante.

Esperanza Behrongaray Kenny, Marcelo Fabian Taylor, Silvia Di Pietrantonio, Maria Nieves Aran, Sebastian Jaurretche

ITAC Instituto Trasplante Alta Complejidad, Argentina; CRAI SUR, Argentina; Hospital El Cruce; Sanatorio Parque

Introducción: El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección para la enfermedad renal crónica. El TR de donante vivo es una excelente alternativa, ya que ofrece mejores resultados en términos de morbilidad y mortalidad en comparación con un trasplante de donante fallecido o la continuación de la diálisis. Si bien la nefrectomía es de bajo riesgo, con el tiempo puede desarrollarse hipertensión arterial, microalbuminuria y una disminución de la tasa de filtración glomerular. La evaluación del potencial donante implica un estudio exhaustivo y estandarizado con el objetivo de evaluar la función y la anatomía renal, descartar tumores, patología infecciosa y patologías prevalentes y a menudo infradiagnosticadas, como la diabetes y la hipertensión arterial.

Objetivos: Caracterizar la población de potenciales donantes vivos descartados y conocer las razones por las que no se logró la donación, así como la tasa de descarte de donantes.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en cuatro centros de trasplante (dos públicos y dos privados) de pacientes que solicitaron ser posibles donantes de riñón, desde 2017 hasta julio de 2024. Se analizaron datos demográficos, parentesco con el receptor, número de consultas previas al descarte y motivos. Se calculó la tasa de descarte de donantes y se comparó entre los diferentes centros de trasplante.

Resultados: Se evaluaron 535 donantes potenciales, de los cuales 395 (73,83%) fueron descartados. Se observará una diferencia no significativa entre los diferentes centros ($p=0,112$). Se incluyeron en el análisis 395 donantes descartados, 212 fueron mujeres (53,6%). La edad media en la población total fue de $43,8 \pm 12,3$ años, $43,9 \pm 12,9$ años en mujeres y $43,7 \pm 11,8$ años en hombres. No se observaron diferencias de edad entre géneros ($p=0,862$). La relación donante-receptor más frecuente fue familiar de primer grado (59%); seguida de cónyuge (15%), familiar de segundo grado (15%) y donante no emparentado (1%). Con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,001$). La principal causa de exclusión fue no médica (17%), la segunda fue la prueba cruzada +/-anti-HLA específica (17%), seguida de la obesidad (14%). El número de consultas médicas previas a la decisión de rechazar a un donante vivo fue de $3,31 \pm 2,86$. Se encontró una valoración directa entre el número de visitas médicas previas a la decisión de rechazar a un donante vivo y la edad del donante ($p = 0,001$; $R^2 = 0,032$). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el número de consultas médicas previas a la decisión de rechazar a un donante vivo y: i) el género ($p = 0,372$), ii) la relación donante-receptor ($p = 0,215$).

Conclusiones: La tasa de descarte fue del 73,83%. Se observó una tendencia a una mayor tasa de donación efectiva en los centros privados incluidos. La limitación de este último análisis reside en el reducido número de centros. Se encontraron diferencias significativas en la relación donante-receptor, siendo los donantes de primer grado más frecuentes. Se observó una relación directa entre la edad del donante y un mayor número de consultas previas al descarte; esto podría deberse a la mayor dificultad de los pacientes de mayor edad para identificar el riesgo que la donación supone para su salud. Concluimos que la salud y la seguridad del donante son los pilares fundamentales de los programas de donación de vivo.



387 Prevalencia de HLA en pacientes lúpicos con enfermedad renal crónica terminal. Resultados preliminares.

Esperanza Berhongaray, Marcelo Fabian Taylor, Silvia Di Pietrantonio, Maria Nieves Aran, Sebastian Jaurretche
ITAC Instituto Trasplante Alta Complejidad, Argentina; Hospital El Cruce; Sanatorio Parque; CRAI SUR, Argentina

Introducción: Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune severa multiorgánica. La Nefritis lúpica (NL) es una complicación del LES asociada a alta mortalidad. Estudios genómicos han demostrado una cierta susceptibilidad a desarrollar LES y, entre los pacientes con LES y NL, ha sido descrita una mayor frecuencia de ciertas moléculas HLA. Mientras que HLA-DR4, DR5, DR11 y DR14 fueron identificados protectores contra LES, HLA-DR3, DR9 y DR15 son factores de riesgo para LES. En pacientes con LES: i) los alelos DR4 y DR11 son protectores para el desarrollo de NL y ii) DR3 y DR15 se asocian a NL.

Objetivo: Describir la frecuencia de moléculas HLA presentes en una población de pacientes con LES y enfermedad renal crónica terminal (ERCT) que fueron evaluados como candidatos para trasplante renal (TR) en cuatro centros de Argentina.

Método: Estudio longitudinal con recolección retrospectiva de datos.

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes; 112 mujeres (91.1%) y 11 varones (8.9%). La edad media de la población de estudio fue de 47.0 ± 11.5 años. El 91.3% de los sujetos de estudio realizaba hemodiálisis y el 8.7 % diálisis peritoneal al momento de la inclusión. La frecuencia de HLA factores de riesgo para LES y NL fue la siguiente: DR3 0/123 (0.0%), DR9 6/123 (4.87%) y DR15 42/123 (34,14%). La frecuencia de HLA protectores para LES y NL fue la siguiente: DR4 33/123 (26.82%), DR5 0/123 (0.0%), DR11 15/123 (12.19%) y DR14 7/123 (5.69%). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de ninguno de los HLA y el % de reactividad contra panel para antígenos HLA de clase I y II.

Conclusión: si bien nuestro estudio incluyó un n adecuado de pacientes, su principal limitación metodológica es la falta de una población de pacientes sin LES para realizar pruebas estadísticas inferenciales. Las pruebas estadísticas descriptivas en nuestra población de estudio mostraron que DR15 es prevalente, un resultado esperado, similar a lo reportado por otros autores; sin embargo, en nuestra población en estudio DR3, una molécula HLA considerada factor de riesgo para NL en pacientes con LES, no estuvo presente en ningún paciente. La misma tendencia estadística fue reportada por nosotros, en un estudio previo, en 54 pacientes.



388 Disfunción del injerto renal en pacientes trasplantados renales del departamento de nefrología adultos del Hospital de Clínicas - Paraguay

Rossana Mabel Vera Duarte, Pedro Vera, Alejandra Amarilla Fapasa, Vicente Quiñónez, Carolina Vázquez, Alexis Benitez, Luz Solis, Laura Morra, Fernando Da Ponte

Hospital de Clínicas, Paraguay; Sociedad Paraguaya de Nefrología, Paraguay;

Introducción: el trasplante renal (TR) es una de las modalidades de tratamiento para la enfermedad renal crónica (ERC), una de las complicaciones más comunes del TR es la disfunción del injerto renal (DIR), que en algunos casos conduce a la pérdida del injerto renal.

Objetivos: Caracterizar las disfunciones del injerto renal de los pacientes trasplantados en el Hospital de Clínicas según su clínica y anatomía patológica. Identificar las características sociodemográficas de los pacientes trasplantados renales diagnosticados con disfunción del injerto renal (edad, sexo). Reconocer los tipos de disfunción del injerto renal en el periodo enero 2021 hasta agosto 2024 en el Hospital de Clínicas. Caracterizar los signos y síntomas clínicos iniciales más frecuentes de disfunción del injerto renal. (proteinuria, elevación de la Creatinina, piuria, edema, disminución de la diuresis, dolor en zona del injerto renal). Identificar los hallazgos histológicos más comunes en los pacientes que presentaron disfunción del injerto renal.

Materiales y métodos: Diseño: Observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal. Muestreo: No probabilístico, por conveniencia. Población enfocada: Pacientes receptores de trasplante renal con donante vivo o cadavérico en el Hospital de Clínicas. Población Accesible: Pacientes receptores de trasplante renal con donante vivo o cadavérico. Periodo de estudio: Pacientes receptores de trasplante renal con donante vivo o cadavérico desde enero de 2021 a agosto de 2024. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años, ambos sexos, que hayan sido trasplantados en el Hospital de Clínicas con al menos 3 meses de trasplante, que hayan sido diagnosticado con disfunción del injerto renal en el período enero del 2021- agosto del 2024. Criterios de exclusión: Pacientes con fichas clínicas incompletas. Reclutamiento: Para la recolección de datos se confeccionó una tabla en Excel y fueron completados tomando los datos de las fichas clínicas de los pacientes. Mediciones: Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias y porcentajes, las cuantitativas en medias y desviación estándar, presentaron elevación de la proteinuria (>300mg/24h que no mejora con antiproteinúricos), elevación de la creatinina (>0,3 mg/dL de la creatinina basal, sin causa explicable), y la presencia de piuria, edema, disminución de la diuresis o dolor en zona del injerto renal.

Resultados: Fueron incluidos 50 pacientes trasplantados renales con diagnóstico de disfunción del injerto renal. La edad media fue de 39.24 años, sexo masculino 58% (29). En cuanto al tipo de disfunción del injerto renal de los pacientes trasplantados renales fueron catalogados como disfunción aguda el 52% (26), mientras que los que presentaron una disfunción crónica fueron el 48% (24) sospechar disfunción del injerto renal fueron: proteinuria (76%), creatinina elevada (60%), piuria (16%), dolor en la zona del injerto renal (10%) y edema (10%). De los pacientes estudiados el 70% (35) se realizó biopsia renal para confirmar disfunción del injerto renal, el 30% (15) sin biopsia.

Conclusión: Predominio de pacientes jóvenes, con una media de edad de 39,24 años y sexo masculino. La disfunción aguda fue el tipo más frecuente, presente en el 52% de los casos. Los signos clínicos más comunes fueron la proteinuria y la elevación de



la creatinina, histológico el rechazo agudo mediado por anticuerpos fue la lesión más frecuente, seguido de glomerulopatías como la focal y segmentaria.



389 Los inhibidores de SGLT2 mejoran la pendiente de la TFG estimada independientemente de la presencia de diabetes en receptores de trasplante renal

Ricardo Parra Guerra, Blerina Mataj, Jonay García, Evelyn Hermida, Agustín Leal-Cúpich, Elena Cuadrado Payán, Vicens Torregrosa, Nuria Esforzado, Ignacio Revuelta, Pedro Ventura- Aguiar, David Cucchiari, Enrique Montagud Marrahí, Alicia Molina-Andújar, Carolt Arana, Ángela González, José Jesús Broseta, Fritz Diekman, Diana Rodríguez-Espinosa

Hospital Clínic Barcelona

Antecedentes: Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) y los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) ofrecen efectos nefroprotectores en la enfermedad renal crónica, pero los datos en receptores de trasplante renal (RTR) siguen siendo limitados, especialmente en pacientes sin diabetes.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en un solo centro que incluyó a 207 RTR tratados con iSGLT2 entre 2021 y 2023, comparados con un grupo control histórico de 243 RTR no expuestos a iSGLT2. Los desenlaces primarios incluyeron la pendiente anual de TFG estimada (eGFR), la razón proteína/creatinina urinaria (UPCR), la pérdida del injerto, eventos cardiovasculares y mortalidad. Se realizó un análisis por subgrupos para evaluar el efecto adicional de los arGLP-1 en RTR diabéticos. Se aplicaron ajustes estadísticos mediante ponderación por puntuación de propensión inversa y ecuaciones de estimación generalizadas.

Resultados: El uso de iSGLT2 se asoció con una disminución significativamente más lenta del eGFR (diferencia media: 2.81 mL/min/1.73 m²/año; $p < 0.001$), tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos. Los cambios en la proteinuria no fueron significativos en el grupo general con iSGLT2 tras el ajuste. Sin embargo, los pacientes diabéticos tratados con arGLP-1 mostraron una reducción significativa de 41 (-351-6) mg/g ($p = 0.014$) en la UPCR. La pérdida del injerto fue menor en los usuarios de iSGLT2, especialmente en los diabéticos (0.26 [IC 95%: 0.087, 0.77; $p = 0.015$]), aunque el análisis de supervivencia de Cox no confirmó significancia estadística. No se observaron diferencias en eventos cardiovasculares ni en mortalidad.

Conclusiones: Los iSGLT2 enlentecen la disminución del eGFR en RTR independientemente del estado diabético, y la adición de arGLP-1 reduce la proteinuria en receptores diabéticos. Estos hallazgos respaldan el papel potencial de los nuevos agentes antidiabéticos en el cuidado del trasplante renal más allá del control glucémico.



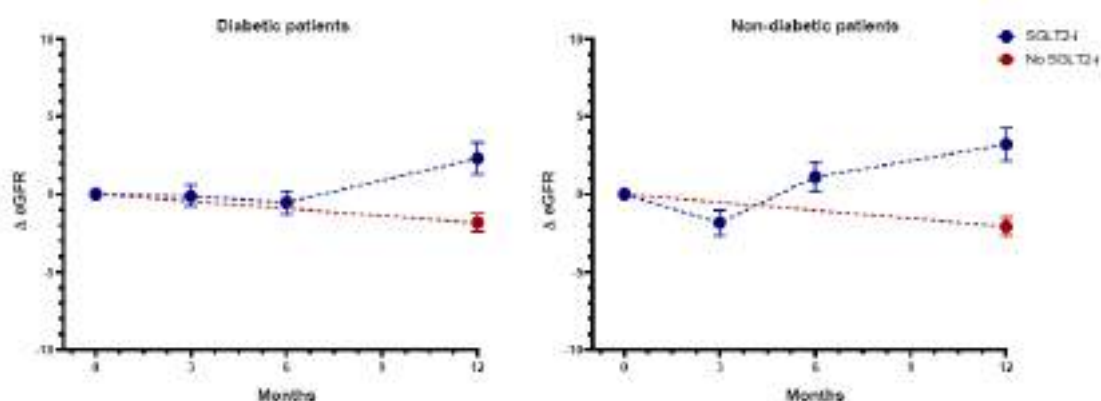
Variable	Study population	SGLT2i	No SGLT2i
	n = 460	n = 207	n = 243
Receptor age, median (IQR)	55 (45 - 64)	56 (46 - 64)	54 (45 - 63)
Male sex, n (%)	289 (64.2)	150 (72.5)	139 (57.2)
Receptor BMI, Kg/m ² , median (IQR)	25.7 (22.5 - 28.9)	26.4 (23.2 - 29.7)	24.6 (22.1 - 28.4)
Immunosuppression, n (%)			
Tac + MPA	263 (58.4)	130 (62.8)	133 (54.7)
Tac + mTORi	187 (41.6)	77 (37.2)	110 (45.3)
Transplant number, n (%)			
First	347 (77.1)	170 (82.1)	177 (72.8)
Second	75 (16.7)	29 (14)	46 (18.9)
Third	23 (5.1)	6 (2.9)	17 (7)
Fourth	5 (1.1)	2 (0.9)	3 (1.2)
Type 2 diabetes, n (%)	177 (39.3)	129 (62.3)	48 (19.8)
Type of donor, n (%)			
Living donor	137 (30.4)	53 (25.6)	64 (34.6)
ABO incompatible	27 (19.7)	11 (5.3)	18 (8.6)
Deceased			
DBD	190 (42.2)	106 (51.2)	64 (34.6)
Controlled DCD	96 (21.3)	41 (19.8)	65 (22.6)
Uncontrolled DCD	27 (6)	7 (3.4)	20 (8.2)
Donor age, median (IQR)	56 (45 - 65)	55 (44 - 66)	58 (45 - 65)
Donor BMI, Kg/m ² , median (IQR)	26.12 (24.1 - 29)	26.1 (24.2 - 29.3)	26.1 (24 - 28.9)
Baseline eGFR, ml/min/1.73m ² , median (IQR)	44.5 (33-58)	42 (31 - 53)	47 (36.3 - 66)
Baseline UPCR, mg/g, median (IQR)	230 (122 - 528)	331 (188 - 766)	171 (90 - 358)
Kidney graft vintage, years, median (IQR)	7.84 (6.12 - 9.46)	7.26 (3.5 - 13.08)	7.92 (6.96 - 8.86)
Rejection, n (%)	67 (9.6)	55 (26.6)	12 (4.9)
SGLT2-i, type n (%)			
Dapagliflozin		194 (93.7)	
Empagliflozin		11 (5.3)	
Canagliflozin		1 (0.5)	
GLP1-RA, n (%)	21 (4.7)	21 (10.1)	0
Semaglutide	17 (3.8)	17 (8.2)	0
Dulaglutide	4 (0.9)	4 (1.9)	0
Cold ischemia time, minutes, median (IQR)	705 (260 - 977)	455 (20 - 853)	681 (98 - 1062)

BMI, body mass index; CI: confidence interval; DBD, dead brain donor; DCD, donor after circulatory death; eGFR, estimated glomerular filtration rate; GLP1-RA, glucagon-like peptide-1 receptor agonist; IQR, interquartile range; SGLT2-i, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors.



