

TITULO: ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DE HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO CON CINACALCET POSTERIOR A TRASPLANTE RENA EN UN CENTRO MEDICO EN MEXICO.

AUTORES: ROBERTO DE JESUS GARCIA AVILES, CINTHYA BARAJAS TOLEDO, SERGIO HERNANDEZ ESTRADA, JOE HORACIO CANO CERVANTES, LUIS ADRIAN ESTRADA LOYO, GANDHI THOMAS FONSECA GONZALEZ, STEFANIE DANIELLE PIÑA ESCUDERO.

INSTITUCION DE ADSCRIPCION: CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE. SERVICIO DE NEFROLOGIA Y TRASPLANTE RENAL.

Introducción. El uso de cinacalcet (en dosis variables de 30mg a 180mg) en pacientes pos trasplantados ha sido descrito principalmente en pacientes con hiperparatiroidismo (HPTS) e hipercalcemia secundaria. Los calcimiméticos inhiben la secreción de hormona paratiroidea modulando el receptor sensible de calcio en la glándula paratiroidea. El HPTS persistente post trasplante renal es un factor de riesgo para el aumento del recambio óseo y de fracturas asociadas, disminución de la densidad ósea, alta tasa de pérdida ósea, mayor riesgo de un retraso en la recuperación de la función renal y aumenta el riesgo cardiovascular.

Material y Métodos: El análisis retrospectivo durante el periodo comprendido de enero 2016 a 2017 incluyó 16 pacientes con trasplante renal funcional con hiperparatiroidismo secundario quienes fueron tratados con cinacalcet. Con dosis inicial de 30mg que pudo aumentar hasta 60mg, administrando calcitriol y/o paricalcitol dependiendo los niveles séricos de calcio y de hormona paratiroidea (PTH). El objetivo fue un nivel de PTH entre 75-125pg/mL, calcio sérico corregido menor de 10.5mg/dL y fósforo menor de 4.4mg/dL

Resultados. Observaciones clínicas. Se observó que en el modelo de regresión lineal existe una diferencia estadísticamente significativa en niveles de PTH ($p=0.008$; IC 0.276 a 1.354) y en la fosfatasa alcalina FA ($p=0.001$; IC 0.681 a 1.812) para los pacientes que continuaron tomando 30mg de Cinacalcet postrasplante vs aquellos que no. Y de niveles de calcio ($p=0.05$; IC -4.6 a 0.56) para los pacientes que continuaron tomando 60mg de cinacalcet vs aquellos que no.

La media de PTH al mes postrasplante fue de 300 pg/mL, alcanzando una meta de PTH en pacientes con hipercalcemia en 60% con uso de cinacalcet a 1 año. El 40% restante amerito paratiroidectomía al documentarse adenoma paratiroideo. De los 11 pacientes sin hipercalcemia se alcanzó meta de PTH en el 100%, ameritando suspensión de cinacalcet por PTH baja fuera de metas en 25%. De los pacientes con hipercalcemia se alcanzó una meta de calcio en el 50% con cinacacet y el resto post paratiroidectomía selectiva. Cuatro pacientes (12.5%) desarrollaron hipocalcemia que ameritó disminuir cinacalcet de 60mg a 30mg en 2 casos y 2 casos se suspendió cinacalcet por hipocalcemia persistente. Ningún paciente desarrollo efectos gastrointestinales.

Discusiones y Conclusiones: El tratamiento de HPTS e hipercalcemia en pacientes posterior a trasplante renal es seguro y efectivo, ameritando estos pacientes dosis menores de las reportadas en literatura internacional. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para estandarizar recomendaciones en población Mexicana.

DOSIS BAJAS DE MOFETILMICOFENOLATO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL Y SU ASOCIACIÓN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y/O CON RECHAZO AGUDO

Hernandez-Reyes H.¹ Andrade-Sierra J,¹⁻³ Rojas-Campos E², Cueto-Manzano AM², Cardona-Muñoz E³, Gómez-Navarro B¹, Cerrillos-Gutiérrez JI¹, González-Espinoza E¹, Evangelista-Carrillo LA¹, Medina-Pérez M¹, Jalomo-Martínez B¹, Martínez-Martínez-P¹, Nieves-Hernández JJ¹, Martínez-Cruz E¹.

