

# ratx

Revista Argentina de Trasplantes

Volumen XIII, Suplemento 1, Mayo 2021 -

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES

ISSN 2408-4328

■ XV Congreso Argentino de  
**Trasplantes 2021**  
Virtual

Procuración

Integración

Trasplante



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

[www.sat.org.ar](http://www.sat.org.ar)

**ratx**

¡Bienvenidos!

# XV SAT Congreso Argentino de Trasplantes

2021 virtual



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

sponsor platino



Revista Argentina de Trasplantes

Con el tiempo, incluso cambios sutiles pueden conducir a un verdadero progreso. Comparado con Prograf®, Prograf® XL reduce la variabilidad optimizando la exposición a tacrolimus<sup>1,2</sup> y mejora la adherencia al tratamiento<sup>3</sup>. Esto podría explicar una supervivencia del injerto hepático significativamente mayor, evidenciada en un análisis retrospectivo del Registro Europeo de Trasplante Hepático (ELTR).<sup>4</sup> En trasplante, esto es definitivamente un progreso.

# El progreso no se detiene



## PROGRAF® XL

tacrolimus de acción prolongada

**SIN CHANCE DE SUSTITUCIÓN<sup>(7)</sup>**



Para más información sobre PROGRAF® visite [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)



Para más información sobre PROGRAF® XL visite [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

- **PROGRAF® XL** ha sido diseñado para brindar una exposición constante y controlada a tacrolimus.<sup>(5)</sup>
- Mayor adherencia y preferencia del paciente en un régimen de una dosis diaria.<sup>(6)</sup>

#### PRESENTACIONES:

##### PROGRAF®:

Cápsulas.  
PROGRAF® 0,5: envase con 50 cápsulas.  
PROGRAF® 1: envase con 100 cápsulas  
PROGRAF® 5: envase con 50 cápsulas.

##### Inyectable.

PROGRAF® 5 mg.: Envase con 1 ampolla de 1 ml conteniendo 5 mg.

##### PROGRAF® XL:

PROGRAF® XL 0,5-1-5 y 3 mg: envases conteniendo 50 cápsulas de acción prolongada.

\*Prograf® XL (tacrolimus de acción prolongada) se vende con el nombre comercial de Advagraf® en Europa y Astagraf® en EE.UU.

1. Dumortier J et al. Liver Transplantation 2013;19(5):529-533. 2. Sanko-Resmer J et al. Transpl Int 2012;25(3):283-293. 3. Beckebaum S et al. Transpl Int 2011;24(7):666-675.

4. Adam R et al. Am J Transplant 2015;15(5):1267-1282. 5. European Medicines Agency. European public assessment report (EPAR): Advagraf® - Scientific Discussion. Disponible en

[https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-discussion/advagraf-epar-scientific-discussion\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-discussion/advagraf-epar-scientific-discussion_en.pdf). Accedido 4 de enero de 2021. 6. Morales JM et al. Clin Transplant 2012; 26 (2): 369-376. 7. Información de mercado. Diciembre 2020. Distribuido en Argentina por Gador S.A. [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar).

PROGRAF® XL - PROGRAF® XL 3 mg. Cápsulas de acción prolongada. Venta Bajo Receta Archivada. Industria Irlandesa. COMPOSICION: Cada cápsula de acción prolongada de PROGRAF® XL 0,5-1-5 y 3 mg contiene: tacrolimus 0,50 mg, 1 mg, 5 mg y 3 mg, respectivamente; excipientes c.s. ACCION TERAPEUTICA: Inmunosupresor de tipo macrólido/Inhibidor de la calcineurina. INDICACIONES: Profilaxis del rechazo del trasplante en receptores adultos de aloinjertos renales o hepáticos. Tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos. POSOLOGIA Y FORMA ADMINISTRACION: PROGRAF® XL es una formulación oral de tacrolimus que se toma una vez al día; el tratamiento requiere un control cuidadoso realizado por personal debidamente calificado y equipado. El cambio involuntario o no supervisado entre las formulaciones de tacrolimus de liberación inmediata o de liberación prolongada es peligroso. Las dosis iniciales recomendadas son orientativas; la dosificación puede variar dependiendo del régimen inmunosupresor elegido y debe ser individualizada con la ayuda del monitoreo de los niveles en sangre. PROGRAF® XL se administra habitualmente en combinación con otros agentes inmunosupresores en el período postoperatorio inicial. Se recomienda realizar el monitoreo cuidadoso y frecuente de los niveles valle de tacrolimus en las primeras dos semanas post-trasplante para asegurar una exposición adecuada al fármaco en este período. Siendo tacrolimus una sustancia con un aclaramiento bajo, los ajustes de dosis en el tratamiento con PROGRAF® XL pueden durar varios días antes de alcanzar el estado estacionario. Normas para la correcta administración. Administrar la dosis diaria oral de PROGRAF® XL una vez al día por la mañana; las cápsulas deben tomarse inmediatamente después de sacarlas del blíster y tragarse con líquido (preferentemente agua), con el estómago vacío o al menos una hora antes ó 2-3 horas después de la ingesta de alimentos. De olvidarse la toma de la dosis por la mañana, la misma debe efectuarse lo antes posible ese mismo día; no duplicar la dosis la mañana siguiente. No es posible establecer un límite para la duración del tratamiento oral. Recomendaciones de administración en trasplantes renal y hepático. Profilaxis del rechazo del trasplante: Trasplante renal: 0,20-0,30 mg/kg/día, iniciada dentro de las 24 horas después de finalizada la cirugía. Trasplante hepático: 0,10-0,20 mg/kg/día, iniciada aproximadamente 12-18 horas después de finalizada la cirugía. Ajuste de dosis durante el período post-trasplante: La dosis de PROGRAF® XL se reduce generalmente durante el período post-trasplante, siendo posible en algunos casos retirar el tratamiento inmunosupresor concomitante. La mejoría en el estado del paciente después del trasplante puede afectar la farmacocinética de tacrolimus y hacer necesarios posteriores ajustes de dosis. Recomendaciones posológicas. Conversión de pacientes tratados con Prograf® (cápsulas dos veces al día) a PROGRAF® XL. La conversión se realizará en una relación 1:1 (mg:mg) manteniendo la dosis diaria total. Deben medirse los niveles valle de tacrolimus antes de realizar la conversión y dos semanas después, con ajuste de dosis, de ser necesario, para mantener una similar exposición sistémica. Tratamiento del rechazo. Se han utilizado dosis crecientes de tacrolimus, tratamiento suplementario con corticosteroides e introducción de ciclos cortos de anticuerpos mono/policonales. Si se observan signos de toxicidad, puede ser necesario reducir la dosis de PROGRAF® XL. Trasplantes renal y hepático: En la conversión de otros inmunosupresores a PROGRAF® XL, el tratamiento debe comenzar con la dosis oral inicial respectiva recomendada para la profilaxis del rechazo del trasplante. Trasplante cardíaco: En pacientes adultos en los que el tratamiento se convierte a PROGRAF® XL, debe administrarse una dosis oral inicial de 0,15 mg/kg/día. Trasplante de otros aloinjertos: A pesar de que no existe experiencia clínica con PROGRAF® XL en pacientes trasplantados de pulmón, páncreas e intestino, se ha utilizado Prograf® en pacientes con trasplantes pulmonares a una dosis oral inicial de 0,10 – 0,15 mg/kg/día, en pacientes con trasplante pancreático a una dosis oral inicial de 0,2 mg/kg/día, y en el trasplante intestinal a una dosis oral inicial de 0,3 mg/kg/día. Ajuste de dosis en poblaciones específicas de pacientes. Pacientes con insuficiencia hepática grave: Puede ser necesaria una reducción de la dosis para mantener los niveles valle en sangre dentro de los límites recomendados. Pacientes con insuficiencia renal: Generalmente no es necesario realizar ajustes de dosis; debido al potencial nefrotóxico de tacrolimus, se recomienda vigilar cuidadosamente la función renal. Raza: Los pacientes de raza negra pueden necesitar dosis superiores de tacrolimus para alcanzar niveles valle similares en comparación con los pacientes de raza caucásica. Conversión de ciclosporina a PROGRAF® XL: Se debe tener precaución cuando se cambia a los pacientes de un tratamiento basado en ciclosporina a otro basado en tacrolimus. El tratamiento con PROGRAF® XL debe iniciarse después de evaluar la situación clínica del paciente y las concentraciones de ciclosporina en sangre (retasando la administración en presencia de niveles elevados). En la práctica, el tratamiento basado en tacrolimus se ha iniciado 12 - 24 horas después de la interrupción del tratamiento con ciclosporina. El monitoreo de los niveles de ciclosporina en sangre continuará después de la conversión debido a que puede afectarse la eliminación de ciclosporina. Recomendaciones sobre la concentración diana de los niveles valle en sangre entera. La dosis debe basarse principalmente en las valoraciones clínicas de rechazo y tolerancia de cada paciente individual con la ayuda del monitoreo de los niveles valle de tacrolimus en sangre entera. Los niveles valle de PROGRAF® XL en sangre deben analizarse aproximadamente 24 horas después de la dosis, justo antes de la siguiente administración. Se recomienda el monitoreo frecuente de los niveles valle en las dos semanas iniciales post-trasplante, y luego periódico durante la terapia de mantenimiento. También deben controlarse los niveles valle en sangre de tacrolimus tras la conversión de Prograf® a PROGRAF® XL, después de ajustes de dosis, cambios en el tratamiento inmunosupresor o administración simultánea de sustancias que pueden alterar las concentraciones de tacrolimus en sangre entera. La frecuencia del control de los niveles en sangre debe estar basada en las necesidades clínicas. La mayoría de los pacientes pueden ser controlados con éxito si los niveles valle de tacrolimus en sangre se mantienen por debajo de 20 ng/ml. En la práctica clínica, los niveles valle en sangre entera detectados suelen estar entre 5 y 20 ng/ml en pacientes con trasplante hepático, y entre 10 y 20 ng/ml en pacientes con trasplante renal y cardíaco durante el período post-operatorio temprano. Durante la terapia de mantenimiento, se debe intentar mantener las concentraciones en sangre entre 5 y 15 ng/ml en los pacientes con trasplante hepático, renal y cardíaco. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad conocida al tacrolimus o a otros macrólidos o a algunos de los excipientes. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES: Se han observado errores de medicación incluyendo cambio involuntario, no intencionado o no supervisado entre las formulaciones de tacrolimus de liberación inmediata o de liberación prolongada, lo que ha conducido a eventos adversos serios. La experiencia es limitada en pacientes de raza no caucásica y en pacientes con elevado riesgo inmunológico. Para la formulación de PROGRAF® XL no se cuenta hasta el momento con datos para el tratamiento del rechazo de aloinjertos resistente al tratamiento con otros medicamentos inmunosupresores en pacientes adultos, la profilaxis del rechazo del trasplante en receptores de aloinjertos de corazón adultos y receptores de aloinjertos pediátricos. Durante el período post-trasplante inicial, deberán controlarse en forma regular: tensión arterial, ECG, estado neurológico y visual, glucemia en ayunas, niveles de electrolitos (particularmente de potasio), pruebas de funciones hepática y renal, parámetros hematológicos, valores de coagulación y determinación de proteínas plasmáticas. Si se observaran variaciones clínicamente significativas, deberá considerarse el ajuste del régimen inmunosupresor. Se deben controlar los niveles de tacrolimus en sangre cuando se combine con sustancias con potencial para interactuar, particularmente inhibidores o inductores de CYP3A4. Evitar preparados que contienen Hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*) u otras preparaciones a base de plantas debido a que pueden disminuir las concentraciones sanguíneas de tacrolimus y su efecto clínico. Monitorear adicionalmente las concentraciones de tacrolimus durante los episodios de diarrea. Se han registrado casos de hipertrofia ventricular o septal notificados como miocardiopatías, en su mayoría reversibles y vinculados con concentraciones valle de tacrolimus mayores a los niveles máximos recomendados; otros factores que aumentan el riesgo de estas condiciones son patología cardíaca preexistente, uso de corticosteroides, hipertensión, disfunción renal o hepática, infecciones, sobrecarga de líquidos y edema, por lo que estos pacientes deben ser controlados con ecocardiografía o ECG antes y después del tratamiento y, de observarse alteraciones, evaluar la reducción de la dosis de PROGRAF® XL o el cambio de tratamiento inmunosupresor. Tacrolimus puede prolongar el intervalo QT, requiriéndose precaución en pacientes con prolongación congénita del mismo, diagnosticada o sospechada. Se han registrado casos de desarrollo de trastornos linfoproliferativos relacionados con el virus Epstein-Barr (VEB), principalmente con la administración concomitante de combinación de inmunosupresores, tales como anticuerpos antilinfocitos; los pacientes con serología negativa para antígeno de cápsida viral (VCA) presentan mayor riesgo de desarrollar alteraciones linfoproliferativas, por lo que se deberá determinar la serología VEB antes de iniciar el tratamiento con PROGRAF® XL y monitorear cuidadosamente con VEB-PCR durante el tratamiento. El riesgo de cáncer secundario se desconoce. Como ocurre con otros agentes inmunosupresores, debido al riesgo potencial de alteraciones malignas de la piel, debe minimizarse la exposición al sol y a los rayos UV. El riesgo de sufrir infecciones oportunistas es mayor en los pacientes en tratamiento con PROGRAF® XL; entre ellas se encuentran la nefropatía asociada a virus BK y la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) vinculada a virus JC. Se ha notificado que pacientes tratados con tacrolimus han desarrollado el síndrome de encefalopatía posterior reversible. La experiencia es limitada en pacientes de raza no caucásica y en pacientes con elevado riesgo inmunológico. En pacientes con insuficiencia hepática grave puede ser necesaria una reducción de la dosis. PROGRAF® XL contiene lactosa por lo que los pacientes con intolerancia hereditaria a la galactosa, insuficiencia de lactasa o problemas de absorción de glucosa o galactosa deben tener especial precaución. La tinta de impresión usada para marcar las cápsulas de PROGRAF® XL contiene lecitina de soja, por lo que debe valorarse el riesgo/beneficio en pacientes con hipersensibilidad al maní o a la soja. Tacrolimus puede producir trastornos visuales y neurológicos, que pueden potenciarse con la ingesta de alcohol, afectando la capacidad de conducir o utilizar máquinas. Tacrolimus no es compatible con el PVC, que no debe estar presente en tubos, jeringas y equipos empleados para preparar una suspensión del contenido de la cápsula. Embarazo y lactancia: El tratamiento en mujeres embarazadas puede ser considerado cuando no exista ninguna alternativa más segura y cuando los beneficios justifiquen el riesgo potencial para el feto. En caso de exposición intrauterina, monitorear los acontecimientos adversos potenciales de tacrolimus en el recién nacido (especialmente los efectos renales). Los pacientes no deben amamantar a sus hijos mientras estén bajo tratamiento con PROGRAF® XL. Interacciones medicamentosas: El tacrolimus se metaboliza a través de la CYP3A4 hepática y probablemente de la pared intestinal. El uso concomitante de medicamentos o preparados a base de plantas conocidos por inhibir o inducir la CYP3A4 puede afectar el metabolismo de tacrolimus. Inhibidores del metabolismo: Las siguientes sustancias aumentan los niveles sanguíneos de tacrolimus: antifúngicos (como ketoconazol, fluconazol, itraconazol y voriconazol), eritromicina o inhibidores de la proteasa del VIH; estos casos pueden requerir menores dosis de tacrolimus. Otras: clotrimazol, claritromicina, josamicina, nifedipina, nicardipina, diltiazem, verapamil, danazol, etilnilestradiol, omeprazol y nefazodona. Inhibidores potenciales son bromocriptina, cortisona, dapsona, ergotamina, gestodeno, lidocaina, mefenitoína, miconazol, midazolam, nilvadipina, noretindrona, quinidina, tamoxifeno, triacetil oleandromicina, lansoprazol y ciclosporina. Las concentraciones de tacrolimus pueden aumentar con el uso de pomelo. Inductores del metabolismo: Las siguientes sustancias disminuyen los niveles sanguíneos de tacrolimus: rifampicina, fenitoína, hierba de San Juan; éstas pueden requerir mayores dosis de tacrolimus en prácticamente todos los pacientes. Otras: fenobarbital, corticosteroides en dosis de mantenimiento, carbamecepine, metamizol, isoniazida. Dosis elevadas de prednisona o metilprednisolona pueden aumentar o disminuir los niveles sanguíneos de tacrolimus. Efecto de tacrolimus sobre el metabolismo de otros medicamentos: Tacrolimus es un inhibidor de CYP3A4, afectando el metabolismo de los medicamentos dependiente de esta vía. La vida media de ciclosporina se alarga al administrarse concomitantemente con tacrolimus, pudiendo producirse efectos nefrotóxicos aditivos/sinérgicos; debe evitarse esta combinación y se requiere precaución al administrar tacrolimus a pacientes tratados previamente con ciclosporina. Tacrolimus eleva el nivel sanguíneo de fenitoína y puede reducir el aclaramiento de anticonceptivos basados en esteroides y, potencialmente, de pentobarbital y antipirina. Otras interacciones potenciales que pueden aumentar la exposición sistémica de tacrolimus: Agentes procinéticos (metoclopramida, cisaprida), cimetidina, hidróxido de magnesio-aluminio. Otras interacciones que han producido efectos clínicos perjudiciales: La administración de tacrolimus con agentes que ejercen efectos nefrotóxicos o neurotóxicos puede aumentar el nivel de toxicidad (por ejemplo, antibióticos aminoglucósidos, inhibidores de la girasa, vancomicina, cotrimoxazol, AINEs, ganciclovir o aciclovir). También puede aumentar la nefrotoxicidad con el uso conjunto con anfotericina B o ibuprofeno. El tratamiento con tacrolimus puede asociarse con hipercalemia o elevar la hipercalemia previa; debe evitarse la toma elevada de potasio o diuréticos ahorradores de potasio. La respuesta inmunológica a la vacunación puede verse afectada por los inmunosupresores; evitar el uso de vacunas a gérmenes vivos. Deben considerarse posibles interacciones con medicamentos con alta afinidad por las proteínas plasmáticas (como ser AINEs, anticoagulantes orales o antiidiabéticos orales). REACCIONES ADVERSAS: Frecuentes: alteraciones isquémicas de las arterias coronarias, taquicardia; anemia, leucopenia, trombocitopenia, leucocitosis, alteración de los hematíes; temblor, cefalea, convulsiones, alteraciones de la conciencia, parestias, disestesias, neuropatías periféricas, mareo, dificultad para la escritura; alteraciones oculares, visión borrosa, fotofobia; tinnitus; disnea, alteración del parénquima pulmonar, derrame pleural, tos, faringitis, resfriado, congestión, inflamación nasal; diarrea, náuseas, trastornos inflamatorios gastrointestinales, perforación y úlceras gastrointestinales, hemorragias gastrointestinales, estomatitis y úlceras, ascitis, vómitos, dolores gastrointestinales y abdominales, dispepsia, estreñimiento, flatulencia, hinchazón y distensión; insuficiencia renal, fallo renal, insuficiencia renal aguda, oliguria, necrosis tubular renal, nefropatía tóxica, alteraciones urinarias, síntomas vesicales y uretrales; prurito, rash, alopecia, acné, aumento de la sudoración; artralgias, calambres musculares, dolores en las extremidades, dolor de espalda; hiperglucemia, diabetes mellitus, hipercalemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia, hipopotasemia, hipocalcemia, hiponatremia, sobrecarga de líquidos, hipericremia, disminución del apetito, anorexia, acidosis metabólica, hiperlipemia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, otras anomalías electrolíticas; disfunción primaria del injerto; hipertensión, hemorragias, episodios tromboembólicos e isquémicos, alteraciones vasculares periféricas, hipotensión; astenia, fiebre, dolor y malestar, alteración de la percepción de la temperatura corporal, edema, aumento de la fosfatasa alcalina en sangre, aumento de peso; alteraciones de la función y enzimas hepáticas, colestasis e ictericia, daño hepatocelular y hepatitis, colangitis; insomnio, síntomas de ansiedad, confusión y desorientación, depresión, ánimo deprimido, alteraciones del humor, pesadillas, alucinaciones, alteraciones mentales. Ocasionales: arritmias ventriculares y paro cardíaco, insuficiencia cardíaca, cardiomiopatías, hipertrofia ventricular, arritmias supraventriculares, palpitaciones, frecuencia cardíaca y pulso anormales, electrocardiograma anormal; coagulopatías, trastornos de la coagulación y hemorragia, pancitopenia, neutropenia; coma, hemorragia del sistema nervioso central y accidentes cerebrovasculares, parálisis y paresia, encefalopatía, alteraciones del habla y del lenguaje, amnesia; cataratas; hipocausia; insuficiencia respiratoria, alteraciones del tracto respiratorio, asma; ileo paralítico, peritonitis, pancreatitis aguda y crónica, aumento de amilasa sanguínea, enfermedad por reflujo gastroesofágico, alteración del vaciado gástrico; anuria, síndrome urémico hemolítico; dermatitis, fotosensibilidad; alteraciones de las articulaciones; deshidratación, hipoproteïnemia, hiperfosfatemia, hipoglucemia; infarto, trombosis venosa profunda, shock; fallo multiorgánico, enfermedad semejante a la gripe, intolerancia a la temperatura, sensación de presión en el pecho, nerviosismo, aumento de la lactato deshidrogenasa sanguínea, disminución de peso; dismenorrea, hemorragia uterina; alteraciones psicológicas. Otros: Como ocurre con otros potentes agentes inmunosupresores, los pacientes tratados con tacrolimus presentan un elevado riesgo de infecciones, pudiendo agravarse la evolución de infecciones preexistentes. Se han notificado casos de nefropatía asociada al virus BK, así como casos de LMP vinculada al virus BK. Los pacientes tratados con inmunosupresores tienen mayor riesgo de sufrir neoplasias, tanto benignas como malignas. Se han observado reacciones alérgicas y anafilácticas en pacientes tratados con tacrolimus. Se han notificado errores de medicación incluyendo cambio involuntario, no intencionado o no supervisado entre las formulaciones de tacrolimus de liberación inmediata y de liberación prolongada, con casos de rechazo de trasplantes asociados a este hecho. Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. PRESENTACIONES: Envases conteniendo 50 cápsulas de acción prolongada. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en www.gador.com.ar. Fecha de última revisión ANMAT: Dic-2007/Jul-2013.



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES



### Revista Argentina de Trasplantes

Volumen XIII, Suplemento 1 SAT  
XV Congreso Argentino de Trasplantes  
Mayo de 2021  
Publicación Oficial de la Sociedad  
Argentina de Trasplantes

#### Propietario:

Sociedad Argentina de Trasplantes  
C.U.I.T. N° 30-67629668-5  
ISSN: 2408-4328 Registro de la Propiedad  
intelectual por Expediente N° 831241  
Dirección Nacional de Derechos de Autor  
Se prohíbe la reproducción parcial o total  
de los contenidos sin autorización.

#### Oficina Editorial

Maipú 631 Piso 4° Dto. "H".  
C1006ACG, Ciudad Aut. de Buenos Aires  
E-mail: [editorial@sat.org.ar](mailto:editorial@sat.org.ar)

#### Diseño:

Atilio A. Diaz  
[info@verdepez.com.ar](mailto:info@verdepez.com.ar)

#### Limitación de Responsabilidad

Las declaraciones, omisiones y opiniones emitidas por todos los profesionales y colaboradores contenidas en los artículos de Revista Argentina de Trasplantes son responsabilidad de sus autores y no de la Sociedad Argentina de Trasplantes o de los editores de la publicación. Las publicidades contenidas no representan garantía o aprobación de los productos o servicios, o de su efectividad, calidad o seguridad. La Sociedad Argentina de Trasplantes declina toda responsabilidad de cualquier daño a personas o propiedad resultante de ideas o productos referidos en los artículos o publicidades.

# ratx

## Revista Argentina de Trasplantes

25 Años promoviendo ciencia, asistencia y ética al servicio del trasplante

### Comisión Directiva SAT

#### Presidente

Dr. Enrique Beveraggi

#### Vice-Presidente

Dra. Alejandra Villamil

#### Secretaria

Dra. Marta Monteverde

#### Pro-Secretario

Dr. Pablo Uva

#### Tesorero

Dr. Lucas McCormack

#### Pro-Tesorera

Dra. Silvina Aleman

#### Vocales Titulares

Dr. Emilio Quiñonez

Dr. Hugo Petrone

Dr. Juan Braga Menéndez

#### Vocales Suplentes

Dra. Claudia Nagel (*In Memoriam*)

Dra. Vanesa Gregorietti

Dr. Santiago Villavicencio

Sírvase reservar  
las siguientes fechas

OK

Agenda

Buscar ..