Variable	SGLT2 n = 227 (66%)	No-SGLT2 n = 242 (64%)	Univariate analysis		Inverse propensity score-weighted analysis	
			p-value	Odds ratio or mean/median difference (CI 95%)	p-value	Estimated β -coefficient or HR (CI 95%)
Annual eGFR slope, median (QFR)	2 (1.8 - 4)	2 (0.23 - 4)	<0.001	2.8 (1.27 - 3.77)	<0.001	-2.87 (-4.24 - -1.37)
Diabetic, median (QFR)	-1 (-0.6 - 3)	2.17 (0.92 - 4.4)	0.017	2.39 (1.38 - 3.54)	0.027	-2.3 (-4.34 - -0.27)
Non-diabetic, median (QFR)	0 (-3.2 - 4.3)	2 (-3.33 - 4)	0.811	2.5 (0.80 - 4.01)	0.004	-3.2 (-5.38 - -1.05)
Δ UPCR, median (QFR)	7 (1-148 - 121)	28 (1-14 - 145)	0.003	193 (-78 - 281)	0.001	0.93 (0.51 - 1.48)
Diabetic, median (QFR)	2 (1-138 - 122)	68 (1-20 - 222)	0.013	208 (1-108 - 328)	0.179	2.19 (0.68 - 4.92)
Non-diabetic, median (QFR)	36.5 (0-188 - 133)	38 (1-14 - 134)	0.181	26.55 (1-200 - 333)		
Gravities, n (%)	6 (2.6)	22 (9.1)	0.004	0.3 (0.12 - 0.76)	0.089	0.28 (0.06 - 1.21)
Diabetic, n (%)	2 (1.4)	8 (16.7)	<0.001	0.25 (0.08 - 0.76)		
Non-diabetic, n (%)	14 (7.2)	4 (8.2)	0.553	1.41 (0.48 - 4.43)		
Cardiovascular event, n (%)	8 (4.4)	17 (7)	0.239	0.44 (1.02 - 1.97)		
Diabetic, n (%)	7 (5.1)	9 (16.8)	0.004	0.25 (0.09 - 0.72)	0.098	0.43 (0.16 - 1.16)
Non-diabetic, n (%)	2 (2.6)	8 (4.7)	0.345	0.62 (0.13 - 2.96)		
All-cause mortality, n (%)	10 (4.3)	9 (3.7)	0.539	1.2 (1.33 - 2.38)		
Diabetic, n (%)	9 (7)	1 (2.1)	0.287	3.54 (0.44 - 28.64)		
Non-diabetic, n (%)	1 (1.3)	8 (4.3)	0.244	0.21 (0.06 - 1.2)		

CI: confidence interval; eGFR, estimated glomerular filtration rate; HR, hazard ratio; IQR, interquartile range; SGLT2, sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors; UPCR, urine protein to creatinine ratio.





390 Desenlaces de seguridad de uso de inhibidores SGLT2 en pacientes diabéticos y no diabéticos con trasplante renal

Rodolfo Eduardo Torres Serrano, Camilo Montero, Elkin José Mendoza Olmos, Juan Camilo Mendoza Díaz, Carlos Rosselli SanMartín, David Andrade Fonseca

Clinica Universitaria Colombia Colsanitas, Colombia; Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

Introducción: Los inhibidores SGLT2 (ISGLT2) han demostrado beneficios en disminución de la proteinuria, progresión a enfermedad renal crónica y disminución en la incidencia de Eventos cardiovasculares mayores tanto en pacientes con Nefropatía Diabética como en la población de pacientes no diabéticos con nefropatías asociadas a proteinuria de diferentes etiologías, con adecuados desenlaces de seguridad. Sin embargo no hay evidencia clara sobre estos mismos beneficios y principalmente los desenlaces de seguridad en la población con trasplante renal.

Objetivos: Describir los desenlaces de seguridad y los desenlaces renales, con el uso de ISGLT2 en una población de pacientes con trasplante renal, en los que se inició el uso de forma temprana por diferentes indicaciones tanto metabólicas como manejo de la proteinuria y de la enfermedad Cardiovascular post trasplante renal.

Metodología: Estudio descriptivo de cohorte retrospectiva, se incluyeron pacientes en la consulta de seguimiento post trasplante renal de la Clínica Colombia Colsanitas y de la Clínica del country, que iniciaron manejo con inhibidores SGLT2 por diversas indicaciones durante cualquier momento en el seguimiento post trasplante. Se describieron desenlaces de función renal, proteinuria y de seguridad al 1, 3, 6, 12 y 24 meses posterior al inicio de la intervención.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 76 pacientes con trasplante renal, que recibieron manejo con ISGLT2 en la tabla 1 se describen características de la población. En los 76 pacientes se encontraron uno o varias indicaciones de uso el 49% de los casos fue proteinuria, Diabetes post trasplante o IOCH en 29%, Diabetes Mellitus pre trasplante 15%, Insuficiencia cardíaca 7%. La mediana de TFG (CKD-EPI) al inicio fue 68.4+/-20 ml/min (51.2-83.8) y a los 24 meses la mediana de TFG fue 64.9+/-ml/min (58-77.1), sin diferencias significativas. La mediana de proteinuria al inicio fue 524 mg/24h+/-451 (190-600) y a 24 meses 330 mg/24 horas+/-508 (270-560) tendencia a disminuir pero sin alcanzar significancia. La mediana de Hb glicosilada al inicio 6.1%+/- 1.3 (5.7-7.07%) y a los 24 meses 6.3%+/-1.08 (5.8-6.5%). En cuanto a los desenlaces de seguridad 15 /76(19.7%) pacientes presentaron IVU posterior al inicio del ISGLT2, no se presentaron casos de Cetoacidosis o alteraciones hidroelectrolíticas. Se suspendió el tratamiento en 11/76 (14.5%) de los pacientes, con un tiempo promedio de suspensión a los 440 días. Las causas de suspensión en los 11 pacientes fueron IVU 45.5% de los casos, hipotensión 9.1%, deterioro de la TFG 9.1%, muerte 9.1%, cirugía bariátrica 9.1%, astenia 9.1%, y recuperación de la FEVI 9.1%.

Conclusiones: Se presenta el primer trabajo local evaluando los desenlaces renales y de seguridad, con el uso de ISGLT2 en pacientes con trasplante renal. Se evidencia que la principal indicación de uso en nuestro grupo es el manejo temprano de la proteinuria con niveles inferiores a 1 gramo y como segunda indicación el manejo de la diabetes post trasplante, se evidencia que se mantiene la TFG y se logra una tendencia a disminución de la proteinuria a 24 meses. Con desenlaces de seguridad adecuados, con una baja tasa de retiro principalmente asociada a IVU, por lo que se sugiere evitar su uso en pacientes con factores de riesgo. Se requiere seguimiento a largo plazo para evaluar sobrevida renal y desenlaces cardiovasculares mayores.



Tabla 1 Características Demográficas pacientes con iSGLT2		
Características del trasplante renal	N=76 (%)	%
Edad (media)	49,6	
Género masculino	61 (80,3)	80,3
Peso	74	
IMC (kg/m ²)	25,3	
Tipo de donante		
Donante vivo	16 (21,1)	21,1
Cadaverico	60 (78,9)	78,9
Funcion del injerto renal		
Inmediata	58 (76,3)	76,3
lenta	4 (5,3)	5,3
Retardada	14 (18,4)	18,4
Patologías previas al trasplante		
Diabetes mellitus	21 (27,6)	27,6
Hipertension arterial	55 (72,4)	72,4
Insuficiencia cardiaca	6 (7,9)	7,9
Enfermedad coronaria	8 (10,5)	10,5
Patologías posterior al trasplante		
Diabetes mellitus postrasplante y/o IOCH	33 (43,4)	43,4
Proteinuria < 200 mg/24 horas	20	26,3
Proteinuria 200 - 500 mg/24 horas	29	38,2
Proteinuria > 500 mg/24 horas	27	35,5
Inhibidor de cotransportador de iSGLT-2		
Empaglifozina	54 (71,1)	71,1
Dapaglifozina	22 (28,9)	28,9
Tiempo promedio de inicio despues del trasplante		
Induccion de inmunosupresion		
No	4 (5,3)	5,3
Basiliximab	4 (5,3)	5,3
Timoglobulina	68 (89,5)	89,5
Inmunosupresion de mantenimiento con el inicio de iSGLT-2		
esteroide	69 (90,8)	90,8
inhibidor de calcineurina	27 (35,5)	35,5
micofenolato	67 (88,2)	88,2
inhibidores de mTOR	17 (22,4)	22,4
Belatacept	42 (55,3)	55,3
Antidiabeticos		
insulina de largo acción	17 (22,4)	22,4
insulina de corta acción	14 (18,4)	18,4
Metformina	13 (17,1)	17,1
inhibidores dpp-4	19 (25)	25
análogos GLP-1	2 (2,6)	2,6
Antihipertensivos		
inhibidores enzima ECA (IECA)	3 (3,9)	3,9
Inhibidores de receptor de angiotensina II (ARA-II)	43 (56,6)	56,6
Bloqueante de canales de calcio	24 (31,6)	31,6
Betabloqueadores	26 (34,2)	34,2
Antagonista de receptor de mineralocorticoide (ARM)	4 (5,3)	5,3



391 Frecuencia de las alteraciones en biopsias renales en pacientes trasplantados del Hospital General Dr. Miguel Silva

Diego Osmany Chamba Pineda, María Holanda García Ramírez, Blanca de Jesús Martínez Chagolla, Luis Alfonso Mariscal Ramírez

Hospital General Dr. Miguel Silva

Introducción: Los pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT), tienen un daño irreversible, y su mejor opción terapéutica, es el trasplante renal. El trasplante renal requiere de un manejo adecuado e interdisciplinario para la preservación y supervivencia del injerto renal, una de las medidas para la valoración y vigilancia de éste, es la biopsia renal, ya sea protocolizada o indicada.

Objetivo: Determinar la frecuencia de las alteraciones en biopsias renales en pacientes trasplantados del Hospital General “Dr. Miguel Silva”.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte, retrospectivo, observacional y transversal. La población evaluada fueron las biopsias de injerto renal que se realizaron en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” del año 2010 a 2024. Se describió la frecuencia de alteraciones del injerto renal.

Resultados: La principal causa de ERCT, fue etiología no determinada (END), seguida de hipertensión arterial sistémica. De las biopsias de injerto realizadas, hubo mayor porcentaje de donador vivo, representando el 53.26% versus los de donador cadavérico 46.74%. De las biopsias realizadas, se captaron 226 protocolizadas, y 525 indicadas. Se realizaron mayor cantidad de biopsias dentro del primer año post-trasplante, 221 y 243 biopsias protocolizadas e indicadas, respectivamente. Las alteraciones histopatológicas más frecuentes dentro del primer año fueron: vacuolización tubular y de miocitos, asociadas con toxicidad por medicamentos, fibrosis intersticial y atrofia tubular, y alteraciones limítrofes. Se identificó mayor significancia estadística en los grupos después del primer año post-trasplante en rechazo activo y crónico del injerto renal, fibrosis intersticial y atrofia tubular grado I, daño subcapsular y pielonefritis. La glomerulopatía que se presentó con mayor frecuencia en estos pacientes, fue nefropatía por IgA.

Conclusiones: Dentro del 1er año post-trasplante, se presentan mayor número de alteraciones, siendo las más frecuentes lesiones asociadas con toxicidad por medicamentos, alteraciones limítrofes y rechazo mediado por anticuerpos.



Tabla 1. Características clínicas de pacientes con biopsias de injerto renal.

VARIABLE	(N=803)
Edad (años) ±DE	25,5 ± 10,84
Género femenino N(%)	290 (37,02)
Género masculino N(%)	513(62,98)
Diabetes Mellitus N(%)	60(3,6)
Hipertensión arterial sistémica N(%)	35(15,71)
Causa de ERCT N(%)	
Diabetes Mellitus	10(0,27)
Hipertensión arterial sistémica	118 (15,71)
Lupus eritematoso sistémico	7 (0,93)
Glomerulopatía	18 (2)
END	650 (81,09)
Tipo de donador N(%)	
Cadavérico	378 (46,74)
Vivo	425 (53,26)
Tiempo post-trasplante N(%)	
Dentro del 1er año post-trasplante	493 (81,78)
Después del 1er año post-trasplante	310 (38,22)
Creatinina (mg/dl) ±DE	
Creatinina basal (mg/dl)	1,11 ± 0,45
Creatinina al momento de la biopsia (mg/dl)	2,20 ± 5,02
Biopsias renales N(%)	
Pacientes con más de 1 biopsia renal	198(26,36)
Biopsias renales protocolizadas	226 (30,09)
Biopsia renal tiempo cero	115 (15,31)
Biopsias renales indicadas	525 (89,91)
Biopsias renales con más de 1 diagnóstico histopatológico	701(93,34)

END: Etiología no determinada.
*Las variables numéricas son expresadas como promedio y mediana.

Tabla 4. Diagnósticos histológicos de pacientes con biopsias de injerto renal.

VARIABLE	BIOPSIAS DE INJERTO RENAL (N=803)
CATEGORÍA 1: Normal	60 (6,66)
CATEGORÍA 2:	102 (13,58)
Rechazo activo mediado por anticuerpos	89 (11,85)
Rechazo crónico mediado por anticuerpos	13 (1,73)
CATEGORÍA 3: Alteraciones limfocitos	146 (19,44)
CATEGORÍA 4: Rechazo mediado por células T*	70 (9,32)
Rechazo activo mediado por células T*	58 (7,72)
Rechazo crónico mediado por células T*	12 (1,60)
CATEGORÍA 5 (IFTA):	252 (33,56)
Fibrosis intersticial y atrofia tubular grado I	191 (25,43)
Fibrosis intersticial y atrofia tubular grado II	42 (5,59)
Fibrosis intersticial y atrofia tubular grado III	19 (2,53)
CATEGORÍA 6:	402 (53,53)
Poliomavirus	15 (2)
CMV	4 (0,53)
Vacuolización tubular y de micotas asociadas con toxicidad por medicamentos	102 (24,77)
NTA	99(13,18)
Enfermedad propia del riñón donado,	
fibrosis subintima	5 (1,07)
Enfermedad recurrente	1 (0,13)
Daño subcapsular	76 (10,12)
Pielonefritis	5 (0,67)
Obstrucción	4 (0,53)
Trombosis vascular	3 (0,4)
Reflujo	1 (0,13)
Lesiones por isquemia-reperusión	0
Enfermedad linfoproliferativa post-trasplante	0

CMV: Citomegalovirus. NTA: Necrosis tubular aguda. *Categoría 5 (IFTA): fibrosis intersticial + atrofia tubular.
*Las variables numéricas son expresadas como mediana.



392 Comparación de la calidad de vida entre pacientes trasplantados renales y pacientes en hemodiálisis

Luis Jesus Arellan Bravo, Guadalupe Jesus Acosta Perez, Maryorie Katterryne Galeas Torre, Kiara Alessandra Rios Villegas
H REPS, Perú; Universidad Continental, Perú

En los últimos años, determinar el tratamiento más adecuado para las personas con enfermedad renal crónica se ha convertido en un desafío complejo, ya que implica considerar cuidadosamente las fortalezas y limitaciones de cada alternativa disponible. A nivel mundial, nacional y local, esta condición afecta a una gran parte de la población, quienes requieren terapias de reemplazo renal personalizadas para preservar su salud y estado de bienestar. Las principales opciones son la hemodiálisis, un tratamiento rápido pero que genera efectos secundarios como infecciones, somnolencia y disminución del apetito, y el trasplante renal, que requiere cumplir con ciertos requisitos y disponibilidad de un donante. La satisfacción vital se ha vuelto un aspecto crucial en este contexto, ya que influye en la decisión del tratamiento, más allá de los parámetros clínicos.

El objetivo principal de este estudio fue analizar y comparar la calidad de vida de personas sometidas a trasplante renal en comparación con quienes están en tratamiento de hemodiálisis en la ciudad de Huancayo, específicamente en el Hospital Ramiro Prialé Prialé. Este trabajo busca aportar tanto al ámbito clínico como a la formulación de políticas públicas en salud. Para la evaluación de la calidad de vida, se empleó el cuestionario SF-36, que aborda dimensiones físicas, psicológicas y sociales afectadas por ambos tratamientos.

El diseño del estudio fue correlacional, transversal y analítico, con la participación de 88 usuarios de salud del hospital mencionado. Los datos se recolectaron a través de entrevistas que incluyeron información sociodemográfica y características generales de los participantes. La evaluación mediante el cuestionario SF-36 consideró un valor de $P < .05$ como estadísticamente significativo. Los hallazgos mostraron que la mayoría de los pacientes se encontraban en tratamiento de hemodiálisis por más de un año. Una proporción considerable calificó su estado general de salud como regular, señalando además limitaciones importantes en su capacidad física y actividades cotidianas. Al comparar ambos grupos, se identificaron diferencias significativas en edad y calidad de vida. Los pacientes trasplantados evidenciaron un mayor impacto en el rol físico, mayor intensidad de dolor corporal y una percepción menos favorable de su salud general. No obstante, presentaron mejor función social y una evolución más positiva en términos de salud percibida. Sin embargo, también se observó en ellos un mayor deterioro en la salud mental y una menor calidad de vida física en comparación con quienes recibían hemodiálisis. Se concluye con que existen muchos determinantes vinculados a la calidad de vida que ambas poblaciones, que interactúan de forma particular con cada una de estas. El presente estudio examinó en profundidad la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento mediante hemodiálisis o trasplante renal.