¹Departamento de Nefrología y Trasplantes, Centro Medico Nacional de Occidente, Hospital de Especialidades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento inmunosupresor actual ha mejorado la sobrevida del trasplante renal (TR); sin embargo, los eventos adversos asociados a la inmunosupresión de mantenimiento no han sido modificados. El uso de mofetilmicofenolato (MMF) tiene efectos desfavorables en relación a la dosis del fármaco con efectos adversos gastrointestinales, hematológicos, infecciosos y neoplásicos. Diversos ensayos clínicos han estudiado dosis bajas (1.5gr) y ultrabajas (<1gr) con resultados heterogéneos, lo que sugiere utilizar una dosis estándar en todos los receptores de Trasplante renal para evitar eventos de rechazo agudo, dejando a un lado los eventos adversos que repercuten de forma significativa en la sobrevida del injerto renal. **OBJETIVO:** determinar la incidencia de enfermedades infecciosas y/o rechazo agudo en receptores de trasplante renal con dos diferentes dosis de MMF. **Objetivo secundario;** evaluar la asociación de otros eventos adversos con el uso de MMF. **METODOLOGIA:** cohorte prospectiva, que se llevó a cabo en la División de Trasplantes de la UMAE, Hospital de Especialidades, CMNO, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México; de marzo del 2017 a marzo del 2018. Fueron comparados pacientes con dosis baja de MMF (1.5gr/día) vs dosis estándar (2gr/día), sometidos a primer TR de donador vivo, con riesgo inmunológico bajo. Se recabó información antropométrica, presencia de infecciones post-trasplante, hospitalizaciones, rechazo agudo, eventos adversos asociados al uso del fármaco. **RESULTADOS:** Se incluyeron 81 pacientes postrasplantados (31±11 años de edad), 39 en el grupo de dosis baja y 42 en el grupo de dosis estándar ambos grupos con triple terapia inmunosupresora de mantenimiento. Al final del seguimiento, la incidencia de enfermedades infecciosas fue (46.2% vs 47.6% p=0.9) [RR=1.06, CI (0.44-2.5)], rechazo agudo comprobado por biopsia (4.8% vs 2.6% p=0.6) [RR=1.9, CI (0.17-19.6)] el grupo de dosis baja tuvo un incremento en el riesgo para desarrollar rechazo agudo aunque sin significancia estadística, otras complicaciones que requirieron hospitalización fueron más frecuentes en el grupo de dosis estándar (9.5% vs 56.4% p<0.001) [RR= 2.07, CI (1.43- 3.04)], estas complicaciones incluyeron manifestaciones gastrointestinales, enfermedades hematológicas. **CONCLUSION:** El uso de dosis bajas de MMF tiene un perfil de seguridad adecuado cuando es comparado con dosis estándar, sin incremento significativo en el riesgo de rechazo agudo o impacto en infecciones postrasplante, reduciendo la presencia de eventos adversos que requieren hospitalización asociado a la dosis estándar de MMF que repercuten en la calidad de vida en el seguimiento postrasplante.

¿SE INCREMENTA LA NETOSIS EN RECHAZO AGUDO MEDIADO POR ANTICUERPOS?

Autores: Roxana Villca-Gonzales¹, Jiram Torres-Ruiz², Diana Gomez-Martín², Josefina Alberú³, Luis E. Morales-Buenrostro. Nefrología¹, Reumatología² y Transplantes³. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México.