Inicio Progreso Citas Acciones Prioridad Reuniones Etiquetas

Congresos

3 >

67

26

3 >

14 >

15

112

46

3

 **Trasplantes 2020 - 19 al 22 de Mayo 2021**  
**Congreso de la Sociedad Argentina de Trasplantes**  
**virtual**  
Más información: <http://www.trasplantes.com.ar>

Congresos

 **2<sup>do</sup> Congreso Argentino de Trasplante Hematopoyético y Terapia Celular (GATMO.TC)**  
20 y 21 Mayo 2021  
Buenos Aires, Argentina [www.gatmo.com.ar](http://www.gatmo.com.ar)

 **29° International Congress of The Transplantation Society**  
10 al 14 septiembre 2022 [www.tts2022.org](http://www.tts2022.org)

más información en [www.sat.org.ar](http://www.sat.org.ar)

Icons: Clock, RSS, Checklist, Lock



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

## Staff editorial

### Editores Asociados

Teresita Alvarellos, Córdoba  
 María del Carmen Bacqué,  
 Buenos Aires  
 Alejandro Bertolotti, Buenos Aires  
 Roxana Groppa, Buenos Aires  
 Martín Maraschio, Córdoba  
 Rubén Schiavelli, Buenos Aires  
 Hernán Trimarchi, Buenos Aires  
 Pablo Uva, Buenos Aires  
 Alejandra Villamil, Buenos Aires  
 Miguel Acosta, Paraná  
 Cristina Aguirre, Buenos Aires  
 Luis Ahualli, Buenos Aires  
 Mariano Tomás Arriola, Santa Fe  
 Laura Barcán, Buenos Aires  
 Horacio Bazán, Córdoba  
 Marcelo Baran, Buenos Aires  
 Gustavo R. Bianco, Buenos Aires  
 Liliana Bisigniano, Buenos Aires  
 Julio Bittar, San Luis  
 Claudio Burgos, Mendoza  
 Carlos Chiurchiu, Córdoba  
 Federico Cicora, Buenos Aires  
 Marisa Cobos, La Plata  
 Javier De Arteaga, Córdoba  
 Ana Diller, Córdoba  
 María Teresa Galdo Asbun, Buenos Aires  
 Octavio Gil, Córdoba  
 Gabriel Gondolesi, Buenos Aires  
 Carlos Idoria, Córdoba  
 Nora Imperiali, Buenos Aires  
 Isolda Kohout, Córdoba  
 Gustavo Kusminsky, Buenos Aires

Roberta Lattes, Buenos Aires  
 Rafael Maldonado, Córdoba  
 Ricardo Mastai, Buenos Aires  
 Daniel Matus, Mendoza  
 Lucas Mc Cormack, Buenos Aires  
 Víctor H. Morales, La Plata  
 Pablo Novoa, Córdoba  
 Gustavo Palti, Buenos Aires  
 Mauricio Pattin, Buenos Aires  
 Hugo Petrone, La Plata  
 Pablo Raffaele, Buenos Aires  
 María del Carmen Rial, Buenos Aires  
 Roberto Raúl Sabbatiello,  
 Buenos Aires  
 Ángel Gustavo Sedevich, Mendoza  
 José Luis Sgrosso, Rosario  
 Elio Suso, Mendoza  
 Martín Torres, Córdoba  
 Juan Carlos R. Troncoso,  
 Buenos Aires  
 Amalia Turconi, Buenos Aires  
 María Cristina Vázquez, Rosario

### Sección Bibliográfica

Hernán Trimarchi

### Dirección

#### Director Editorial

Carlos H. Diaz

#### Co-Director Editorial

Jorge R. Ferraris,  
 Buenos Aires

#### Coordinación Editorial

Alicia Chaparro,  
 Buenos Aires

#### Consejo Asesor

Pablo U. Massari, Córdoba  
 Roberto Cambariere, Buenos Aires  
 Félix Cantarovich, Buenos Aires  
 Domingo Casadei, Buenos Aires  
 Adrián Gadano, Buenos Aires  
 Luis Gaité, Santa Fe  
 Juan José García, Córdoba  
 Constancio Giraudó, Córdoba  
 Julio Goldberg, Buenos Aires  
 Oscar Imventarza, Buenos Aires  
 Oscar Aníbal López Blanco,  
 Buenos Aires  
 Jorge Milone, La Plata  
 Sergio Perrone, Buenos Aires  
 Luis Gustavo Podestá, Buenos Aires  
 Eduardo Raimondi, Buenos Aires  
 Carlos Alberto Soratti, Buenos Aires  
 Eduardo Tanús, Buenos Aires  
 Roberto Tanús, La Plata  
 Federico Villamil, Buenos Aires

LA SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES  
AGRADECE MUY ESPECIALMENTE A SUS  
PATROCINADORES



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

# Indice

# ratx

## Volumen XIII, Suplemento 1, Mayo de 2021

### Carta del Presidente del Congreso

*R. Schiavelli; R. Sabatiello* ..... 12

### Editorial

*J. Ferraris, C. Diaz* ..... 15

### Novedades Literarias

La Vida También se Vive Para Contarla ..... 18  
*R. Cambariere*

### Programa

..... 21

### Listado de Abstracts

..... 39

### Eventos

*J.C. Walther* ..... 107

### Reglamento

..... 109

# “XV Congreso de Trasplantes de la Sociedad Argentina de Trasplantes”

Ruben Schiavelli<sup>(1)</sup>; Roberto Sabbatiello <sup>(1)</sup>

(1) Presidentes XV SAT Congreso Argentino de Trasplantes

En esta época de muchísimo trabajo y condiciones laborales y familiares cambiantes hemos llegado a la inauguración de nuestro Congreso.

Pensamos en el mismo como un espacio de tranquilidad y serenidad en el medio del caos, donde nos podremos tomar un tiempo para disfrutar de los aportes científicos en el campo de los trasplantes.

Como ustedes saben, la integración procuración-trasplante, definida como el proceso central e indivisible de nuestro quehacer, ha sido el norte del Congreso.

Hemos conformado un comité científico con 37 profesionales del trasplante y la procuración con la clara intención de tener representatividad de todas las provincias de nuestro país.



**Ruben Schiavelli**  
Co Presidente Congreso SAT

Contaremos con Cursos y Jornadas pre-congreso que incluirán aspectos transversales de la procuración y el trasplante.

El curso La Histocompatibilidad y su implicancia en el proceso de Procuración-Trasplante, se basa en el elemento que nos hace tan particulares y diferentes entre las mismas especies y que desveló a los pioneros del trasplante en su afán por superarlo.

El curso de Infectología, que abordará tanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones infecciosas de los donantes como a las infecciones de los receptores, entendidas como el emergente natural del intento de suprimir la respuesta inmunológica hacia lo extraño y que se transformó en un proceso que constantemente mueve hacia adelante la línea de llegada.

El curso de Trasplantes para no Trasplantólogos que tiene por objetivo orientar al equipo de salud a través de la trasmisión de conocimientos para la oportunidad del diagnóstico y tratamiento de pacientes trasplantados que se encuentren lejos de los centros especializados y que brindará las herramientas necesarias para las y los profesionales no relacionados con este tipo de pacientes.

El curso de enfermería en trasplantes con la vocación de seguir formando a esos profesionales imprescindibles como parte integral del sistema de atención de salud. En este curso se pondrá de manifiesto la competencia, autonomía e independencia de la enfermería y se integrarán los fenómenos de especial preocupación como son las respuestas a los problemas de salud efectivos o “potenciales” por parte de personas, familias y grupos.

Tenemos claro que como describe K rouac y col. «La práctica de la enfermería es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere de una agudeza intelectual que, vista desde el exterior, parece indicar intuición, ya que se trata de acertar a escoger una acción pensada, reflexionada, que responda a las necesidades particulares de la persona»<sup>(1)</sup> Por último, la Jornada de Accesibilidad a Lista de Espera para Trasplante, entendida como un derecho universal que tienen todos los pacientes que necesitan un trasplante.

Compartiendo el desafío de mantener una política de salud basada en los principios de equidad y justicia distributiva, convocamos a los principales actores como el Incucai y sus jurisdicciones para plantear el problema, también estarán presente las y los profesionales de Trabajo Social y Salud Mental, para que, desde una mirada bio-psico-social, describan los alcances de estas especialidades en las dificultades que presentan las y los pacientes. También estarán presentes los financiadores para que describan las barreras que existen

en la actualidad y las estrategias para superarlas. Asimismo un representante de las y los pacientes nos aportará su mirada de la problemática y los equipos de trasplante y sociedades científicas de cada patología específica describirán las dificultades que se presentan y así intentaremos, encontrar en conjunto, los caminos adecuados para que se cumpla esta inscripción.

En la conferencia inaugural se introducirán los conceptos de Inteligencia Artificial y Big Data. En un mundo globalizado y con una cantidad de información imposible de procesar para el cerebro humano, emergen estas nuevas técnicas de análisis de datos que automatizan la construcción de modelos analíticos. Tal vez, después de esta disertación, podremos dilucidar si los sistemas a través del aprendizaje de datos y la identificación de patrones, son capaces de lograr tomar decisiones con mínima intervención humana.

No faltará el paraguas de la bioética que nos convoca a una mirada transversal desde los principios de Autonomía, Beneficencia y Justicia. Desde la autonomía entendemos a las personas como sujetos morales autónomos, seres únicos e irrepetibles, portadores de dignidad y no de precio, de esta manera se derivan la inviolabilidad e indisponibilidad de la persona. Desde la solidaridad y la Justicia, entendiendo a la solidaridad como dimensión social del principio de dignidad, se compromete el desarrollo de instrumentos de cooperación social, sin los cuales la vida en comunidad sería impracticable. El desafío comunitario consiste en determinar, en un marco de escasez de recursos, qué criterios deben utilizarse para la selección y distribución de los bienes. En el reparto de recursos escasos, como el caso de órganos para trasplantes el principio de justicia se concreta en el establecimiento de condiciones de igualdad para todas las personas que podrían beneficiarse con la dación de órganos y tejidos, tratando con la misma consideración y respeto a todos aquellos que se encuentren en condiciones similares.<sup>(2)</sup>

El Congreso contará con 27 invitados extranjeros y 144 disertantes argentinos que nos ilustrarán sobre los últimos avances en la materia.

Seguiremos con una gran actividad que incluirá 24 conferencias sobre procuración y trasplante, 6 conferencias plenarias. Además, tendremos la posibilidad de apreciar el trabajo de nuestros colegas a través de la presentación de 74 trabajos orales y 28 posters

En este contexto de Pandemia el Covid no estará ausente y podremos analizar los problemas que esta enfermedad desató sobre la procuración y el trasplante. Será un momento propicio para entender y transmitir las diferentes estrategias que utilizamos para transitar este tiempo de monopolización de una enfermedad sobre las otras y como fuimos generando las respuestas para nuestros pacientes.

Por primera vez hemos incluido un espacio de interacción con profesionales de los medios de comunicación. Entendemos que el mensaje para promover información adecuada y veraz y generar una actitud positiva hacia la donación de órganos y el trasplante requiere de una alianza estratégica entre los medios y el sistema procuración-trasplante.

La industria farmacéutica estará representada con cinco Simposios de temas relacionados a la temática. A través del tiempo y fundamentalmente en este contexto tan especial, entendemos a la industria como un aliado fundamental e imprescindible en este desafío de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes a través del desarrollo de nuevas drogas,



**Roberto Sabbatiello**  
**Co Presidente Congreso SAT**

de ayuda a pacientes, de apoyo a nuestra Sociedad y especialmente a este Congreso. En la convicción de la integración procuración-trasplante asistiremos a una Mesa redonda denominada "Acercando la Procuración y el Trasplante en la práctica diaria". El objetivo de la misma será buscar consensos en la práctica entre la procuración y el trasplante. Conocemos, a través de la evidencia, que existen criterios de aceptabilidad de órganos para trasplante, también sabemos que estos criterios muchas veces pueden cambiar ante circunstancias basadas tanto en el tratamiento del donante como en la urgencia del receptor. En ese momento, a nadie escapa la aparición de opiniones divergentes para la aceptación o no de un órgano para un receptor determinado. Esta mesa busca acercar esas opiniones entre los equipos de procuración y los de trasplante.

El Congreso ha sido declarado de Interés Nacional por la Secretaría General de la Presidencia de la Nación y ha recibido los auspicios del INCUCAI y la Academia Nacional de Medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario y de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuyo, de la Universidad de Buenos Aires, de la Universidad del Salvador, de la Universidad Católica Argentina, de la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado y del Capítulo Argentino de la IHPBA. También han brindado su auspicio la Sociedad Trasplante de América Latina y El Caribe - STALYC, la Sociedad Argentina de Nefrología, la Sociedad Argentina de Urología y la Sociedad Argentina de Hematología.

Ya finalizando queremos comunicarles que este XV Congreso Argentino de Trasplantes no es más que el reflejo de los lineamientos propuestos por nuestra Sociedad Argentina de Trasplantes que fuera creada en 1982 y refundada en 1994 por aquellos profesionales que escribieron las primeras páginas de la trasplantología argentina y que entendieron que tenían la necesidad de unirse para posibilitar la amplia participación de todos los profesionales con intereses académicos y científicos en los trasplantes de órganos y realizar un Congreso Nacional cada 2 años.<sup>(3)</sup>

No queremos dejar de reconocer la tarea del equipo de salud en la lucha contra la pandemia y recordar a los profesionales que fallecieron durante la misma.

Por último, queremos agradecer a todas las personas que de una u otra manera se involucraron en la organización de este Congreso y especialmente a nuestras familias que supieron entender el tiempo dedicado a la organización del mismo.

Muchas Gracias

Dr. Rubén Schiavelli

Dr. Roberto Sabbatiello

---

#### Referencias

[1]. Kèrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El Pensamiento Enfermero. Barcelona: Masson, 1996.

[2]. Barone, M; Fontana, R; Exeni, R; Madera, S; Mollar, E; Pérez Manelli, R; Tanus, E; Tanus, R; Yankowski, A. Documento de intención sobre los principios éticos en la procuración y trasplantes de órganos y tejidos en países del cono sur. Comité de Bioética Incucaí. Marzo 2000.

[3]. Estatuto Sociedad Argentina de Trasplantes

En esta época de muchísimo trabajo y condiciones laborales y familiares cambiantes hemos llegado a la inauguración de nuestro Congreso.

# XV Congreso Argentino de Trasplantes y RATx en la Generación y Difusión del Conocimiento

J. Ferraris<sup>(1)</sup>; C. Diaz<sup>(1)</sup>

(1) Co-Director Revista Argentina de Trasplantes

(2) Director Revista Argentina de Trasplantes

Este XV Congreso Argentino de Trasplantes, que realiza toda la comunidad trasplantológica Argentina y se repite cada 2 años, es el prelude del Congreso Mundial de Trasplantes que se llevará a cabo en Buenos Aires del 10 al 14 de Septiembre de 2022. A ello se agrega de contar formando parte de la Comisión Directiva de la Sociedad Internacional de Trasplante (TTS) a tres argentinos en cargos de gran jerarquía y responsabilidad: tesorero el Dr. Gabriel Gondolesi, Consejero por Latinoamérica al Dr. Carlos H. Diaz y su actual Presidente, el Dr. Marcelo Cantarovich. Esta es una clara evidencia del exponencial crecimiento que ha tenido la trasplantología argentina desde sus inicios en un lejano 11 de junio de 1957 cuando se realizó el primer trasplante de riñón a un paciente de 16 años en el Hospital de Clínicas José de San Martín llegando a posicionarse así, a nivel de excelencia mundial.

Es de destacar en 1978, año en que comienza a funcionar el CUCAi organismo de procuración nacional, que rige la actividad. Comienza con el desarrollo de programas de trasplante renal en el área metropolitana de Buenos Aires. En la década del '80 comienza la federalización ampliándose hacia las provincias, logrando su consolidación en la década del '90 con la creación del INCUCAI que alcanza a las 24 jurisdicciones, cubriendo así gran parte del territorio nacional; garantizando la transparencia y equidad en el proceso Procuración/Trasplante. En el año 2002 se alcanza la máxima expansión de este "efecto domino" con la creación del SINTRA, sistema modelo de monitorización en tiempo real de la actividad Procuración/Trasplante.

En este congreso escucharemos charlas, debates, conferencias, pero sobre todo se presentarán trabajos científicos. Para muchos de nosotros, esas presentaciones son de capital importancia, pues los grupos de trasplantes argentinos comparten generosamente sus experiencias; algunas muy buenas, otras buenas y las no tan buenas. Pues es así como la ciencia avanza: las experiencias buenas y muy buenas las replicamos, de las no tan buenas aprendemos a no repetir las para no dañar a nuestros pacientes.

Pero debemos recordar que esas presentaciones científicas, quedan resumidas en muy pequeños reglones y para que ellas tengan la total dimensión y el derrame del contenido científico deben ser publicadas.

La Revista Argentina de Trasplantes, espera ansiosamente la publicación de esos conocimientos para ser difundidos, no sólo en nuestra comunidad trasplantológica Argentina como así también en todos los países de habla castellana, por ser la única en su tipo.

Tomamos como una obligación: generar conocimiento y mostrar nuestras experiencias que son partes de ese trípode especial de la medicina: investigación cuyo corolario es la publicación, la asistencia a los pacientes y la docencia dirigida sobre todo a los médicos en formación, quienes continuarán este camino iniciado por los que nos han precedido.

Nos permitimos recordar la poesía de Antonio Machado "...Caminante no hay camino, se hace camino al andar..." Colegas, equipos de donación y trasplantes, "hagamos camino al andar", todos juntos compartiendo lo que nos une: la pasión por lo que hacemos, para así cambiar las vidas de nuestros pacientes y sus familias, hacia un mejor estado de salud.



*Committed to A*

**TTS20**

29<sup>th</sup> International Cong



*Access and Transparency*

**2022** | **BUENOS AIRES** ARGENTINA  
September 10-14

Congress of The Transplantation Society

[www.tts2022.org](http://www.tts2022.org)

The  
**Transplantation**  
Society



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES



**STALYC**  
Sociedad de Trasplante de  
América Latina y el Caribe



## La Vida También se Vive Para Contarla

### Nueva bibliografía sobre la historia de los trasplantes en la Argentina

Hoy, podemos decir con satisfacción, que los avances científicos y la investigación constante permitieron que el trasplante de órganos sea una práctica habitual. Esto fue posible gracias a un entusiasta grupo de científicos que, a lo largo de varias décadas, trabajaron incansablemente seguros de que la ciencia podía mejorar la calidad de vida y perpetuarla.

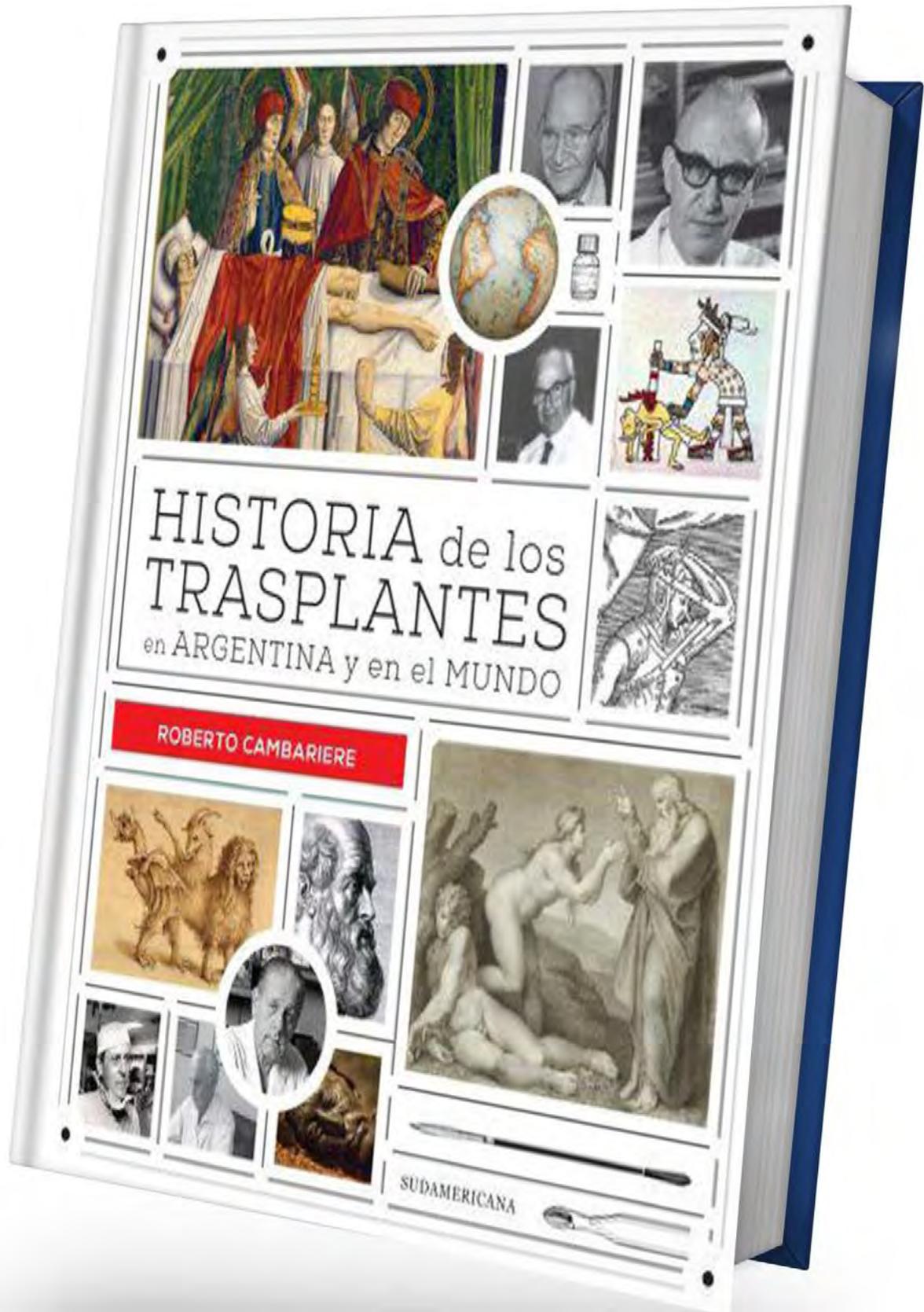


Dr. Prof. Roberto Cambariere

En Argentina, una vez recibido de médico, en el año 1966, comencé a observar que la diálisis no era una buena solución para los pacientes renales en su etapa terminal. Interiorizándome acerca de los desarrollos en el resto del mundo, entendí que el trasplante constituía una alternativa válida. Fue por eso que, hacia principios de la década del setenta, viajé a Francia para formarme en el servicio del profesor Hamburger, con el firme propósito de aprender todo lo referente al trasplante renal. Luego, de regreso en mi país, dediqué mi vida profesional entera a esta práctica.

Lo que está expresado en este libro es una proyección de mi mirada, de mis recuerdos; una mirada que sobrevuela el desarrollo de los trasplantes a lo largo de casi sesenta años, durante los cuales tuve la posibilidad de trabajar intensamente en el área asistencial, en la docencia e investigación. Por otro lado, esta obra pretende llenar un vacío en la historia de los trasplantes en la Argentina, rendir un humilde homenaje a nuestros pioneros, visibilizar a todos aquellos que por distintas circunstancias quedaron relegados o no han tenido el suficiente reconocimiento. La vida y mi propia convicción me permitieron ser testigo y protagonista, y mi pasión por el ensayo y la investigación me llevaron a intentar reconstruir el recorrido de los trasplantes no sólo en la Argentina sino en el mundo. Motivado por el deseo de dejar la historia a disposición de las nuevas generaciones, y con el desafío que implica para alguien que se sumerge en el pasado llegar hasta el presente con la tinta aún fresca, no dejé ajenas a la filosofía, la ética y la ciencia. Porque como dice el gran escritor y periodista Gabriel García Márquez, la vida también se vive para contarla. Y esa es mi humilde intención a través de estas páginas.