Los resultados revelaron que los pacientes trasplantados disfrutaban de una calidad de vida notablemente superior en comparación con aquellos en hemodiálisis. El presente estudio examinó en profundidad la calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica sometidos a tratamiento mediante hemodiálisis o trasplante renal. Los resultados revelaron que los pacientes trasplantados disfrutaban de una calidad de vida notablemente superior en comparación con aquellos en hemodiálisis.



Tabla 3. Características sociodemográficas de los pacientes en hemodiálisis y trasplante renal del Hospital Regional Basilio Prádanos Barrantes

Características	N (%)
Tiempo que recibe terapia o haber sido trasplantado	
Menos de 1 año	18 (20.45%)
Más de 1 año	70 (79.55%)
Epo de terapia de sustitución renal	
Hemodiálisis	67 (76.14%)
TR	23 (23.86%)
Sexo	
Femenino	40 (45.45%)
Masculino	48 (54.55%)
Edad	
< 18 años	1 (1.14%)
18-25 años	1 (1.14%)
26-35 años	4 (4.55%)
> 35 años	82 (93.18%)
Lugar de residencia	
Jenín	83 (94.32%)
Huancabamba	3 (3.41%)
Pasco	1 (1.14%)
Huánuco	1 (1.14%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	5 (5.68%)
Estudios primarios	20 (22.73%)
Estudios secundarios	26 (29.55%)
Estudios universitarios	37 (42.05%)
No lo sé	0
Nivel socioeconómico	
Entre 1-2 SMV	69 (78.41%)
Entre 3-3 SMV	17 (19.32%)
Entre 3-4 SMV	2 (2.27%)
5 SMV	0

Tabla 4. Comparación de diferentes áreas de Calidad de vida según tipo de terapia de sustitución renal

Dimensión	Grupo	B	IC (95%)	p
Función física (FF)	Trasplante renal	-1.57	(-5.6,-0.82)	0.119
	Hemodiálisis	Ref.		
Rol físico (RF)	Trasplante renal	-4.53	(-2.59,-1.01)	0
	Hemodiálisis	Ref.		
Dolor corporal (BP)	Trasplante renal	-4.36	(-1.24,-0.46)	0
	Hemodiálisis	Ref.		
Salud general (GF)	Trasplante renal	-2.5	(-3.14,-0.36)	0.014
	Hemodiálisis	Ref.		
Vitalidad (VT)	Trasplante renal	-0.09	(-1.499,1.37)	0.93
	Hemodiálisis	Ref.		
Función social (SF)	Trasplante renal	3.77	(1.18,5.21)	0.0003
	Hemodiálisis	Ref.		
Rol emocional (RE)	Trasplante renal	0.99	(-1.26,1.28)	0.99
	Hemodiálisis	Ref.		
Salud mental (MI)	Trasplante renal	-2.81	(-4.78,-0.82)	0.0062
	Hemodiálisis	Ref.		
Evolución declarada de la salud (IT)	Trasplante renal	0.000	(0.45,1.72)	0.0011
	Hemodiálisis	Ref.		
Satisfacción estado físico	Trasplante renal	-3.25	(-9.76,-2.34)	0.0017
	Hemodiálisis	Ref.		
Satisfacción estado mental	Trasplante renal	-0.22	(-3.67,2.95)	0.83
	Hemodiálisis	Ref.		



393 Desafíos éticos en el trasplante renal: Un análisis integrado de percepciones y prácticas

Emilio José Ibeas

Sociedad para el Fomento de la Docencia de la Bioética, España

Introducción: El trasplante renal mejora la calidad de vida, pero plantea complejos dilemas bioéticos relacionados con la asignación de órganos escasos, el consentimiento informado, la donación en vida y la justicia distributiva. La evidencia empírica sobre cómo abordan estos dilemas los profesionales es limitada, lo que justifica estudios integrados que aporten claridad al tema.

Objetivos:

- Identificar los dilemas bioéticos predominantes en programas de trasplante.
- Evaluar las diferencias en la toma de decisiones éticas entre centros.
- Analizar la correlación entre formación bioética específica y resolución de casos complejos.
- Proponer un marco estandarizado para la toma de decisiones éticas en el trasplante renal.

Material y Métodos: Se realizó un estudio mixto en dos fases. La primera consistió en una encuesta electrónica a 142 profesionales de 36 centros en 12 países, evaluando conocimientos, prácticas y percepciones mediante casos clínicos estandarizados. La segunda fase incluyó entrevistas semiestructuradas a 28 especialistas seleccionados intencionalmente para profundizar en los hallazgos cuantitativos. Se usaron análisis descriptivo, multivariado y codificación temática (NVivo 15.0) para integrar perspectivas numéricas y cualitativas.

Resultados: El 86% de los participantes informó enfrentar dilemas bioéticos frecuentes. Entre los desafíos se destacan:

- Selección de receptores con múltiples comorbilidades (78%).
- Evaluación de donantes vivos con riesgos psicosociales (72%).
- Asignación de órganos en contextos de extrema escasez (68%).

Solo el 24% contaba con formación bioética específica en trasplante, presentándose una correlación positiva ($r = 0.62$, $p < 0.001$) entre dicha formación y la resolución exitosa de dilemas. El análisis cualitativo reveló:

1. Variabilidad significativa en criterios éticos entre centros.
2. Predominio de enfoques individualistas frente a modelos deliberativos.
3. Escasa participación de pacientes en decisiones críticas.

Los centros con comités de ética específicos mostraron un 40% más de concordancia en la resolución de casos complejos que aquellos sin estos recursos. Además, los casos estandarizados revelaron discrepancias notables en decisiones sobre receptores geriátricos (variabilidad 68%), donantes vivos vulnerables (72%) y asignación de órganos en contextos competitivos (64%).



Conclusiones: Los dilemas bioéticos en el trasplante renal surgen de forma recurrente y compleja, con variabilidad en su abordaje. La formación bioética y la implementación de comités interdisciplinarios se asocian con decisiones más consistentes y éticas. Se propone un marco basado en tres pilares esenciales:

- Formación bioética obligatoria para los equipos de trasplante.
- Establecimiento de comités interdisciplinarios con protocolos estandarizados.
- Integración sistemática de la perspectiva del paciente en las decisiones críticas.

Este enfoque facilitará decisiones más transparentes, equitativas y robustas, mejorando la calidad asistencial y asegurando que el trasplante renal se practique dentro de un marco ético sólido.



394 Estenosis de Arteria Renal como causa de función retardada del injerto. Relato de caso y revisión de la literatura.

Danny Renan Garcia Ordoñez, Davita Farmadial Milagro, Galo García, Luis García, Javier Carrión
Hospital Federal de Bonsucesso; Hospital Luis F. Martínez, Ecuador, Hospital Badim

Introducción: La Estenosis de Arteria Renal (EAR) es la complicación vascular post-trasplante renal (TR) más frecuente, su incidencia se encuentra entre el 10 y el 25%. Esta complicación se presenta principalmente dentro de los primeros 3 meses, y hasta años post TR. Esta complicación puede generar: hipertensión arterial, deterioro de la función renal y hasta pérdida del injerto. El diagnóstico es realizado mediante: Doppler de Arterias Renales y Angiotomografía de Abdomen (AngioTC). En casos de estenosis grave (>50%), estaría indicada la resolución quirúrgica mínimamente invasiva, la técnica más utilizada es la angioplastia con balón y colocación de stent.

Objetivo: Describir un caso de Estenosis de Arteria Renal como causa de función retardada del injerto acontecido en el servicio de trasplante renal del Hospital Federal de Bonsucesso.

Materiales y métodos: Relato de caso. Se presenta una paciente de 52 años con antecedente de Hipertensión Arterial, y eclampsia en su tercer embarazo que evolucionó con pérdida de la función renal iniciando hemodiálisis (HD) en 2002. En ese mismo año la paciente tuvo su primer trasplante renal de donador vivo relacionado (hermano), este tuvo una duración de 20 años hasta 2022; año en el que contrae COVID-19 con retorno para Hemodiálisis. Paciente es re-trasplantada renal en 2023 de donador fallecido de criterio expandido (DCE) evolucionando con función retardada de injerto (DGF). En el Doppler se observan señales de estenosis hemodinámicamente significativa del 1/3 distal de la arteria renal. El diagnóstico fue confirmado por Angiotomografía de Abdomen. En el 21^º de posoperatorio fue realizada angioplastia con balón y colocación de stent en la arteria renal, resultando en éxito y recuperación total de la función renal. Al séptimo mes de seguimiento se realiza Doppler de control, sin alteración confirmando así el éxito del caso.

Resultados y Conclusiones: La EAR es la complicación vascular posttrasplante más frecuente, no obstante en casos graves desencadena en pérdida de la función transitoria e incluso pérdida de la viabilidad del injerto. Un alto índice de sospecha diagnóstica es necesario principalmente en caso de relato de cirugía complicada con alta manipulación del injerto. La resolución quirúrgica se realiza mediante procedimientos mínimamente invasivos como la angioplastia con colocación de stent (técnica combinada). Esta técnica garantiza la viabilidad del injerto como en el caso relatado. Sin embargo el índice de reestenosis llega al 10%, por lo que el acompañamiento a largo plazo es indispensable.



395 Calidad de vida relacionada con la salud en personas adultas que recibieron un trasplante de riñón. Estudio de corte transversal

Romina Yasmin Perez Manelli, Marcelina Carretero, Diego Hernán Glunta, Susana Bayardo

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina; Universidad Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción: La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto construido a partir de múltiples facetas de la vida y la situación de las personas. Estas se encuentran relacionadas entre sí, pero miden aspectos diferentes de la calidad de vida y la autonomía de las personas. La satisfacción de los/las pacientes y la calidad de vida se han aceptado como componentes importantes de la calidad de la atención médica.

El trasplante es un tratamiento indicado cuando todas las demás alternativas para recuperar la salud se han agotado. La CVRS es uno de los indicadores fundamentales del éxito del trasplante. Está puede experimentar modificaciones a lo largo del tiempo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue describir la CVRS luego del trasplante de riñón en personas mayores de 18 años en Argentina. Secundariamente, se comparó la CVRS de las personas que recibieron un trasplante de riñón con la CVRS de la población general de Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional de corte transversal entre 2022 y 2023 en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Se incluyeron personas mayores de 18 años que hubieran recibido al menos un trasplante renal. Los criterios de elegibilidad incluyeron contar con seguimiento clínico activo en la institución y brindar consentimiento para participar. La invitación se realizó a pacientes elegibles mediante contacto directo con intermediación del equipo tratante y, adicionalmente, se empleó un muestreo complementario por bola de nieve para ampliar la muestra. La CVRS se evaluó mediante el cuestionario EUROQOL de 5 dimensiones con 3 niveles de respuesta (EQ-5D-3L), que incluye una Escala Visual Analógica (EVA) donde los participantes califican su estado de salud general de 0 (el peor estado de salud imaginable) a 100 (el mejor estado de salud imaginable). Las variables se describieron con estadística descriptiva. Se reportaron los porcentajes de personas que informaron problemas moderados o severos en cada dimensión del EQ-5D-3L, con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Los resultados se compararon con los valores de referencia disponibles para la población general argentina. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 240 personas con al menos un trasplante renal, con predominio de sexo masculino 52% ($n=125$) y una mediana de edad de 50 años (Desvío Estándar=12,45). La mayoría contaba con cobertura de medicina prepaga 50% ($n=121$); el 69% ($n=166$) se encontraba laboralmente activo y el 56% ($n=134$) tenía estudios universitarios. Según el cuestionario EQ-5D-3L, las personas que participaron reportaron problemas moderados a severos en: movilidad 18% ($n=42$), autocuidado 4% ($n=9$), actividades cotidianas 14% ($n=31$), dolor/malestar 27% ($n=74$) y ansiedad/depresión 35% ($n=84$). La puntuación media en la EVA fue de 78 (Desvío Estándar 17,85), reflejando la autoevaluación del estado de salud general por parte de los participantes. En comparación con la población general argentina, las personas que recibieron un trasplante renal presentaron un mayor porcentaje de problemas moderados o severos en los dominios de movilidad y ansiedad/depresión. No se observaron diferencias significativas en los demás dominios evaluados.

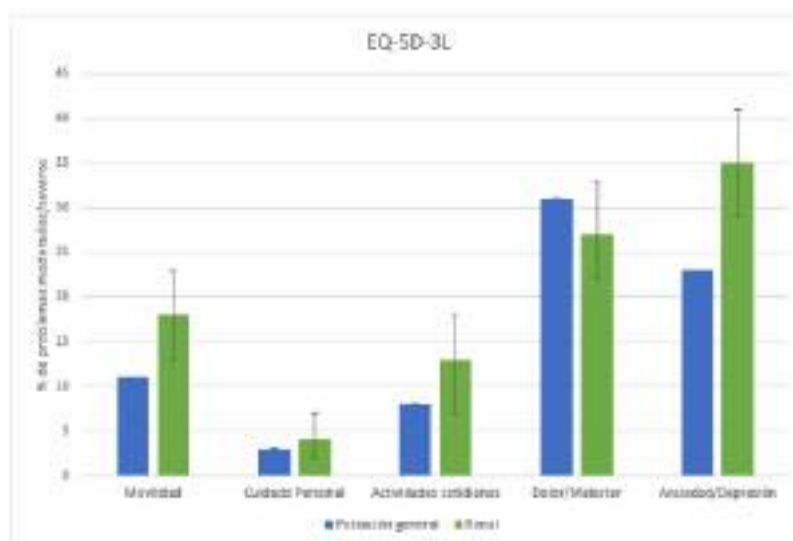
Este estudio permite identificar dimensiones específicas de la CVRS más afectadas tras el trasplante renal, en particular la ansiedad/depresión, lo que sugiere que la recuperación física no siempre se acompaña de un bienestar emocional



equivalente. La menor frecuencia de problemas en el dominio dolor/malestar en comparación con la población general podría reflejar una valoración positiva del trasplante en términos físicos. Esta interpretación general de los resultados permite una comprensión más amplia de la experiencia postrasplante, destacando que, si bien el trasplante renal mejora aspectos clave de la salud, persisten necesidades no cubiertas, especialmente en el ámbito emocional. En este sentido, se subraya la importancia de incorporar una evaluación sistemática de la CVRS en el seguimiento clínico y de desarrollar estrategias integrales que contemplen tanto aspectos físicos como psicosociales.

Edad, en años, mediana (IC)		50 (24-81)
Cobertura de salud, %(n)	Medicina privada	50% (121)
	Obras sociales	44% (106)
	Sistema público	6% (13)
Institución donde se realizó el trasplante	HIBA	77% (184)
Institución seguimiento post trasplante	HIBA	83% (194)
Condición laboral, %(n)	Trabaja	69% (168)
Máximo nivel educativo alcanzado, %(n)	Universitario	46% (116)
	Secundario	23% (54)
	Terciario	18% (44)
	Posgrado	8% (18)
	Primario	3% (8)

* al momento de la participación en el estudio
 Abreviaturas: HIBA: Hospital Italiano de Buenos Aires; IC: intervalo intercuartil





396 Frecuencia de infecciones por SARSCOV-2 en pacientes trasplantados renales adultos en el hospital de clínicas durante la pandemia.

Alexi Benitez

Hospital de Clínicas, Paraguay

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto global significativo, especialmente en personas con condiciones de salud preexistentes. Entre estos, los pacientes con trasplante de riñón representan un grupo particularmente vulnerable debido al uso de medicamentos inmunosupresores que debilitan sus defensas contra infecciones. Se destaca la alta mortalidad asociada al virus y la necesidad de atención especial para este tipo de pacientes, quienes enfrentan un mayor riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad. Se realizó un estudio observacional, de enfoque cuantitativo, retrospectivo, de alcance descriptivo de corte transversal cuyo objetivo era la de determinar la frecuencia de infección por SARSCOV-2 en pacientes trasplantados renales adultos. Se evaluaron 127 pacientes trasplantados, de los cuales el 10,2% presentaron PCR + para Covid 19, 53,85% femenino, rango etario entre 23- 32 años (38,46%), 76,92% provenientes de la zona urbana, 62% de los pacientes no presentaron alteración de la función renal, 20% de los que presentaron alteración de la función renal ingreso a UTI. Se llegó a la conclusión de que la frecuencia de pacientes trasplantados renales adultos con SARSCOV-2 fue de 10,2%, la mayoría corresponden al sexo femenino, principalmente pacientes jóvenes de edades comprendidas entre 23 y 32 años, y de procedencia urbana. El 38% de los pacientes trasplantados renales adultos con infección presentaron alteración de la urea y creatinina al momento del diagnóstico de la infección. La totalidad de los pacientes presentaron mejoría de la función renal a los 3 meses de evaluación. El 69% de los pacientes trasplantados renales adultos infectados fueron atendidos de forma ambulatoria.