INTRODUCCION: Recientemente se ha descrito que los neutrófilos promueven inflamación a través de una forma única de muerte celular denominada “NETosis”. Es conocido el rol de los neutrófilos en rechazo agudo mediado por anticuerpos (RAMA). La inducción de NETosis, la composición precisa de las NETs y su potencial participación en el contexto de trasplante renal no han sido estudiadas. El objetivo de este estudio es evaluar la inducción de NETosis en receptores de trasplante renal con RAMA en comparación con receptores de trasplante renal sin ningún evento inmunológico y con donadores sanos. **METODOS:** Estudio exploratorio. Se evaluaron receptores de trasplante renal con RAMA (n=14, confirmado por biopsia); receptores de trasplante renal sin RAMA (n=14, confirmado por biopsia), y, donadores sanos (n=12). Las obtuvieron muestras de sangre de forma concomitante a las biopsias renales. Se evaluó la presencia de NETosis espontánea e inducida por Lipopolisacáridos (LPS) por medio de espectrometría de fluorescencia con la tinción de Sytox Green y con microscopio confocal. La cantidad de NETs fue cuantificado como el número de estructuras fibrilares en las cuales cromatina y mieloperoxidasa (MPO) colocalizaban, dividido por el número de células en 6 campos por condición. La expresión de MPO e Histona 3 citrulinada fue medida por MFI normalizada por el área de cada NET.

RESULTADOS: Los principales hallazgos se describen en la siguiente tabla

	Total (N=40)	Casos (N=14)	Controles (N=14)	Donadores (N=12)	P
NETs/células Cond LPS.	0.198 (0-0.74)	0.247 (0.03-0.74)	0.200 (0.06-0.73)	0.18 (0-0.44)	0.379
NETs/células Cond espontánea.	0.170 (0.0-0.76)	0.167 (0.01-0.73)	0.225 (0.07-0.76)	0.094 (0.0-0.30)	0.036
MPO MFI Cond LPS.	1667 (1181-2382)	1627 (1181-2184)	1706 (1183-2231)	1654 (1202-2382)	0.831
MPO MFI Cond espontánea	1541 (827-2561)	1487 (946-2333)	1546 (827-2561)	1582 (1113-2474)	0.868
H3C MFI Cond LPS.	172 (50-607)	191 (50-607)	190 (77-301)	155 (129-253)	0.675
H3C MFI Cond espontánea.	155 (11-474)	184 (33-474)	177 (42-399)	148 (14-432)	0.515
NETS-espectrometría Cond LPS	1660 (1005-4639)	1589 (1114-3763)	1718 (1005-2927)	2198 (1219-4639)	0.489
NETS-espectrometría Cond espontánea.	1714 (538-6257)	1675 (616-3257)	1628 (538-5603)	1979 (926-6257)	0.772

CONCLUSIONES: Se encontró NETosis en los pacientes con trasplante renal en comparación con donadores sanos. Interesantemente, la cantidad y la composición de NETs fué similar en los pacientes con trasplante renal con y sin RAMA.

EFFECTO DEL LEVOSIMENDAN SOBRE LA DISFUNCIÓN VENTRICULAR Y LA HIPERTENSIÓN PULMONAR EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL EN EL CENTRO NACIONAL DE OCCIDENTE

Dra. Karen Lizbeth Sánchez Mariscal¹, Dra. Amanda Colette Ramírez Ramírez, Dr. Salvador Díaz Vega¹, Dra. Viridiana Rodríguez Ugarte¹, Dra. Yesica Yazmin Flores Serrano², Dr. Benjamín Gómez Navarro¹, Dr. José Ignacio Cerillos Gutierrez¹, Dr. Luis Alberto Evangelista Carrillo¹, Dra. Milagros M Flores Fonseca¹

¹ Departamento de Nefrología y Trasplantes. Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE). Hospital de Especialidades (HE). Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO). Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Guadalajara, Jalisco, México.

² Departamento de Cardiología. UMAE – HE - CMNO. Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción: La enfermedad cardíaca es una complicación frecuente en el paciente receptor del trasplante renal. Se ha confirmado que el levosimendan reduce la mortalidad en pacientes con un alto riesgo cardiovascular y que reduce el riesgo de daño renal secundario a la isquemia – reperfusión. Su perfil farmacológico podría resultar útil en el manejo intraoperatorio del trasplante renal. Por lo anterior el propósito del presente estudio fue determinar el efecto del levosimendan sobre pacientes con disfunción ventricular e hipertensión pulmonar receptores de TR.