Roberto Cambariere



# HISTORIA de los TRASPLANTES

en ARGENTINA y en el MUNDO

**ROBERTO CAMBARIERE**

SUDAMERICANA



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

Procuración  
**Integración**  
Trasplante



SAT XV CONGRESO ARGENTINO

**Trasplantes**

INTEGRACIÓN | PROCURACIÓN | TRASPLANTE

**2021 virtual**

Miércoles 19 de mayo, 2021

Auditorio 1

- |               |   |               |   |
|---------------|---|---------------|---|
| 12:50 - 13:00 | <b>PALABRAS DE BIENVENIDA</b>   | 17:00 - 20:00 | <b>JORNADA DE ENFERMERÍA EN TRASPLANTES</b><br>Moderadora: Lic. Teresa Ibañez<br>HUFF, Buenos Aires                       |
| 13:00 - 13:45 | <b>CONFERENCIA INAUGURAL</b><br>Moderador: Dr. Eduardo Tanús<br><b>Inteligencia Artificial, Big Data</b><br>Dr. Walter Sosa Escudero<br>Profesor plenario, Universidad de San Andres<br>Investigador principal, CONICET | 17:00 - 17:10 | <b>Apertura</b>   |
| 14:00 - 17:00 | <b>CURSO PRE CONGRESO</b><br><b>INFECTOLOGIA</b>  | 17:10 - 17:45 | <b>Procuración de órganos y tejidos</b><br>Moderadora: Lic. Marta Vilchez<br>Hospital San Antonio de Padua, Córdoba       |
| 14:00 - 15:00 | <b>Evaluación pre trasplante</b><br>Moderador: Dr. Alejandro Yankowski  | 17:10 - 17:25 | <b>Donación a corazón parado</b><br>Lic. Marc Bohils Valle<br>Hospital Clinic, Barcelona                                  |
| 14:00 - 14:15 | Evaluación pre trasplante receptor<br>Dra. Natalia Pujato   | 17:25 - 17:40 | <b>Ablación de Córneas</b><br>Lic. Melisa Mingozzi<br>Htal. Inter. Gral de Agudos Dr O. Allende, Mar del Plata            |
| 14:15 - 14:30 | Evaluación pre trasplante donantes<br>Dr. Rubén Bernardi  | 17:40 - 17:45 | <b>Preguntas</b>  |
| 14:30 - 14:45 | Donante de alto riesgo infectológico<br>Dra. Mariela Subirá   | 17:45 - 18:20 | <b>Trasplante pediátrico</b><br>Moderadora: Lic. Claudia Flores Ortiz<br>Hospital Garrahan, Buenos Aires                  |
| 14:45 - 15:00 | <i>Preguntas</i>  | 17:45 - 18:00 | <b>Trasplante cardíaco</b><br>Lic. Florencia Espada<br>HUFF, Buenos Aires   |
| 15:00 - 16:00 | <b>Paciente trasplantado febril</b><br>Moderadora: Dra. Elena Maiolo  | 18:00 - 18:15 | <b>Trasplante renal</b><br>Lic. Pablo Pereira<br>ITAC by Diaverum, Buenos Aires   |
| 15:00 - 15:15 | Post trasplante inmediato<br>Dra. Claudia Salgueira   | 18:15 - 18:20 | <i>Preguntas</i>  |
| 15:15 - 15:30 | Post trasplante tardío<br>Dra. Laura Barcán   | 18:20 - 19:10 | <b>Gestión de enfermería en trasplantes en tiempos de pandemia</b><br>Moderadora: Lic. Celia Flores<br>HUFF, Buenos Aires |
| 15:30 - 15:45 | CMV: ¿Cambió algo?<br>Dra. Elena Temporiti  | 18:20 - 18:30 | <b>Trasplante hepático : Pre-trasplante</b><br>Lic. Eva López<br>Hospital Clinic, Barcelona, España                       |
| 15:45 - 16:00 | <i>Preguntas</i>  | 18:30 - 18:40 | <b>Trasplante hepático: Pos-trasplante</b><br>Lic. Raquel García<br>Hospital Clinic, Barcelona, España                    |
| 16:00 - 17:00 | <b>Infecciones según tipo de trasplante</b><br>Moderadora: Dra. Andrea Martinoia  | 18:40 - 18:50 | <b>Trasplante hepático: Experiencia en Perú</b><br>Lic. Yola Izquierdo Morales<br>HNERM, Perú                             |
| 16:00 - 16:15 | Trasplante renal<br>Dr. Martin Ajzenszlos   | 18:50 - 19:00 | <b>Trasplante cardíaco</b><br>Lic. Miguel Cabral<br>ICBA, Buenos Aires  |
| 16:15 - 16:30 | Trasplante hepático<br>Dra. Rocío Gago  | 19:00 - 19:10 | <i>Preguntas</i>  |
| 16:30 - 16:45 | Trasplante intratorácico<br>Dra. Astrid Smud  | 19:10 - 19:45 | <b>Dispositivos como puente al trasplante</b><br>Moderadora: Lic. Virginia Sánchez<br>Hospital Arturo Oñativia, Salta     |
| 16:45 - 17:00 | <i>Preguntas</i>  | 19:10 - 19:25 | <b>Cardíaco/DAV</b><br>Lic. Ricardo Rosero<br>HUFF, Buenos Aires  |
|               |   | 19:25 - 19:40 | <b>ECMO VA Móbile</b><br>Lic. Néstor Bertoia<br>HIBA, Buenos Aires  |
|               |   | 19:40 - 19:45 | <i>Preguntas</i>  |
|               |   | 19:45 - 20:00 | <i>Cierre</i>   |

Miércoles 19 de mayo, 2021

14:00 - 17:00 **CURSO PRE CONGRESO LA HISTOCOMPATIBILIDAD Y SU IMPLICANCIA EN EL PROCESO DE PROCURACIÓN - TRASPLANTE**  
Moderadora: Dra. Julia Roteta Rocamora

14:00 - 14:15 **Evaluación inmunológica de los pacientes y donantes pre trasplante y monitoreo pos trasplante**  
Moderadora: Lic Luciana Mas

14:15 - 14:20 *Discusión*

14:20 - 14:40 **Distribución en Argentina: puntaje de match, panel, conformación de la lista de espera, normativa de distribución**  
Dra Lilliana Bisigniano

14:40 - 15:10 **Impacto de las estrategias de distribución en el trasplante**  
Dra. María Bettinotti (USA)

15:10 - 15:40 **Utilización del cPRA en la priorización del paciente, cómo aplicarlo**  
Dr. Marcelo Pando (USA)

15:40 - 15:55 *Discusión*

15:55 - 16:20 **Aspectos clínicos y técnicos del crossmatch en el trasplante (Importancia de los resultados de FLOW XM en la selección del donante, interferencias, correlación con fase sólida).**  
Dr. Daniel Ramon (USA)

16:20 - 16:40 **Reducción de alloanticuerpos circulantes, monitoreo de laboratorio en desensibilización y en tratamiento de AMR**  
Dr. Daniel Ramon (USA)

16:40 - 17:00 *Discusión*

17:00 - 20:00 **CURSO DE TRASPLANTE PARA NO TRASPLANTOLOGOS**

Como pensar al paciente trasplantado que acude a nuestra consulta  
Complicaciones clínicas no relacionadas al trasplante en receptores de órganos sólidos.

Coordinador: Dr. Daniel Di Tullio

17:00 - 17:20 **Proceso procuración trasplante**  
Dr. José Juri

17:20 - 17:40 **Complicaciones cardíacas en trasplantados de órganos sólidos**  
Dr. Alejandro Stewart Harris

17:40 - 18:00 **Complicaciones renales en trasplantados de órganos sólidos**  
Dra. Josefina Roses

18:00 - 18:20 **Complicaciones pulmonares en trasplantados de órganos sólidos**  
Dr. Andrés Bertorello

18:20 - 18:40 **Complicaciones hepáticas en trasplantados de órganos sólidos**  
Dr. Gustavo Braslavsky

18:40 - 19:00 **Indicaciones y complicaciones del trasplante pancreático**  
Dra. Angelika Gruessner (USA)

19:00 - 19:30 **Complicaciones Infecciosas en trasplantes de órganos sólidos**  
Dra. Elena Maiolo

19:30 - 19:50 **Complicaciones quirúrgicas en trasplantados de órganos sólidos**  
Dr. Nicolas Sánchez

Miércoles 19 de mayo, 2021

Auditorio 3

14:00 - 19:00 **JORNADA DE ACCESIBILIDAD A LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE**

14:00 - 14:05 **Introducción**  
Dr. Rubén Schiavelli

14:05 - 14:35 **Situación actual**  
Dr. Carlos Soratti  
*Presidente Incucai*

14:35 - 15:05 **TRABAJO SOCIAL**  
Mod: Lic. Eugenia Ferreira, Lic. Enrique Bravo

14:35 - 14:50 **Problemática desde las Jurisdicciones**  
**Situación actual**  
Lic. Rosana Dappen

14:50 - 15:05 **¿Por qué se habla de accesibilidad a la lista de espera?**  
**Aportes desde el Trabajo Social**  
Lic. Sonia Ferreyra

15:05 - 15:35 **SALUD MENTAL**  
Mod: Dra. Susana Bayardo, Lic. Daniel Merino

15:05 - 15:20 **Factores percibidos como facilitadores y obstaculizadores para el ingreso a la lista de espera de trasplante de órganos**  
Lic. Mariela Miranda

15:20 - 15:35 **Evaluación psiquiátrica en el inicio del proceso de pre-trasplante de órganos para inscripción en lista de espera. Una herramienta para favorecer la adherencia terapéutica.**  
Dr. Gonzalo Gómez

15:35 - 16:35 **FINANCIADORES**

15:35 - 15:50 Dr. Fernando Avellaneda (COSSPRA)

15:50 - 16:05 Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)  
Dra. María Silvana Capitanich

16:05 - 16:15 **LA MIRADA DESDE LOS PACIENTES**  
Roberto Isab  
*Secretario del Consejo Asesor de Pacientes del INCUCAI*

16:15 - 16:55 **CONCLUSIONES DE LOS 3 TALLERES**

16:15 - 16:55 **Taller Trasplante Renal**  
Dr. Guillermo Rosa Diez  
Dra. Marta Monteverde  
Dra. Silvina Aleman

16:55 - 17:25 **Taller Trasplante Hígado e Intestino**  
Dr. Federico Piñero, Dra. Alejandra Villamil,  
Dr. Gabriel Gondolesi, Dra. María Basile,  
Dra. Laura Blazquez, Dr. Omar Galdame,  
Dr. Daniel Matus, Dr. Roberto Pérez Ravier,  
Dr. Hector Solar

17:25 - 17:55 **Taller Intratorácico**  
Dr. Alejandro Bertolotti  
Dra. Graciela Svetlizaar

17:55 - 18:50 **Conclusiones Finales en vivo**  
Dr. Carlos Soratti, Dr. Ruben Schiavelli,  
Dr. Guillermo Rosa Diez, Dra. Marta Monteverde,  
Dra. Silvina Aleman, Dr. Gabriel Gondolesi,  
Dra. Alejandra Villamil, Dr. Alejandro Bertolotti,  
Dra. Graciela Svetliza

19:00 - 20:00 **BIOÉTICA EN TRASPLANTE**

19:00 - 19:30 **Conferencia**  
**Ética y Trasplante: dos caminos paralelos**  
Disertante: Dr. Eduardo Santiago Delpin  
(Puerto Rico)

Moderador: Dr. Eduardo Tanús

Jueves 20 de mayo, 2021

- 15:00 - 15:45 **RIÑÓN**  
**EXPANSION DEL POOL DE DONANTES**  
 Moderadores:  
 Dr. Mariano Arriola, Dra. Gabriela Hidalgo
- 15:00 - 15:20 **Expansión del Pool de Donantes: donante fallecido. Experiencia Española.**  
 Dra. Beatriz Dominguez Gil  
*(España)*
- 15:20 - 15:35 **Expansión del Pool de Donantes: donante vivo. Experiencia Americana.**  
 Dr. Dorry Segev  
*(USA)*
- 15:35 - 15:45 *Discusión*
- 15:45 - 16:30 **RIÑÓN**  
**Retraso de la función del injerto**  
 Moderadores:  
 Dra. Cora Giordani, Dr. Nicolás Rocchetti,  
 Dr. Juan Ibañez.
- Presentación de datos:**  
 Dra. Cora Giordani
- Mesa de discusión:**  
 Dr. Amado Andres, Dra. Liliana Bisigniano,  
 Dr. Rubén Schiavelli, Dr. Nicolás Rocchetti.
- 16:45 - 17:45 **SIMPOSIO JANSSEN**  
**Hipertensión portopulmonar y trasplante hepático**
- 16:45 - 16:48 **Bienvenida y presentación de agenda**  
 Moderado: Dr. Nicolas Atamañuk
- 16:48 - 17:05 **Presentación de caso clínico: Desafíos en el manejo de la hipertensión portopulmonar en los candidatos a trasplante hepático**  
 Dr. Manuel Mendizabal, Dr. Nicolas Atamañuk
- 17:05 - 17:30 **Pasado, presente y futuro de la hipertensión portopulmonar. ¿Qué debemos tener en cuenta en la evaluación y consideración de trasplante hepático en estos pacientes?**  
 Dr. Laurent Savale
- 17:30 - 17:45 **Comentarios y preguntas de los asistentes**  
 Dr. Manuel Mendizabal, Dr. Nicolás Atamañuk,  
 Dr. Laurent Savale

- 17:45 - 18:30 **SESIÓN PLENARIA**  
 Moderadora: Dra. Laura Barcán
- 17:45 - 18:15 **COVID y Trasplante: enseñanzas de la pandemia**  
 Dra. Lúgia Pierrotti  
*(Brasil)*
- 18:15 - 18:30 *Preguntas*
- 18:30 - 19:15 **SIMPOSIO SANDOZ**  
**Fragilidad y Trasplante**  
 Coordinador: Dr. Pablo Raffaele  
*Jefe de la Unidad Renal del Hospital Universitario Fundación Favaloro.*  
 Disertante: Dr. Leocadio Rodriguez Mañas  
*(España)*  
*Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe*
- 19:15 - 20:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES RIÑÓN 1**  
 Moderadores:  
 Dr. Luis Mainetti - Dr. Nicolás Sánchez
- 20:00 - 21:00 **BIOÉTICA**  
 Moderadores:  
 Dra. Mariela Salomé, Dr. Hugo Petrone
- 20:00 - 20:25 **Justicia distributiva y pandemia**  
 Dra. Maria Elisa Barone
- 20:25 - 20:45 **Incertidumbre, bioética y pandemia**  
 Dr. Luis Rojas
- 20:45 - 21:00 *Discusión*

Jueves 20 de mayo, 2021

Auditorio 2

- 15:00 - 16:00 **HÍGADO  
HACIA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS  
PROCESOS DE PROCURACIÓN I**  
Moderador: Dr. Fernando Cairo
- 15:00 - 15:10 **Problemáticas en el sistema de  
procuración actual nacional en hígado**  
Dr Emilio Quiñonez
- 15:10 - 15:20 **Del donante potencial al donante  
efectivo: ¿dónde está la barrera?**  
Dr. José Juri
- 15:20 - 15:30 **Impacto de la Ley Justina  
en la procuración y trasplante hepático**  
Dr. Alejandro Yankowski
- 15:30 - 15:40 **Impacto de la cuarentena preventiva  
y de la pandemia COVID-19 en la pro-  
curación y trasplante hepático**  
Dra. Josefina Pagés
- 15:40 - 16:00 **Discusión y mesa de propuestas  
y soluciones**  
Coordina:  
Dr. Fernando Cairo  
Procuración:  
Dr. José Juri, Dr. Alejandro Yankowski  
Trasplantólogos:  
Dr Emilio Quiñonez, Dra. Josefina Pagés
- 19:15 - 20:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
RIÑÓN 2**  
Moderadores:  
Dr. Rafael Maldonado – Dr. Gustavo Cremades
- 20:00 - 21:00 **XENOTRASPLANTE  
Actividad Interinstitucional Argentina  
para el Desarrollo del Xenotrasplante**  
Moderadora:  
Dra. Dalia Lewi
- 20:00 - 20:05 **Introducción**
- 20:05 - 20:15 **Aspectos regulatorios**  
Dra. Paulina Boari
- 20:15 - 20:25 **La mirada desde la bioética**  
Dr. Roberto Cambariere
- 20:25 - 20:45 **Investigación y desarrollo**  
Dr. Adrián Abalovich, Dr. Rafael Fernández
- 20:45 - 20:55 **Comunicación a la sociedad**  
Lic. María Florencia Goberna
- 20:55 - 21:00 **Conclusión**

Jueves 20 de mayo, 2021

15:00 - 16:00 **RENOPÁNCREAS**

Moderadores:  
Dr. Martín Cuesta, Dr. Pablo Uva

15:00 - 15:20 **Selección de donante de páncreas.  
Criterios ideales y expandidos**

*("Donor selection: Standard  
and extended criteria donors")*  
Dr. Jonathan Fridell  
(USA)

15:20 - 15:40 **Trasplante de páncreas aislado.  
Indicaciones y resultados en la era  
del páncreas artificial.**

*("Pancreas Transplant Alone: Indications and  
results in the era of the artificial pancreas")*  
Dr. Jonathan Fridell  
(USA)

15:40 - 16:00 **Discusión**

19:15 - 20:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
HÍGADO-INTestino**

Moderadores:  
Dr. Emilio Quiñonez – Dr. Gustavo Podestá

20:00 - 20:30 **RENOPÁNCREAS**

Moderadores:  
Dr. Martín Maraschio, Dra. Josefina Rosés

20:00 - 20:20 **Re trasplante de páncreas.  
Indicaciones, aspectos técnicos  
y resultados.**

*("Pancreas Replantation:  
Indications, technical aspects and results")*  
Dr. Marcelo Perosa  
(Brasil)

20:20 - 20:30 **Preguntas**

20:30 - 21:05 **ENFERMERIA**

Moderador:  
Lic. Néstor Bertoia  
HIBA, Buenos Aires

20:30 - 20:45 **Situación actual de la procuración en  
Argentina**

Lic. Mayra Carolina Mansilla  
Hospital Padilla, Tucumán

20:45 - 21:00 **Gestión de Enfermería en trasplante  
en Argentina**

Lic. Teresa Ibáñez  
HUFF, Buenos Aires

21:00 - 21:05 **Comentarios**

Jueves 20 de mayo, 2021

Auditorio 4

15:00 - 16:00 **HISTOCOMPATIBILIDAD**

Moderadora:  
Dra. Mónica Tambutti

15:00 - 15:20 **Implicancia de los anticuerpos no HLA en el trasplante**

Dr. Marcelo Pando  
(USA)

15:20 - 15:30 **Discusión**

Moderadora:  
Lic. Karin Padros

15:30 - 15:50 **Importancia de la histocompatibilidad en trasplante de órganos no renales**

Dra. María Bettinotti  
(USA)

15:50 - 16:00 **Discusión**

19:15 - 20:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES INFECTOLOGÍA 1**

Moderadores:  
Dr. Luis Gaite - Dr. Fernando Riera

20:00 - 21:00 **INFECTOLOGÍA  
Novedades y controversias en trasplantes**

Moderador:  
Dr. Martin Ajzenszlos

20:00 - 20:15 **HPV**

Dra. Laura Barcán

20:15 - 20:30 **Valor clínico del monitoreo inmunológico, utilidad de los scores**

Dra. Patricia Giorgio

20:30 - 20:45 **Infecciones por Arbovirus en trasplantes**

Dra. Lígja Pierrotti  
(Brasil)

20:45 - 21:00 **Preguntas**

Jueves 20 de mayo, 2021

15:00 - 16:30 **CORAZÓN**  
Desafíos actuales en trasplante cardíaco

15:00 - 15:12 **Nuevas indicaciones en trasplante cardíaco e igual número de donantes. ¿Cómo enfrentar el problema?**  
Dr. Ricardo Marenchino

15:12 - 15:24 **Cambios en el perfil de donantes y receptores. repararse para la complejidad.**  
Dra. Liliana Favalaro

15:24 - 15:36 **Realidad y manejo de sobrevida a largo plazo**  
Pediatria: Dra. Dora Haag

15:36 - 15:50 Comentadores:  
Dr. Luis Ahualli, Dra. Mirta Diez

15:50 - 16:10 **Conferencia: El futuro en trasplante cardiaco**  
Dr. José Luis Lambert  
(España)

16:10 - 16:20 Comentadores:  
Dra. Vanesa Gregorietti, Dr. César Belziti

19:15 - 20:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES PROCURACIÓN 1**

Moderadores:  
Dra. Viviana Cabezas – Dr. Francisco Leone

20:00 - 21:00 **CORAZÓN**  
Procuración en trasplante cardíaco: amenazas y oportunidades

20:00 - 20:12 **Tratamiento del potencial donante: nuevas tecnologías**  
Dra. Susana Bauque

20:12 - 20:24 **Porcentaje de aceptación, número de trasplantes y resultados a corto y largo plazo**  
Dr. César Belziti

20:24 - 20:36 **Trasplante cardíaco en tiempos de pandemia ¿Qué aprendimos?**  
Dra. Gabriela Hidalgo

20:36 - 20:48 **Trasplante cardíaco en pacientes con muerte circulatoria ¿Es posible en Argentina?**  
Dr. José Juri

20:48 - 21:00 Comentadores:  
Dr. Nicolás Russo  
(Uruguay)  
Dr. Roberto Bonafede  
Dra. Liliana Bisigniano

Viernes 21 de mayo, 2021

Auditorio 1

- 15:00-15:45 **RIÑÓN**  
**Hipersensibilizados en argentina: acercándonos al cambio En la política de distribución**  
 Moderadores:  
 Dr. Jorge de la Fuente, Lic. Karin Padros
- 15:00 - 15:05 **Presentación del proyecto de hipersensibilizados en Argentina**  
 Dra. Jihan Sleiman
- 15:05 - 15:15 **Política de Distribución en EEUU para hipersensibilizados: Rol del laboratorio de histocompatibilidad**  
 Dr. Daniel Ramon (USA)
- 15:15 - 15:30 **Impacto en lista de espera en la supervivencia de estos pacientes**  
 Dra. Milagros Samaniego (USA)
- 15:30 - 15:45 **Discusión:**  
 Dr. Daniel Ramon, Dra. Milagros Samaniego, Dra. Liliana Bisigniano, Lic. Karin Padros, Dr. Jorge de la Fuente
- 15:45-16:15 **DESCARTE RENAL DURANTE LA PROCURACIÓN DE ÓRGANOS**  
 Moderadores:  
 Dra. Mara Rial, Dr. Marcial Angos
- 15:45 - 16:00 **Descarte renal en España. Impacto de la máquina de perfusión en el descarte renal**  
 Dr. Angel Ruiz (España)
- 16:00 - 16:10 **Prevalencia de descarte renal en Argentina. Sus principales causas (año 2019)**  
 Dr. Hugo Petrone
- 16:10 - 16:15 **Preguntas**
- 16:15 - 17:00 **SESIÓN PLENARIA**  
 Moderadoras:  
 Dra. Carolina Rumbo - Dra. Verónica Busoni
- 16:15-16:45 **Rechazo mediado por anticuerpos en trasplante hepato intestinal**  
 Disertante:  
 Dra. Paloma Talayero (España)
- 16:45 - 17:00 **Discusión**
- 17:00 - 18:00 **SIMPOSIO ASTELLAS GADOR**  
**Pérdida tardía del injerto: el desafío de optimizar los resultados clínicos en el largo plazo**  
 Disertante: Dr. Emilio Poggio (USA)  
 Coordinador: Dr. Pablo Novoa
- 18:00 - 18:45 **SESIÓN PLENARIA**  
**La donación y el trasplante en los medios de comunicación: abordaje responsable**  
 Moderador:  
 Lic. Pablo Rabotnikof  
 Coordinador de Prensa del INCUCAI)
- 18:45 - 18:50 **La promoción de la salud y los medios de comunicación: una perspectiva global**  
 Dra. Cecilia Marzoa  
 Consultora OPS/OMS ARG en OPS ARG
- 18:50 - 19:00 **Presentación de las Recomendaciones para medios de comunicación para el abordaje de noticias sobre donación y trasplante**  
 Florencia Ballarino  
 Miembro de la com. directiva de la Red Argentina de Periodismo Científico
- 19:00 - 19:10 **Donación y trasplante en los medios de comunicación, perspectiva institucional y responsabilidad profesional.**  
 Lic. Roxana Fontana  
 Dir. de Rel. Institucionales y Comunicación del INCUCAI
- 19:10 - 19:20 **Discusión**
- 19:20-19:30 **SIMPOSIO NOVARTIS**  
**TRANSFORMando el tratamiento inmunosupresor a largo plazo en trasplante renal**  
 Disertante: Dr. Helio Tedesco Silva Junior  
 Prof. Asociado, División de Nefrología, Hospital do Rim, Universidad Federal de São Paulo (UNIFESP), Brasil
- 19:30 - 20:15 **RIÑÓN**  
**RECHAZO CRÓNICO ACTIVO.**  
 Moderadores:  
 Dra. Marta Monteverde, Dr. Gervasio Soler Pujol
- 20:15 - 21:00 **Diagnóstico de precisión en Rechazo Crónico Activo**  
 Dra. Milagros Samaniego (USA)
- 20:30 - 20:45 **Estrategias de tratamiento del Rechazo Crónico Activo**  
 Dr. Amado Andrés Belmonte (España)
- 20:45 - 20:55 **Discusión**

Viernes 21 de mayo, 2021

Auditorio 2

- 15:00 - 16:00 **HÍGADO  
 HACIA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS  
 PROCESOS DE PROCURACIÓN II**  
 Moderadores:  
 Dr. Oscar Imventarza, Dr. Jose Juri
- 15:00 - 15:10 **Aplicación del Sistema de Priorización  
 Argentino en vías de excepción y  
 MELD-Sodio. Resultados**  
 Dr. Ariel Antik
- 15:10 - 15:20 **Necesidad de análisis de datos  
 para optimización de la procuración  
 y alocaión de hígados**  
 Dr. Ezequiel Mauro
- 15:20 - 15:30 **Demanda y oferta poblacional-educati-  
 va: ¿cuántos centros de trasplante  
 hepático necesita nuestro país?**  
 Dr. Javier Lendoire
- 15:30 - 15:40 **¿Es costo-efectivo y económicamente  
 sustentable el trasplante hepático  
 en Argentina?**  
 Dr. Federico Villamil
- 15:40 - 16:00 **Discusión y mesa de propuestas  
 y soluciones**  
 Coordinan:  
 Dr. Oscar Imventarza, Dr. Jose Juri  
 Trasplantólogos:  
 Dr. Ezequiel Mauro, Dr. Javier Lendoire,  
 Dr. Federico Villamil
- 16:15 - 17:00 **SESIÓN PLENARIA**  
 Moderadora:  
 Dra. Claudia Salgueira
- 16:15 - 16:45 **US-Wide SARS-CoV-2 Vaccine Study in  
 Transplant Recipients: Reactogenicity  
 and Immunogenicity"**  
 Disertante:  
 Dr. Dorry Segev  
 (USA)
- 16:45 - 17:00 **Discusión**
- 18:00 - 18:45 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
 RIÑON 4**  
 Moderadores:  
 Dr. Carlos Chiurciu, Dr. Daniel Di Tullio,  
 Dr. Jorge Ferraris

- 18:45-19:30 **SESIÓN PLENARIA**  
**Hacia la optimización de los procesos  
 de procuración IV**  
 Moderadores:  
 Dr. Pablo Barros Schelotto,  
 Dr. Gustavo Podestá
- 18:45 - 19:10 **Donantes en asistolia: ¿es factible en  
 Argentina? Resultados en hígado**  
 Dr. Constatino Fondevila  
 (España)
- 19:10 - 19:30 **Preguntas**
- 19:30 - 20:15 **MESA DE DISCUSIÓN**  
 Auspiciada por Laboratorio Raffo  
**Microangiopatía Trombótica en la  
 biopsia postrasplante renal: un desafío  
 diagnóstico y terapéutico**  
 Presenta y Modera:  
 Dra. María Fernanda Toniolo  
 Disertantes:  
 Dra. Marcela Fortunato,  
 Dr. Daniel Di Tullio,  
 Dra. Mara Rial
- 20:15 - 21:00 **HÍGADO  
 HACIA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS  
 PROCESOS DE PROCURACIÓN III**  
 Moderadores:  
 Dr. Martin Fauda, Dra. Silvina Yantorno
- 20:15 - 20:25 **Donantes marginales: ¿cuán factible es  
 utilizarlos en Argentina?**  
 Dr. Melisa Dirchwolf
- 20:25 - 20:35 **Colangitis isquémica difusa.  
 Soluciones de preservación.  
 Análisis de costo-efectividad.**  
 Dr. Gabriel Gondolesi
- 20:35 - 20:45 **Desarrollo de estrategias para aumentar  
 la utilización de hígados "Split".**  
 Dr. Esteban Halac
- 20:45 - 21:00 **Discusión y mesa de propuestas  
 y soluciones.**  
 Moderadores:  
 Dr. Martin Fauda, Dra. Silvina Yantorno  
 Procuración:  
 Dr. José Juri, Dr. Luis Rojas, Dr. Marcial Angós  
 Trasplantólogos:  
 Dra. Melisa Dirchwolf, Dr. Gabriel Gondolesi,  
 Dr. Esteban Halac

Viernes 21 de mayo, 2021

Auditorio 3

- 14:45- 15:45 **RENOPÁNCREAS**  
Moderadores:  
Dr. Esteban Alvarenga, Dr. Diego Cutropia
- 14:45 - 15:05 **Selección del receptor. Valoración riesgo-beneficio. Impacto en resultados**  
Dr. Pedro Ventura-Aguiar  
(España)
- 15:00 - 15:15 **Preguntas**
- 15:15 - 15:35 **Evaluación vascular y cardiovascular. Estrategias de valoración del riesgo**  
Dr. Martin Maraschio
- 15:35 - 15:45 **Preguntas**
- 15:45-16:15 **RENOPÁNCREAS**  
Moderadores:  
Dr. Gervasio Soler Pujol, Dra. Rosana Groppa
- 15:45- 16:05 **Conferencia Anatomía patológica del injerto pancreático**  
Dra. Cinthia Drachenberg  
(USA)
- 16:05 - 16:15 **Preguntas**
- 18:00 - 18:45 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES PSICOLOGÍA - ENFERMERÍA**  
Moderadora:  
Lic. Teresa Ibañez , Lic. Daniel Merino
- 20:15 - 21:15 **SALUD MENTAL**
- 20:15 - 20:35 **Transición - Del Hospital pediátrico al Hospital de adultos**  
Moderadora:  
Lic. Verónica Priotti  
Disertantes:  
Lic. Ediviges Norton,  
Lic Daniel Merino
- 20:35 - 20:45 **Preguntas y Discusión**
- 20:45 - 21:05 **Procuración y donación - Donantes vivos**  
Moderadora:  
Dra. Lilian Ferreyra  
Disertantes:  
Lic. Alicia Juárez Carrizo, Dra. Susana Bayardo
- 21:05 - 21:15 **Preguntas y Discusión**

Viernes 21 de mayo, 2021

15:00 - 16:00 **TRABAJO SOCIAL**

15:00 - 15:30 **Cronicidad y adherencia**

Moderadoras:  
 Lic. Sonia Ferreyra, Lic. Rosana Dappen

15:00 - 15:08 Lic. Eugenia Ferreira Centeno

15:08 - 15:16 Lic. Liliana Martínez

15:16 - 15:24 Lic. Noemí Zimmer

15:24 - 15:30 **Discusión**

15:30 - 16:00 **Transición en trasplante:  
 El acompañamiento desde  
 la adolescencia a la adultez**

Moderadores:  
 Lic. Marcela Ana Fotheringham,  
 Lic. Gerónimo Ellena

15:30 - 15:42 Mg. Enrique Bravo

15:42 - 15:54 Lic. Verónica Gambina

15:54 - 16:00 **Discusión**

18:00 - 18:45 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
 INFECTOLOGÍA 2**

Moderadores:  
 Dra. Elena Maiolo,  
 Dra. Mariana Fabiana Seu

20:15 - 21:15 **INFECTOLOGÍA  
 Donante de Alto Riesgo**

Moderador:  
 Dr. Omar Galdame, Dr. Raul Pidoux.