397 Más allá de una úlcera: Diagnóstico de actinomicosis en paciente con trasplante renal

Maria Jose Cantillo Vargas, Kateir Contreras, Diana Carolina Vargas Ángel, Sebastián Mackenzie, Sebastián Quintero Montealegre, Shonn Riascos, David La Rotta

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

La actinomicosis es una infección crónica, de curso lento causada por *Actinomyces* spp, principalmente *A. israelii*, con una predilección por los pacientes inmunosuprimidos. Tiene una incidencia estimada del 0,0002% en países desarrollados y la localización cervicofacial es su forma de presentación más prevalente. Específicamente en pacientes con trasplante renal; en 1994 se reportó el primer caso de actinomicosis cervicofacial y estudios como el de Rousseau C et al. reafirman la rareza de esta patología, encontrando solo 7 casos entre el 2000 y 2017 con una prevalencia del 0,02% (1).

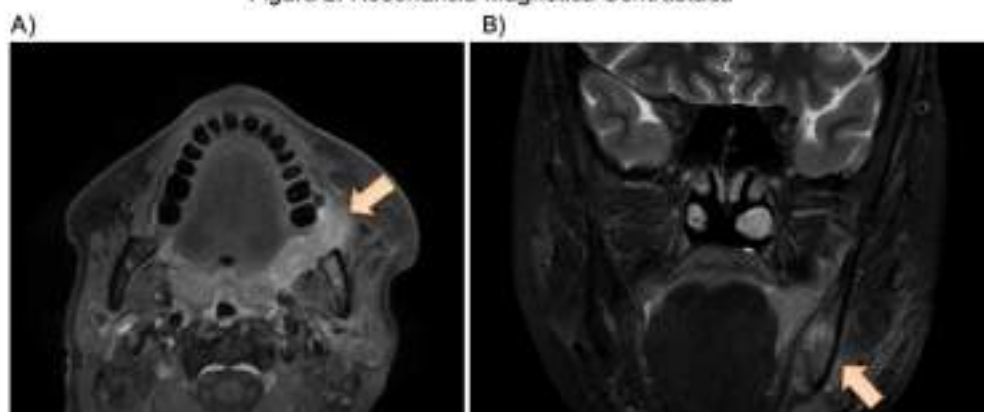
Se describe el caso de una paciente de 46 años con antecedente de enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a preeclampsia severa, trasplantada renal en el año 2006, en manejo inmunosupresor con tacrolimus, micofenolato y prednisolona. Cuadro clínico de 2 meses de evolución de lesión ulcerada en trigono retromolar izquierdo (Figura 1), recibió amoxicilina oral sin mejoría, ampliándose estudios (Tabla 1) y se realizó biopsia, en la que se documentaron bacterias filamentosas Gram positivas y gránulos en la región central positivos para la coloración PAS compatibles con actinomicosis. Iniciándose tratamiento con ampicilina/sulbactam con parcial mejoría de los síntomas, con resonancia magnética (RM) de cara (Figura 2) en la que se documentó osteomielitis mandibular izquierda, se indicó manejo por cirugía maxilofacial con lavado, desbridamiento y cambio antibiótico a Ceftriaxona. Según el Instituto Nacional de Salud de Colombia, en el 2023 se trasplantaron 720 riñones en el país, las infecciones siguen siendo un problema crítico postrasplante (2). La actinomicosis cervicofacial afecta se presenta con edema, abscesos, coloración rojo-violácea en la piel, fístulas, lesiones crónicas “leñosas” y se extiende más allá de los planos anatómicos. La osteomielitis es rara, sin embargo, cuando se presenta es más común que afecte el hueso mandibular en una relación 4:1 respecto al hueso maxilar (3). Este compromiso descrito fue el curso clínico que presentó la paciente presentada. El diagnóstico parte de la sospecha clínica apoyado en imágenes como la tomografía o RM que permiten establecer la extensión y el compromiso óseo, resaltando que estos hallazgos son inespecíficos por lo que es necesaria la confirmación histopatológica, donde se espera encontrar bacterias gram positivas filamentosas ramificadas asociadas a la presencia de gránulos de sulfuro en un 35-55% de los casos, no obstante, estos no son patognomónicos de esta infección y pueden verse en infecciones por *Nocardia*, *Streptomyces*, y *Peptostreptococcus*. El cultivo es positivo en <30% de los casos, dado las dificultades del crecimiento en el laboratorio de *Actinomyces* spp (4). Tiene alta susceptibilidad a los betalactámicos, particularmente penicilina y amoxicilina, los posiciona como los antibióticos de primera línea. Alternativas terapéuticas incluyen clindamicina, macrólidos, e incluso ceftriaxona (4). Se considera indispensable la intervención quirúrgica adyuvante. La duración recomendada del tratamiento antibiótico se extiende típicamente entre seis y doce meses. Este caso clínico enfatiza la relevancia de incluir actinomicosis en el diagnóstico diferencial de lesiones cervicofaciales progresivas en pacientes inmunosuprimidos post-trasplante renal. Recalca la necesidad de una evaluación diagnóstica con biopsia, el rol de la antibiototerapia extendida y el manejo quirúrgico ante la afectación ósea.



Tabla 1. Resultados de laboratorios

Parámetro	Valor	Valor de Referencia
Creatinina	2.98 mg/dL	0.6 - 1.2 mg/dL
BUN	36 mg/dL	7 - 20 mg/dL
Sodio (Na)	121 mEq/L	135 - 145 mEq/L
Potasio (K)	4.5 mEq/L	3.5 - 5.0 mEq/L
Glicemia	112 mg/dL	106 mg/dL
PCR	4.8 mg/dL	< 0.5 mg/dL
Bilirrubina Total (BT)	0.22 mg/dL	0.1 - 1.2 mg/dL
Bilirrubina Directa (BD)	0.15 mg/dL	0 - 0.3 mg/dL
Bilirrubina Indirecta (BI)	0.07 mg/dL	0.2 - 0.8 mg/dL
Hemoglobina (Hb)	11.0 g/dL	12 - 16 g/dL
Leucocitos	9,900 / μ L	4,000 - 11,000 / μ L
Neutrófilos absolutos	7,700 / μ L	1,800 - 7,500 / μ L
Linfocitos absolutos	1,400 / μ L	1,000 - 4,800 / μ L
Plaquetas	288,000 / μ L	150,000 - 450,000 / μ L

Figura 2. Resonancia Magnética Contrastada



Descripción: Compromiso inflamatorio en secuencias T1w (A) y STIR (B) del trigono retromolar izquierdo y extensión ósea mandibular homolateral (T1w: *Weighted T1 sequence*, STIR: *Short Tau inversion Recovery*).



Figura 1. Fotografía Cavidad Oral

A)

B)



Descripción: Lesión ulcerada en trígono retromolar con fondo amarillo, bordes de consistencia fibroelástica con extensión hacia mucosa bucal, mucosa del reborde alveolar y tabla lingual en día 15 (A) y día 45 (B) desde inicio de sintomatología. (Se obtuvo consentimiento informado escrito de la paciente para la publicación de este reporte de caso, incluyendo la toma y el uso de imágenes)



398 Carcinoma de células claras en riñón nativo de paciente trasplantado renal con inmunosupresión prolongada

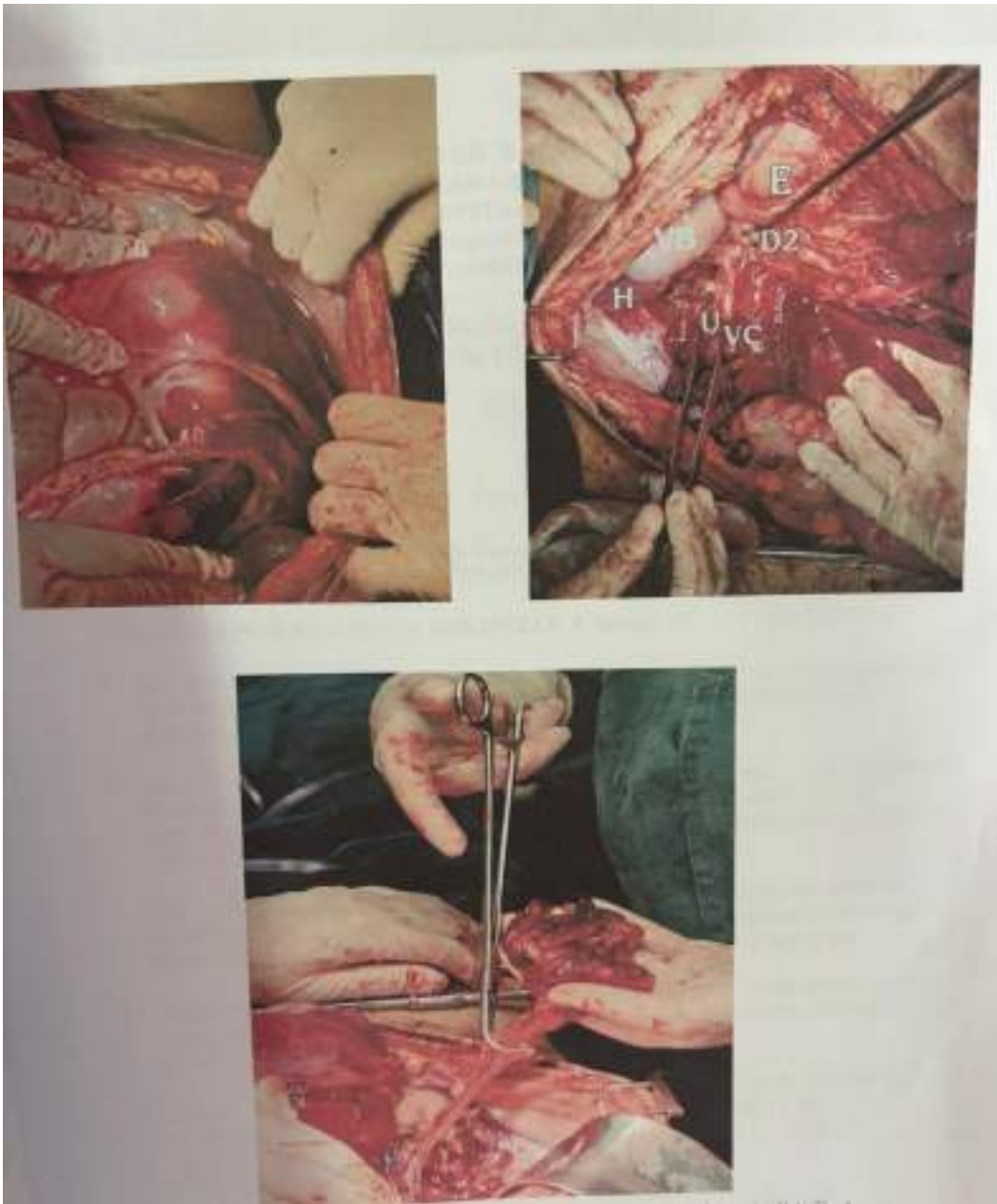
Iau Morra, Luz Solis, Victoria Deggeller, Marcelo Barrio, Lourdes Carolina Vázquez Jiménez, Fernando Da Ponte, Idalina Stanley, Norma Arevalo, Laura Rojas, Alejandra Amarilla, Jose Maidana, Alexis Benitez, Johana Silvero, Martín Peris, Elisa Martínez, Maria Liz Vera

Hospital de clínicas-FCM-UNA, Paraguay; Universidad Nacional De Asunción, Paraguay

Introducción: Los pacientes trasplantados renales con tratamiento inmunosupresor prolongado tienen un mayor riesgo de desarrollar neoplasias, el carcinoma de células claras es una manifestación poco frecuente. Se conoce que el tacrolimus induce a cierta predisposición oncogénica por su efecto sobre la inmunovigilancia.

Caso clínico: Varón de 19 años, trasplantado renal donante vivo relacionado, por nefropatía por reflujo en 2020. terapia de inducción con basiliximab y metilprednisolona, Recibió inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Antecedente de abandono del tratamiento en diciembre del 2024, desarrolló rechazo del injerto, ingresa nuevamente a hemodiálisis. Consulta en el servicio de cirugía por dolor abdominal y se evidencia hemoperitoneo y masa en riñón nativo. Se realizó nefrectomía, confirmándose carcinoma de células claras. Actualmente en seguimiento oncológico.

Conclusión: El uso prolongado de inhibidores de calcineurina como puede estar asociado al desarrollo de tumores sólidos, incluyendo carcinoma renal en el injerto. Este caso resalta la importancia de la vigilancia oncológica en pacientes trasplantados con exposición prolongada a inmunosupresores.





399 Prevalencia de neoplasias en adultos con trasplante renal: datos del Registro Nacional de Salud Colombiano entre 2019 – 2023

Andrea Zapata Arango, Kateir Contreras, Diana Carolina Vargas Ángel, Diego Andrés Rosselli Cook, Valentina Camacho, Paola Garcia Padilla

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia; Hospital Universitario San Ignacio, Colombia

Introducción: El trasplante renal es la terapia de elección para la enfermedad renal crónica avanzada, mejorando la supervivencia y calidad de vida. Sin embargo, la inmunosupresión crónica post-trasplante incrementa significativamente el riesgo de desarrollar neoplasias malignas frente a la población general. Se estima que alrededor del 10 % de los receptores desarrollan cáncer de órgano sólido en los primeros diez años. Aunque Colombia tiene una actividad trasplantadora relevante, existe escasa información actualizada sobre la prevalencia de neoplasias en esta población. Determinar esta prevalencia local es fundamental para fortalecer la vigilancia y detección temprana del cáncer en pacientes trasplantados.

Objetivos: Establecer la prevalencia de neoplasias en pacientes residentes en Colombia con antecedente de trasplante renal, analizando datos del periodo 2019-2023.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, basado en análisis secundario de datos administrativos del Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), alimentado por el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS). Se incluyeron pacientes mayores de 20 años con trasplante renal registrado entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2023. La identificación de diagnósticos se realizó mediante códigos CIE-10. Se recolectaron datos demográficos (edad, sexo) y presencia de neoplasias. El análisis estadístico fue descriptivo, con frecuencias absolutas, porcentajes y cálculos de prevalencia general y específica, expresada por 100.000 habitantes o como porcentaje. Se realizaron análisis estratificados por sexo y edad, con cálculo de razones de prevalencia. El estudio fue aprobado por un comité ético institucional. No se requirió consentimiento informado al tratarse de datos anonimizados.

Resultados: Se analizaron datos de 17.405 pacientes con trasplante renal y 38.832.056 de la población general. La prevalencia de neoplasias en trasplantados fue de 185.06 por 1000 habitantes, significativamente mayor que en no trasplantados (38.05 por 1000), con una razón de prevalencia cruda de 4.88 (IC 95 %: 4.73–5.04). Las razones más altas se observaron en neoplasias del sistema genitourinario (12.95), tegumentario (5.92), hematológicas (6.67), gastrointestinales (3.89), endocrino (4.30) y otorrinolaringológico (4.59). En términos absolutos, las tasas específicas de prevalencia por cada 1000 fueron: 22.42 vs 1.73 para tumores genitourinarios; 24.65 vs 4.16 en tegumentarios; 6.67 vs 1.00 en hematológicos; 7.52 vs 1.93 en gastrointestinales; 5.16 vs 1.20 en endocrinos; y 5.55 vs 1.21 en otorrinolaringológicos. El análisis por grupos etarios mostró razones especialmente elevadas en el grupo de 20 a 29 años: 30.75 para neoplasias hematológicas y 41.08 para genitourinarias, con tendencia decreciente en edades mayores.

Conclusiones: Este estudio evidencia una carga considerable de neoplasias en pacientes con trasplante renal en Colombia, con una prevalencia casi cinco veces mayor respecto a la población general. Con datos robustos del SISPRO en el periodo 2019–2023, se documenta un mayor riesgo asociado a neoplasias, especialmente en sistemas genitourinario, tegumentario y hematológico. Los hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias de vigilancia oncológica y prevención individualizada, así como de promover nuevas investigaciones para mejorar el seguimiento postrasplante en el país.