Material y Métodos: Cohorte retrospectiva, de la División de Trasplantes de la UMAE, HE, CMNO, IMSS. Se incluyó la cohorte de estudio y de control, y se recabaron variables clínicas, sociodemográficas, bioquímicas y ECOTT previos y posteriores al TR.

Análisis estadístico: Estadística descriptiva, U Mann Whitney, y prueba de T de Student.

Resultados: La cohorte formada por 33 pacientes, 24 hombres (73%), con una edad media 29 ± 9 años y en diálisis peritoneal el 55%. Después del TR, la FEVI incrementó un 65%, con descenso en la PSAP hasta de un 80%, no estadísticamente significativamente. En la Tabla 1 se observan las variables analizadas en la predicción sobre el riesgo del uso de levosimendan.

Tabla 1. Análisis de predicción sobre el uso de levosimendán y la función renal

	OR	IC 95% Inferior - Superior	Valor de <i>p</i>
FEVI previa al TR	0.928	0.844 - 1.020	0.121
FEVI posterior al TR	1.072	0.958 - 1.200	0.227
PSAP pre TR	0.986	0.950 - 1.023	0.453
PSAP posterior al TR	0.914	0.770 - 1.086	0.309
Creatinina sérica al año (mg/dl)	1.040	0.779 - 1.387	0.791

Análisis univariado *p* < 0.05. Abreviaturas: TR trasplante renal; FEVI función ventricular; PSAP presión sistólica de la arteria pulmonar

Discusión y conclusión: Los resultados demuestran que la función cardíaca mejora después del TR, y que la misma tiene efecto directo sobre la función renal del receptor de TR, más no una correlación directa de esta ante el uso de levosimendan. A pesar de todo, el perfil de levosimendan podría considerarse en pacientes con insuficiencia cardíaca sistólica y enfermedad renal crónica, y de esta manera no contraindicar por la función cardíaca el trasplante renal.

ESTRATEGIA DE MUESTREO LIMITADO PARA PREDECIR EL ÁREA BAJO LA CURVA DE TACROLIMUS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE RENAL.

Lorena Ivette Medina Aymerich¹, José Rodrigo González Ramírez¹, Pilar García Roca², Herlinda Reyes², Mara Medeiros Domingo², Gilberto Castañeda Hernández¹.

¹ Departamento de Farmacología, Centro de Investigación y de Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México. ² Unidad de Investigación y de Diagnóstico en Metabolismo Mineral Oseo, Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México.

Introducción: El tacrolimus es un fármaco con índice terapéutico estrecho y alta variabilidad farmacocinética, por lo que su manejo clínico requiere llevar a cabo el monitoreo de las concentraciones en sangre para optimizar su dosificación.¹ El monitoreo terapéutico de tacrolimus actualmente se basa en los niveles en valle (C₀) que se utilizan como indicadores de la exposición al fármaco (ABC₀₋₁₂). Aquellos pacientes con baja exposición sistémica a tacrolimus en relación con sus niveles en valle tienen un mayor riesgo de presentar rechazo agudo o crónico, así los pacientes con una relación AUC₀₋₁₂ /C₀ alta, probablemente estén sobredosificados.^{2,3} En la población pediátrica, el manejo terapéutico de tacrolimus es aún más complejo, las dosis deben establecerse teniendo en cuenta las diferencias fisiológicas y su influencia en la biodisponibilidad de los medicamentos. En esta población, el AUC₀₋₁₂ puede ser un modelo más preciso para el monitoreo clínico del tacrolimus.⁴ Sin embargo, la implementación clínica de un muestreo extensivo durante 12 horas no es factible debido a cuestiones éticas y prácticas, particularmente en niños. Por lo tanto, las estrategias de muestreo limitado para predecir el valor del ABC₀₋₁₂ con un conjunto limitado de muestras por paciente en un corto período de tiempo, se han propuesto para hacer frente a esta problemática⁵.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio en retrospectivo en los que se analizaron los datos farmacocinéticos de un muestreo extensivo de 56 pacientes pediátricos con trasplante renal. Los pacientes fueron aleatorizados en 2 grupos i) para el desarrollo del modelo y ii) validación del modelo. La cuantificación se realizó en sangre total mediante un inmunosnesayo. La estimación de las ABC₀₋₁₂ fue con el método lineal de los trapezoides. Finalmente, a través de un análisis de regresión lineal múltiple, se obtuvo un modelo de muestro limitado y fue validado de acuerdo con ecuaciones de sesgo y precisión descritas por Sheiner y Beal.