20:15 - 20:30 **Impacto de la pandemia  
 en la procuración de órganos y tejidos**

Dra. Roxana Barragán

20:30 - 20:45 **Donante de alto riesgo procuración**

Dra. Marisa Cobos

20:45 - 21:00 **Colonización/infección del donante  
 por organismo multirresistente**

Dra. Elena Temporiti

21:00 - 21:15 **Preguntas**

Viernes 21 de mayo, 2021

15:00 - 15:35 **INTESTINO**  
**Conferencia**

Moderadores:

Dr. Gabriel Gondolesi

Dr. Rodrigo Sánchez Clariá

15:00 - 15:25 **Impacto del manejo multidisciplinario**  
**en las Unidades de Falla Intestinal**

Dr. Yaron Avitzur

(Canadá)

15:25 - 15:35 **Discusión**

18:00 - 18:45 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES**  
**PROCURACIÓN 2**

Moderadores:

Dr. Aldo Marcelo Bunader,

Dra. Adriana Fariña

20:45 - 21:15 **INTESTINO**  
**Caso clínico**  
**Hospital Italiano - Fundación Favaloro**

Moderadores:

Dr. Diego Ramisch, Dr. Pablo Lobos

Auditorio 5

Viernes 21 de mayo, 2021

- 15:00 - 16:00 **PULMÓN**  
Moderadores:  
Dr. Alejandro Bertolotti, Dra. Roxana Barragán
- 15:00 - 15:12 **Rol de la ecografía  
en el donante pulmonar**  
Dr. Nicolás Tommasino (Uruguay)
- 15:12 - 15:24 **La procuración pulmonar:  
lo que aprendimos del COVID 19**  
Lic. Matías Cini
- 15:24 - 15:36 **Estrategias ventilatorias  
en procuración pulmonar**  
Lic. Vanesa Ruiz
- 15:36 - 15:48 **Procuración pulmonar  
en donante pediátrico**  
Dra Manuela Dicembrino
- 15:48 - 16:00 **Discusión**

Sábado 22 de mayo, 2021

Auditorio 1

- 09:45 - 10:45 **MESA REDONDA**  
**Acercando la procuración y el trasplante en la práctica diaria**  
*Auspiciada por Laboratorio Gador*  
Moderador:  
Dr. Roberto Sabbatiello
- Disertantes:  
Dr. Rubén Bernardi  
Dr. Oscar Inventarza  
Dr. Alejandro Bertolotti  
Dra. Olga Guardia
- 10:45 - 11:15 **RIÑÓN**  
**Interacción entre médicos en formación**  
Moderadores:  
Dra. Marcela Fortunato, Dr. Pablo Centeno
- Presentación de caso clínico operativo de trasplante**  
Procuración:  
Dra. María Andrea Misa  
Nefrólogos:  
Dra Mirna Lapadula, Dra. Valeria Tejerina
- 11:30 - 12:15 **SESION SOCIEDAD ARGENTINA DE TRASPLANTES**
- 12:15 - 13:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES RIÑÓN 5**  
Moderadores:  
Dr. Martín Pérez, Dra. Beatriz Risso
- 13:00 - 13:15 **ENTREGA DE PREMIOS Y CIERRE DEL CONGRESO**

Sábado 22 de mayo, 2021

Auditorio 2

- 10:45 - 11:15 **HÍGADO  
HACIA LA OPTIMIZACIÓN DE LOS  
PROCESOS DE PROCURACIÓN IV**  
Moderadores:  
Dr. Pablo Barros Schelotto,  
Dr. Jorge Rodriguez
- 10:45 - 10:55 **Ablación regional en el trasplante  
hepático: ¿una solución o un problema?**  
PRO: Dr. Martín Maraschio  
CON: Dr. Juan Mattera
- 10:55 - 11:05 **Distribución regional  
en el trasplante hepático.**  
PRO: Dr. Daniel Matus  
CON: Dr. Lucas McCormack
- 11:05 - 11:15 **Discusión y mesa de propuestas  
y soluciones**  
Coordinan:  
Dr. Pablo. Barros Schelotto, Dr. Jorge Rodriguez
- Procuración:  
Dr. Luis Rojas, Dr. Marcial Angos
- Trasplantólogos:  
Dr. Martín Maraschio, Dr. Juan Mattera,  
Dr. Daniel Matus, Dr. Lucas Mc Cormack
- 12:15 - 13:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
RIÑON 6**  
Moderadores:  
Dr. Domingo Casadei,  
Dr. Pablo Raffaele

Sábado 22 de mayo, 2021

Auditorio 3

12:15 - 13:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
TRABAJO SOCIAL**

Moderadores:  
Lic. Lorena Luque,  
Lic. Rosana Dappen

Auditorio 4

12:15 - 13:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
INFECTOLOGÍA 3**

Moderadores:  
Dra. Marisa Cobos,  
Dr. Pablo Novoa

Auditorio 5

12:15 - 13:00 **PRESENTACIÓN DE TRABAJOS LIBRES  
CORAZÓN, PULMÓN, MISCELÁNEAS**

Moderadores:  
Dr. Luis Ahualli,  
Dr. Elio Suso



# Listado de Abstracts

## O-106

## Ciencias Básicas

## Relevancia del Acompañamiento Psico-emocional en Personas que Transitan el Proceso de Trasplante.

Mosler, C<sup>(1)</sup>;  
 Pierini, L<sup>(2)</sup>;  
 Etchandy, P<sup>(1, 2)</sup>;  
 Dal Lago, S<sup>(1)</sup>;  
 Penone, P<sup>(3, 4)</sup>;  
 Rojas, L<sup>(5)</sup>;  
 Lucero, S<sup>(1)</sup>;  
 Pinal, N<sup>(1)</sup>;  
 Yriarte, M<sup>(2)</sup>

(1)Asociación Pediátrica de Trasplantes. CABA, Argentina

(2)Área Psicosocial, Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires. CABA, Argentina

(3)CABA

4)Guardia Médica Operativa, Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires. CABA, Argentina

(5)Directorio, Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires. CABA, Argentina

Financiamiento: No

La ponencia propone dar a conocer el dispositivo implementado por la Asociación Pediátrica de Trasplante (APT) y el Área psico-social del Ente Autárquico Instituto de Trasplante de la Ciudad de Buenos Aires (EAIT) durante los meses del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), así como también reflexionar sobre la relevancia que tuvo el mismo a la hora de ponderar el beneficio que significa el acompañamiento psico-emocional para los pacientes que transitan el proceso de trasplante.

Entendemos el proceso de trasplante como aquel que va desde el diagnóstico de la enfermedad, el ingreso a lista de espera, la participación en uno o más operativos previos a la cirugía, y por último, al tratamiento post-trasplante. Atravesar estas etapas en pos de mantener la vida, implica un esfuerzo conjunto proporcional a la magnitud del logro a conseguir. Las personas inmersas en este proceso deberán asimilar gran cantidad de información (tanto sobre cuestiones médicas como administrativas) y sobrellevar estados emocionales venidos de ello para conseguir adaptarse a cada una de las etapas mencionadas.

El proyecto "Aislamiento en Compañía" surge en el contexto del ASPO, ante la necesidad de dar continuidad al acompañamiento y seguimiento en el tratamiento de pacientes trasplantados y en lista de espera, que tanto desde la APT como del Área psico-social del EAIT venían realizando. Es así que, ahora de manera conjunta, comienza a funcionar este dispositivo bajo las siguientes modalidades: un encuentro grupal semanal de noventa minutos a través de la plataforma virtual Zoom. Acompañamiento continuo dentro del marco de un grupo de WhatsApp, y la posibilidad de abordaje individual para situaciones particulares, vía telefónica.

La población de estos grupos está conformada por pacientes trasplantados, re-trasplantados y en lista de espera. Para dar respuesta a las particularidades y distintos intereses manifestados por los participantes, se conformaron tres grupos: de Adultos, de Adolescentes y de Padres.

Se considera de suma importancia el seguimiento del tratamiento médico como la contención psico-emocional, a fin de fomentar la adherencia al tratamiento de las personas que participan del proceso de trasplante. Los dispositivos de virtualidad que fueron implementados demostraron ser abrigo a lo que debiéramos consolidar como otra columna imprescindible y sostenida en el tiempo del tratamiento en personas con padecimientos crónicos. El abordaje psico-emocional. Una manera de acercamiento, a través de una red social accesible para grupos de pares con acompañamiento profesional.

Mediante una encuesta voluntaria, anónima y auto-administrada de manera online, buscamos conocer la opinión e inquietudes de los participantes. También, para el análisis se han tenido en cuenta los testimonios espontáneos manifestados en las distintas modalidades del dispositivo durante estos meses. Del análisis de los datos recolectados se observó que, las características del encuadre elegido generarían efectos beneficiosos para la adherencia al tratamiento que se traducirían en una mejor calidad de vida y bienestar personal. A partir de estos resultados es de nuestro interés poder trazar las líneas de trabajo para una investigación futura.

## P-49 Corazón

### Rechazo del Injerto Luego del Trasplante Cardíaco. Incidencia, Factores Asociados y Pronóstico

Capdeville, S<sup>(1)</sup>;  
Lee, MG<sup>(1)</sup>;  
Barolo, R<sup>(1)</sup>;  
Rossi, E<sup>(1)</sup>;  
Marenchino, R<sup>(1)</sup>;  
Belziti, C<sup>(1)</sup>;  
Pizarro, R<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Cardiología,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
CABA, Argentina

**Introducción:** El avance en la terapia inmunosupresora ha disminuido la frecuencia de rechazo del injerto, pero aún constituye una complicación trascendente luego del trasplante cardíaco (TXC). Resulta importante conocer en nuestra población la incidencia de rechazo y sus implicancias. El objetivo del estudio es describir en una serie de TXC de nuestro país la incidencia de rechazo, los factores asociados y su impacto sobre la supervivencia alejada.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y analítico, de una cohorte retrospectiva de pacientes receptores de TXC en nuestra institución incluidos en forma consecutiva durante el periodo enero 2010-mayo de 2019. Se excluyeron los trasplantes combinados y aquellos que fallecieron durante la internación correspondiente al trasplante. El criterio de verdad para considerar rechazo fue la biopsia endomiocárdica (BEM) y en los casos que no se contó con la BEM antes de iniciar el tratamiento el diagnóstico se basó en la mejoría de la función ventricular post tratamiento. Se consideró rechazo celular cuando presentaba R2 o R3 según la clasificación modificada de la ISHLT y rechazo mediado por anticuerpos (AMR) según los hallazgos histológicos o inmunopatológicos cuando presentaban AMR 1, AMR 2 o AMR 3 según la ISHLT. En 21% de los pacientes no se contó con BEM pre tratamiento. Reinternación se definió como el ingreso hospitalario no planificado desde el egreso del trasplante. Mortalidad alejada fue considerada tanto la de causa cardiovascular como la no cardiovascular.

**Resultados:** Se incluyeron 198 pacientes, la mediana de edad fue de 53 años (IQR 45-61) y un 73% de los receptores eran hombres. La media de seguimiento fue de 3,6 años. La incidencia del rechazo fue del 20%. El tipo de rechazo más frecuente fue el celular (67%) y dentro de él, el grado 2R, un 5,2 % de los rechazos fue AMR y un 7,7 % tuvieron un componente celular y de AMR. La mediana de tiempo al primer rechazo fue de 0,7 años (IQR 0,2 - 1,6). Del total de pacientes con primer episodio de rechazo, 54% se encontraba en tratamiento con corticoides, 90% con micofenolato en dosis óptima y un 61% tenía una tacrolinemia en rango. El rechazo representó la principal causa de reinternación (31%) en el seguimiento, seguida por las infecciones (21%). De todas las variables analizadas, el crossmatch positivo prequirúrgico para HLA clase 1 evidenció una asociación significativa con el rechazo ( $p < 0,001$ ) y el grupo etario menor de 60 años presentó una incidencia de rechazo del 21% en comparación con los mayores de 60 en que fue de 17%, tendencia no significativa. Las curvas de supervivencia expuestas en la figura muestran que existe mejor supervivencia en el grupo sin rechazo, si bien el estudio no contó con el poder suficiente para detectar diferencias. La incidencia de muerte según el desarrollo de rechazo fue de 7 (IC95% 3,8-13,1) cada 100 pacientes/año en el caso de presentar rechazo y de 4 (IC95% 2,3-5,5) en el grupo sin rechazo.

**Conclusiones:** El rechazo del injerto es una complicación frecuente luego del TXC y que compromete el pronóstico alejado.

**Relevancia trasplantológica:** A pesar del avance de la inmunosupresión, el fenómeno de rechazo luego del TXC continúa siendo una amenaza de riesgo para los pacientes trasplantados.

Financiamiento: No

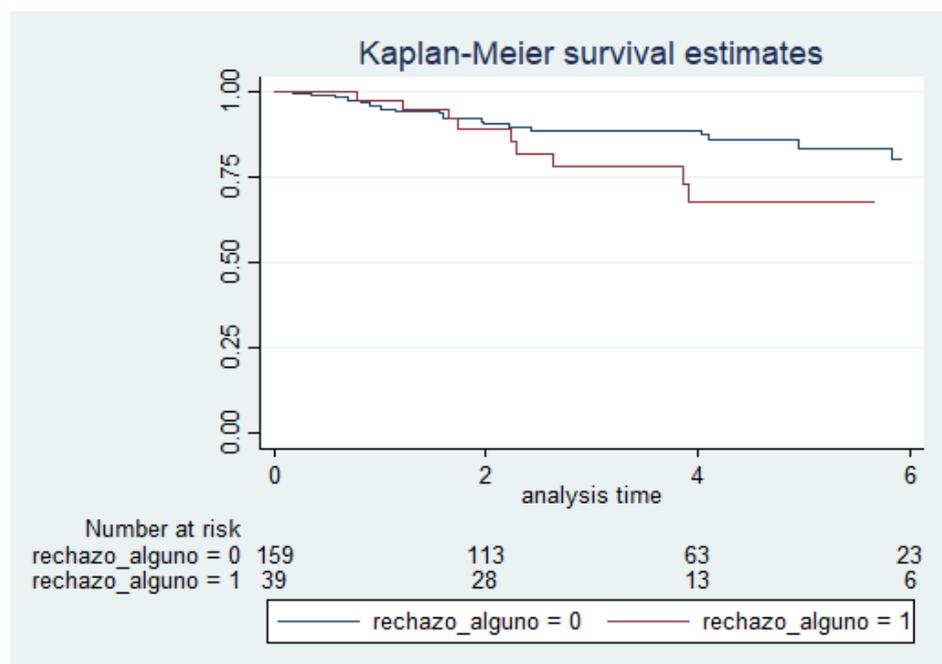


Fig 1. Supervivencia según el desarrollo de rechazo en el seguimiento. (Log-rank test  $p=0,067$ ).

## P-61 Corazón

Lee, MG<sup>(1)</sup>;  
Capdeville, S<sup>(1)</sup>;  
Barolo, R<sup>(1)</sup>;  
Belziti, C<sup>(1)</sup>;  
Rossi, E<sup>(1)</sup>;  
Marenchino, R<sup>(1)</sup>;  
Pizarro, R<sup>(1)</sup>

(1)Cardiología, Hospital Italiano.  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

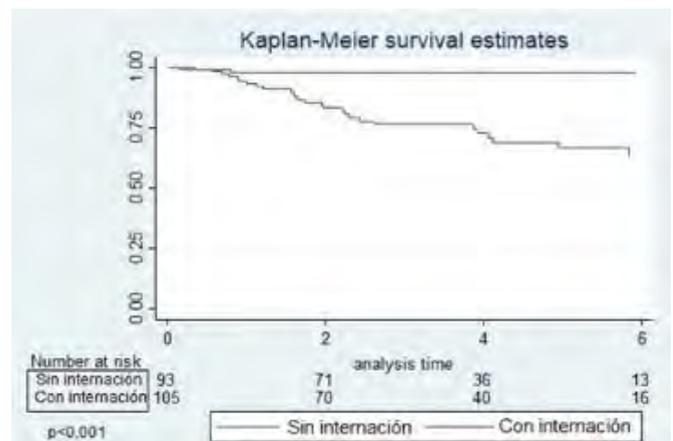
### Causas de Reinternación y su Asociación con la Supervivencia Alejada Luego del Trasplante Cardíaco

**Introducción:** El trasplante cardíaco (TXC) se considera la terapéutica de elección para la insuficiencia cardíaca avanzada. A pesar de la notable mejoría en este tema, las complicaciones con requerimiento de hospitalizaciones continúan siendo frecuentes. Existe poca información en nuestro país con respecto a las causas de reinternación y su impacto sobre la supervivencia luego del trasplante cardíaco. El objetivo del estudio es describir las causas de reinternación y su asociación con la supervivencia alejada luego del TXC.

**Material y Métodos:** Estudio de cohorte retrospectiva. En el análisis se incluyeron todos los pacientes receptores de trasplante cardíaco realizados en la institución en el periodo enero 2010 - mayo de 2019. Se excluyeron los trasplantes combinados y aquellos que fallecieron durante la internación correspondiente al trasplante. Reinternación se definió como el reingreso hospitalario no planificado desde el egreso del trasplante. Mortalidad alejada fue considerada tanto la de causa cardiovascular como la no cardiovascular.

**Resultados:** Se incluyeron 198 pacientes. La mediana de edad fue de 53 años (IQR 45-61) y el 73% era de sexo masculino. La causa más frecuente que llevó al TXC fue la miocardiopatía dilatada idiopática (36,9%) seguida por la miocardiopatía coronaria (26,8%). La media de seguimiento fue de 3,6 años (+/- 2,2). Durante el seguimiento se reinternaron al menos una vez 105 pacientes (53%). Las características basales de los pacientes que se reinternaron no fueron diferentes estadísticamente con aquellos que no se reinternaron. Los rechazos del injerto fueron la causa de reinternación cardiovascular más frecuente (31%), la mayoría de los rechazos fueron de tipo celular. La causa de reinternación no cardiovascular más frecuente fueron las infecciones (21%) seguidas por problemas gastrointestinales (11,4%). La densidad de incidencia de mortalidad fue de 8 (IC95% 5,4-11,7) cada 100-pacientes/año para el grupo que tuvo reinternación y de 1 cada 100-pacientes/año (IC95% 0,4-2,8) para el grupo que no la tuvo. La mortalidad fue mayor en los que se reinternaron,  $p < 0.001$  (Ver Figura). El HR de mortalidad, ajustado por edad y sexo, para reinternación de cualquier causa fue de 7,74 (IC95% 2,70-22,24).

**Conclusiones:** El rechazo del injerto y las infecciones son las causas más frecuentes de re-internación luego del TXC y se asocia con aumento de la mortalidad alejada



## P-72 Corazón

Ameri, A<sup>(1)</sup>;  
Absi, D<sup>(1)</sup>;  
Renedo, MF<sup>(1)</sup>;  
Giordanino, E<sup>(1)</sup>;  
della Cella Figueredo, R<sup>(1)</sup>;  
Favaloro, L<sup>(1)</sup>;  
Favaloro, R<sup>(1)</sup>;  
Padros, K<sup>(2)</sup>;  
Bertolotti, A<sup>(1)</sup>

(1)Servicio de Insuficiencia Cardíaca,  
Asistencia Circulatoria Mecánica y  
Trasplante Cardíaco,  
Hospital Universitario  
Fundación Favaloro,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
Argentina

(2)PRICAI. Primer Centro Argentino de  
Inmunogenética,  
Hospital Universitario  
Fundación Favaloro,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
Argentina

Financiamiento: No

## Sensibilización Pre-Trasplante Cardíaco: Análisis de una Población en un Único Centro de Latinoamérica

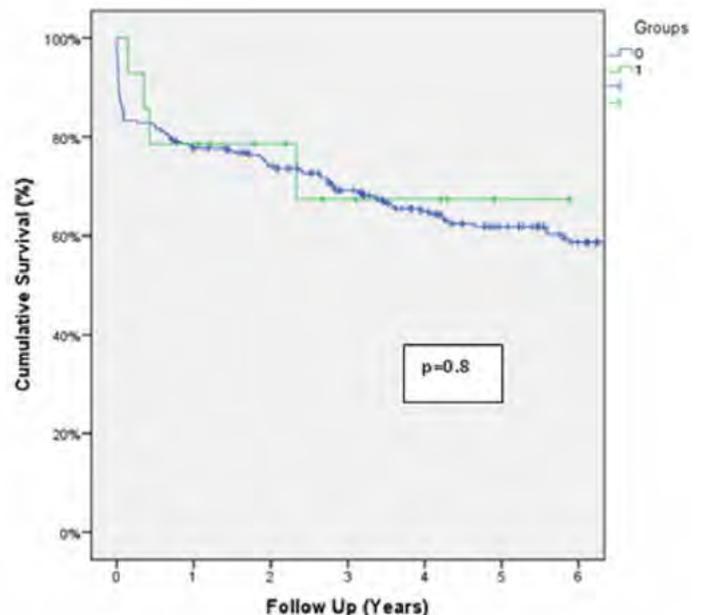
**Introducción:** El trasplante cardíaco (TxC) es la opción terapéutica de elección en pacientes (p) con insuficiencia cardíaca avanzada (Estadio D, según la AHA/ACC) en nuestro medio. La presencia de anticuerpos preformados en p candidatos a un TxC aumenta el riesgo de rechazo del injerto y la mortalidad post TxC en el seguimiento a corto y largo plazo, como así también, la mortalidad en lista de espera.

**Objetivos:** Analizar la prevalencia de p sensibilizados (PS) (PRA+: panel reactive antibody positivo) en una población con TxC en un único centro, y su asociación con rechazo mediado por anticuerpos (RMA), rechazo celular (RC), desarrollo de enfermedad vascular del injerto (EVI) y mortalidad a corto y largo plazo.