Tabla 1. Razón de prevalencia para los diferentes tipos de cáncer en colombianos con trasplante renal entre 2019 y 2023

Tipo de neoplasia	Femenino (IC 95% RP)	Masculino (IC 95% RP)	Total	p
Genitourinario	8.49 [6.99 - 11.09]	14.17 [12.28 - 16.34]	12.95 [11.41 - 14.68]	< 0.001
Otorrinolaringología	14.01 [12.68 - 15.84]	2.28 [1.73 - 29.08]	7.61 [6.92 - 8.32]	< 0.001
Hematológico	6.67 [5.70 - 7.80]	6.7 [5.85 - 7.66]	6.67 [6.02 - 7.70]	0.85
Reproductor masculino	11.22 [5.90 - 21.30]	4.79 [4.34 - 5.28]	6.12 [11.41 - 14.68]	< 0.001
Tegumentario	4.47 [4.01 - 4.96]	7.36 [6.81 - 7.91]	5.92 [5.55 - 6.37]	= 0.001
Muscular	6.19 [4.33 - 8.82]	4.05 [2.76 - 5.92]	4.94 [3.80 - 6.40]	0.072
Endocrinológico	4.11 [3.44 - 4.89]	7.84 [5.28 - 9.89]	4.3 [3.73 - 4.92]	< 0.001
Sistema nervioso	3.81 [2.87 - 5.04]	4.19 [3.36 - 5.21]	4.07 [3.42 - 4.83]	0.366
Gastrointestinal	3.51 [2.98 - 4.12]	4.16 [3.67 - 4.71]	3.88 [3.52 - 4.29]	0.119
Respiratorio	3.86 [2.89 - 5.13]	3.55 [2.89 - 4.59]	3.73 [3.120 - 4.47]	0.824
Reproductor femenino	3.44 [3.12 - 3.77]	14.71 [12.68 - 17.03]	3.57 [3.28 - 3.87]	< 0.001
Corazón y mediastino	3.77 [1.03 - 1.37]	0.39 - 4.37]	1.46 [3.82 - 5.28]	0.094
Total	4.53 [4.35 - 4.77]	5.58 [5.32 - 5.79]	4.86 [4.73 - 5.04]	0.0027

Tabla 2. Frecuencias relativas de diferentes tipos de cáncer en colombianos con trasplante renal entre 2019 y 2023

Tipo de cancer	Frecuencia (%)
Cáncer de piel no melanoma	726 (4.17 %)
Mama	455 (2.61 %)
Próstata	364 (2.09 %)
Parotida	316 (1.81 %)
Melanoma	315 (1.8 %)
Riñón, excepto la pelvis	182 (1.04 %)
Tiroides	175 (1 %)
Ano y conducta anal	148 (0.85 %)
Linfoma no Hodgkin	122 (0.7 %)
Estómago	120 (0.68 %)

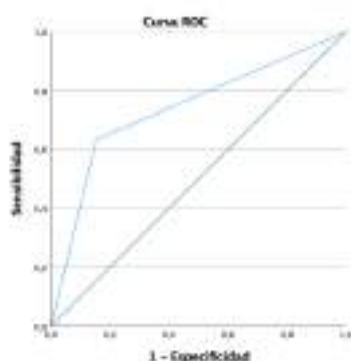


400 Factores influyentes en la sobrevida del paciente y del injerto renal de donador vivo vs donador cadavérico a los 5 años postrasplante en un hospital de 3er nivel de México

Fernanda Santiago
IMSS, México

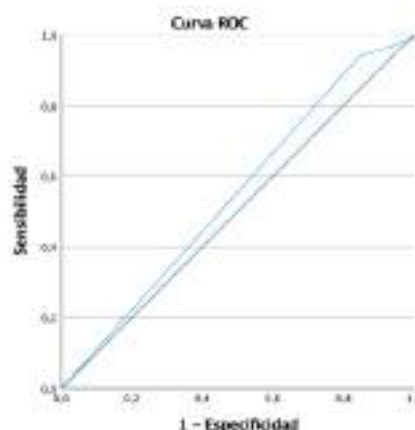
Este estudio tiene como objetivo identificar los factores que influyen en la sobrevida del paciente y del injerto renal a 5 años postrasplante, comparando receptores de donador vivo versus cadavérico en la UMAE H.E. No. 14 C.M.N. "A.R.C." del IMSS, en Veracruz. Se trata de una investigación observacional, descriptiva, retrospectiva y longitudinal basada en expedientes clínicos de pacientes trasplantados entre 2018 y 2023. Se evaluarán variables como edad, sexo, tipo de donante, esquema de inmunosupresión y presencia de infecciones. El análisis estadístico incluirá medidas de tendencia central, dispersión y curvas de Kaplan-Meier para calcular la supervivencia del injerto y del paciente, utilizando el programa SPSS versión 23. Este trabajo busca aportar evidencia sobre los principales determinantes del éxito a largo plazo del trasplante renal en el contexto de un hospital de tercer nivel en México.

HIPERTENSION



Area	Límite inferior	Límite superior	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
0.740	0.668	0.808	0.808	0.874

DIABETES MELLITUS



Area	Límite inferior	Límite superior	95% de intervalo de confianza asintótico	
			Límite inferior	Límite superior
0.545	0.090	0.999	0.568	0.723



VARIABLE	VALOR	SI	NO	TOTAL	VALOR p
EDAD	0-20	0	1	1	
	21-30	14	3	17	
	31-40	42	5	47	0.05
	41-50	10	3	13	
	51-60	14	0	14	
	61-70	2	1	3	
SEXO	Hombre	51	9	60	0.884
	Mujer	31	4	35	
IMC	Bajo peso	6	1	9	
	Ideal	32	9	41	
	Sobrepeso	24	2	26	0.140
	Obesidad 1	14	0	14	
	Obesidad 2	1	1	2	
	Obesidad 3	3	0	3	
TIPO DE DONADOR	Donador vivo	61	8	69	0.334
	Donador cadavérico	21	5	26	
TERAPIA DE MANTENIMIENTO	Tacrolimus/Prednisona/Acido micofenólico	51	6	57	
	Tacrolimus/Prednisona/Azatioprina	3	1	4	
	Sirolimus/Prednisona/Azatioprina	1	0	1	0.666
	Sirolimus/Acido micofenólico/Prednisona	9	3	12	
	Otros	18	3	21	
TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN	Timoglobulina	37	5	42	0.653
	Basiliximab	45	8	53	
HIPERTENSIÓN	Si	30	11	41	0.001
	No	52	2	54	
DIABETES	Diabetes tipo 1	1	0	1	0.329
	Diabetes tipo 2	4	2	6	
	No	77	11	88	
INFECCIONES	Si	33	2	35	0.85
	No	49	11	60	
TIPO INFECCION	Infeccion respiratoria	8	0	8	
	Infeccion de vias urinarias	17	2	19	
	Infeccion gastrointestinal	3	0	3	0.434
	No infeccion	49	11	60	
	Otras infecciones	5	0	5	



401 Uso de globulina anti-timocítica equina en trasplante renal de receptores con alto riesgo inmunológico: Experiencia del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo

Myrian Catalina García Veloz

Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Ecuador

El trasplante renal sigue siendo la terapia de elección para los pacientes con enfermedad renal crónica en estadio 5, debido a su impacto positivo en la supervivencia, la calidad de vida y la reducción de complicaciones a mediano y largo plazo. Sin embargo, dentro de la población en espera de un trasplante, aquellos que presentan un alto riesgo inmunológico, como los pacientes altamente sensibilizados con títulos elevados de anticuerpos contra antígenos HLA, enfrentan mayores dificultades para acceder a este procedimiento, dado el riesgo elevado de rechazo del injerto. Para mejorar los resultados en este grupo, se han implementado protocolos de inducción con anticuerpos policlonales, siendo la timoglobulina de conejo ampliamente utilizada y respaldada por una sólida experiencia clínica. No obstante, la evidencia sobre la eficacia y seguridad de la globulina anti-timocítica equina sigue siendo limitada, lo que genera la necesidad de estudios adicionales que evalúen su impacto en el trasplante renal de alto riesgo. En este contexto, el presente estudio busca describir nuestra experiencia con el uso de globulina anti-timocítica equina como parte del tratamiento de inducción en receptores con alto riesgo inmunológico, aportando datos que contribuyan a la comprensión de su utilidad en esta población.

Objetivo: Evaluar la eficacia y seguridad del uso de Globulina Anti-Timocítica Equina en trasplante renal de pacientes con alto riesgo inmunológico en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en el período comprendido entre julio 2013 y diciembre 2024.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, en 41 pacientes trasplantados renales con alto riesgo inmunológico quienes recibieron protocolo de inducción con globulina anti-timocítica equina durante el período de estudio.

Resultados: El estudio incluyó a 41 pacientes trasplantados renales, con una edad media de 43 ± 10 años y un predominio del sexo femenino (85,4%). De la población analizada, el 43,9% presentó un nivel de PRA calculado (PRAC) superior al 75%, mientras que el 58,6% tuvo tres o más compatibilidades HLA con el donante. Las características demográficas y del trasplante se resumen en la Tabla 1. En cuanto a la incidencia de complicaciones clínico-quirúrgicas según el tiempo de evolución postrasplante, se observó una frecuencia del 24,4% en el periodo inmediato, 34,1% en el mediano y 36,6% en el tardío. La infección del tracto urinario fue la complicación más común en el postrasplante inmediato, con una incidencia del 24,4%. En el postrasplante tardío, la infección por poliovirus predominó, afectando al 12,2% de los pacientes. La información detallada se encuentra en la Tabla 2. La incidencia acumulada de rechazo fue del 12,1%. En cuanto a la supervivencia del injerto a cinco años, esta alcanzó el 87,5%. Se observó una tendencia hacia un mayor riesgo de pérdida del injerto en pacientes con PRAC >75%, con un riesgo aproximadamente cuatro veces mayor ($p=0,039$), como se muestra en el Gráfico 1. Los principales motivos de pérdida del injerto se detallan en el Gráfico 2, siendo el rechazo agudo la causa más frecuente.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio respaldan el uso de protocolos de inducción con globulina anti-timocítica equina en pacientes trasplantados renales de alto riesgo inmunológico, al evidenciar una supervivencia del injerto a cinco años del 87,5% y una incidencia acumulada de rechazo del 12,1%,



402 El tratamiento de primera línea en pacientes con rechazo mediado por anticuerpos crónico-activo confiere una supervivencia del injerto renal y glomerulopatía postrasplante similar a la de pacientes sin lesiones crónicas

Luis Agustín Camacho Murillo, Erick Yasar Zúñiga González, Norma Ofelia Uribe Uribe, Luis Eduardo Morales Buenrostro

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos (RMA) constituye la principal causa de falla del injerto renal y retorno del paciente a la lista de espera para trasplante. Actualmente, no existe un esquema terapéutico estandarizado ampliamente aceptado para su manejo. La mayoría de la evidencia disponible se centra en las formas tempranas o agudas de RMA, mientras que la información relativa al rechazo tardío o asociado a lesiones crónicas es considerablemente más limitada. En particular, persiste una escasez de datos respecto a las opciones terapéuticas, la evolución de las lesiones crónicas y el pronóstico en este contexto clínico, lo que subraya la necesidad de estudios enfocados en esta población.

Objetivo: Este estudio tuvo como objetivo comparar la supervivencia del aloinjerto renal tras el tratamiento de primera línea para el rechazo mediado por anticuerpos (RMA) en pacientes con RMA crónico-activo (RMA-CA) frente a aquellos con RMA activo (RMA-A) y la progresión a daño crónico.

Métodos: Estudio de cohorte comparativo de un solo centro en la Ciudad de México, entre 2011 y 2023, integrando datos clínicos y hallazgos patológicos renales de pacientes diagnosticados con RMA. Todos los pacientes recibieron tratamiento de primera línea, que consistió en esteroides, recambio plasmático, inmunoglobulina intravenosa (IVIG) y/o esteroides más rituximab. Se realizó una biopsia de seguimiento entre 3 y 8 meses después. Se comparó la progresión de la glomerulopatía crónica y la supervivencia del injerto entre los grupos RMA-CA y RMA-A.

Resultados: De 394 biopsias evaluadas de 106 pacientes con RMA, 26 presentaban RMA-CA en el diagnóstico inicial. El tiempo mediano hasta el diagnóstico de RMA-CA fue de 108 meses (RIC 79-194), mientras que el RMA-A se diagnosticó antes, a los 51 meses (RIC 13-80). La supervivencia del injerto desde el diagnóstico de RMA no fue diferente entre los grupos (85% [RMA-A] vs. 77.5% [RMA-CA] a 5 años, $p=0.283$), y la presencia de $>cg1b$ en el diagnóstico no se asoció con un mayor riesgo de pérdida del injerto (HR 0.99, IC 95% 0.3–2.9). (Figura 1). Durante el seguimiento, se detectó glomerulopatía del trasplante en el primer año en el 30% (24) del grupo RMA-A incluso después del tratamiento de primera línea, mientras que en el grupo RMA-CA, el 80.7% (22) no presentó progresión de la glomerulopatía del trasplante ($\Delta cg>1$) tras el tratamiento de primera línea.

Conclusiones: El tratamiento de primera línea en pacientes con RMA-CA se asoció con una supervivencia del injerto comparable a la de pacientes sin lesiones crónicas, lo que respalda su uso en este grupo. Una proporción significativa de pacientes con lesiones agudas progresa a lesiones crónicas en un periodo corto, lo que plantea la interrogante de si el tratamiento debería seguir estando restringido a quienes no presentan lesiones crónicas.

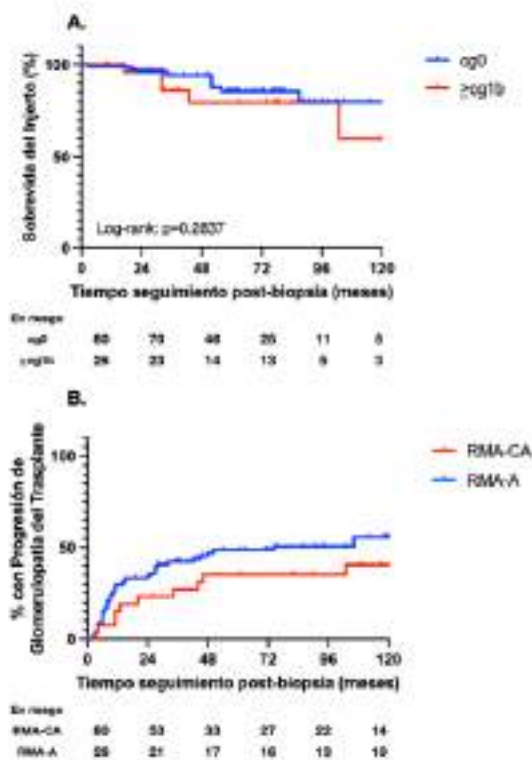


Figura 1. **A)** Supervivencia global del injerto censurada por muerte, desde el diagnóstico de rechazo mediado por anticuerpos (RMA) de acuerdo con la presencia de glomerulopatía del trasplante ($\leq \text{cg1b}$) al momento del diagnóstico. **B)** Incidencia acumulada del desarrollo o progresión de la glomerulopatía del trasplante renal durante el seguimiento.



403 Mejoría en la supervivencia del injerto renal tras tratamiento antirrechazo repetido en pacientes con rechazo mediado por anticuerpos y persistencia de inflamación microvascular con vigilancia histológica activa

Erick Yasar Zúñiga González, Luis Agustin Camacho Murillo, Norma Ofelia Uribe Uribe, Luis Eduardo Morales Buenrostro

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México

Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos (RMA) representa la principal causa de pérdida del injerto en el trasplante renal. Aunque la persistencia de inflamación en biopsias de seguimiento tras el tratamiento se asocia con una peor evolución funcional del injerto, no existen guías que respalden la indicación de un segundo curso terapéutico ni criterios para definir la respuesta al tratamiento.

Objetivo: Evaluar la supervivencia del injerto renal tras episodios recurrentes de rechazo mediado por anticuerpos (RMA) y el impacto de tratamientos antirrechazo repetidos guiados por biopsias de seguimiento.

Material y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en un único centro de trasplante renal en la Ciudad de México entre 2011 y 2023, se incluyeron pacientes con diagnóstico de RMA que fueron sometidos a biopsias de seguimiento postratamiento entre 3-8 meses posteriores. Todos los pacientes recibieron tratamiento con esteroides, terapia de recambio plasmático, inmunoglobulina intravenosa y/o esteroides más rituximab. La persistencia de inflamación microvascular (IMV) en las biopsias de seguimiento se utilizó para guiar un segundo o tercer ciclo de tratamiento. Se evaluó la supervivencia del injerto con base al estado de IMV y el número de tratamientos recibidos.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes con RMA y se evaluaron 394 biopsias durante el seguimiento. La mediana de tiempo de trasplante al diagnóstico de RMA fue de 63 meses (RIC 16–107). La supervivencia global del injerto fue de 97.8% a 5 años y 89.4% a 10 años. La supervivencia del injerto posterior al diagnóstico de RMA fue de 83.1% y 71.2% a 5 y 10 años, respectivamente. Después del primer tratamiento, 21 pacientes (19.8%) lograron resolución de la IMV ($g+ptc=0$), sin embargo, sólo 12 (11.3%) permanecieron libres de recurrencia de ABMR en el seguimiento. En las biopsias de seguimiento, 85 pacientes (80%) mostraron IMV persistente. De los cuales, 32 (30.2%) recibieron un segundo ciclo de tratamiento, y 53 (50%) un tercer ciclo o más. La supervivencia del injerto no difirió significativamente entre los pacientes que lograron resolución de la IMV y aquellos con IMV persistente o recurrencia de RMA que recibieron tratamientos repetidos [Figura 1A]. Se observó una mejor supervivencia del injerto en pacientes que recibieron múltiples ciclos de tratamiento, aun pese la recurrencia de RMA o persistencia de IMV [Figura 1B].