Resultados: En nuestra población, la correlación entre C₀ y ABC₀₋₁₂ fue baja ($R^2=0.54$). Se obtuvo un modelo de muestreo limitado que utiliza las concentraciones C₁ y C₄ para la estimación del ABC₀₋₁₂ de tacrolimus ($R^2 = 0.98$). El modelo cumplió con los criterios establecidos para sesgo y precisión menor a 5% y 10%.

Discusiones y conclusiones: Los datos sugieren que el modelo desarrollado puede ser implementado durante los monitoreos terapéuticos del tacrolimus. Es un modelo práctico que sin duda podría ser herramienta en el momento de determinar el régimen de dosificación de cada paciente.

Referencias:

1. Halloran PF. Immunosuppressive drugs for kidney transplantation. *The New England Journal of Medicine*. Dec 23 2004;351(26):2715-2729.
2. Scholten EM, Cremers SC, Schoemaker RC, et al. AUC-guided dosing of tacrolimus prevents progressive systemic overexposure in renal transplant recipients. *Kidney international*. Jun 2005;67(6):2440-2447.
3. Taha H, Satoh S, Iinuma M, et al. Chronopharmacokinetics of tacrolimus in kidney transplant recipients: Occurrence of acute rejection. *J Clin Pharmacol*. Aug 2003;43(8):859-865.
4. Kausman JY, Patel B, Marks SD. Standard dosing of tacrolimus leads to overexposure in pediatric renal transplantation recipients. *Pediatr Transplant*. May 2008;12(3):329-335

DONANTES DE CRITERIOS EXPANDIDOS VS DONANTES ESTANDAR Y LA SOBREVIDA DE INJERTO RENAL. HE CMNR IMSS MÉXICO

Azul Stephanie Nava Pérez Médico Pasante en Servicio Social¹, *Bertha Angélica García García⁴ Coordinadora Hospitalaria de Donación y Trasplante*, Iván Pérez González Médico Pasante en Servicio Social¹. Carlos Miguel Muñoz-Arce Cirujano de Trasplante Hepático², Salvador Serrano García Cirujano de Trasplante Hepático³. UMAE HE CMN “La Raza” IMSS

1. Facultad de Estudios Superiores Instituto Politécnico Nacional
2. Hospital Central Militar Secretaría de la Defensa Nacional
3. Secretaría de Salud Querétaro
4. Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza Instituto Mexicano del Seguro Social