**Materiales y Métodos:** Se consideró PS a todo p con PRA (+)  $\geq$  al 10%. Se evaluó la tipificación de los mismos y la fijación de complemento. El método de análisis utilizado fue citotoxicidad hasta el año 2012 inclusive y posteriormente se utilizó método de fase sólida (Luminex). Se realizó la asignación del órgano mediante Cross Match prospectivo desde septiembre de 2015 en todos los PS. Las variables continuas se expresaron mediante media y desvío estándar o mediana y rango intercuartilo y las variables categóricas mediante valores absolutos y porcentajes. Se analizó la supervivencia con el método Kaplan Meier y en forma comparativa con Log Rank Test. Se consideró un valor de  $p < 0.05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se analizaron retrospectivamente 538 p evaluados para TxC en forma consecutiva desde enero de 2008 hasta diciembre de 2018, de los cuales, accedieron a un TxC 292 p (54%). Se excluyeron los menores de 18 años, trasplantes combinados y retrasplantes. La población en estudio fue de 250 p, hombres 182 p (73%), edad media  $49 \pm 13$  años. Se encontraban en situación electiva 46 p (18%); en urgencia 84 p (34%) y en emergencia (A y B) 120 p (48%) (UNOS estadios 1 y 2). Las etiologías más frecuentes fueron: idiopática 88 p (35%), isquémica 79 p (32%), chagásica 20 p (8%) y otras 63 p (25%). La prevalencia de PRA (+) fue 6% (14p): Ac anti-HLA Clase I 64% (9p) y Clase II 43% (6p). Se detectó PRA (+)  $\geq$  a 80% en 1p y PRA (+)  $\geq$  50 en 4p. El tratamiento de inducción fue corticoesteroides en 14 (100%), timoglobulina 6 (43%) y plasmaféresis 7 (50%). La tabla 1 muestra la incidencia de RMA, RC, EVI y la mortalidad hospitalaria durante el seguimiento. La sobrevida a 1 y 5 años se muestra en el gráfico 1.

**Conclusión:** En la población analizada, la presencia de sensibilización previa a un trasplante cardíaco se asoció a mayor incidencia de RMA y EVI, pero no con un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad.



Ref. Grupo 0: no pS. Grupo 1: pS

# O-62 Corazón

## Diferencias en el Pronóstico a Corto y Mediano Plazo entre Receptores de Trasplante Cardíaco Femeninos y Masculinos: Análisis de más de 20 años en un Único Centro en Argentina

Giordanino, EF<sup>(1)</sup>;  
Absi, D<sup>(1)</sup>;  
Renedo, MF<sup>(1)</sup>;  
Favaloro, L<sup>(1)</sup>;  
Candiotti, M<sup>(1)</sup>;  
Della Cella Figueredo, R<sup>(1)</sup>;  
Favaloro, R<sup>(1)</sup>;  
Bertolotti, A<sup>(1)</sup>

(1) Insuficiencia cardíaca y trasplante,  
Hospital Universitario  
Fundacion Favaloro,  
Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Existen diferencias en la evolución de la insuficiencia cardíaca avanzada entre hombres y mujeres. Concomitantemente, se ha reportado que el pronóstico luego del trasplante cardíaco puede diferir según el género del receptor, con resultados diversos en la literatura.

El objetivo del presente trabajo es caracterizar las diferencias demográficas y clínicas entre receptores masculinos y femeninos, así como analizar la evolución a corto y mediano plazo de ambos grupos.

**Materiales y Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente pacientes (ptes) trasplantados cardíacos entre febrero de 1993 y febrero de 2016. Se excluyeron aquellos con un seguimiento menor a 5 años. Se compararon receptores masculinos con femeninos así como las diferencias en el pronóstico a corto y mediano plazo. Las variables cuantitativas se expresan como media +/- desvío estándar o mediana y rango intercuartil 25-75 según su distribución Gaussiana y las categóricas como porcentajes. Se utilizó test t o Mann-Whitney para la comparación de variables cuantitativas según correspondiera a su distribución normal, y test de Fisher para comparación de las variables nominales. Se analizó la supervivencia a 5 años mediante prueba de log-rank y se graficó mediante Kaplan-Meier. Se realizó análisis univariado y aquellas variables con una p<0.2 se utilizaron para el análisis multivariado mediante regresión de Cox. Se consideró significativa una p<0.05

**Resultados:** Se incluyeron 489 ptes, 369 hombres (75.5%) y 120 mujeres (24.5%). Las características de la población se muestran en la Tabla 1. La mediana de edad fue 52 años (RIC 41-59) siendo las mujeres más jóvenes y con menor índice de masa corporal (IMC). En relación a la etiología, la miocardiopatía idiopática fue más frecuente en mujeres y la isquémica en hombres. No hubo diferencias en el estado electivo, el nivel de soporte hemodinámico ni en los tiempos de isquemia previos al trasplante. Si bien las mujeres recibieron donantes con IMC menores, el mismatch de tamaño fue mayor en este grupo a expensas de mayor oversize. La incidencia de falla primaria del injerto (FPI), FPI severa y la mortalidad intrahospitalaria fue similar entre hombres y mujeres, sin embargo, los receptores femeninos presentaron mayor mortalidad a 5 años (34.4% vs. 45% OR 1.56; IC 95% 1.03-2.37; p=0.039), sin diferencias en las causas de óbito Figuras 1 A y B. En el análisis multivariado receptor femenino, FPI y condición de emergencia fueron predictores independientes de mortalidad a 5 años. Al analizar el subgrupo de receptores femeninos, la FPI y el mismatch de tamaño a expensas de oversize se asociaron a mayor mortalidad, sin embargo en el análisis multivariado solo FPI mantuvo significancia estadística. (HR 2.45, IC95% 1.19-4.26, p= 0.013)

**Conclusiones:** Los receptores de trasplante cardíaco femeninos tienen peor pronóstico a mediano plazo con mayor mortalidad a 5 años, sin diferencias en la mortalidad hospitalaria. Se requieren estudios mayores para dilucidar los mecanismos subyacentes con sus potenciales implicancias terapéuticas.

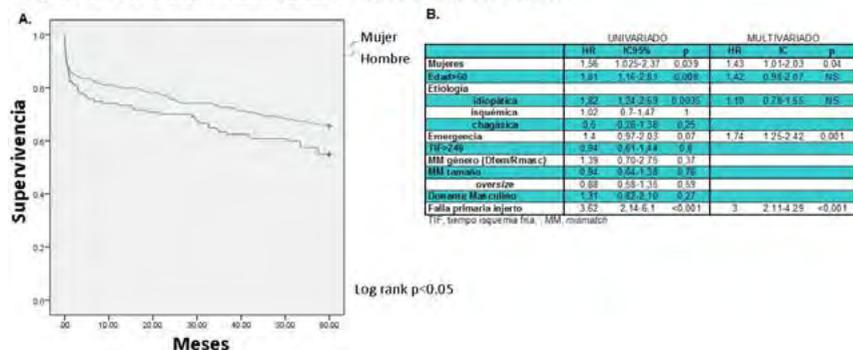
Financiamiento: No

Tabla 1. Características de la población

	Total (n=489)	Hombres (n=369)	Mujeres (n=120)	p
Edad, años	52 (41-59)	53 (44-59)	46 (26.5-50)	<0.001
IMC	24.56 ±4.39	25.92 ±4.06	22.6 ±4.74	<0.0001
Diabetes (n,%)	58 (11.9)	49 (13.3)	9 (7.5)	NS
<b>Etiología</b>				
Idiopática (n,%)	149 (30.5)	103 (6.13)	46 (38.3)	0.03
isquémica (n,%)	215 (44)	187 (50.7)	28 (23.3)	<0.0001
chagásica (n,%)	30 (6.1)	23 (6.2)	7 (5.8)	NS
Electivo (n,%)	172 (35.2)	120 (34.7)	44 (36.7)	NS
BCIA (n,%)	175 (35.8)	141 (38.2)	34 (28.3)	NS
ACM (n,%)	29 (5.9)	22 (5.9)	7 (5.8)	NS
TIF, min	210 (160-245)	210 (160-247)	200 (157-232)	NS
Edad Don, años	24 (19-33)	24 (20-32)	23 (18-37)	NS
IMC Don	24.9 ±3.84	25.3 ±3.65	23.4 ±4.1	<0.0001
MM tam (n,%)	171 (34.9)	107 (28.9)	64 (53.3)	<0.0001
Oversize (n,%)	124 (25.4)	72 (19.5)	52 (43.3)	<0.0001
Undersize (n,%)	47 (9.6)	35 (9.5)	12 (10)	NS

IMC, índice de masa corporal; BCIA, balón contrapulsación intraaórtico; ACM, asistencia circulatoria mecánica  
TIF, tiempo isquemia fría; Don, donante; MM, mismatch

Figura 1. A. Curva de supervivencia a 5 años. B. Predictores mortalidad a 5 años



## O-64

### Corazón

Decotto, S<sup>(1)</sup>;  
Perez de Arenaza, D<sup>(1)</sup>;  
Nucifora, EM<sup>(2)</sup>;  
Aguirre, MA<sup>(3)</sup>;  
Marenchino, RG<sup>(4)</sup>;  
Villanueva, E<sup>(1)</sup>;  
Belziti, CA<sup>(1)</sup>

(1)Cardiología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina

(2)Hematología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina

(3)Clínica Médica, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina

(4)Cirugía cardiovascular, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Trasplante Cardíaco por Amiloidosis. Manifestaciones Clínicas e Imagenológicas.

**Introducción:** La amiloidosis cardíaca es producida por los depósitos de proteínas amiloide anormales en el tejido cardíaco. Las dos formas más comunes son la amiloidosis por cadenas livianas (AL) y la amiloidosis por transtiretina (ATTR), tanto en su forma genética como en su forma salvaje (ATTRwt). Independientemente del origen, la afectación cardíaca suele asociarse a mal pronóstico. A pesar de los avances en el tratamiento médico, el trasplante cardíaco es una opción en pacientes con insuficiencia cardíaca avanzada. El objetivo de este estudio descriptivo es analizar las características clínicas e imagenológicas de los pacientes trasplantados cardíacos por amiloidosis en nuestra institución.

**Materiales y métodos:** Serie de casos de pacientes trasplantados cardíacos con amiloidosis. En el análisis se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de amiloidosis con compromiso cardíaco receptores de trasplante cardíaco realizados en nuestro hospital en el periodo Noviembre de 2008 - Febrero de 2021.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 16 pacientes. La mediana de edad fue 59 años (IQR 53 - 68). El 81 % eran de sexo masculino. Según el tipo de amiloidosis, 12 pacientes se trasplantaron por amiloidosis AL y 4 por amiloidosis TTR. Con respecto a las características clínicas de presentación inicial, la más frecuente fue sobrecarga izquierda (50 %), seguido por shock cardiogénico (32 %). La mitad de ellos se trasplantó estando en lista de emergencia para trasplante. Los hallazgos más frecuentes en los electrocardiogramas basales fueron patrón de pseudoinfarto en dos tercios de los pacientes y fibrilación auricular más de un tercio, sólo se observó microvoltaje en 4 de ellos. La fracción de eyección promedio previa al trasplante fue de 45 % (IQR 35-52), presentaron compromiso de la función del ventrículo derecho en 14 de los 16 pacientes. El índice cardíaco en el cateterismo pretrasplante fue en promedio de 1.8 ml/min/m<sup>2</sup> (IQR1.4-2). En 11 de los pacientes se realizó resonancia magnética cardíaca. El hallazgo más común fue el patrón de realce tardío de gadolinio de forma difusa, con anulación del pool sanguíneo. Haber recibido el trasplante cardíaco permitió a la mitad (n=6) de los pacientes con amiloidosis AL de esta serie someterse posteriormente a trasplante de médula ósea y de esa forma facilitar la remisión de la enfermedad.

**Conclusiones:** En la actualidad, el trasplante cardíaco se ha convertido en una opción para pacientes con insuficiencia cardíaca por amiloidosis tanto AL como TTR. En los pacientes con amiloidosis AL incluso puede permitir en segundo tiempo el trasplante de médula ósea y así la remisión de la enfermedad.

**Relevancia trasplantológica:** Esta serie de casos permite conocer las características clínicas e imagenológicas de los pacientes que recibieron trasplante cardíaco por amiloidosis.

## P-9

### Hígado

Santillan, YM<sup>(1)</sup>;  
García, BA.

(1)Departamento de investigación clínica, U.M.A.E. Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret". Ciudad de México, México.

Financiamiento: No

## Diagnósticos Histopatológicos por Biopsia Hepática Transoperatoria en Donadores Multiorgánicos y su Asociación con los Criterios de Selección.

**Objetivo:** Asociar las características histopatológicas en injertos hepáticos de donadores multiorgánicos obtenidas por biopsias transoperatorias y los criterios empleados para selección de donadores.

**Material y Métodos:** Se realiza estudio de tipo analítico retrospectivo transversal donde se seleccionaron hombres y mujeres con pérdida de la vida por muerte encefálica quienes realizaron donación multiorgánica y que durante la cirugía de procuración se tomó una biopsia hepática transoperatoria por congelación. Se con el método estadístico de x<sup>2</sup> con el cual se analizan asociaciones estadísticas con valor de P=<0.05 entre criterios empleados de selección y los diagnósticos histopatológicos de biopsia transoperatoria.

**Resultados:** La variable esteatosis hepática mostró una asociación con la edad, con una frecuencia del 100% entre esteatosis severa con donadores mayores de 65 años; la obesidad mostró significancia ya que en su totalidad los donadores con esteatosis moderada y severa eran obesos. Los donadores con diagnóstico de obesidad grado I por índice de masa corporal presentaron esteatosis de moderada a severa. Entre el diagnóstico de necrosis y el paro cardiorrespiratorio se asoció que el 100% de los donadores que presentaron necrosis leve y moderada tenían antecedente de paro. En cuanto al de inflamación difusa y su comparación con los días de intubación demostró que el 100% de la muestra que estuvo intubada menos de cuatro días no mostró datos de inflamación. La variable alanina aminotransferasa serica y la variable aspartato aminotransferasa sérica se asociaron de igual forma con los datos de inflamación difusa al igual que la bilirrubina total.

**Conclusión:** Los criterios de selección de donadores multiorgánicos muestran asociación con los diagnósticos histopatológicos, sin embargo no los reemplazan; el uso de biopsia transoperatoria muestra una caracterización integral de los donadores de injerto hepático y la selección no debe dirigirse al donador ideal sino del órgano ideal para el receptor indicado.

La biopsia transoperatoria es una técnica de fácil acceso, la mayoría de los hospitales que cuenta con programas de trasplantes en el mundo, tienen acceso a servicio de patología el cual facilita el uso de biopsia transoperatoria que amplía el panorama para seleccionar órganos óptimos de donadores marginados.

## P-104

### Hígado

Cervantes, JG<sup>(1)</sup>;  
Mollard, L<sup>(1)</sup>;  
Del Bueno, ML<sup>(1)</sup>;  
Durán, JP<sup>(1)</sup>;  
Fernández, ME<sup>(1)</sup>;  
Chahdi Beltrame, M<sup>(1)</sup>;  
Lenz, ME<sup>(1)</sup>;  
Quiñonez, EG<sup>(1)</sup>;  
Mattera, FJ<sup>(1)</sup>

(1)Cirugía Hepatobiliar y  
Trasplante Hepático,  
Hospital El Cruce,  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Órganos no Viabiles en Operativos de Trasplante Hepático

**Introducción:** La escasez de donantes es un grave problema a nivel mundial. Desde la incorporación del concepto de donantes subóptimos o de criterios extendidos, muchos centros han optado por utilizar estos injertos para resolver el desequilibrio entre la oferta y la demanda. Los criterios para definirlos son esteatosis moderada/severa, paro cardíaco de 15 minutos o hipotensión sostenida durante 1 hora, edad mayor de 55 años, requerimiento de altas dosis de vasopresores, hipernatremia, estadia prolongada en cuidados intensivos, transaminasas hepáticas elevadas y tiempos de isquemia fría prolongados. La combinación de estos factores es el principal motivo de rechazo de donantes.

**Objetivo:** Nuestro objetivo es destacar las características de un potencial injerto correspondiente a un donante con criterios extendidos, en función del receptor y de su situación en lista de espera.

**Materiales y Método:** Se utilizaron como fuente de datos la base SINTRA y una base prospectiva para estudiar la actividad en el hospital El Cruce durante el periodo comprendido entre octubre 2016 y febrero 2021. Estudio retrospectivo descriptivo. Procuramos conservar un radio de distancia de 60km estimando un tiempo corto de isquemia fría. Al momento del proceso de ablación se analizan minuciosamente las características macroscópicas. Aquellos hígados con esteatosis severa se presentan con un gran tamaño, bordes redondeados, de textura grasa y aquellos con algún grado de fibrosis de consistencia más dura. Los hígados considerados no viabiles fueron biopsiados. Se analizaron tipo y grado de esteatosis, así como asociación a fibrosis o inflamación portal. La fibrosis se clasificó según la escala de METAVIR.

**Resultados:** Entre el período mencionado se realizaron 237 operativos de trasplante, 215 fueron completados con éxito. Analizamos 18 casos en los cuales el operativo debió suspenderse debido a órganos no utilizables. En cuanto a los potenciales receptores el puntaje promedio de MELD fue de 21.94. Con respecto a los donantes el IMC promedio fue de 33.79, con una mediana de edad de 55 años. En 16 de los casos cumplían con criterios de donantes subóptimos. Diagnosticamos algún grado de esteatosis en 13 casos y realizamos biopsia en 8 de ellos. De los cuales en 2 evidenciamos esteatosis severa, en 3 esteatosis moderada asociada a esteatohepatitis, en otras 2 esteatosis moderada asociada a fibrosis y en 1 esteatosis moderada asociada fístula colecistoduodenal. En 4 oportunidades diagnosticamos fibrosis hepática. En 2 casos evidenciamos la presencia de cirrosis hepática micronodular, y en otras 2 ocasiones fibrosis grado 2 confirmada por biopsia. Por último en 1 oportunidad no realizamos procedimiento de ablación debido a la presencia de un tumor de vesícula biliar infiltrante.

**Conclusiones:** Ante la carencia de donantes, numerosos son los esfuerzos que realizamos para equilibrar el pool de injertos y disminuir la mortalidad en lista de espera. El amplio estudio y conocimiento del receptor, del donante y las características macroscópicas del órgano, permite decidir cuáles son aquellos injertos que pueden ser utilizados con seguridad.

**Relevancia trasplantológica:** Ampliar conocimientos sobre donantes con criterios extendidos y disminuir el desequilibrio entre oferta y demanda de injertos.

## O-37

### Hígado

Reyes Toso, M<sup>(1)</sup>;  
Descalzi, V<sup>(1)</sup>;  
Yantorno, S<sup>(1)</sup>;  
Fortunato, M<sup>(2)</sup>;  
Raffaello, P<sup>(2)</sup>;  
Toscanini, U<sup>(3)</sup>;  
Padros, K<sup>(3)</sup>;  
Gondolesi, M<sup>(4, 5)</sup>

(1)Trasplante Hepático,  
Fundación Favaloro. Ciudad de  
Buenos Aires, Argentina

(2)Trasplante Renal,  
Fundación Favaloro.  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

(3)PRICAI, Fundación Favaloro.  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

(4)Olivos

(5)Trasplante Hepático,  
Fundación Favaloro.  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Resultados de Trasplante Hepatorrenal Simultáneo (THRS) de Acuerdo a la Presencia de Aloanticuerpos Post-Trasplante

**Introducción:** De acuerdo a la hipótesis que el injerto hepático (H) de igual donante protege al injerto renal (R) a través de la neutralización de anticuerpos específicos del donante (DSA), la sensibilización pre- trasplante (tx) no constituye una contraindicación absoluta para el THRS. Sin embargo, los reportes que evidencian el efecto deletéreo de los aloanticuerpos post-trasplante (APT) en la sobrevida del H y R son cada vez mas frecuentes. **Objetivo:** Evaluar el impacto de APT en los resultados del THRS

**Pacientes y métodos:** Entre 2010 y 2019 se realizaron 36 THRS en nuestro centro. Se incluyeron 16 pacientes con screening de aloanticuerpos pre-tx (ApT) y APT. Se dividieron en 2 grupos en función de la presencia de APT: APT(+) y APT(-). Objetivos primarios: mortalidad, pérdida del injerto y tasa de rechazo. Se compararon variables demográficas, inmunológicas y del tx utilizando para su análisis Chi cuadrado, T-test y Kaplan Meier. Se consideró estadísticamente significativo  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** Todos los tx fueron simultáneos: 12 (75%) 1er H y R; 3 (19%) 2do ó 3er H + 1er R; y 1 (6%) 2do R + 1er H. Edad media  $53 \pm 14$  años, 56% hombres, mediana de seguimiento post THRS 1.7 (0.1-9.4) años. Principales etiologías Tx H: alcohol 25%, HCV 12.5%, rechazo ductopéptico 12.5%. Principales etiologías Tx R: indeterminada 37%, asociada a ICN 19%, enfermedad poliquística 12.5%. MELD medio al tx  $26 \pm 5$ . El grupo APT(+) consistió en 7 (44%) pacientes: 4 con anticuerpos de novo y 3 con anticuerpos preformados. De los 9 (56%) pacientes APT(-), 5 (55%) negativizaron su status previo positivo y 4 no desarrollaron anticuerpos. La sobrevida de los pacientes, H y R en APT(+) y (-) a 1, 3, 5 años post-tx fue 83%/89% ( $p=NS$ ). La tasa de rechazo humoral (RH) en H y R fue 12% y 19% respectivamente, 1 paciente APT(+) y 2 pacientes APT(-) ( $p=NS$ ).

**Conclusión:** 1) Aunque sin significancia estadística nuestros resultados apoyan que los APT tienen un impacto negativo en la sobrevida del paciente y del injerto. 2) El RH fue similar en ambos grupos, sin embargo se reportó fibrosis idiopática progresiva del H como enfermedad asociada a DSA en 1 paciente APT (+), que podría llevar a la pérdida del injerto sin tratamiento. 3) Se requiere estandarizar protocolos de seguimiento de los DSA post THRS hasta lograr mayor comprensión de su impacto en este tx.

**O-44**  
**Hígado**

**Utilización de Plasma-Separación Adsorción-Filtración (CPFA) como Puente al Trasplante Hepático.**

Lombi, Y<sup>(1, 2)</sup>;  
Rechene, J<sup>(1)</sup>;  
Maraschio, M<sup>(2)</sup>;  
Avila, R<sup>(1, 2)</sup>

(1)Unidad de Cuidados Críticos,  
Hospital Privado Universitario de  
Córdoba, cordoba, Argentina

(2)Unidad de Hígado y Trasplante He-  
pático, Hospital Privado Universitario  
de Córdoba, Córdoba, Argentina

**Objetivo de la presentación:** Comunicar la experiencia del uso de esta terapia extracorpórea en nuestro centro. El soporte hepático extracorpóreo (ECLS) es una opción en los pacientes con insuficiencia hepática para hacer un puente al trasplante o permitir más tiempo de recuperación. Se utiliza para eliminar las sustancias hepatotóxicas como citocinas, sustancias vasoactivas, endotoxinas de la flora intestinal y toxinas de bajo y mediano peso molecular. Se disponen de diferentes soportes, presentamos el caso de 2 pacientes que se le realizó CPFA (Coupled plasma filtración adsorción) previo al trasplante hepático. Paciente 1: 21 años, cirrosis por hepatitis autoinmune, MELD 30, cursando descompensación aguda, sin ACLF, CLIF-C OF 8. Paciente 2: rechazo crónico de un trasplante hepático por hepatitis autoinmune, MELD 29, cursando ACLF grado 2, CLIF-C OF 12. (tabla 1). Se les realizó 1 ciclo de CPFA el cual comenzó con la confirmación del operativo, con el objetivo de mejorar de su condición clínica previo al trasplante hepático. Los criterios de indicación fueron, ACLF que no responden al tratamiento médico habitual, un ascenso de bilirrubina de más del 50% con respecto al valor de ingreso a UCI o puntaje MELD > 20 antes de realizar el trasplante hepático. El tratamiento se realizó utilizando la máquina Amplya (Bellco), duración promedio de 7 horas, se administró una dosis de efluente de 25- 35 ml/kg/h, se indicó un flujo de sangre de 170 ml/h, como acceso venoso se utilizaron catéter temporal femoral de 13,5 Fr; se aplicó como anticoagulante heparina sódica en infusión continua de 5-10 UI / kg que se suspendió 2 hs antes de finalizar el tratamiento. El recambio de plasma se estableció del 13 al 20% del flujo de sangre en las dos primeras horas, luego siempre 20% hasta finalizar el tratamiento, dosis de plasma tratada fue de 0,1 L/kg. El procedimiento fue hemodinámicamente bien tolerado, sin necesidad de aumento de vasopresores, ni disminución del ritmo diurético. En ambos casos se evidenció disminución del nivel plasmático entre el 20-30 % la bilirrubina, ácidos biliares e IL-6. (gráfico 1). En nuestra experiencia, la eliminación de urea y creatinina fue muy eficaz y los niveles de lactato no se vieron alterados. En la paciente que presentaba encefalopatía grado 2 se logró mejoría al grado 1. En los dos casos se realizaron los trasplantes de manera correcta, sin complicaciones perioperatorias, con estadía corta hospitalaria.