Conclusión: El seguimiento de la respuesta histológica mediante cambios en la IMV en pacientes con RMA puede influir en la toma de decisiones terapéuticas y pronóstico del injerto renal. El tratamiento antirrechazo repetido guiado por biopsias de seguimiento parece mejorar la supervivencia del injerto especialmente en pacientes con IMV persistente o recurrencia de RMA.

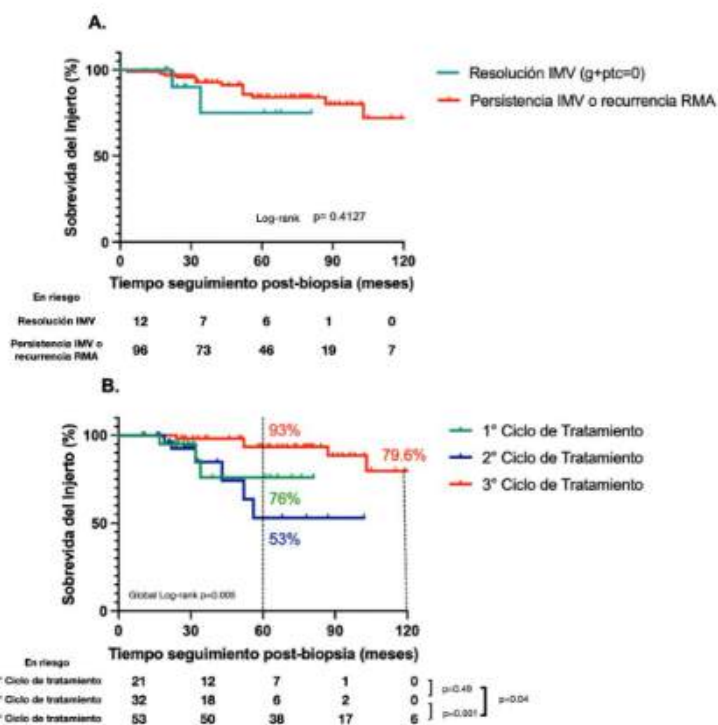


Figura 1. Supervivencia del injerto censurada por muerte desde el diagnóstico de rechazo mediado por anticuerpos (RMA). **A)** Supervivencia del injerto censurada por muerte desde la biopsia renal, comparando la resolución de la inflamación microvascular (IMV) frente a la persistencia o recurrencia del diagnóstico de RMA. **B)** Supervivencia del injerto censurada por muerte desde el diagnóstico de RMA de acuerdo con los ciclos de tratamiento recibidos, guiados por biopsias de seguimiento.



404 Trasplante renal en paciente controlador de élite del virus de inmunodeficiencia humana, reporte de caso

Diego Osmany Chamba Pineda, Luis Alfonso Mariscal Ramírez, Elsa Daniela Zavala Alvarez, Jesús Arellano Martínez, Blanca de Jesús Martínez Chagolla

Hospital General Dr. Miguel Silva, México

Introducción: Hasta 30% de pacientes infectados por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen enfermedad renal crónica. 1-1.5% tienen terapia de reemplazo renal y pocos han recibido un trasplante renal (1). Escasos pacientes VIH+ presentan niveles bajos o indetectables de viremia, recuentos de CD4+ normales y progresión lenta hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se denominan controladores élite (2). Se desconoce la evolución a largo plazo postrasplante renal en este grupo de pacientes.

Reporte de caso: Hombre de 25 años con enfermedad renal crónica grado 5 de etiología indeterminada en hemodiálisis desde enero 2015. En mayo 2018 se diagnosticó infección por VIH mediante ensayo de inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA). Sin embargo, con carga viral indetectable. En seguimiento con determinaciones ELISA positivas y cargas virales negativas, se mantuvo en vigilancia. Recibió trasplante renal cadavérico (11-02-2023). Esquema de inducción: timoglobulina y mantenimiento con micofenolato, prednisona y tacrolimús. Última citometría con CD4+ 399 cel/uL (20.74%), con carga viral indetectable. Sin tratamiento antirretroviral a 26 meses, no ha presentado infecciones graves, ni rechazo. Creatinina 1.6mg/dL con tasa de filtrado glomerular: 61.9mL/min.

Discusión: Los controladores élite representan menos del 1% de la población VIH+; son asintomáticos y mantienen niveles indetectables de ARN retroviral (<50 copias/mL) por más de 12 meses y conteos estables de linfocitos TCD4 (entre 200 a 1000 células/uL) (3) El estado de controlador no es permanente. Algunos pierden el control virológico/ inmunológico y progresan hacia SIDA. El 16.9% no progresa (4) Se publicó un caso semejante en Francia 2012. La paciente recibió tratamiento antirretroviral pretrasplante. Postrasplante no toleró antirretrovirales y abandonó tratamiento, en el seguimiento el número de TCD8+ se mantuvo estable, entre 2007 y 2011. (5)

Conclusiones: Es el primer caso reportado de trasplante renal en un controlador élite no tratado; actualmente con función renal estable, sin infecciones graves o rechazo, continúa sin terapia antirretroviral.

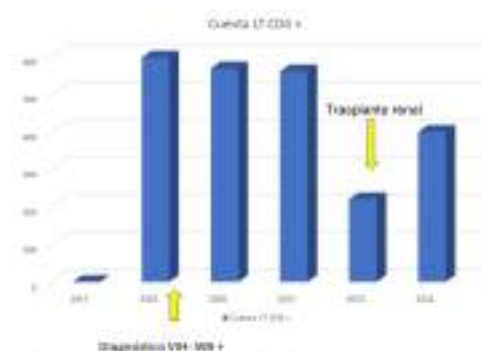


Figura 1. Cuenta de linfocitos T CD4+ en un controlador de élite de VIH antes y después del Trasplante Renal (2017-2024)



405 Factores relacionados a anemia post trasplante renal tardía y su asociación con la función del injerto renal en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”

Diego Osmany Chamba Pineda, Rogelio Sandoval Pérez, Israel David Campos González, Agustín Amador Ponce, Luis Alfonso Mariscal Ramírez

Hospital General Dr. Miguel Silva, México

Introducción: La prevalencia de la anemia post trasplante es del 20-51% durante el primer mes, con una disminución hacia 23-35% a los 6 meses; se clasifica de acuerdo a su temporalidad en temprana (anemia que se desarrolla en los primeros 6 meses después del trasplante) o tardía (después de 6 meses). Existen factores para la presentación de la anemia post trasplante: función deteriorada del injerto, episodios recurrentes de rechazo, deficiencia de hierro, género femenino, uso de algunos fármacos, entre otros.

Objetivo: Analizar la frecuencia y factores relacionados a la anemia postrasplante tardía, así como su asociación con la función del injerto renal en los receptores atendidos en el Hospital General Dr. Miguel Silva’.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, observacional y comparativo de pacientes mayores de 18 años trasplantados en el Hospital General “Dr. Miguel Silva” en el periodo comprendido de enero 2013 a diciembre del 2023. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25.

Resultados: El análisis final incluyó 47 receptores con una media de edad de 29+8, predominio del sexo masculino (70%), con injerto renal proveniente de donador vivo (70%), y seropositividad para IgG CMV (78%). El porcentaje de pacientes con anemia fue mayor a los 6 meses (34%), seguido de la presencia de anemia a los 12 (27%) y 24 meses (16%). En los pacientes con anemia, el grado 1 de la OMS fue la más frecuente (29.8%, 25.0% y 16.7% a los 6, 12 y 24 meses, respectivamente). Los factores asociados a la presencia de anemia post trasplante tardía fueron función retardada del injerto ($p=0.01$) y niveles de creatinina $>2\text{mg/dl}$ a 6 meses ($p=0.03$). Finalmente, el grado de anemia a 12 meses se correlacionó de manera significativa con la tasa de filtrado glomerular (TFG) a los 6 meses ($r=-0.38$, $p=0.02$) y a los 12 meses ($r=-0.44$, $p=0.007$).

Discusiones y conclusiones: La anemia post trasplante tardía se asoció con función retardada del injerto, niveles de creatinina $>2\text{mg/dl}$ a 6 meses y con la tasa de filtrado glomerular a los 6 y 12 meses.



Tabla 3. Factores de riesgo para anemia post trasplante renal tardía y su frecuencia en pacientes post trasplantados

Factores de riesgo	Frecuencia N (%)
Lesión renal aguda	30 (63.8)
Infección del tracto urinario	23 (48.9)
Sexo femenino	14 (29.8)
Episodio de rechazo agudo	12 (25.5)
Toxicidad por inmunosupresor	10 (21.3)
Creatinina >2mg/dl	8 (17)
Dosis altas antivirales	7 (14.9)
Función retardada del injerto	6 (12.8)

Tabla 7. Correlación grado de anemia OMS/ tasa de filtrado glomerular

	TFG al egreso		TFG a los 3 meses		TFG a los 6 meses		TFG a los 12 meses		TFG a los 24 meses	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Grado de anemia OMS 6 meses	-0.16	0.28	-0.16	0.26	-0.32	0.02	-0.17	0.31	-0.15	0.46
Grado de anemia OMS 12 meses	-0.10	0.55	-0.21	0.21	-0.38	0.02	-0.44	0.007	-0.08	0.70
Grado de anemia OMS 24 meses	-0.18	0.38	-0.06	0.76	-0.14	0.49	.17	0.42	-0.07	0.73



406 Caso inusual de neumonía causada por nocardia araoensis después de un trasplante renal, reporte de un caso.

Diego Osmany Chamba Pineda, Jesús Arellano Martínez, Israel David Campos González, Luis Alfonso Mariscal Ramírez, Elsa Daniela Zavala Álvarez

Hospital General Dr. Miguel Silva, México

Introducción: Las infecciones por *Nocardia* son infrecuentes, su incidencia en trasplante de órgano sólido oscila entre 0.4-3.6%. Hasta el 90% de las infecciones humanas se deben al grupo asteroides, otras especies rara vez causan infecciones. Afectan principalmente a pacientes inmunosuprimidos. Presentamos un caso raro de neumonía por *Nocardia araoensis* en un paciente con trasplante renal.

Reporte de caso: Un hombre de 33 años con trasplante renal ingresa a urgencias en abril 2024 con tos, fiebre y astenia de 3 semanas, leucocitosis (18,300 cel./mm³) con neutrofilia (89%). La radiografía y TAC de tórax (figura 1) con neumonía apical derecha, inició antibióticos de amplio espectro (meropenem y vancomicina). En el 2014 ERC por lupus en hemodiálisis en el 2018. TRDVR (esposa) en septiembre 2023, PRA I: 4.11% y II: 3.54%. Inducción con timoglobulina y mantenimiento con micofenolato, prednisona y tacrolimús, injerto funcional con creatinina basal de 1.0 mg/dL, profilaxis con trimetoprim/sulfametoxazol y valganciclovir durante 6 meses. El cultivo de expectoración reportó micobacterias atípicas y BAAR positivo por lo que se inició doTbal y azitromicina. GeneXpert negativo. Con espectrometría de masas MALDI-TOFMS se identificó *Nocardia araoensis* y se inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol con respuesta favorable e injerto renal normal.

Discusión: La *Nocardia araoensis* es un actinomiceto aerobio, grampositivo, parcialmente ácido-alcohol resistente, inmóvil, que forma un micelio de sustrato ramificado. Su aislamiento requiere espectrometría de masas MALDI-TOFMS. El tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol es eficaz y debe continuarse durante al menos 1 año; sin embargo, se pueden utilizar minociclina, imipenem o aminoglucósidos en combinación con una cefalosporina de tercera generación. Existen pocos casos reportados por *Nocardia araoensis* con enfermedades pulmonares, cerebrales y cutáneas en pacientes inmunosuprimidos no trasplantados. Hasta donde sabemos, este es el primer reporte de un paciente con trasplante de órgano sólido.

Conclusión: *Nocardia araoensis* es una causa infrecuente de neumonía en trasplante renal.

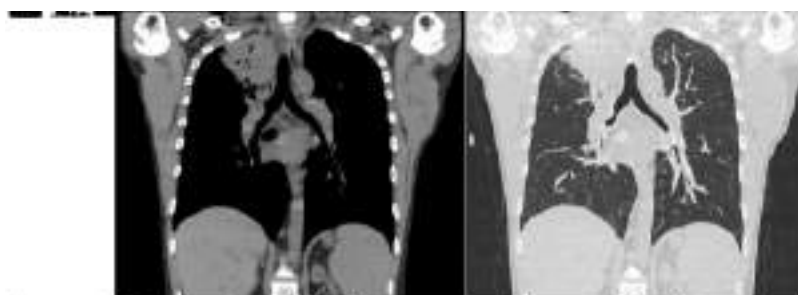


Figura 1. Tomografía simple de tórax: zona de consolidación apical derecha con broncograma aéreo, bronquiectasias cilíndricas y patrón en vidrio deslustrado perilesional y engrosamiento de los septos interlobulillares.



407 Validación de contenido del instrumento: “Manejo higiénico de los alimentos para pacientes con trasplante renal”

Astrid Campos, Fabiola Martín del Campo, Pilar Carolina Castro Mata, Alfonso Cueto Manzano, Cyntia Carolina, García Ramírez, Luis Alberto Evangelista Carrillo

IMSS, México; Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara México; Universidad de Guadalajara

Antecedentes: La población con trasplante es susceptible a contraer enfermedades transmitidas por alimentos, se recomienda mantener medidas de manejo higiénico de los alimentos permanentemente. Actualmente no existe un instrumento para medir el grado de apego a estas medidas diseñado para esta población.

Objetivo: Evaluar la validez de contenido del instrumento “Manejo higiénico de los alimentos en pacientes con trasplante renal”.

Métodos: Se eligió un panel de jueces por su trayectoria en nutrición clínica renal o en servicio de alimentos. Tras firmar carta de confidencialidad, los jueces completaron un formato de evaluación para valorar claridad, coherencia, relevancia y suficiencia de cada ítem. El grado de acuerdo entre jueces se estimó mediante el coeficiente de validez de contenido por ítem y total (CVC). Las observaciones abiertas se analizaron cualitativamente mediante análisis de contenido temático, identificando patrones y sugerencias para mejorar los ítems.

Resultados: Participaron 11 jueces, 6 expertos en nutrición renal y 5 en servicio de alimentos. Todos los ítems obtuvieron un CVC superior a 0.80; el CVC total fue 0.96. Con base en las observaciones, se ajustó redacción, especificidad y lenguaje obteniendo una versión final más clara y adecuada al público objetivo.

Conclusiones: Hubo alto nivel de acuerdo entre jueces en cada ítem. El análisis cualitativo permitió identificar puntos de consenso y discrepancia para reformular los ítems. El instrumento validado demuestra pertinencia y suficiencia para evaluar el manejo higiénico de los alimentos en pacientes con trasplante renal, y está listo para la siguiente etapa de validación: la evaluación de confiabilidad.



408 TGF β 1 como posible marcador temprano y diana terapéutica en pacientes trasplantados renales

Citlali Fernandez Vivar, Jose Horacio Cano Cervantes, Mayra Matias Carmona, Regina Canade Hernández Hernández, Guillermo García Castillo, Ivonne Maciel Arciniega Martínez, Ramon Mauricio Coral Vázquez
CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, México; Laboratorio de Inmunonutrición, Sección de Estudios de Posgrado e Investigación, ESM-IPN;

Introducción: El trasplante renal es la mejor terapia de tratamiento para la Enfermedad Renal Crónica. Posterior al trasplante la sobrevida del injerto puede verse limitada por factores como la ausencia de función inmediata, función retardada, eventos de rechazo, fibrosis del injerto, entre otros. En biopsias protocolarias al año postrasplante, el número de infiltrado de macrófagos en el parénquima renal correlaciona con la severidad de disfunción renal, el infiltrado de macrófagos antecede la producción de TGF β y fibrosis, por lo que pudiera tener un valor pronóstico para la sobrevida del injerto.

Objetivo: Evaluar la correlación entre los niveles de TGF β 1 séricos y de tejido renal con la fibrosis intersticial en biopsias protocolarias de pacientes trasplantados renales y sus desenlaces postrasplante.