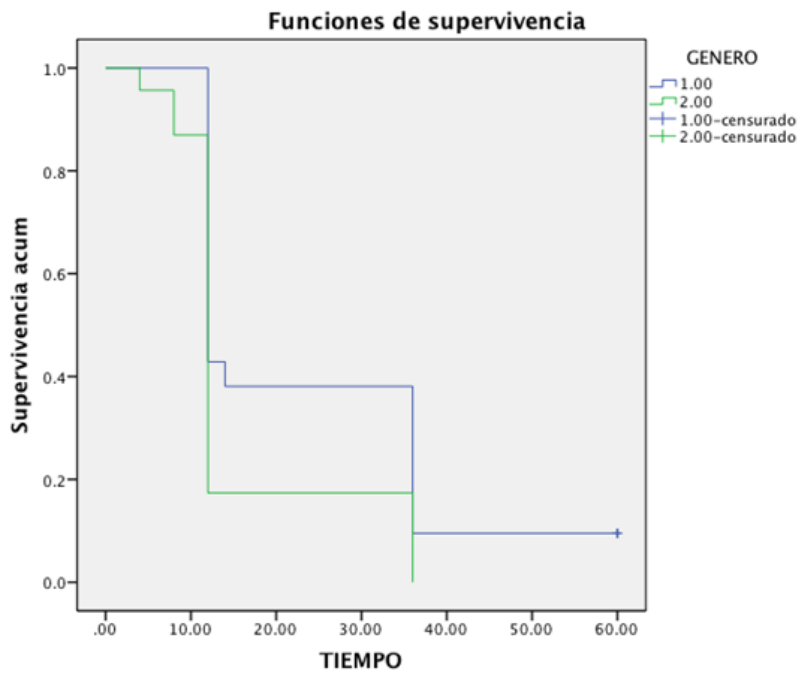
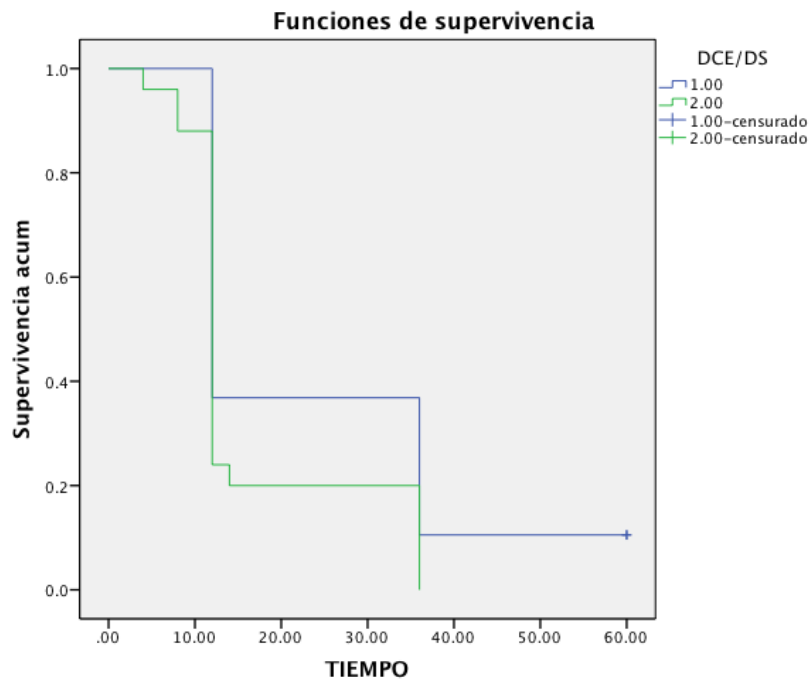
INTRODUCCIÓN La escasez de órganos constituye el factor limitante fundamental de la terapéutica del trasplante renal, la demanda crece de manera exponencial a la vez que mejoran los resultados de supervivencia del injerto, el donante vivo al año, alcanza el 94% y de donante cadáver, el 88% en promedio. El donador estándar DE son de edad entre menor a 50 años, sin antecedentes de hipertensión arterial y creatinina antes de la procuración menor de 1.5 mg/dl, se ha considerado Donadores con Criterios Expandidos DCE, a aquellos con dos de las siguientes condiciones médicas; edad ≥ 60 años, creatinina ≥ 1.5 mg/dl, antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial sistémica, causa de defunción evento vascular cerebral. Estos injertos se asocian a una menor sobrevida a largo plazo, debido a que hay mayor retardo en la función renal del injerto y más episodios de rechazo agudo, sin embargo, al compararlo con el paciente en diálisis lo coloca en ventaja, esto ya demostrado en estudios de costo-utilidad y costo-beneficio.

MATERIAL Y MÉTODOS En este estudio se compara la sobrevida a 5 años de los trasplantados de injertos DE y DCE en el Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico La Raza en el período comprendido de agosto de 2012 a agosto de 2018. 16 casos DE y 13 casos DCE.