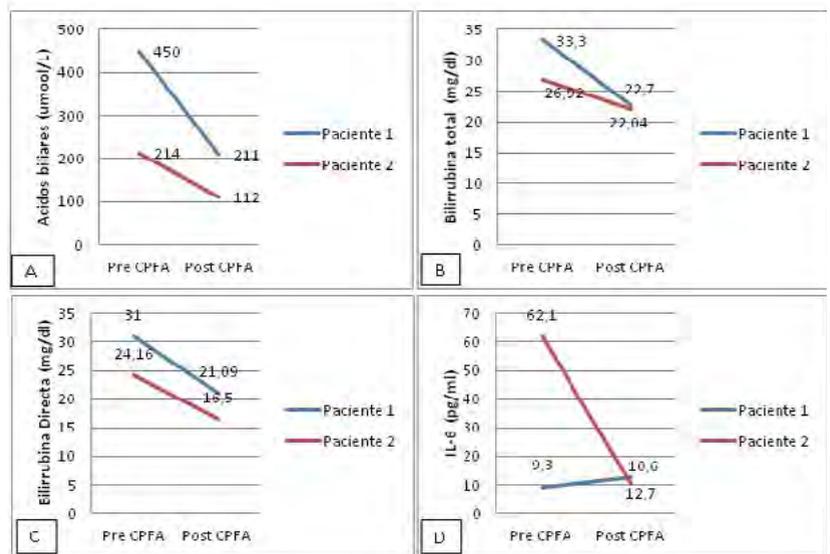
**Discusión:** Comparando con las referencias bibliográficas se obtuvieron resultados similares respecto al cambio del estado metabólico. (1;3) Al día de hoy este tipo de tratamiento es una opción como puente al trasplante, pero su eficacia y beneficios postrasplante todavía no están demostrados, por lo que se necesitan más estudios clínicos randomizados.

**Conclusión:** El CPFA es un tratamiento que mejora la condición metabólica del paciente hepático, permitiendo llegar al trasplante en mejores condiciones. Creemos que con este tipo de soporte podríamos cambiar el pronóstico de aquellos pacientes con MELD alto y CLIF-C OF elevado.

Financiamiento: No

**Tabla:** Características clínicas y bioquímicas de los pacientes 1 y 2 previo al tratamiento con CPFA

Características	1	2
Edad (años)	21	45
Sexo (F-M)	F	F
EH West Haven (score)	0	2
Bilirrubina total (mg/dL)	33,3	26,9
Bilirrubina directa	31	24,16
Acidos biliares (µmol/L)	450	214
IL-6 (pg/m)	9,3	62,1



**Figura:** Cambios plasmáticos pre y post CPFA **A:** Acidos biliares **B:** Bilirrubina total **C:** Bilirrubina directa **D:** IL-6

# O-86

## Hígado

### 12 Años de Experiencia en Retrasplante Hepático

Fernandez, MF<sup>(1)</sup>;  
 Fraile, A<sup>(1)</sup>;  
 Teran, D<sup>(1)</sup>;  
 Atencio, V<sup>(2)</sup>;  
 Ramisch, D<sup>(1)</sup>;  
 Yantorno, S<sup>(2)</sup>;  
 Barros Schelotto, P<sup>(1)</sup>;  
 Gondolesi, G<sup>(1)</sup>

(1)Cirugía General, HPB y Trasplante Multiorganico, Hospital Universitario Fundacion Favaloro. CABA, Argentina

(2)Hepatologia, Hospital Universitario Fundacion Favaloro. CABA, Argentina

**Introducción:** El retrasplante hepático (ReTH) constituye la única opción terapéutica ante el fracaso irreversible de un primer injerto hepático. Su frecuencia varía entre 2 y 24%, presentando un elevado índice de morbilidad y mortalidad comparado al trasplante primario.

**Objetivo:** Evaluar la prevalencia y resultados del ReTH en un centro.

**Diseño:** Análisis retrospectivo descriptivo y observacional sobre una base completada de forma prospectiva, de población adulta trasplantada entre Septiembre 2009 y Febrero 2021.

**Pacientes y métodos:** Variables analizadas: datos demográficos del receptor, tiempo en lista de espera, indicación del ReTH, tiempos de isquemia, técnica quirúrgica, tiempo de hospitalización y complicaciones post-trasplante, además supervivencia del injerto y del paciente en comparación con aquellos pacientes que sólo fueron trasplantados una vez. Los resultados se analizaron según momento de realización con respecto al re-TH previo: temprano (Re-TE dentro de los 30 días posteriores al primer trasplante) y alejados (Re-TA más allá de los 30 días) y de acuerdo al número de ReTH en: G1 (recibieron 1 ReTH) y grupo 2 (G2 recibieron más de uno).

**Resultados:** De un total de 516 TH realizados, 430 fueron en adultos. De ellos, 382 fueron hepáticos aislados: 344 TH primarios (90%) y 38 fueron ReTH (10%); de estos 22 fueron en hombres (58%) con una edad media de 45 ±14 años. Treinta y un pacientes (82%) pertenecen al G1 y 7 al G2 (18%). Diez fueron Re-TE (26%, 8 del G1 y 2 del G2) y 28 Re-TA (74%, 23 del G1 y 5 del G2). Las principales causas para ReTH fueron: Re-TE: 5 PNF (50%), 4 TAH (40%) y 1 isquemia de vía biliar (10%); en los Re-TA: 8 rechazos ductopénicos (29%), 7 recurrencia de enfermedad (25%), 6 TAH (21%), 6 colangiopatías isquémicas (21%) y 1 disfunción del injerto (4%). Tiempo en lista de espera, aspectos técnicos, tiempos de isquemia, complicaciones, estadía hospitalaria y supervivencia se presentan en tabla 1. La supervivencia actuarial de los pacientes que recibieron un primer injerto, un re-Tx y más de un ReTH fue de: 89/74/ 43% al año y 77/56/43% a 5 años (p=0.001) y la supervivencia del injerto 86/67/42% y 74/51/42% para iguales periodos (p=0.001).

**Conclusiones:** El ReTH continúa siendo hoy un procedimiento complejo con elevada morbimortalidad. En esta serie encontramos que los pacientes que recibieron un primer órgano y aquellos que fueron re-trasplantados una vez, tuvieron similar supervivencia tanto del paciente como del injerto, contrario a lo que sucedió con los pacientes que recibieron más de un ReTH. Al mismo tiempo, observamos que aquellos pacientes que fueron ReTH más de una vez, presentaron más complicaciones biliares y de pared, así también como un mayor tiempo de internación.

Financiamiento: No

Características	G1 (n=31)		G2 (n=7)	
	Re-TE (n=8)	Re-TA (n=23)	Re-TE (n=2)	Re-TA (n=5)
Tiempo en Lista (días)	122±332	151±267	3±3	21±12
<b>Aspectos técnicos</b>				
Piggy-back	8 (100%)	20 (87%)	2 (100%)	5 (100%)
Injerto arterial	5 (63%)	9 (39%)	0	3 (60%)
Injerto venoso	1 (13%)	0	0	0
H-Y anastomosis	3 (38%)	14 (51%)	2 (100%)	3 (60%)
C-C anastomosis	2 (25%)	9 (39%)	0	1 (20%)
Tubo de Kehr	3 (38%)	0	0	1 (20%)
<b>Tiempos quirúrgicos</b>				
Quirófano (min)	402±193	402±142	293±95	336±78
Isquemia fría (min)	398±140	399±90	335±49	377±57
Isquemia caliente (min)	40±8	39±11	38±18	31±8
<b>Complicaciones</b>				
Rechazo Celular Agudo	2 (25%)	5 (22%)	0	0
Rechazo Crónico	1 (13%)	3 (13%)	0	1 (20%)
Arterial	1 (13%)	3 (13%)	0	3 (60%)
Venosa (Portal o SH)	0	0	0	0
Biliar	1 (13%)	2 (9%)	0	3 (60%)
Colección abdominal	1 (13%)	8 (35%)	1 (50%)	2 (40%)
Eventración/Visceración	0	1 (4%)	1 (50%)	3 (60%)
<b>Estadía hospitalaria</b>				
UCI (días)	18±31	6±5	34±39	8±10
Totales (días)	27±28	16±17	34±39	60±77
<b>Supervivencia</b>				
Injerto a 1 y 5 años	75% y 63%	70% y 43%	50 y 0%	60%
Pacientes a 1 y 5 años	75% y 63%	73% y 48%	50 y 0%	60%

## O-87

### Hígado

Teran, DN<sup>(1)</sup>;  
Fernandez, F<sup>(1)</sup>;  
Lobos, F<sup>(1)</sup>;  
Reyes Toso, L<sup>(2)</sup>;  
Farinelli, P<sup>(1)</sup>;  
Descalzi, V<sup>(2)</sup>;  
Barros Schelotto, P<sup>(1)</sup>;  
Gondolesi, G<sup>(1)</sup>

(1)Cirugía General, HPB y Trasplante Multiorganico, Hospital Universitario Fundacion Favaloro. CABA, Argentina

(2)Hepatología, Hospital Universitario Fundacion Favaloro. CABA, Argentina

## Trasplante Hepático por Hepatocarcinoma Fuera de los Criterios de Milán; ¿Deben Extenderse los Criterios de Priorización?

**Introducción:** La incidencia y mortalidad por Hepatocarcinoma (HCC) continúa en aumento a nivel mundial. El trasplante hepático (TH) es uno de los tratamientos curativos disponibles. Los pacientes (pac) con HCC que cumplen con criterios de Milán (CM), acceden a puntaje suplementario. Los criterios extendidos de San Francisco (UCSF), han mostrado resultados alejados similares, sin embargo no son pasibles de acceder a este beneficio. El objetivo fue evaluar la supervivencia alejada y libre de recurrencia en pac con HCC que recibieron TH dentro y fuera de los CM.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo de una base completada en forma prospectiva de los TH realizados entre abril de 2000 y abril 2020. Se evaluaron las siguientes variables: edad, sexo, etiología de cirrosis, momento de diagnóstico, tiempo en lista de espera, tratamientos adyuvantes, categorización del HCC según el explante, recurrencia, supervivencia global y libre de recurrencia. Se dividió a los pac en tres grupos según los hallazgos del explante: CM, UCSF y fuera UCSF (>UCSF).

**Resultados:** De un total de 999 TH, 808 (81%) fueron adultos y 195 presentaron HCC. La prevalencia de HCC en TH adulto fue 24%. La edad media 59 años, y el sexo masculino en 76%. La causa de cirrosis fue HCV 38%, alcohol 21%, NASH 10%, y otras 30%. En 154 pac (79%) se diagnosticó HCC en la evaluación pre-trasplante, en 26 (13%) en lista de espera y en 15 (8%) en el explante. Según el explante, 4 no fueron HCC, 127 cumplieron con CM, 29 con UCSF y 35 >UCSF. La media de tiempo en lista fue 174 días: 151 para pac con puntaje suplementario y 204 para pac sin puntaje (p= 0.002). Recibieron tratamiento puente 98 pac; 11 pac combinado (4 TACE + Resección; 3 TACE + RFA; 2 Resección + RFA y 2 TACE + Resección + RFA), y 87 un tratamiento (74 TACE, 6 RFA, 6 resecciones y 1 alcoholización). Al momento del TH 7/29 UCSF (24%) lograron "downstaging" a Milan. La tasa de recurrencia global fue 11%, 9% para CM, 10% UCSF y 20% >UCSF (p=NS). La supervivencia de HCC dentro de CM, UCSF y >UCSF a 5 y 10 años de seguimiento fue 77/62%<sup>(\*)</sup> (<sup>^</sup>), 67/48%<sup>(\*)</sup> y 56/44%<sup>(^)</sup> <sup>(\*)</sup> (p=NS) y <sup>(^)</sup> (p=0,04) y la supervivencia libre de recurrencia para iguales grupos fue 75/66%<sup>(\*)</sup> (<sup>^</sup>), 67/48%<sup>(\*)</sup> y 51/43% (<sup>^</sup>) en los mismos periodos de análisis <sup>(\*)</sup> (p= NS) y <sup>(^)</sup> (p=0,02).

**Conclusiones:** 1) El TH continúa siendo una alternativa segura, con resultados satisfactorios a corto y largo plazo para pac con HCC dentro de CM. 2) La tasa de supervivencia y recurrencia en HCC dentro de UCSF en este análisis, no difirió en forma significativa de los HCC con CM. 3) Si bien la priorización del HCC dentro de UCSF permitiría ampliar la aplicabilidad del TH, el uso de modelos predictivos, teniendo en cuenta otras variables pronósticas, mas allá del tamaño tumoral, permitirían evitar el impacto negativo en los resultados a largo plazo.

Financiamiento: No

## O-89

### Hígado

Barralle, M<sup>(1)</sup>;  
Bravo, E<sup>(1)</sup>;  
Delfino, V<sup>(1)</sup>

(1)Servicio Social, Hospital Garrahan. Buenos Aires, Argentina

## Trasplante Hepático Pediátrico y Comunidades Aborígenes.

**Objetivo:** Poner en escena los alcances y límites del Trasplante Pediátrico con población perteneciente a culturas ancestrales como fenómeno transcultural.

**Impacto Clínico:** Proponer elementos a tener en cuenta desde lo cultural, familiar-vincular y legal.

**Descripción:** Para la presentación de este trabajo, hemos elegido desarrollar la experiencia de Trasplante Hepático en dos niñas con diagnóstico de Atresia de Vías Biliares, pertenecientes a comunidades aborígenes autóctonas diferentes, del Noroeste de Nuestro país. Es central pensar el trasplante desde la perspectiva de derecho a la vida, indudablemente ello conlleva obligaciones y responsabilidades del conjunto de actores que se configuran desde: -el paciente -familia, la realidad socio-cultural a la que pertenecen, el equipo de Trasplante y de salud desde todos los niveles de atención. Desde el Trabajo Social en un hospital Pediátrico, llevamos a cabo valoraciones pre tx a fin de contar con un diagnóstico social, mediante técnicas de entrevistas acordes al requerimiento. Trabajamos categorizando los niveles de funcionamiento de las familias que acompañan a nuestros pacientes y, para ello se analizan un amplio abanico de variables, intentando identificar factores de protección-riesgo, prácticas familiares que hacen a las lógicas jerárquicas del funcionamiento en su contexto social. Es fundamental como equipo de trasplante poder contextualizar social y culturalmente a nuestros pacientes a fin de pensar estrategias de abordaje particulares, que permitan darle sentido a nuestro trabajo. Esto también nos permitirá construir un entramado de redes para el abordaje comunitario. Nos preguntamos qué es lo que corresponde hacer cuando el tratamiento post tx es aceptado por las familias y luego no es acompañado?. Cuando el niño y familia pertenecen a comunidades aborígenes, y sus culturas no encajan con la práctica médica que desde la medicina de la cultura dominante se intenta aplicar o sostener en el tiempo? La primera niña vive en una comunidad, que no figura en los mapas de nuestra República. Las viviendas típicas con pisos de tierra, paredes y techos hechos paja. No hay medios de comunicación ni transporte. El único hospital de campaña de la zona está a 7 Km. La paciente llegó derivada formalmente por el gobierno de salta, y la niña estuvo acompañada por ambos padres. La paciente fue trasplantado con donante cadavérico, superado el estado de gravedad en la salud de la niña, los padres no la trajeron más a este hospital. El segundo caso, es de la comunidad Pilagá, Pcia. de Formosa. Características socio-familiar-culturales parecidas. El conjunto de variables en común entre ambos casos, los desarrollaremos en la presentación. Las situaciones se analizaron en ateneo interdisciplinario y, se presentaron a los Juzgados de Familia que corresponde según la Provincia y Localidad. La respuesta fue que por Legislación de comunidades aborígenes, ellos tienen derecho a elegir la medicina que su cultura acepte.

**Conclusiones:** Nos queda un arduo camino para compatibilizar las Leyes Nacionales Nro.23.302 de las comunidades aborígenes y, Nro. 26061 de promoción y protección de los derechos de los NNyA.

Financiamiento: No

## O-35 Hígado

Hidalgo, G<sup>(1, 2)</sup>;  
Sanchez, N<sup>(1)</sup>;  
Mosna, L<sup>(1)</sup>;  
Cuestas, M<sup>(1)</sup>;  
Tagliafichi, V<sup>(2, 3)</sup>;  
Antik, A<sup>(3)</sup>;  
Bisigniano, L<sup>(3)</sup>

(1)Dirección Médica, INCUCAI.  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

(2)CABA

(3)Dirección Científico Técnica,  
INCUCAI. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Programa de Ablación Hepática Regional en Argentina: Resultados Preliminares

**Introducción:** El Programa de Ablación Hepática Regional ha sido implementado por el INCUCAI en el año 2020. El objetivo es contar con cirujanos capacitados y entrenados para llevar a cabo la cirugía de ablación en diferentes jurisdicciones del país, y lograr de esta manera que tanto la evaluación de los donantes como la realización de dicha cirugía se concluyan en menor tiempo, con los beneficios que ello implica para los pacientes en lista de espera, además de la significativa reducción en los costos de los procesos de donación.

**Objetivo:** Analizar el resultado del Programa de Ablación Hepática Regional. Se realiza un estudio comparativo de los injertos hepáticos realizados bajo este programa con los ablacionados en forma tradicional. Se compararon la pérdida del injerto y el fallecimiento del paciente. Período: 13/03/20-28/01/21.

**Resultados:** durante dicho período se ablacionaron bajo el programa 74 hígados. Se descartaron 5 (3 hígado graso, 2 tiempo de isquemia prolongado (TIF)). La mayoría fueron de donantes generado en Córdoba 19 (26%) y la Provincia de Buenos Aires 11 (15%). La edad media de los donantes fue de 27 años DS (16). La causa más frecuente de muerte fue TEC: 51%. Un 19% se implantó en emergencia. Las soluciones de preservación utilizadas fueron: HTK 65%, UW 35%. TIF: 7,8 hs. En la ablación estándar se procuraron 152 hígados, la edad media de los donantes fue 37 años DS (20), causa principal de fallecimiento ACV: 50%. Un 12% se implantó en emergencias. Soluciones de preservación: HTK 68%, UW 32%. TIF: 7,23 hs. La pérdida del injerto se produjo en 7 pacientes (10%) en la ablación hepática regional y 9 (6%) con la ablación tradicional (p 0,26) y el fallecimiento de pacientes se produjo en 2 (3%) y 12 (8%) (p 0,024) respectivamente.

**Conclusión:** Los resultados de trasplante de implantes procedentes de el Programa de Ablación Hepática Regional son similares a los ablacionados de forma tradicional. Esta estrategia permite simplificar la operatividad del proceso de donación con menor costo, manteniendo los mismos resultados post-trasplante inmediatos.

## P-21 Infecciosas

Fragale, G<sup>(1)</sup>;  
Claros, I<sup>(1)</sup>;  
Beitia, V<sup>(1)</sup>;  
Karl, A<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología y Trasplante renal,  
Hospital Universitario Austral. Pilar,  
Argentina

Financiamiento: No

## Mucormicosis Rinocerebral en Trasplante Renal

**Objetivo:** La mucormicosis es una infección micótica grave y frecuentemente mortal. Representa aproximadamente el 2% de infecciones fúngicas en receptores de trasplante de órgano sólido. Presentamos el caso de un paciente trasplantado renal con mucormicosis rinocerebral que requirió tratamiento antifúngico combinado y cirugía con evolución favorable.

**Descripción del caso clínico:** Paciente masculino de 60 años de edad con Insuficiencia renal crónica por nefropatía diabética. Recibe trasplante renal de donante cadavérico. Inmunosupresión de inducción: timoglobulina. Inmunosupresión de mantenimiento: tacrolimus, micofenolato de sodio y meprednisona. Al mes del trasplante presentó algia facial derecha con extensión a región ocular de intensidad moderada a severa que no mejoraba con analgésicos. TAC de cerebro pansinusitis a predominio seno maxilar derecho. El estudio del material de punción de senos informó proceso granulomatoso necrotizante y abundantes hifas compatible con mucormicosis género *Rhizopus*. Inició tratamiento con anfotericina liposomal y caspofungina. RMN cerebro mostró cerebritis temporobasal derecha y sinusitis máxilo-etmoidal. Se realizó cirugía sinusal endoscópica. La biopsia estereotáxica de lesión temporal evidenció compromiso cerebral por mucormicosis. Por progresión de la infección se rotó tratamiento caspofungina a posaconazol con objetivos de dosajes mayores a 0.7 mcg/ml. A los 5 meses RMN de cerebro imagen compatible con absceso córtico-subcortical en lóbulo temporal derecho. Se realizó exéresis de lesión necrótica. Continúo tratamiento con anfotericina liposomal y se rotó a isavuconazol. Después de 14 meses de tratamiento antifúngico combinado se suspende tratamiento por resolución clínica del cuadro.

**Conclusión:** La mucormicosis es una infección micótica con alta morbimortalidad. La presentación rino-cerebral es la más común, por lo que debe ser sospechada en todo paciente inmunosuprimido con sinusitis. Junto a la reducción de la inmunosupresión, el tratamiento antifúngico y la cirugía deben ser agresivos. Mas estudios son necesarios que permitan individualizar el uso de terapias antifúngicas combinadas.

## O-60

### Infecciosas

Smud, A(1);  
Pujato, N(2);  
Temporiti, E(3);  
Martinez, M(4);  
Nagel, C(5);  
Giorgio, P(6);  
Salgueira, C(7, 8);  
Gago, R(9);  
Ajzenszlos, M(10);  
Del Grosso, R(11)

- (1)Infectología, HIBA. CABA, Argentina  
(2)Infectología, ITAC. CABA, Argentina  
(3)Infectología, CEMIC. CABA, Argentina  
(4)Infectología, Htal Central de Mendoza. Mendoza, Argentina  
(5)Infectología, Fundación Favalaro. CABA, Argentina  
(6)Infectología, Htal Británico. CABA, Argentina  
(7)Infectología, Sanatorio Anchorena. CABA, Argentina  
(8)Infectología, Sanatorio Mitre. CABA, Argentina  
(9)Infectología, Htal Austral. Prov Bs As, Argentina  
(10)Infectología, Htal Arguerich. CABA, Argentina  
(11)Infectología, Sagrado Corazon. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Estudio Multicentrico de Evolución Clínica de Pacientes con Trasplante de Órgano Sólido y COVID 19

**Introducción:** Se desconoce la incidencia real de COVID 19 en pacientes con Trasplante de órgano sólido (TOS). Se reportan cuadros atípicos y mayor mortalidad que la población no trasplantada.

**Objetivo:** analizar la presentación, evolución clínica y mortalidad de los casos de COVID 19 en receptores de TOS

**Material y métodos:** estudio prospectivo, realizado en 12 centros de Argentina entre marzo y octubre 2020.

**Resultados:** Se enrolaron 149 trasplantados con diagnóstico de COVID 19 confirmado por PCR. La mediana de edad fue 53 años (IIQ 42-64), con predominio del sexo masculino (65%). Sólo 7% no tenía comorbilidades 24% tenían una comorbilidad, 30% 2, 25% 3 y un 14% más de 4 comorbilidades. Las más frecuentes fueron: HTA, DBT, obesidad, enfermedad. Coronaria, EPOC. La media desde el trasplante al episodio de COVID19: 52 meses (IIQ13,52-103,82); el 23% se presentó dentro del primer año pos trasplante. El 56% recibió inducción con Timoglobulina. La inmunosupresión más frecuente fue prednisona, Micofenolato y tacrolimus. 32% de los casos fueron leves, 39% moderados y severos 26%. Los síntomas más frecuentes fueron: fiebre 64%, tos 50%, síntomas gastrointestinales y mialgias 34%, disnea 28%. El 81% tuvo manejo inicial en sala general, 11% requirió unidades cerradas y 8% ambulatorio. La mayoría mantuvieron la IS y los casos graves la suspendieron por completo. Los factores de riesgo para requerimiento de UTIA fueron:  $\geq 4$  comorbilidades (p 0,005),  $\uparrow$ dad (p 0,010),  $<$  intervalo al trasplante (p 0,004), presentación con disnea,  $\uparrow$  CURB ,baja PAFI, taquipnea (todos p  $<$ 0,001), creatinina  $\uparrow$ , menor hemoglobina (p 0,013) leucopenia (p 0,002),  $\uparrow$ eritrosedimentación (p  $>$ 0,001),  $\uparrow$ PCR (p 0,001),  $\uparrow$ LDH (p 0,048) y  $\uparrow$ dimero D (0,025)

La mortalidad global fue del 18%, factores de riesgo para mortalidad: edad  $>$ 65 (p 0,014), sexo masculino (p 0,045), presentación con disnea (p 0,003),  $\uparrow$ CURB (p 0,001), taquipnea (p 0,012), PAFI menor (p 0,0019),  $\uparrow$ eritrosedimentación (p 0,001),  $\uparrow$ LDH (p 0,021),  $\uparrow$ dimero D (p 0,031),  $\uparrow$ PCR (p 0,03),  $\uparrow$ troponina (p 0,007),  $\uparrow$ procalcitonina (p 0,005),  $\uparrow$ ferritina (p 0,004) 14% presentaron disfunción del injerto y 4% pérdida del mismo; se asoció a gravedad del caso y función renal basal alterada.

**Conclusión:** Destacamos la presentación clínica con ausencia de fiebre en 40% y mayor presencia de síntomas GI que lo reportado en la población general. Presencia de múltiples comorbilidades, lo cual se correlaciona con requerimiento de UTI (11% de los casos). La disfunción/pérdida del injerto en 18%. La mortalidad global fue del 18%.

## O-32

### Infecciosas

EAntik, A<sup>(1, 2)</sup>,  
Tagliafichi, V<sup>(1)</sup>;  
Hansen Krogh, D<sup>(3)</sup>;  
Soratti, C<sup>(2, 4)</sup>;  
Bustos, JL<sup>(5)</sup>;  
Bisignano, L<sup>(6)</sup>

- (1)Dirección Científico Técnica, INCUCAI. CABA, ARGENTINA  
(2)CABA  
(3)Dirección de Sistemas, INCUCAI. CABA, Argentina  
(4)Presidencia, INCUCAI. CABA, Argentina  
(5)Vicepresidencia, INCUCAI. CABA, ARGENTINA  
(6)Dirección Científico Técnica, INCUCAI. CABA, ARGENTINA

Financiamiento: No

## Registro Argentino de Infección por COVID 19 de Pacientes en Lista de Espera y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células: Resultados del Primer Año de Implementación

**Introducción:** el COVID-19 se ha expandido por el planeta, afectando en Argentina más de 2 millones de personas. Uno de los factores de riesgo asociado a peor pronóstico son los inmunocomprometidos. Los pacientes en diálisis, en lista de espera (LE) para trasplante, y trasplantados pudieran constituir una población vulnerable. El INCUCAI, como autoridad nacional de trasplante, ha promovido la recolección de datos sobre la infección por COVID-19 en pacientes LE, trasplantados con órganos sólidos, células hematopoyéticas (CPH) y tejidos.