Material y metodos: Cohorte, prospectiva, longitudinal. Se incluyeron 40 pacientes trasplantados renales, 19 de donante vivo y 21 de donante cadavérico, de Enero 2022 a Septiembre 2023 del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" ISSSTE, se les tomaron biopsias protocolarias a los tres meses y al año postrasplante, se realizó la medición de TGF β 1 séricos y de tejido renal en la misma temporalidad. Se utilizó la clasificación de Banff 2022 para evaluar los hallazgos histológicos, los niveles de TGF β 1 de tejido renal se midieron por inmunohistoquímica y se clasificaron en forma semicuantitativa en 5 categorías: 0=negativo, 1=positivo+, 2=positivo++, 3=positivo+++ y 4=positivo++++, en base a la intensidad observada en el microscopio, al evaluar todos los compartimentos se encontró positividad a nivel tubular e intersticial, los niveles séricos por ELISA.

Resultados: La edad de los receptores tuvo media de 41.4 \pm 14.1 años, rango de 21 a 61 años en donante vivo y de 24 a 75 años en cadavérico, ($p=0.028$). La isquemia fría en donante vivo tuvo media de 83.5 \pm 57.8 minutos, y en donante cadavérico de 793.6 \pm 249.3 minutos ($p<0.001$). La tasa de filtrado glomerular (CKD-EPI 2021) a los 3 meses y al año no fue diferente en ambos grupos. De acuerdo con la clasificación de Banff 2022 se diagnosticó rechazo de injerto en 12 pacientes (30%), el tipo de rechazo más frecuente fue el humoral. La sobrevida del injerto al año fue del 100% en ambos grupos. Los niveles de TGF β 1 séricos a los 3 meses tuvieron una media de 121 \pm 53 pg/ml en donante vivo y de 148 \pm 69 pg/ml en donante cadavérico y a los 12 meses una media de 158 \pm 59 pg/ml en donante vivo y de 168 \pm 60 pg/ml en cadavérico, no hubo diferencia en las 2 temporalidades ($p=0.179$) y ($p=0.622$). Se observó un mayor número de pacientes IFTA 0 con TGF β 1 negativo en el intersticio a los 3 meses y que el tener mayor expresión de TGF β 1 en el intersticio a los 3 meses se relaciona con mayor grado de IFTA ($p=0.005$). Se encontró una correlación positiva entre los niveles de expresión en tejido de TGF β 1 y la presencia de IFTA a los tres meses. Al año postrasplante la expresión de TGF β 1 en intersticio tuvo tendencia a estar relacionado con el aumento del grado de fibrosis de la biopsia. Se observó una tendencia a menores niveles a los 3 meses en los que no presentaron rechazo ($p=0.070$) así como menor expresión en el intersticio ($p=0.037$).

Conclusiones: Los niveles de TGF β 1 séricos no se relacionan con el grado de IFTA, pero si la expresión de TGF β 1 en intersticio con IFTA a los 3 meses. Existe tendencia en los que no desarrollaron rechazo a tener menores niveles séricos o menor intensidad de TGF β 1 en intersticio.

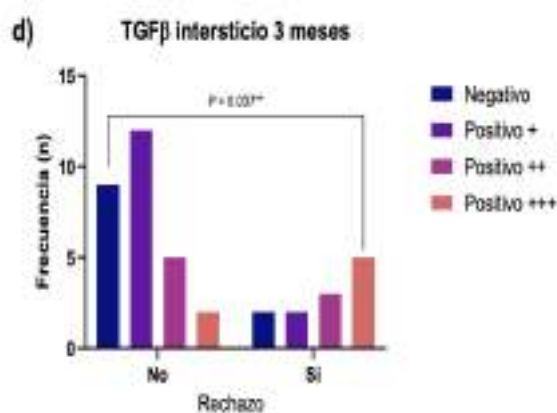


Tabla II Correlaciones del TGFβ1 en tejido con la fibrosis

	TGFβ1 intersticio 3 meses	TGFβ1 túbulo 3 meses	TGFβ1 intersticio 1 año	TGFβ1 túbulo 1 año
IFTA 3 meses	$r = 0.459$ $P = 0.004$	$r = 0.126$ $P = 0.438$	$r = 0.170$ $P = 0.295$	$r = 0.069$ $P = 0.671$
IFTA 1 año	$r = 0.302$ $P = 0.058$	$r = 0.150$ $P = 0.356$	$r = 0.071$ $P = 0.664$	$r = 0.176$ $P = 0.271$



409 Evaluación del estado nutricional de pacientes con un primer trasplante renal

Cyntia Carolina García Ramírez, Astrid Campos, Lucia Pérez Galván, Pilar Carolina Castro Mata, María Fernanda Santos-López, Francisco Daniel de la Torre Cisneros, Saúl Neftalí Rolón Barbosa, Alfonso Cueto Manzano, José Ignacio Cerrillos-Gutiérrez, Enrique Rojas Campos, Luis Alberto Evangelista Carrillo, Fabiola Martín del Campo

Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales, IMSS; Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS-Guadalajara, México; Unidad de Investigación Médica en Enfermedades Renales; IMSS, México; Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: El trasplante renal (TR) es la opción terapéutica más efectiva para la enfermedad renal crónica. El estado nutricional pre-TR puede influir en la recuperación posterior de estos pacientes y la función de su injerto. Sin embargo, existe poca información en nuestro medio sobre la evolución del estado nutricional después de un primer TR.

Objetivo: Evaluar los cambios del estado nutricional durante los primeros tres meses posteriores a un primer TR.

Métodos: Cohorte prospectiva en pacientes con un primer TR de donador vivo, de cualquier sexo, mayores de edad, que firmaron su consentimiento informado. Se excluyeron pacientes con condiciones que afectaran gravemente la absorción intestinal de nutrientes o que tuvieran pérdida del injerto durante el primer mes. Todos los pacientes tuvieron evaluaciones clínicas, bioquímicas, nutricionales [evaluación global subjetiva (EGS), antropometría y composición corporal], así como de la calidad del consumo dietario (Mini-ECCA), antes y 1 y 3 meses post-TR.

Resultados: Hasta el momento se han incluido 23 pacientes, con edad mediana de 33 años (RIC 31-39), 54% son hombres, 58% con hipertensión arterial; 63% con hemodiálisis previa, 75% de recibió inducción pretrasplante con basiliximab o timoglobulina, y el esquema inmunosupresor más común fue tacrolimus, mofetil micofenolato y prednisona (75%). Se observó una modificación en la calidad de la dieta de los pacientes, pretrasplante el 26% tenían una dieta saludable, 100% primer mes y 42% tercer mes. Los principales resultados se muestran en la tabla.

Conclusiones: El estado nutricional, medido con las diferentes variables clínicas y nutricionales de este estudio mostraron un empeoramiento en el primer mes post-TR, para luego incrementar sus valores hacia el tercer mes. La calidad de la dieta reportada mejoró notablemente en el primer mes post-TR, pero luego empezó a disminuir. La presión arterial y las variables bioquímicas evaluadas se comportaron como cabría esperarse con un TR exitoso. Estos resultados requieren observación a largo plazo y con mayor número de pacientes, pero denotan la importancia que la vigilancia del estado nutricional debe tener desde el periodo post-TR inmediato.



Variable	Basal (n 24)	1 mes (n 19)	3 meses (n 13)	Valor p
TA sistólica (mmHg)	140 ± 19	122 ± 14	119 ± 5	0.02
TA diastólica (mmHg)	87 ± 12	81 ± 11	79 ± 7	0.01
Índice de masa corporal (kg/m ²)	23 ± 4	21 ± 3	22 ± 4	0.008
Circunferencia media de brazo (cm)	28 ± 4	27 ± 3	28 ± 4	0.04
Pliegue cutáneo tricipital (mm)	13 ± 8	10 ± 5	12 ± 7	0.20
Pliegue cutáneo subescapular (mm)	14 ± 7	12 ± 7	13 ± 7	0.38
Sobrehidratación (L)	2 (1-3)	1 (1-1)	1 (1-1.5)	0.64
Índice de tejido magro (kg/m ²)	13 ± 2	11 ± 1.2	13 ± 4	0.000
Índice de tejido graso (kg/m ²)	11 ± 5	12 ± 10	10 ± 5	0.09
Ángulo de fase (°)	5.4 ± 0.7	4.7 ± 0.8	5.2 ± 1	0.18
Hemoglobina (g/dL)	11 ± 3	12 ± 2	13 ± 3	0.02
Glucosa (mg/dL)	106 ± 44	97 ± 17	90 ± 9	0.46
Creatinina (mg/dL)	11 ± 5	1.3 ± 1.1	1 ± 0.3	0.000
Urea (mg/dL)	132 ± 53	47 ± 19	41 ± 14	0.000
Escala Global Subjetiva (puntaje)	6.2 ± 1	5.6 ± 1	6.2 ± 0.7	0.08
Categoría				0.54
Normal, n (%)	18 (75)	10 (53)	11 (85)	
Desnutrición leve, n (%)	4 (17)	6 (32)	2 (15)	
Desnutrición moderada, n (%)	1 (4)	2 (10)	0	
Desnutrición grave, n (%)	1 (4)	1 (5)	0	
Fuerza (kg)	24 ± 9	24 ± 9	26 ± 11	0.43
Calidad dietaria, n (%)				<0.0001
Saludable	6 (26)	19 (100)	10 (77)	
Mejorable	7 (30)	0	2 (15)	
No saludable	10 (43)	0	1 (8)	



410 Desenlaces clínicos y bioquímicos a largo plazo en donadores renales en un centro de tercer nivel

Brenda Delgado, Luis Eduardo Morales Buenrostro, Lluvia Aurora Marino Vázquez, Luis Ivan Aguirre, Lenin Alberto García

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México

Introducción: La nefrectomía por donación reduce el parénquima renal y, por lo tanto, la tasa de filtración glomerular. Es relevante identificar los desenlaces clínicos y bioquímicos a largo plazo.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar los desenlaces metabólicos y renales a largo plazo en una cohorte retrospectiva. Utilizamos el expediente clínico electrónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Se incluyeron 303 donadores renales mayores de 18 años que donaron entre los años 2000 y 2024. Los pacientes se clasificaron en tres grupos de acuerdo con el tiempo transcurrido desde la donación: <10 años (n=97), 10–20 años (n=121), >20 años (n=85).

Resultados: La edad media de la cohorte fue de 53.9 ± 13.1 años, con un IMC promedio de 26.97 ± 4.57 kg/m². La ganancia de peso absoluta promedio fue de 4.13 ± 8.64 kg, con un aumento relativo de peso promedio de $6.41\% \pm 13.78\%$. Es relevante que el 24.1% (n=73) de los donadores cumplían con la definición de obesidad, con un IMC ≥ 30 kg/m². La tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) actual promedio fue de 76.84 ± 16.86 ml/min/1.73 m² y la relación albúmina/creatinina urinaria (RAC) fue de 21.85 ± 66.71 mg/g. Se identificó una tendencia al aumento de la RAC en el grupo de pacientes con mayor tiempo desde la donación, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.0045$). Respecto a comorbilidades, la prevalencia de hipertensión mostró un aumento significativo conforme al tiempo desde la donación ($p < 0.001$), alcanzando el 34.1% en el grupo con más de 20 años post-donación. La diabetes tipo 2 y la albuminuria mostraron una tendencia a mayor prevalencia en los grupos con más tiempo desde la donación, sin alcanzar significancia estadística ($p = 0.092$ y $p = 0.064$, respectivamente). No se observaron diferencias significativas en la prevalencia de dislipidemia, eventos cerebrovasculares, infarto agudo al miocardio o enfermedad arterial periférica.

Conclusión: Los donadores pueden tener riesgo de desarrollar hipertensión, componentes del síndrome metabólico y mayor albuminuria, junto con una leve disminución anticipada en la TFGe. Esto resalta la importancia de un seguimiento continuo de los donadores renales en nuestro país para identificar factores de riesgo potenciales de progresión a enfermedad renal crónica.



	<10 años (n=97)	10-20 años (n=121)	>20 años (n=85)	p
Mujeres (%)	65 (67%)	67 (55.4%)	56 (65.9%)	0.147
Edad (± DE)	48.23 ± 12.6	52.97 ± 10.87	61.84 ± 12.64	0.001
IMC (kg/m ²) (± DE)	26.56 ± 3.8	26.71 ± 5.15	27.8 ± 4.14	0.101
Diabetes n (%)	1 (1.0%)	4 (3.3%)	6 (7.1%)	0.092
Hipertensión n (%)	7 (7.2%)	31 (25.6%)	29 (34.1%)	<0.001
Hipercolesterolemia n (%)	46 (47.4%)	59 (48.8%)	47 (55.3%)	0.527
Hipertrigliceridemia n (%)	47 (48.5%)	63 (52.1%)	39 (45.9%)	0.673
Eventos cardiovasculares (%)	1 (1%)	1 (0.8%)	3 (3.5%)	0.27
Gota n (%)	1 (1.0%)	2 (1.7%)	1 (1.2%)	0.9146
TFGe (ml/min/1.73 m ²) ± DE	76.16 ± 17.91	76.26 ± 16.04	78.45 ± 16.87	0.416
TFGe <60 ml/min/1.73 m ² (%)	16 (18.6%)	20 (16.5%)	14 (16.5%)	0.91
LDL colesterol (mg/dl) ± DE	111.24 ± 29.37	117.26 ± 31.4	114.26 ± 35.53	0.360
RACu ≥30 mg/g (%)	4 (4.1%)	17 (14%)	17 (20%)	0.0045



411 Experiencia de trasplante renal ABO incompatible en Argentina

Adriana Margarita Lituma Orellana, Pablo Miguel Raffaele, Rita M Fortunato, Nadia Fretes, Ignacio Gru, Liliana Bisigniano

Hospital Universitario Fundación Favaloro, Argentina; INCUCAI, Argentina

Introducción: El trasplante renal con donante vivo es el mejor tratamiento sustitutivo renal para los pacientes con enfermedad renal terminal (ERT). El 30 % de los posibles donantes vivos son incompatibles por presencia en el receptor de anticuerpos específicos (DSA) contra antígeno leucocitario humano (HLA) o aglutininas contra grupo sanguíneo del donante. Este estudio revisa nuestra experiencia de trasplante ABO incompatible (ABOi). El objetivo de proponer esta estrategia de trasplante ABOi es reducir la mortalidad relacionada con el tiempo en diálisis y aliviar la carga de pacientes en lista de espera.

Métodos: Estudio transversal retrospectivo, observacional y descriptivo realizado entre 2015 y 2023 en pacientes con trasplante renal ABO incompatible. El riesgo inmunológico de la incompatibilidad ABOi se clasificó según el título de aglutininas en riesgo bajo $<1/8$, moderado $1/16-1/64$ y alto $1/128-1/256$. La titulación de isoaglutininas se realizó por técnica de titulación semicuantitativa. El protocolo de desensibilización incluyó rituximab, recambio plasmático (PEX) e inmunoglobulina intravenosa en dosis según el riesgo definido previamente. Todos los pacientes fueron monitorizados postrasplante renal con isoaglutininas diariamente durante la hospitalización y semanalmente de forma ambulatoria hasta el día +15. Los datos se presentan como frecuencias absolutas y relativas para las variables categóricas y como medianas (IQR) o medias \pm DE para las variables continuas.

Resultados: Las características basales de donante y receptor se resumen en la tabla 1. El título basal medio de anticuerpos anti-ABO IgM/IgG fue de 1:32 y 1:64 correspondientemente (rango, 1:4–1:128). Los pacientes recibieron una media de seis sesiones de PEX antes del trasplante y una sesión postrasplante (tabla 2). La supervivencia global del paciente y del injerto a 1 año fue del 90%. La TFG media fue de 74 ± 18 ml/min/1,73 m². Dos de diez pacientes presentaron rechazo agudo postrasplante (+14 días y +7 meses postrasplante correspondientemente), ninguna tenía PRA pre trasplante. La infección viral por CMV fue la complicación más observada. Un paciente perdió el injerto y murió debido a shock séptico secundaria a herpesvirus 6 (tabla 3). Las complicaciones relacionadas a plasmaféresis, quirúrgicas e infecciosas se resumen en la tabla 3.

Conclusiones: El trasplante renal ABOi es una estrategia razonable en eficacia y seguridad para mejorar el acceso al trasplante y reducir el tiempo de exposición de los pacientes a la mortalidad en diálisis. Los elevados costos siguen siendo motivo de controversia. Es de interés común promover el desarrollo de programas de trasplantes renales cruzados para limitar los trasplantes incompatibles



412 Mayor supervivencia del paciente en trasplante renal de donante vivo ABO incompatible en comparación con el trasplante renal cruzado

Diana Rodríguez Espinosa, Paola Charry, David Paredes, Mireia Musquera, Fritz Diekmann, Ignacio Revuelta
Hospital Clínic Barcelona

Introducción: La incompatibilidad es uno de los desafíos en la comunidad de trasplantes. El trasplante renal de donante vivo ABO incompatible (TRDV ABOi) ofrece excelentes resultados en comparación con el trasplante de donante fallecido y la diálisis, aunque peores que el trasplante renal de donante vivo con grupo sanguíneo compatible (TRDV ABOc). Sin embargo, la realidad es que estas parejas solo tendrían una posibilidad de TRDV ABOc a través del Programa de Donate Cruzado.