RESULTADOS Figura 1 estimado de sobrevida de 58 receptores en 60 meses, en ambos grupos la sobrevida de injerto, está condicionada por la supervivencia del receptor; al año lo que nos indica que 24 receptores fallecen al 1° año pos trasplante, 1 falleció a los 2 años, 9 fallecieron a los 3 años y solo 2 injertos tienen sobrevida a los 5 años. La comparativa demuestra una significancia del 0.56; es decir que estos grupos son muy similares en el 1° año y 3 años pos trasplante, sin embargo a los 5 años la sobrevida fue de 3.4% a los 5 años y el origen de estos injertos son del grupo de DCE. Figura 2 nos muestra significancia estadística de 0.029 en relación con el género, hay más fallecimientos de mujeres entre el 1° año y 3 años pos trasplante, y los hombres tienen una mayor sobrevida a 5 años.

DISCUSIÓN se requieren estudios con mayor número de casos para poder establecer la experiencia de México, mundialmente la sobrevida y el impacto positivo en el abatimiento de listas de espera esta demostrado. Romper el

paradigma y replicar los resultados de los donadores con criterios expandidos debe ser el reto de las unidades de trasplante a considerar seriamente.



CONSECUENCIAS DEL TRASPLANTE RENAL EN DONANTES VIVOS DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE

Dra. Luz Ariadna Ríos Palacios¹, Dra. Áurea Lía Vásquez Álvarez¹, Dr. Erik Miguel Aguilar López¹, Dra. Viridiana Rodríguez Ugarte¹, Dr. Basilio Jalomo Martínez¹, Dr. Miguel Medina Pérez¹, Dr. Benjamín Gómez Navarro¹, Dra. Milagros Melissa Flores Fonseca¹

¹ Departamento de Nefrología. Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE). Hospital de Especialidades (HE). Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO). Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS). Guadalajara, Jalisco, México.

Introducción: El trasplante renal (TR) mejora la calidad de vida de las personas que padecen ERC. El desequilibrio que existe entre la oferta y la demanda de órganos, ha incrementado el uso del donante vivo para cubrir dicha necesidad. En nuestro servicio, los donantes vivos representan aproximadamente el 90% de los órganos que se generan. En consecuencia, este estudio pretende determinar las consecuencias de la nefrectomía, y el impacto sobre nuestros donadores, que nos permitan modificar los criterios de selección, aceptación, valoración y cuidado clínico de los mismos. **Material y Métodos:** Cohorte retrospectiva, llevada a cabo de Nov 2016-Enero 2018, estudiamos la función renal, la proteinuria, la tasa de filtración glomerular (TFG) incluyendo variables clínicas y bioquímicas. **Análisis estadístico:** Estadística descriptiva, comparación de grupos por U Mann Whitney, las comparaciones intragrupo con prueba de Wilcoxon. **Resultados:** La cohorte de estudio fue conformada por 319 donantes vivos, ninguno de los donantes tenía insuficiencia

renal en el tiempo de seguimiento, el 60% fueron mujeres, la edad

Tabla 1. Evaluación de la función renal de los donantes vivos de riñón

	Antes de la donación	Después de la donación	Valor de <i>p</i>
Creatinina sérica (mg/dl)	0.75 ± 0.15	1.08 ± 0.20	<0.001
TFG calculada por CKD-EPI (ml/min/1.73m ²)	105.50 ± 16.25	72.90 ± 14.03	<0.001
Proteinuria (g/24hrs)	0.12 ± 0.11	0.18 ± 0.12	<0.001

promedio fue de 37±11 años, con intolerancia a los carbohidratos en el 10%, con HTA en el 3%, y un IMC 25 ± 3 kg/m². La TFG había disminuido en un 45%, con aumento de la proteinuria de 0.12 ± 0.16 a 0.17 ± 0.12 g/24 horas (*p* <0.001) pero permaneció significativamente por debajo de lo normal. En la Tabla 1 se muestra el efecto de la donación renal sobre las variables bioquímicas del donante.

Discusión y conclusión: El donante vivo de riñón tiene el riesgo de desarrollar ERC en algún momento después de la donación, pero a falta de un registro integral para todos los donantes, nuestra cohorte no demostró que los factores de riesgo como la disminución de la TFG, la presión arterial o proteinuria impacten directamente en desarrollo del mismo.