**Objetivo:** determinar el impacto de la infección por COVID-19 en pacientes en LE y trasplantados. Este trabajo analiza la incidencia, evolución y variables de mal pronóstico de la infección por COVID-19 en esta población.

**Materiales y métodos:** estudio descriptivo y analítico de incidencia, variables asociadas y evolución de los pacientes en LE y trasplantados con infección por COVID. Período de evaluación: 03/20-01/21. Para el análisis de las variables relacionadas a mortalidad se realizó regresión logística.

**Resultados:** en LE se confirmaron 2929 pacientes (30% de los pacientes en LE). Las LE con mayor incidencia la constituyen: córneas 33%, renal 28%, y la hepática 22%. El 25% requirió internación, un 16% en Terapia Intensiva, con mortalidad de 18%. Las variables que se asociaron con esta última fueron, edad  $>$ 59 (OR 3,1 IC 2,4-4 p $<$ 0,0001), internación (OR 6,91 IC 5,5-8,7 p $<$ 0,0001), Terapia Intensiva (OR 3,2 IC 2-5,4 p $<$ 0,0001), ARM (OR 35 IC 12-118 p $<$ 0,0001) y LE renal (OR 1,4 IC 1,05-1,9 p $<$ 0,0001). En trasplantados se registraron 1902 casos de COVID. Los trasplantes más afectados fueron, renal (808 pacientes), córneas (521 pacientes), y CPH (297 pacientes), 28% pacientes requirieron internación, 21% en Terapia Intensiva. Tasa de letalidad de 11%. Las variables relacionadas a mortalidad fueron: edad  $>$ 65 años (OR 4,2 IC 2,8-6,1 p $<$ 0,0001), internación (OR:7,4 IC 5,2 a 10,6 p $<$ 0,0001), terapia intensiva (OR 3,5 IC 1,8-6,7 p $<$ 0,0002), ARM (OR:4,6 IC 1,9 a 10,9 p $<$ 0,0006), trasplante renal (OR 2,9 IC 2-4,2 p $<$ 0,001). La mayoría de los casos fueron de transmisión comunitaria (78%).

**Conclusión:** El COVID 19 posee una alta incidencia en pacientes en LE y trasplantados presentando mayor requerimiento de internación y letalidad que la población general..

## O-111

### Infecciosas

Lopez, LR<sup>(1)</sup>;  
Caldano, J<sup>(1)</sup>;  
Palti, F<sup>(1)</sup>;  
Aleman, S<sup>(1)</sup>;  
Toselli, L<sup>(1)</sup>

## Efecto del Volumen Renal del Donante en la Función Renal del Receptor de Trasplante Renal

**Introducción:** Los receptores de trasplante de órgano sólido son particularmente susceptibles a la infección por COVID-19, debido tanto a su estado de inmunosupresión crónica como a las comorbilidades asociadas. Tanto el curso como la gravedad de la enfermedad están sumamente ligados a estos dos aspectos, con mayor tasa de morbimortalidad respecto a la población general. Los datos en este grupo concernientes a la evolución clínica y al manejo terapéutico son escasos y provenientes de estudios observacionales, por lo tanto la evidencia científica al respecto es limitada y basada en la experiencia clínica de los distintos centros de atención. El objetivo de este trabajo es presentar la evolución de un grupo de pacientes trasplantados renales COVID-19 positivos, pertenecientes a nuestro Centro.

**Métodos:** Presentamos una cohorte de pacientes trasplantados renales COVID-19 positivos que concurren a un centro de trasplante público en la provincia de Buenos Aires. Los datos demográficos, clínicos y de tratamiento fueron extraídos de una base de datos electrónica.

**Resultados:** En nuestro centro tenemos en seguimiento 536 pacientes trasplantados renales. Durante el período comprendido entre el 17/04/2020 y el 01/03/2021, hemos tomado conocimiento de 65 pacientes que presentaron enfermedad por COVID-19 (PCR + SARS-COV2 en hisopado nasofaríngeo). Los pacientes presentaron tos (66%), fiebre (69%), odinofagia (36%), diarrea (42%), mialgias (44%), cefalea (28%), astenia (22%) y disgeusia/anosmia (18%). La media de edad fue de 46 años y el 65% eran hombres. De acuerdo a la gravedad: 57% fueron leves, 23% moderados y 20% severos. 36 pacientes fueron hospitalizados y 13 requirieron ARM. Ningún paciente recibió antivirales, 11 pacientes recibieron plasma de convaleciente. La estrategia general en los pacientes internados fue el uso de esteroides (dexametasona 6 mg) y la suspensión del micofenolato. Ningún paciente había presentado rechazo en el año previo a la enfermedad. La mortalidad fue del 15%.

**Conclusiones:** Los pacientes trasplantados renales con COVID-19 tienen mayor incidencia de enfermedad moderada y severa, mayor necesidad de asistencia ventilatoria mecánica y mayor mortalidad que la población inmunocompetente.

(1)Trasplante Renal, CRAI Norte  
CUCAIBA, San Martín, Argentina

Financiamiento: No

## O-38

### Infecciosas

Petrone, HS<sup>(1)</sup>;  
García, D<sup>(1, 2)</sup>;  
Leone, F<sup>(2, 3)</sup>

## Impacto de la Pandemia por Covid 19 en la Actividad de Trasplante de Órganos y Tejidos en Pacientes Bonaerenses

**Introducción:** el día 11 de marzo del año 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decretó el estado de pandemia por la enfermedad producida por el Sars Cov 2 (denominada Covid 19). Dicha pandemia afectó la actividad de la atención sanitaria. Una de las actividades afectadas fue la relacionada con el proceso procuración-trasplante tanto a nivel nacional como internacional.

**Objetivo:** Evaluar el impacto que tuvo la pandemia en la actividad trasplantológica tanto de Órganos Sólidos (TOS) como de Tejidos (córneas) en el ámbito de la población de la provincia de Buenos Aires.

**Material y Métodos:** Se utilizó el programa SINTRA como fuente de base de datos. Se dividió el año 2020 en cuatro trimestres para analizar además la evolución a la largo de este período de la actividad y se comparó con la del año 2019 (referencia). El análisis se realizó por órganos y tejido y como criterio de búsqueda se utilizó que la residencia del paciente sea la Provincia de Buenos Aires. Se incluyeron los trasplantes realizados tanto en el ámbito del Sistema Público de Salud como en el de la Medicina Privada y los Centros de Trasplante se localizaron tanto en la provincia de Buenos Aires o fuera de ella, fundamentalmente CABA.

**Resultados:** Cuando se analiza la actividad de Trasplantes en pacientes bonaerenses comparando el año 2020 con respecto al año 2019 se corrobora una caída de los mismos del 44% en TOS y de 74% en trasplante de Córneas. Esta disminución en la actividad tiene directa relación con la irrupción de la enfermedad por covid 19 a partir de marzo del año 2020 en Argentina que produjo una caída en la procuración de órganos y tejidos por un lado y una retracción de los equipos de Trasplante para llevar a cabo esta práctica tanto con Donante Cadavérico como con Donante Vivo o tejidos como córneas en situaciones de no urgencia. El análisis de las curvas cuando se divide el año 2020 en cuatro trimestres muestra en la mayoría de los diferentes tipos de trasplante, una caída intensa a partir del segundo trimestre (relacionado con el comienzo de la pandemia) que se mantiene en el tercer trimestre y signos de recuperación en el cuarto trimestre. La caída más importante en TOS se objetivó en riñón cadavérico (44%) y pulmón (57%).

**Conclusiones:** Cuando se analiza la actividad de Trasplantes en pacientes bonaerenses comparando el año 2020 con respecto al año 2019 se corrobora una caída de los mismos del 44% en TOS y de 74% en trasplante de Córneas. Esta disminución en la actividad tiene directa relación con la irrupción de la enfermedad por Covid 19 a partir de marzo del año 2020 en Argentina. También se constata una tendencia al aumento de la actividad a partir del cuarto trimestre del año 2020 y que la misma nunca se detuvo a pesar de la existencia de dicha pandemia.

**Relevancia Trasplantológica:** Impacto de pandemia en Trasplantes en la Jurisdicción más poblada del País

(1)Dirección Redes Servicios  
Públicos de Trasplante, CUCAIBA,  
La Plata, Argentina

(2)La Plata

(3)Presidente, CUCAIBA,  
La Plata, Argentina

Financiamiento: No

**O-81**  
**Intestino**

**Accesos Vasculares no convencionales para el tratamiento del Síndrome Oclusivo de Vena Cava Superior en pacientes con Falla Intestinal Tipo III.**

Perez Illidge, LC(1, 2); Ramisch, D(3); Valdivieso, L(2); Guzman, C(2); Antoni, D(2); Rumbo, C(3); Gentilini, MV(1); Trentadue, J(4); Solar, H(3); Gondolesi, G(1, 3)  
(1)IMEtTyB, Fundacion Favalaro-Conicet. Bue-

Perez Illidge, LC(1, 2); Ramisch, D(3); Valdivieso, L(2); Guzman, C(2); Antoni, D(2); Rumbo, C(3); Gentilini, MV(1); Trentadue, J(4); Solar, H(3); Gondolesi, G(1, 3)  
(1)IMEtTyB, Fundacion Favalaro-Conicet. Buenos Aires, Argentina  
(2)Cardiologia Intervencionista,

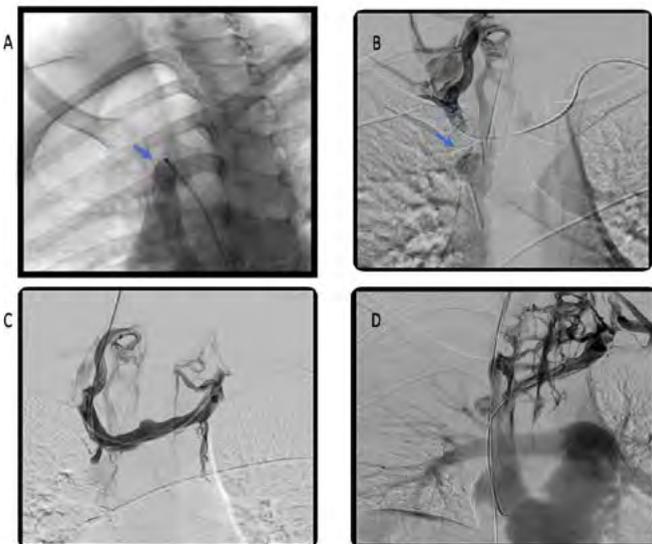
**Introducción:** La Falla Intestinal (FI) Tipo III es una condición clínica devastante principalmente caracterizada por la reducción de la función del intestino para la absorción de nutrientes y/o agua y electrolitos por debajo del mínimo necesario; recibiendo Nutrición Parenteral (NP) como tratamiento crónico. La nutrición parenteral puede llevar a complicaciones propias en el largo plazo que ponen en riesgo la vida, siendo la perdida de accesos vasculares (PAV) actualmente uno de los desafíos mas frecuentes. A la fecha, algunos estudios en la literatura han reportado la relevancia actual de los accesos vasculares no convencionales (AVNC) en su manejo, como parte de unidades de cuidado multidisciplinario.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos recopilada de enero de 2006 a diciembre de 2019 utilizando SPSS v25.0 para el análisis estadístico, seguido de una revisión sistemática, utilizando la metodología PRISMA.

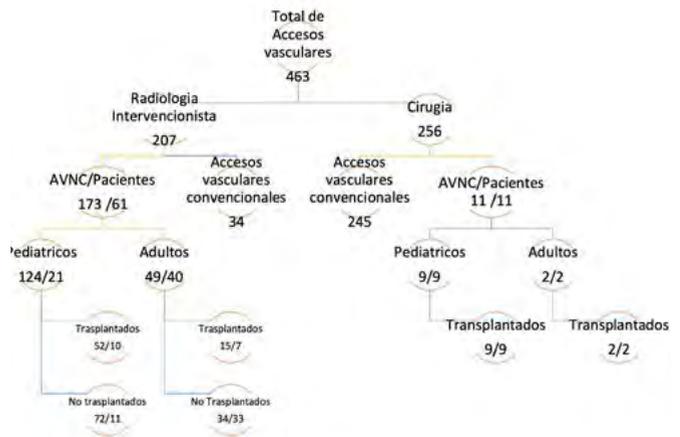
**Resultados:** De un total de 463 accesos vasculares implantados en pts con FI tipo III, 184 procedimientos (en 72 pacientes) fueron AVNC. Ver figura 1 descripción de la experiencia de nuestro centro. Se realizaron 173 procedimientos programados por el servicio de radiología intervencionista (RI) en 61 pts. Veintisiete pts eran mujeres, con una edad media de 17-24 años. Del número total de procedimientos, 166 casos fueron exitosos, con una media de accesos abiertos por pts de  $3 \pm 2,7$ , la tasa de permeabilidad media fue de  $738,7 \pm 997$  días. Diecisiete/ 61 pts tuvieron indicación de trasplante (Tx), requiriendo 24 procedimientos desde la evaluación hasta el Tx y 43 después del Tx. Se informaron complicaciones en 18/173 (10,4%) procedimientos; 2 fallecieron por complicaciones relacionadas con el procedimiento. En la otra rama se implantaron 11 AVNC por el servicio de cirugía como "ultimo recurso", durante el implante del órgano en 11 pts trasplantados de intestino (TxI). Ocho en la vena cava inferior, 2 en la vena gonadal derecha y 1 en la vena iliaca externa. Una complicación mayor (9%) relacionadas con el procedimiento, requirió laparotomía 45 días post Tx, debido a un aumento agudo de la circunferencia abdominal; el procedimiento mostró que la punta del catéter había migrado a la cavidad abdominal. Dos/11 líneas mal funcionaron en la primera semana. Un catéter se retiró accidentalmente sin complicaciones. Las otras 7 líneas se retiraron 30 días después de la cirugía de TxI. Se realizó una revisión sistemática para evaluar el éxito y la seguridad de los AVNC utilizados para tratar las complicaciones relacionadas con la NP; de 337.542 artículos, se seleccionaron 15 estudios. Un total de 69 pacientes con PAV recibieron AVNC. Se realizaron 75 procedimientos y se notificaron complicaciones relacionadas con el procedimiento en el 5,3%, incluida una muerte.

**Conclusiones:** EL implante de AVNC se puede realizar con éxito como parte del manejo de equipos multidisciplinarios, maximizando las posibilidades de mantener la NP a largo plazo y aumentando la aplicabilidad de TxI para los candidatos con una necesidad extrema de acceso vascular.

Financiamiento: No



**Figura A y B:** muestran una venografía con oclusión completa de la vena cava superior y aparición de circulación colateral C y D: muestran la recanalización obtenida luego de la angioplastia con balcón, y posterior resultado final con implante del stens



**Figura:** Reporte de Base de datos de la experiencia de nuestro centro del total de procesos vasculares implantados en pacientes con FI tipo III desde 01/2006 a 12/19.

## P-26

### Misceláneas

Rabotnikof, P(1);  
Routourou, A(1);  
Fontana, R(1);  
Soratti, C(2)

## Las Redes Sociales Institucionales al Servicio de los Pacientes en el año de la Pandemia

**Introducción/Objetivo:** En el contexto de la pandemia COVID-19, y ante la imposibilidad de brindar una atención presencial, las redes sociales institucionales se dispusieron como un canal para difundir información específica destinada a la población en general y a los pacientes trasplantados, en lista de espera y en tratamiento de diálisis en particular. Es por ello que, en simultáneo a la habilitación de cinco líneas de atención diarias vía Whatsapp y la implementación de encuentros de información a distancia, se tomó la decisión institucional de priorizar los contenidos en redes destinados a pacientes.

**Objetivo:** Describir la actividad del Facebook Institucional en cuanto a publicaciones específicas para pacientes y compararlas con los realizados en el año 2019.

**Materiales y Método:** Se contabilizaron y clasificaron las publicaciones específicas para pacientes realizadas en el Facebook Institucional en los años 2020 y 2019.

**Resultados:** De un total de 468 publicaciones realizadas en el Facebook institucional en 2020, 125 (26,70%) tuvieron contenidos destinados específicamente a pacientes, mientras que en el 2019 de un total de 374 publicaciones, 44 fueron dedicadas a pacientes (11,76%).

Los contenidos publicados destinados a pacientes en 2020 se clasificaron en: mensajes específicos sobre cuidados en relación a la pandemia (32,8%), convocatoria a reuniones virtuales y webinarios (29,6%), información de nuevos canales de atención a distancia (23,2%) e información sobre trámites y gestiones (14,4%).

En 2019 los contenidos publicados destinados a pacientes estuvieron divididos en convocatorias a reuniones presenciales (79,5%) e información sobre trámites y gestiones (20,5%).

**Conclusiones:** Durante la pandemia se incrementaron y diversificaron los contenidos destinados a pacientes; casi un tercio de estos correspondieron contenidos específicos sobre la pandemia COVID-19 y otro tercio a la promoción y convocatoria de las reuniones a distancia. De esta forma las redes sociales institucionales se adaptaron para funcionar como un canal de contacto e información permanente, entendiendo que los pacientes trasplantados, en lista de espera y en diálisis constituían un grupo vulnerable que requería el mayor acompañamiento y atención durante este periodo.

(1) Dirección de Comunicación y Relaciones Institucionales, Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. CABA, Argentina

(2) Presidencia, Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## O-30

### Misceláneas

Barone, ME<sup>(1)</sup>;  
Exeni, R<sup>(1)</sup>;  
Madera, S<sup>(1)</sup>;  
Mollar, E<sup>(1)</sup>;  
Romina, PM<sup>(1)</sup>;  
Tanus, E<sup>(1)</sup>;  
Yankowski, A<sup>(1)</sup>;  
Tanus, R<sup>(1)</sup>;  
Fontana, R<sup>(1)</sup>

## Procuración, Trasplante y Pandemia, Una Perspectiva desde las Guías Éticas OMS

**Introducción:** El trasplante de órganos cuenta con una extensa validación científica y ética, sin embargo, la pandemia COVID 19 ha planteado un nuevo escenario donde deben considerarse aspectos desconocidos para toda la comunidad científica y médica. La procuración y trasplante no ha escapado a ello. En el año 2016 la OMS ha elaborado guías éticas para escenarios de pandemia. Este comité ha tomado las mencionadas guías como punto de partida para el debate y toma de decisiones en esta actividad de procuración y trasplante.

**Objetivo:** Analizar la aplicabilidad de las GUÍAS ÉTICAS OMS del año 2016 "Orientación para el manejo de cuestiones éticas en brotes de enfermedades infecciosas" al nuevo escenario de pandemia 2020 en la especificidad de la temática de procuración trasplante.

**Material y Métodos:** análisis, revisión y debate del documento "Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks. World Health Organization" considerando su viabilidad para la procuración de órganos para trasplante y el trasplante en el marco de sus especificidades y problemáticas propias.

**Discusión:** Las Guías éticas OMS para pandemia fueron elaboradas a partir de la epidemia de ébola de 2014 y fueron finalmente publicadas en 2016. Si bien no se ha incluido ninguna patología en particular, tal como la actividad trasplantológica, en las mismas se consideran principios éticos y criterios que pueden ser útiles para ser aplicados a la procuración y trasplante en la pandemia por COVID 19.

Destacamos los siguientes: 1. Los principios éticos que deben guiar la toma de decisiones: justicia, beneficencia, no maleficencia, autonomía, utilidad, libertad, reciprocidad, solidaridad. 2. La vulnerabilidad como un aspecto central a ser considerado en la población, especialmente cuando la misma limita el acceso a tratamientos. 3. La comunicación como un requerimiento esencial para mitigar el miedo y generar confianza en las políticas de salud. 4. La perspectiva MEURI (monitored emergency use of unregistered and experimental interventions) para tratamientos no probados. 5. La relevancia del Consentimiento Informado y las formas a ser administrado en pandemia. 6. La obligación de compartir la nueva información científica en forma rápida. 7. El rol del estado como garante del acceso a tratamientos posteriores, sea el caso de que la persona trasplantada contraiga COVID o el acceso a vacunas.

**Conclusión:** Las guías éticas OMS contribuyen a dilucidar los problemas éticos surgidos en pandemia vinculados a la donación de órganos y el trasplante, en este sentido se constituyen en una herramienta de valor a la hora de la toma de decisiones. A partir de este análisis el Comité de Bioética de la Institución ha elaborado recomendaciones en el contexto de la pandemia COVID 19 publicadas en el artículo "Procuración y trasplante en pandemia: perspectiva bioética"

(1) Comité de Bioética, INCUCAI. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## O-27

## Misceláneas

## COVID y Pandemia Información, Fuentes y Utilización de Redes Sociales.

Espinosa, W<sup>(1)</sup>;  
Fontana, R<sup>(1)</sup>;  
Hansen Krog, D<sup>(1)</sup>;  
Rima, D<sup>(1)</sup>;  
Pacífico, M<sup>(1)</sup>;  
Tonelli, A<sup>(1)</sup>;  
Bindsetein, G<sup>(1)</sup>;  
Campos, V<sup>(1)</sup>

**Introducción:** El área social la institución recibe cotidianamente consultas y requerimientos por parte de la comunidad de pacientes. El contexto de pandemia con aislamiento social requirió una pronta adaptación de los dispositivos de atención con el propósito de continuar dando respuesta con la misma efectividad y considerando que esta comunidad, por ser de riesgo, iba a estar movilizada y con una demanda específica relacionada al nuevo marco. En este sentido se consideró, que este contexto sanitario y social adverso, nos brindaba una oportunidad para indagar acerca de las percepciones, dificultades e inquietudes que atraviesan pacientes trasplantados y como impactaba en ellos la numerosa información recibida a través de diferentes canales. En ese marco se llevó a cabo una encuesta a pacientes trasplantados de órganos

**Objetivo:** Indagar nivel de información, fuentes y percepción de riesgos de los pacientes trasplantados durante la pandemia.

**Materiales y métodos:** Análisis de resultados de encuesta nacional destinada a trasplantados de órganos con más de un año de trasplante. Recolección de datos por encuesta autoadministrada por Google Form entre el 28 de julio y 17 de agosto de 2020. Se exponen como indicadores: Información, nivel, fuentes respecto al COVID

**Resultados:** Muestra 790 casos. Respecto al COVID. Un 98% (N=767) sostuvo que se informó acerca de las recomendaciones de higiene y cuidado. Un 93% (N= 742) sostuvo que siempre cumple las normas de recomendaciones. Un 78% (N=614) respondió que suele informarse respecto a los avances científicos para combatir la enfermedad. Un 58% (N=457) respondió que suele informarse respecto a las medidas de asistencia social anunciadas por el gobierno. Un 81% (N=636) opinó que suele informarse respecto a los síntomas de la enfermedad. Un 74% (N=587) contestó que suele informarse respecto a las vías de contacto en caso de presentar síntomas. Respecto al nivel de información; un 96% respondió estar informado o muy informado sobre la situación actual de la pandemia. Con relación a los riesgos un 58% (N=460) considera que es bastante riesgoso para la comunidad en general, mientras un 77% (N=610) es extremadamente riesgoso para los trasplantados. Respecto a la priorización de las fuentes, opción con múltiples respuestas; Un 73% (N=580) la televisión es el medio más utilizado para informarse. Sitios de internet con un 45% (N=356) Redes sociales con 26% (N=222) Diarios con un 26% (N=222) Respecto a la confiabilidad de los medios que prioriza, un 72% (N=609) la considero confiable y muy confiable.

**Conclusión:** La Pandemia generó una profunda preocupación en la comunidad trasplantada y lo vive como un riesgo extremo. La necesidad de contar con información respecto a los riesgos, medidas de cuidado y avances científicos ocupa un lugar de preponderancia. Vínculo institucional y disponibilidad de información resultan ser acciones necesarias que deben ser priorizadas por el sistema sanitario.

(1)Dirección de Comunicación  
y Relaciones Institucionales, INCUCAL.  
CABA, ARGENTINA

Financiamiento: No

## O-28

## Misceláneas

## Pandemia y Aislamiento Social Motivos de Consulta de Pacientes Trasplantados y Nivel de Respuesta

Espinosa, W<sup>(1)</sup>;  
Fontana, R<sup>(1)</sup>;  
Rima, D<sup>(1)</sup>;  
Pacífico, M<sup>(1)</sup>;  
Tonelli, A<sup>(1)</sup>;  
Bindsetein, G<sup>(1)</sup>;  
Campos, V<sup>(1)</sup>;  
Soratti, C<sup>(2)</sup>

**Introducción:** El área social de la institución cotidianamente recibe numerosos llamados proveniente de la comunidad de pacientes. La irrupción de un contexto pandémico con aislamiento social, impuso la necesidad de establecer nuevos dispositivos de atención para continuar brindando respuestas. La adaptación a una nueva modalidad de atención, el incremento, la diversidad de consultas y las dificultades para brindar respuestas, impuso que el equipo social, analice formas organizativas para ser efectivos en la tarea. Dentro de ese análisis se debatió, que este contexto sanitario y social adverso, nos brindaba una oportunidad para indagar acerca de las percepciones, dificultades e inquietudes que atraviesan pacientes trasplantados. En ese marco se llevó a cabo una encuesta a pacientes trasplantados de órganos

**Objetivo:** Indagar la necesidad de comunicación de pacientes trasplantados durante la pandemia y aislamiento social y nivel de respuesta de los establecimientos de trasplante, obras sociales y el instituto nacional de ablación e implante.