Objetivo: Comparar el TRDV ABOi con el TRDV ABOc dentro de un programa de trasplante renal cruzado nacional.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo (2010–2020) con un seguimiento mínimo de 5 años. Los criterios de trasplante para TRDV ABOi se basaron en títulos iniciales (<1024) y al momento del trasplante (≤ 8) de isoaglutininas IgM o IgG. Los criterios de TRDV cruzado incluyeron incompatibilidades inmunológicas y de grupo sanguíneo, excluyendo del análisis a pacientes tratados con desensibilización. Se incluyó un subgrupo específico de TRDV, dentro del cruzado, con solo incompatibilidad de grupo sanguíneo. Tras el análisis inicial de los resultados principales, nos centramos en el análisis de mortalidad con un modelo multivariado. El estudio se encuentra aprobado por el comité de ética.

Resultados: Se incluyeron 352 de 772 TRDV en el estudio, cumpliendo los criterios de inclusión 112 TRDV (62 TRDV ABOi; 50 TRDV cruzado; 19 TRDV cruzado-ABOi). Hubo mayor proporción de mujeres ($p=0.001$), mayor tiempo acumulado en diálisis ($p=0.013$), mayor riesgo inmunológico ($p=0.004$) y trasplantes previos ($p=0.024$) en el grupo TRDV cruzado que en el grupo TRDV ABOi, con seguimiento similar (71.86 ± 31.96 vs 66.60 ± 32.14 meses, $p=0.390$).

Se observó mayor pérdida del injerto en el grupo de TRDV cruzado (34% vs 11.3%, $p=0.004$) debido a una mayor mortalidad (16% vs 3.2%, $p=0.021$), sin diferencias significativas en tasas de rechazo de ningún tipo ($p=0.564$), ni en rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) ($p=0.494$). En el análisis de supervivencia, se identificaron como factores de riesgo para la mortalidad: mayor edad del receptor ($p=0.005$), TRDV cruzado frente a ABOi ($p=0.021$), TRDV cruzado-ABOi frente a ABOi ($p=0.007$) y mayor riesgo inmunológico ($p=0.056$) en el análisis univariado. Sin embargo, solo la edad del receptor (OR 1.10 [1.02–1.20], $p=0.014$) y el grupo TRDV cruzado-ABOi frente a ABOi (OR 11.07 [1.61–75], $p=0.014$) se mantuvieron como factores significativos en el análisis multivariado.

Conclusiones: En nuestro centro, el TRDV ABOi demostró una mayor supervivencia del paciente que el TRDV cruzado. Los receptores incluidos en el cruzado por incompatibilidad de grupo sanguíneo tuvieron mayor mortalidad que los receptores de TRDV ABOi. Se necesitan más estudios multicéntricos para establecer recomendaciones en parejas incompatibles.



413 Evolución del trasplante renal de donante vivo: análisis retrospectivo unicéntrico de más de cinco décadas (1965–2021)

Diana Rodríguez Espinosa, David Cucchiari, Federico Oppenheimer, Lluís Peri, Fritz Diekmann, Ignacio Revuelta
Hospital Clínic Barcelona

Introducción: El trasplante renal de donante vivo (TRDV) representa una alternativa eficaz y segura para el tratamiento de la enfermedad renal crónica (ERC) terminal. Con el paso del tiempo, las innovaciones en inmunosupresión, técnica quirúrgica y organización de programas han podido modificar el perfil de donantes y receptores. Este estudio analiza dicha evolución en una amplia cohorte retrospectiva unicéntrica.

Material y Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico que incluyó todos los TRDV realizados entre 1965 y 2021 (n=1000). Se dividieron en dos cohortes: histórica (1965–1999, n=255) y actual (2000–2021, n=745). Se recopilaron datos clínicos, inmunológicos y demográficos de donantes y receptores. Se realizaron análisis estadísticos apropiados para cada tipo de variable, considerando significación estadística con $p < 0.05$. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética Local.

Resultados: De los 1000 TRDV, 639 donantes fueron mujeres con una edad media de 52.1 ± 11.9 años, y 635 receptores fueron varones con una edad media de 43.1 ± 16.2 años. Las relaciones más comunes entre donante y receptor fueron: cónyuge (31.5%), padre/madre (30.5%) y hermanos (26.9%); 66 trasplantes fueron con donante no relacionado, 51 de ellos en programa cruzado. Se identificaron 143 parejas con HLA idéntico y un 52% con haploidenticidad. Se realizaron 44 trasplantes tras desensibilización por crossmatch positivo o DSA preformado, y 108 fueron ABO incompatibles. Los grupos sanguíneos más frecuentes fueron grupo O en donantes (50.2%) y grupo A en receptores (47.2%). La causa más frecuente de ERC fue no filiada (42%), seguida de glomerulopatía (20.3%), poliquistosis renal autosómica dominante (6.8%) y nefropatía túbulo-intersticial o urológica (6.3%). Destacan además 53 pacientes con nefropatía diabética y 52 con nefroangioesclerosis. El IMC medio fue de 26.2. Se identificaron 201 retratamientos, 71 de ellos con tres o más trasplantes previos (uno con cinco). Entre los 943 pacientes con datos completos de inmunosupresión, 72.4% recibieron terapia de inducción (basiliximab 39.7%, ATG 30.9%, uso marginal de OKT3 y alefacept). El 85.3% recibió inhibidores de la calcineurina, y el 15.7% mTORi. Se realizó desensibilización en 154 casos.

En los últimos 20 años (n=739, seguimiento medio: 17.4 años), la supervivencia del paciente fue del 90.1% (73 fallecimientos) y la del injerto del 87.7%. En receptores con donantes HLA idénticos, haploidénticos y no relacionados, la supervivencia del paciente fue 97.2%, 92.8% y 86% respectivamente ($p=0.000$), y la del injerto 97.2%, 89.9% y 83.4% ($p=0.013$). La supervivencia estimada acumulada del injerto fue 17.5 años (no relacionados), 17.4 (idéntico HLA) y 16.5 (haploidéntico). Censurada por muerte, la supervivencia del injerto fue significativamente mayor en donantes no relacionados (94.3%) frente a haploidénticos (86.9%) ($p=0.000$). Se documentaron 209 eventos inmunológicos (32.4%) en 645 pacientes, con 125 rechazos agudos (19.4%) y 84 borderline (13%).

Conclusiones: El TRDV ha evolucionado a lo largo de cinco décadas, adaptándose a los avances clínicos e inmunológicos con excelentes resultados. A pesar de los cambios en el perfil del receptor, el del donante se ha mantenido estable, bajo criterios rigurosos de selección. Nuestros datos confirman que el TRDV ofrece resultados superiores al trasplante de donante fallecido, consolidándose como la primera opción terapéutica para la ERC.



414 Diferente impacto de los criterios del trasplante renal quirúrgicamente complejo ¿Tenemos que revisar los criterios de lo que consideramos complejo?

Diana Rodríguez Espinosa, Carolit Arana, Mireia Musquera, Albert Baronet, Fritz Diekmann, Ignacio Revuelta.
Hospital Clínic Barcelona, España

Introducción: La complejidad en el trasplante renal forma parte cada vez más habitual de la práctica clínica. El programa de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), impulsado por el Ministerio de Sanidad Español, ha definido una categoría específica de trasplante renal quirúrgicamente complejo basada en criterios concretos.

Objetivo: Analizar el impacto de estos criterios de complejidad quirúrgica sobre los principales desenlaces del trasplante renal, y evaluar si todos ellos influyen por igual en los resultados clínicos.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico. Se incluyeron pacientes trasplantados entre 2021 y 2023. Se aplicaron los criterios de complejidad quirúrgica establecidos por el CSUR: complejidad vascular, urológica, haber recibido ≥ 3 trasplantes, e índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 . Se analizaron variables demográficas, inmunológicas y quirúrgicas, y su impacto en los principales desenlaces: pérdida del injerto, rechazo agudo y mortalidad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética.

Resultados: De 609 trasplantes renales realizados (tras excluir 10 por datos incompletos), 122 pacientes (20%) cumplieron al menos uno de los criterios CSUR (edad media: 54.6 ± 14.2 años; 37% mujeres): 43 por complejidad vascular, 30 por complejidad urológica, 45 por ≥ 3 trasplantes, y 21 por IMC ≥ 35 . Diecisiete pacientes presentaron más de un criterio. Con un seguimiento medio de 18.3 ± 10.2 meses, no se observaron diferencias en la edad del donante ($p=0.852$), del receptor ($p=0.801$), ni en el tipo de trasplante ($p=0.320$). La complejidad quirúrgica global no se asoció a mayor mortalidad ($p=0.070$), pero sí a mayor pérdida del injerto ($p=0.048$) y mayor incidencia de rechazo ($p=0.004$). Entre los factores asociados a la mortalidad, destacaron el tipo de donante ($p=0.005$), donación en asistolia (DCD, $p=0.033$), y edad del donante ($p=0.002$) y receptor ($p<0.001$). Dentro de los criterios CSUR, sólo la complejidad vascular se asoció de forma significativa a la mortalidad ($p=0.008$), siendo el factor más determinante en el análisis multivariante ($p=0.006$; OR: 4.174). Un patrón similar se observó para la pérdida de injerto, con la complejidad vascular como único criterio CSUR significativo ($p=0.023$), manteniéndose en el multivariante ($p=0.026$; OR: 2.642), junto al tipo de donante ($p=0.035$; OR: 2.881) y edad del donante ($p=0.017$; OR: 1.037). En cuanto al rechazo agudo (excluyendo borderline), la complejidad urológica fue el factor más asociado ($p<0.001$; OR: 7.469), junto al tipo de donante ($p=0.024$; OR: 5.642). La asociación del número de trasplantes ≥ 3 , observada en el análisis univariante ($p=0.048$), no se confirmó en el multivariante ($p=0.096$). El IMC ≥ 35 no se asoció a ninguno de los desenlaces principales en nuestra cohorte.

Conclusiones: No todos los criterios de complejidad quirúrgica definidos por el CSUR tienen el mismo impacto clínico. La complejidad vascular se posiciona como el principal factor predictor de mortalidad y pérdida del injerto. La complejidad urológica, por su parte, se asocia significativamente a rechazo agudo. En cambio, un IMC ≥ 35 no mostró impacto en los resultados, lo que sugiere la necesidad de revisar su inclusión como criterio de complejidad en el trasplante renal.



415 La pérdida de peso pre-donación retrasa el trasplante renal de donante vivo sin lograr el mantenimiento del peso a largo plazo

Diana Rodríguez Espinosa, Ángela González, Pedro Ventura-Aguiar, Ignacio Revuelta
Hospital Clínic Barcelona, España

Introducción: La pérdida de peso previa a la donación renal tiene dos objetivos principales: reducir el riesgo quirúrgico y disminuir las complicaciones a largo plazo derivadas de la obesidad y de la hipertrofia glomerular secundaria a la reducción de masa renal.

Métodos: Estudio retrospectivo de donantes renales vivos en un centro único, evaluando los cambios de peso antes y después de la donación, y comparando los resultados clínicos y renales. Se incluyeron donantes entre 2005 y 2013 con al menos 24 meses de seguimiento previsto (media de seguimiento: $9,82 \pm 4,04$ años). Se estimó la tasa de filtrado glomerular (TFG) con la fórmula CKD-EPI.

Resultados: Se analizaron 322 donantes (34% hombres, edad media 46 ± 20 años, creatinina sérica $0,82 \pm 0,15$ mg/dL, TFG 92 ± 24 ml/min/ $1,73$ m²). El IMC medio en la primera visita fue de $26,6 \pm 4,3$ kg/m², siendo 48 donantes (14,9%) obesos (IMC >30). Estos últimos perdieron más peso antes de la donación que el resto (Δ peso: $1,4$ [0,2-6,4] vs $0,5$ [0-1,0] kg; Δ IMC: $0,5$ [0,1-2,4] vs $0,2$ [0,0-0,3] kg/m²). Se observó una tendencia a mayor proteinuria pre-donación en los donantes con IMC >30 (108 ± 47 vs 94 ± 41 mg/día, $p=0,06$). No se encontraron diferencias significativas en edad, sexo, creatinina ni TFG al momento de la donación ni a los 10 años de seguimiento.

Se analizó posteriormente un subgrupo de 20 donantes (6,2%) que perdieron ≥ 2 kg/m² de IMC antes de la donación. Eran mayores (58 ± 10 vs 52 ± 11 años, $p < 0,05$), predominantemente mujeres (80%), con mayor IMC inicial ($34,3 \pm 4,7$ vs $26,0 \pm 3,6$ kg/m², $p < 0,05$) y mayor proteinuria (120 ± 63 vs 94 ± 40 mg/día, $p < 0,05$). La pérdida de peso fue de $7,2$ kg [RIQ 6,0-15,3], con un tiempo significativamente mayor desde la primera visita hasta la donación ($9,7$ [6,0-16,6] vs $3,7$ [2,0-7,5] meses, $p < 0,01$). Durante el seguimiento, estos donantes recuperaron peso de forma significativa desde los 6 meses ($p < 0,005$) hasta el tercer año post-donación ($p < 0,001$), habiendo recuperado más del 66% del peso perdido en ese período. No se hallaron diferencias en TFG, proteinuria ni microalbuminuria a los 3 años.

Conclusiones: La pérdida de peso pre-donación en el trasplante renal de donante vivo se asocia con un retraso significativo hasta la intervención, sin mantener el beneficio ponderal a largo plazo. Se requieren programas eficaces para prevenir la recuperación del peso en el periodo post-donación y minimizar riesgos a largo plazo.



416 Valor predictivo del índice de respuesta inmune-inflamatoria sistémica en pre-trasplante renal

Esperanza Berhongaray, Marcelo Fabian Taylor, Silvia Di Pietrantonio; Maria Nieves Aran, Sebastian Jaurretche
ITAC/Htal Regional, Río Grande, Argentina; CRAI SUR, Argentina; Hospital El Cruce; Sanatorio Parque, Argentina

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es una causa principal de morbi-mortalidad en la población general y en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en diálisis y trasplante (TX). La base fisiopatológica de la ECV es la arteriosclerosis (AS), un proceso íntimamente ligado a la respuesta inflamatoria-inmune. Las células leucocitarias desarrollan diferentes roles en la AS: i) neutrófilos: pueden acelerar la AS por activación de macrófagos, quimiotaxis de monocitos y citotoxicidad, ii) linfocitos: regulan la respuesta inflamatoria, con un probable efecto anti-AS y, iii) plaquetas: inician la AS por adherencia y agregación a la pared vascular, provocando quimiotaxis de leucocitos. El índice de respuesta inflamatoria-inmune sistémica [(neutrófilos x plaquetas)/linfocitos] (IRIIS), es un índice simple, de bajo costo, reproducible en la práctica clínica, que ha demostrado correlación con el riesgo de ECV.

Objetivos: determinar el IRIIS en una población de pacientes en evaluación pre-TX renal de 4 centros de Argentina y su correlación con el desenlace del paciente, luego de la evaluación pre-Tx.

Métodos: estudio de diseño retrospectivo.

Resultados: 1534 pacientes fueron incluidos: [(671 mujeres (43.7%) y 862 varones (56.2%)]; edad media: 51.6+/-15.0. El 84.4% de los pacientes estaban en HD, 10.7% en DP, 3.9% en HDF y el 1.0% fueron Tx preemptive. Glomerulonefritis: 21.0%; Desconocida: 16.1%, NAE: 14.0%, desconocida: 12.7%, Poliquistosis: 9.1%, Otras: 7.2%, DBT: 10.5%, Obstructiva: 3.6%, LES: 2.7%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre IRIIS y las variables: "edad" ($p < 0.015$) y "desenlace del paciente luego de la evaluación pre-TX" ($p < 0.001$). No se encontró asociación entre el IRIIS versus "género", "causa de ERCT" y "modalidad de diálisis".

Discusión/Conclusiones: En revisión previas habíamos reportado, en 763 pacientes, que los pacientes que tenían $>$ IRIIS permanecían más tiempo en LE, versus pacientes con $<$ IRIIS, los cuáles resultaban NO aptos para TX o bien, accedían más rápidamente al TX. Al aumentar el tamaño poblacional, confirmamos que el IRIIS es significativo predictor del desenlace de la evaluación pre-Tx renal. Si bien en n de nuestra población es importante, el diseño retrospectivo es una importante limitación metodológica de nuestra investigación.

Bibliografía:Ye Z, Hu T, Wang J, Xiao R, Liao X, Liu M and Sun Z (2022) Systemic immune-inflammation index as a potential biomarker of cardiovascular diseases: A systematic review and meta-analysis. *Front. Cardiovasc. Med.* 9:933913. - Mangoni AA, Zinelu A. (2024). The diagnostic role of the systemic inflammation index in patients with immunological diseases: a systematic review and meta-analysis. *Clinical and Experimental Medicine*, 24(1)