Título: FACTORES DE RIESGO PARA LA PERDIDA DE INJERTO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE FALLECIDO EN VERACRUZ MEXICO.

Autores: Mónica Martínez Maldonado¹, Yamilli Rivera Sanchez¹, Luis Filadelfo Budar Fernández², Marco Tulio Méndez López², Carlos Alejandro Allende Castellanos², Pedro Iván Moreno Ley², Elias Bonilla Casas², Luis Alfredo Jimenez López², Maritza De la Paz Román², Gustavo Martínez Mier^{2,3}.

Institucion: ¹Escuela de medicina, Universidad del Valle de Mexico- Universidad Villa Rica, ²Departamento de trasplantes UMAE HE14 Adolfo Ruiz Cortines, ³División de investigación UMAE HE14 Adolfo Ruíz Cortines, Veracruz, México.

Introducción: Existen diferentes factores que influyen en la sobrevida de los injertos renales provenientes de donantes fallecidos, tales como el Kidney Donor Profile Index (KDPI), el tipo de inducción pre-trasplante, el retraso en la función del injerto, episodios de rechazo y otros más.

Objetivo: Evaluar los factores de riesgo que influyen en la sobrevida a largo plazo del injerto de trasplante renal donador fallecido en pacientes mayores de 18 años desde 04/2005-03/2018.

Métodos: Sobrevida Kaplan-Mier; diferencias mediante log-rank test y regresión de Cox. $P < 0.05$ estadísticamente significativa. (SPSS versión 25)

Resultados: Se estudiaron 185 receptores (n=90 48.6% femeninos); edad 35.1 ± 10.9 años; 23.3 ± 3.4 kg/m² IMC; etiología desconocida 80% (n=140), DM 4.3% (n=8), 6.5% (n=12) prediálisis, 2.7% (n=5) retrasplante. 71 injertos (38.4%) provinieron de donantes femeninos, edad del donador 34.5 ± 14 años; IMC donador 26.2 ± 4.1 kg/m², hipertensión del donador 12.4%, diabetes del donador 2.2%, trauma causa de muerte 63.2%, ECD 9.2%. con un KDPI $38\% \pm 24.6\%$ (2-98 rango).

56.4% utilizó Timoglobulina y 44.6% Basiliximab como inducción y 54% utilizo tacrolimus como inmunosupresor inicial.

El DGF fue del 25.9%. La isquemia fría fue 14.2 ± 5.1 horas. La tasa de rechazo agudo en el primer año fue de 15.7% y 38.4% de los pacientes tuvieron una hospitalización durante el primer año postrasplante.

La media estimada de sobrevida fue de 89.4 ± 4.9 meses (IC 95% 79.8-99 meses). La sobrevida a 1, 5 y 10 años fue de 86.6%, 69.2% y 38.3%. Los pacientes con DGF, rechazo agudo y hospitalizaciones durante el primer año tuvieron menor sobrevida estimada (74.4 ± 9.9 , 49.4 ± 8.8 y 65.5 ± 7 meses respectivamente) que aquellos que no tuvieron (93.9 ± 5.2 , 96.8 ± 5.3 y 104.6 ± 6 meses respectivamente) ($p < 0.05$ log rank). Tanto el rechazo agudo (Exp [B] 2.04 IC 95% 1.1-3.6) ($p=0.015$) como las hospitalizaciones durante el primer año (Exp [B] 2.1 IC 95% 1.2-3.5) ($p=0.003$) se confirmaron como factores de riesgo para perdida de injerto mediante regresión de Cox, no así el DGF (Exp [B] 1.2 IC 95% 0.7-2.1) ($p=0.3$)

Conclusión: La presencia de rechazo agudo así como las hospitalizaciones durante el primer año de seguimiento de trasplante de donante fallecido se confirmaron como factor de riesgo para perdida de injerto a largo plazo (> 10 años) en nuestra población.