**Materiales y métodos:** Análisis de resultados de encuesta nacional destinada a trasplantados de órganos con más de un año de trasplante. Recolección de datos por encuesta autoadministrada por Google Form entre el 28 de julio y 17 de agosto de 2020. Se exponen como indicadores: Comunicación y nivel de respuesta institucional

**Resultados:** Muestra 790 casos. Respecto a los equipos de trasplante. Un 80%(N=634) de los pacientes tuvo necesidad de comunicarse y un 95%(N=607) logró contactarse. Con relación al medio de contacto (N=607) Un 35% (N=216) lo realizó por WhatsApp, un 18%(N=110) por celular y un 16%(N=101) por correo electrónico. Respecto al motivo(N=634) Un 30%(N=193) por información general, un 25%(N=161) por confirmación de turnos, un 17% (N=112) por medicación. Respecto al problema un 82%(N=526) logró resolverlo. Respecto a las obras sociales un 80%(N=633) tuvo necesidad de comunicarse y un 90%(N=572) pudo concretarlo. El medio de contacto un 31% (N=181) fue por correo electrónico, un 22%(N=127) por teléfono de línea y 17%(N=99) por WhastApp. El motivo un 48%(N=279) por medicación y un 32%(N=186) autorización de estudios. Respecto al problema un 88%(N=507) logró resolverlo. Con relación al INCUCAL un 28%(N=223) tuvo necesidad de comunicarse y un 91%(N=203) pudo comunicarse. El medio un 44%(N=104) por WhastApp, un 18%(N=43) teléfono de línea, un 17%(N=40) por celular y 14%(N=34) por correo electrónico. El motivo un 24%(N=60) reclamo por obra social, un 21%(N=53) información general, un 17%(N=43) renovación de credencial y un 15%(N=39) tramitación de asignación mensual. Respecto al problema un 81%(N=193) logró resolverlo.

**Conclusión:** La Pandemia y aislamiento social impuso nuevas formas organizativas de trabajo y dispositivos de atención. El contexto incrementó y diversificó la demanda de los pacientes. Las instituciones en la mayoría de los casos manifestaron capacidad de atención y respuesta a la problemáticas planteadas.

(1)Dirección de Comunicación  
y Relaciones Internacionales,  
INCUCAL. Argentina

2)Presidencia, INCUCAL.  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

## O-29

### Misceláneas

Espinosa, W<sup>(1)</sup>;  
Fontana, R<sup>(1)</sup>;  
Rima, D<sup>(1)</sup>;  
Pacífico, M<sup>(1)</sup>;  
Tonelli, A<sup>(1)</sup>;  
Bindsetein, G<sup>(1)</sup>;  
Campos, V<sup>(1)</sup>;  
Soratti, C<sup>(2)</sup>

(1) Dirección de Comunicación  
y Relaciones Internacionales,  
INCUCAL, Argentina

2) Presidencia, INCUCAL,  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

## COVID y Pandemia Tenencia de Empleo y Percepción de Ingresos en Pacientes y Trasplantados

**Introducción:** El área social de la institución cotidianamente recibe numerosos llamados proveniente de la comunidad de pacientes. La irrupción de un contexto pandémico con aislamiento social, generó la necesidad de establecer nuevos dispositivos de atención, en este marco, se experimentó el incremento de consultas con problemáticas de índole social. Teniendo en cuenta las características de los reclamos se llevó a cabo una encuesta a pacientes trasplantados de órganos de índole social que indague respecto a la tenencia de empleo y percepción de ingresos.

**Objetivo:** Indagar tenencia de empleo, percepción y fuentes de ingreso en pacientes trasplantados de órganos

**Materiales y métodos:** Análisis de resultados de encuesta nacional destinada a trasplantados de órganos con más de un año de trasplante. Recolección de datos por encuesta autoadministrada por Google Form entre el 28 de julio y 17 de agosto de 2020. Se exponen como indicadores: Tenencia de empleo y percepción de ingresos

**Resultados:** Muestra 790 casos. Tenencia de empleo. Un 58%(N=459) no tiene empleo. Con relación a los que tienen empleo(N=323) un 76% es formal con aportes. De analizar la franja 18/30 años(N=110) un 83% no tiene empleo y según género las mujeres (N=416) un 63% carece de empleo. De analizar cuanto tiempo hace que no tienen empleo (N=425). Un 71% hace más de 18 meses y un 13% desde hace 6. Respecto a la relación laboral en su último empleo un 45%(N=187) fue informal y ocasional. Con relación a ingresos un 88%(N=697) percibe algún tipo de ingresos. Respecto a las fuentes un 36% es por empleo y un 35% es por pensiones y/o planes asistenciales.

**Conclusión:** La Pandemia además de impactar sanitariamente muy probablemente profundice las problemáticas de índole social. El desempleo alcanza a 6 de 10 trasplantados, índice que se profundiza de analizarlo por género y en población joven. Respecto a la fuente de ingresos una tercera parte de la población encuestada depende de pensiones y planes de asistencia social. La mejora de estos indicadores requiere políticas públicas de inclusión que promuevan la formación y generación de empleo.

## O-68

### Misceláneas

Moscoloni, S<sup>(1)</sup>;  
Matinez, L<sup>(1)</sup>;  
Ahumada, R<sup>(1)</sup>;  
Osse, JM<sup>(1)</sup>;  
Sandoval, A<sup>(2)</sup>;  
Grennon Viel, D<sup>(2)</sup>;  
Bertolotti, A<sup>(1)</sup>

(1) Trasplante Pulmonar, Hospital  
Universitario Fundación Favaloro,  
CABA, ARGENTINA

(2) Cirugía, Hospital Universitario  
Fundación Favaloro,  
CABA, ARGENTINA

Financiamiento: No

## Encuesta a Pacientes en Espera de Trasplante Pulmonar Durante el Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio

**Introducción:** El 19 de marzo de 2020, el Poder Ejecutivo Nacional, por decreto 297/20 determinó el período de aislamiento social, preventivo y obligatorio (ASPO) dentro del contexto de pandemia por COVID 19, el cual limitaba la circulación de personas entre jurisdicciones, restringía el transporte público y la posibilidad de alojarse en hoteles, entre otras restricciones. El INCUCAL generó un permiso de circulación para estos pacientes. Los centros médicos recomendaban la atención virtual y los pacientes mostraron resistencias a concurrir a los centros de trasplante por temor al contagio. Todas las consultas médicas se vieron limitadas en todas las especialidades. Ante la prolongación del ASPO comenzó a insistirse en la importancia de realizar los tratamientos médicos por temor a complicaciones mayores. Es así como paulatinamente a lo largo del año los pacientes comenzaron a consultar y realizar los estudios en forma presencial. El trabajo intenta explorar los efectos en la salud de estos pacientes a consecuencia del ASPO.

**Objetivo:** Explorar la situación biopsicosocial de los pacientes durante el periodo del ASPO.

**Material y método:** Desde el 01/11/2020 al 31/01/2021 se realizó un cuestionario cerrado de 22 preguntas, completado por los pacientes vía e mail o telefónicamente. Se exploraron aspectos relacionados con el seguimiento clínico, rehabilitación, situación social, síntomas emocionales y dificultades administrativas durante el ASPO.

**Resultados:** De 221 pacientes en lista de espera, se obtuvo sólo un 49% de aceptación. El 56% se domiciliaba a menos de 300km. El 71% se controló con su médico de cabecera o centro de referencia. El 60% tuvo sintomatología psíquica, el 37% empeoró su situación económica, el 30% concurrió a consulta psiquiátrica y sólo el 2,7% presentó COVID 19. No resultó significativo las dificultades en la convivencia ni la relación entre aumento de psicofármacos y consulta psiquiátrica. Resulto significativa la relación entre situación habitacional y cambios en su estado de ánimo: p:0,019; situación económica y sintomatología psíquica p:0,004 y cambios en su estado de ánimo y aumento del consumo de psicofármacos: 0,048.

**Conclusión:** El mayor impacto que causó el ASPO fue psicosocial, con el aumento de la sintomatología psíquica coincidiendo con los datos de la población general. Los pacientes continuaron haciendo controles médicos y el aislamiento favoreció el no desarrollo de otras enfermedades infectocontagiosas.

**Relevancia para La Trasplantología:** Los equipos deberían enfatizar más la atención en el área psicosocial dado que la sintomatología aumento significativamente durante el ASPO y podría impactar consecuentemente en la salud integral de los pacientes.

**O-94**  
**Misceláneas**

**Proyecto de Protocolo Federal de Derivación en Trasplante (Derivación Administrativa a Centro de Trasplante)**

Ferreira Centeno, E<sup>(1)</sup>;  
Krenz, G<sup>(2)</sup>;  
Aguila, VI<sup>(3)</sup>;  
Menteguiaga, F<sup>(4)</sup>;  
Zorat, S<sup>(5)</sup>;  
Monti, JM<sup>(6)</sup>;  
Däppen, R<sup>(7)</sup>;  
Reid, C<sup>(8)</sup>

El Protocolo de Derivación fue elaborado por Trabajadores Sociales (TS) de Jurisdicciones Provinciales del Incucai, que ante los problemas que enfrentamos ante la derivación/recepción de personas en Proceso de Trasplante (PTx). Inicialmente fue elaborado para aplicar a personas con financiamiento por parte de Ministerios Provinciales; pudiendo a futuro ampliarse para ser aplicado a toda persona en PTx

**Introducción:** El sistema argentino de salud en la alta complejidad (AC), encuentra a los efectores de trasplante (Tx) (públicos y privados) en las grandes ciudades de provincia con desarrollo sanitario y económico. Como práctica de AC y de atención integral, requiere atender un sinnúmero de factores que deben ser evaluados, encaminados y/o resueltos por responsables específicos para promover la equidad en el acceso y la oportunidad de atención. Protocolizar las necesidades (materiales, económicas e inmateriales) del PTx y fundamentalmente los responsables y referentes capacitados a lo largo del proceso completo (desde la indicación de trasplante hasta el deceso) es la primera etapa en miras a la accesibilidad y equidad (AyE) en Tx.

**Objetivo General:** En el Corto plazo Estandarizar a nivel federal el proceso de derivación/recepción de personas en PTx desde su lugar de origen al centro de trasplante; desagregado en objetivos específicos que abarcan: datos de la persona, cuidadores, traslados, alojamiento y manutención, referentes Médicos, de TS y Administrativo de cada uno de los establecimientos involucrados (lugar de origen, centro de Tx y financiador). En el largo plazo la Formulación del Programa Federal de Tx, que garantice la AyE para todas las personas en PTx

**Alcance:** Para ser aplicado a toda persona que necesite un trasplante, involucrando a los profesionales, financiadores (MINISTERIO DE SALUD), instituciones municipales o ministeriales responsables locales o provinciales que participan de un PTx

**Estructura:** el protocolo cuenta con 10 apartados; que identifican responsabilidades y responsables institucionales: centro derivante; financiador y centro de trasplante. Involucra a Municipios y Ministerio Provinciales de desarrollo social/hábitat/transporte etc.

**Instructivo:** El instructivo que desglosa y aclara que implica cada uno de sus apartados, estableciendo quién y qué debe hacerse durante todo el PTx

**Conclusión:** A) basados en nuestra experiencia este Protocolo permitirá: 1) que se contemplen todas las necesidades (médicas y sociales) que requiere una persona que atraviesa el PTx; 2) que se estandaricen la calidad de atención en PTx, más allá de quien financie; 3) que la calidad de atención sea federal, contando todos y cada uno de los argentinos con la misma clase de derivación y atención local. B) Las diferencias locales no significaron un escollo para el logro de este Proyecto, entendiendo que se debe adaptar localmente. C) El desarrollo de este protocolo puso en evidencia la necesidad de establecer protocolos de Intervención de TS en trasplante.

- (1)Division Trabajo Social, Ecodaic, Córdoba, Argentina
- (2)Trabajo Social, Cucai Rio Negro, Rio Negro, Argentina
- (3)Trabajo Social, Cucaiba, La Plata, Argentina
- (4)Trabajo Social, Cucaicor, Corrientes, Argentina
- (5)Trabajo Social, Cucaimis, Posadas, Argentina
- (6)Trabajo Social, Cudaio, Santa Fe, Argentina
- (7)Trabajo Social, Cucaier, Parana, Argentina
- (8)Trabajo Social, EAIT, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

PROTOCOLO DE DERIVACION DE PACIENTES	
<b>1. DATOS DEL PACIENTE</b>	
Nombre y Apellido: _____	
DNI: _____	Fecha Nac: _____
Estado Civil: _____	Edad: _____
Domicilio: _____	
Localidad: _____	Teléfono celular: _____
Provincia: _____	Teléfono fijo: _____
Observaciones: _____	
<b>2. DATOS DE LOS CUIDADORES</b>	
1) Nombre y Apellido: _____	
DNI: _____	Fecha Nac: _____
Estado Civil: _____	Edad: _____
Domicilio: _____	Vínculo: _____
Localidad: _____	Teléfono celular: _____
Provincia: _____	Teléfono fijo: _____
2) Nombre y Apellido: _____	
DNI: _____	Fecha Nac: _____
Estado Civil: _____	Edad: _____
Domicilio: _____	Vínculo: _____
Localidad: _____	Teléfono celular: _____
Provincia: _____	Teléfono fijo: _____
<b>3. RECAMBIO DE CUIDADORES(Cuidador alternativo)</b>	
1) 1) Nombre y Apellido: _____	Vínculo: _____
Edad: _____	Teléf. Celular: _____
2) Nombre y Apellido: _____	Vínculo: _____
Edad: _____	Teléf. Celular: _____
3) Nombre y Apellido: _____	Vínculo: _____
Edad: _____	Teléf. Celular: _____
<b>4. INFORME SOCIAL EN TERRENO</b>	
Realizado por Lic.: _____	
Fecha: _____	Teléfono de contacto: _____
Situaciones de riesgo detectadas: _____	
Acciones realizadas: _____	
<b>5. TRASLADOS</b>	
Medio de Traslado: _____	
Ambulancia perteneciente a: _____	Responsable: _____
Teléfono: _____	Disponibilidad: _____
Vehículo perteneciente a: _____	Responsable: _____
Teléfono: _____	Disponibilidad: _____
Traslado de emergencia/obito: _____	

<b>6. ALOJAMIENTO PROXIMO A CENTRO DE TRASPLANTE</b>	
Domicilio: _____	
Capacidad para: _____	
Referente por alojamiento: _____	
Comodidades: _____	
Duración: _____	
Referente Casa de Provincia: _____	
Teléfono: _____	Email: _____
<b>7. SUBSISTENCIA DIARIA EN DERIVACION A CENTRO DE TRASPLANTE</b>	
Subsidio otorgado por: _____	
Monto de: _____	
Válido hasta: _____	
Renovable por: _____	
Modalidad de Pago: _____	
Responsable: _____	
<b>8. REFERENTES DEL CENTRO DERIVADOR</b>	
Referente Médico que deriva: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
Referente Trabajo Social derivante: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
Referente Financiador derivante: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
<b>9. REFERENTES DE TRASPLANTE</b>	
Referente Médico Eq de Trasplante: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
Referente Trabajo Social Equipo de Trasplante: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
<b>10 CONTROLES PRE Y POST TRASPLANTE</b>	
Referente financiador: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____
Horario: _____	
Email: _____	
Referente para alojamiento: _____	
Teléfono: _____	Celular: _____

## O-100

### Misceláneas

Raimondi, J<sup>(1, 2, 3)</sup>;  
 Abate, J<sup>(1)</sup>;  
 Saves, J<sup>(1)</sup>;  
 Lausada, N<sup>(1)</sup>;  
 Tanús, R<sup>(1, 2, 3)</sup>;  
 Cobos, M<sup>(1, 2, 3)</sup>

(1) Cátedra de Trasplantes,  
 Facultad de Ciencias Médicas - UNLP,  
 La Plata, Argentina

(2) Área de Trasplantes,  
 Hospital Español,  
 La Plata, Argentina

(3) Fundación para el Desarrollo Integral de los Trasplantes (FuDIT),  
 La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## Asignatura trasplante de órganos, tejidos y células en una carrera de medicina. Doce años de experiencia.

**Introducción:** El conocimiento de los trasplantes de órganos, tejidos y células como modalidad terapéutica es cada vez más necesario. El proceso de procuración y trasplante brinda un escenario pedagógico de integración de conocimientos, dado su carácter interdisciplinario. En nuestra Facultad hemos desarrollado en la Docencia de grado, desde hace 13 (trece) años, la Materia Trasplante de Órganos, Tejidos y Células (MT). El último año, dictada a distancia (2020), no ha sido incluido en el presente trabajo.

**Objetivos:** Evaluar el rendimiento de los estudiantes y desempeño docente en la asignatura

**Materiales y Métodos:** El programa de la MT incluye 27 módulos de seminarios donde se desarrollan la totalidad de los temas del proceso procuración-trasplante; actividades prácticas en sala, terapia intensiva, consultorio externo y quirófano; 1 taller integrador. De esta forma, se cumplió con los objetivos de la enseñanza de abordar las áreas cognitivas, psicomotriz y afectivas con un concepto de integración de conocimientos. La evaluación continua se realizó durante las actividades presenciales, 2 evaluaciones parciales (procuración y trasplantes) y una evaluación final. Paralelamente se solicitó, en forma anónima, la evaluación de cada actividad por parte de los estudiantes. Para confeccionar la encuesta, fue empleada la escala tipo Likert. Se incluyeron tres elementos: el contenido del módulo, la presentación, y la calidad en las respuestas brindadas por el profesor. Al finalizar la cursada se solicitó a cada estudiante completar una última encuesta, nuevamente anónima, a fin de valorar aspectos generales relacionados a la materia, donde los elementos evaluados fueron: la calidad de información previamente al inicio de la cursada, la conformidad con la información de la cursada, el trabajo de secretaría, la puntualidad y las instalaciones. Se brindaron cinco niveles posibles de respuesta: 1. Inadecuado, 2. Aceptable, 3. Bien, 4. Muy bien, 5. Excelente. La confiabilidad del instrumento cuantitativo según la escala de tipo Likert se obtuvo a partir del coeficiente Alfa de Cronbach.

**Resultados:** Del total de alumnos inscriptos  $n=1057$ , el 80,6% (852) completó los requisitos de aprobación de la cursada. Del total de exámenes finales  $n=681$  (79,9%) el porcentaje de aprobados fue del 96,4% ( $n=654$ ). Obteniéndose como nota final una media calculada igual a  $6,53 \pm 2,9$ . Siendo la modal igual a 7. Faltan cumplir con la instancia final evaluativa 205 estudiantes (19,4%) El índice Alfa de Cronbach es = 0,82 indicando alta confiabilidad del método. El puntaje asignado por los alumnos a los módulos fue similar en diferentes años, con una media total de  $4,16 \pm 0,78$ . Resaltan las actividades de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos y el taller integrador ( $?=4,7 \pm 0,4$  en ambos). En las encuestas vinculadas con la evaluación general de la materia la media fue de  $4,1 \pm 0,9$  en la escala.

**Discusión y Conclusión:** En la bibliografía disponible existen diferentes modalidades de capacitación, pero ninguna se asemeja al modelo presentado. La MT permite al alumno avanzado educarse en una temática poco explorada en otras instancias pedagógicas, brinda un marco de integración de la totalidad de las materias de la carrera e instruye acerca de las responsabilidades éticas y legales a los futuros profesionales.

## O-7 Miscelánea

### Síndrome Respiratorio Agudo Severo por Coronavirus 2, un Obstáculo para la Donación.

Malvaez, A<sup>(1)</sup>;  
García, BA<sup>(1)</sup>;  
Morales, SJ<sup>(2)</sup>

**Introducción:** El 11 de Marzo del 2020 la OMS declara pandemia por SARS-CoV-2. Por lo que se declara suspender todos los trasplantes de origen cadavérico. Al contrario de España en donde durante el pico de la pandemia se lograron 274 trasplantes.

**Objetivos.** Conocer la prevalencia de pacientes fallecidos sin contraindicaciones absolutas como donantes cadavéricos del 19 de marzo al 31 de julio 2020 y la prevalencia de donaciones concretadas cadavéricas de enero a julio 2019 vs 2020.

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo, observacional, transversal, en donde se obtuvo como muestra los pacientes fallecidos por paro cardíaco o muerte encefálica quienes cumplieron con los criterios de selección de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Nacional de Trasplantes.

**Resultados.** Incluimos 756 sujetos fallecidos, 405(53%) fueron sin contraindicaciones absolutas ni criterios diagnósticos para COVID-19 y riesgo epidemiológico, quedándonos un total de 142(35.0%) posibles donantes cadavéricos, de los cuales 128(90.1%) fueron candidatos para donación de córnea y 14(9.8%) donadores multiorgánicos. De las pérdidas multiorgánicas registradas se evaluaron 14 riñones, 13 hígados y 2 corazones todos con criterios de viabilidad. En 2019 de enero a julio se concretaron 59 donaciones de las cuales 48(81.3%) fueron donaciones de córnea y 11(18.6%) donaciones multiorgánicas en comparación con el 2020, en el mismo período se concretaron en total 25 donaciones, de las cuales 18(72%) fueron donaciones de córnea y 7(28%) donaciones multiorgánicas previo a la suspensión de actividades.

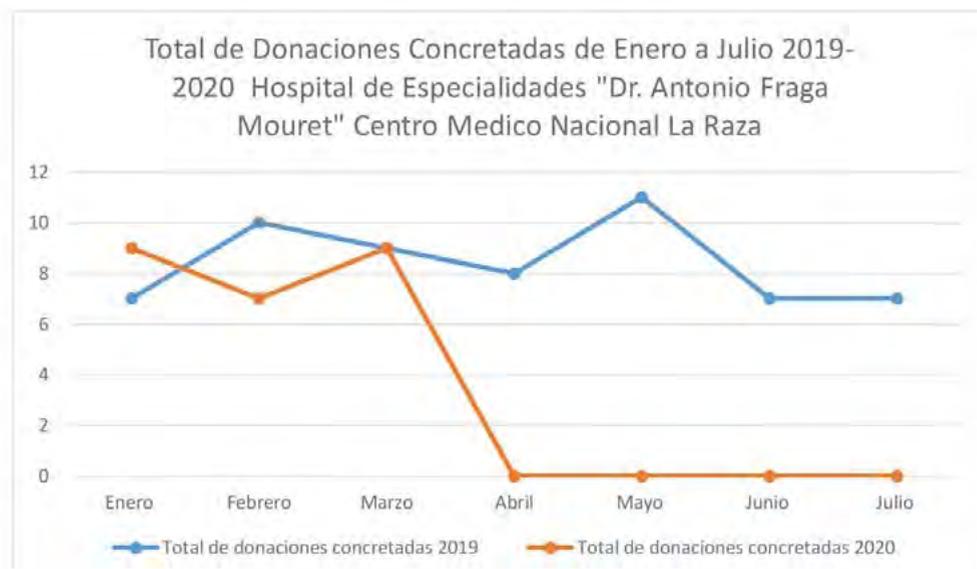
**Conclusiones.** Actualmente, a nivel nacional se cuenta con un plan de reactivación de los programas de donación. En nuestro estudio se observó una mayor prevalencia de los donantes cadavéricos de enero a julio 2019 que en el 2020, por lo que es importante unificar los criterios de donación de acuerdo a criterios globales para reanudar las actividades y evitar una pérdida significativa de donaciones.

**Relevancia Transplantológica:** El servicio de Donación y Trasplantes está íntimamente relacionado, por lo que han disminuido en actividad desde el inicio de la pandemia. Es importante poder cuantificar el impacto relacionado entre ambas y poder adoptar medidas para reanudar actividades.

(1) Coordinación Hospitalaria de Donación y Trasplantes, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México

(2) Departamento de Investigación Clínica, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México

Financiamiento: No



## O-52

### Páncreas

Soler Pujol, G<sup>(1)</sup>;  
Fauda, M<sup>(2)</sup>;  
Magenta, M<sup>(1)</sup>;  
Claros, I<sup>(1)</sup>;  
Fragale, G<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología y Trasplante renal,  
Hospital Universitario Austral,  
Pilar, Argentina

(2)Trasplante reno-pancreático,  
Hospital Universitario Austral,  
Pilar, Argentina

## Hipoglucemia Postrasplante Reno-Páncreas

**Objetivo:** El trasplante renopancreático es una alternativa terapéutica ampliamente reconocida para aquellos pacientes con diabetes Tipo 1 y algunos Tipo 2 que presentan mal control glucémico y deterioro severo de la función renal. Aunque el trasplante de páncreas mejora el control glucémico, entre el 33% y el 54% de los pacientes informan síntomas de hipoglucemia. Los informes de hipoglucemia grave que provocan pérdida del conocimiento o requieren ayuda de terceros son raros y se desconoce su prevalencia. Presentamos el caso de un paciente con hipoglucemia grave postrasplante renopancreático que fue tratado exitosamente con tratamiento médico.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 43 años con antecedente de diabetes tipo 1, como complicación presento retinopatía con amaurosis ojo derecho e insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis. Recibe trasplante renopancreático de donante cadavérico. Inmunosupresión de inducción: timoglobulina, micofenolato y esteroides. Inmunosupresión de mantenimiento: tacrolimus, micofenolato y meprednisona. Al 6° año del trasplante presento hipoglucemias postprandiales asociado a sudoración profusa, pérdida de conocimiento y necesidad de asistencia de terceros. Prueba de tolerancia oral a la glucosa: glucemia basal 83mg/dl, insulina basal 15.5µUI/ml (VR: 3-25), glucemias post 60 minutos 122mg/dl e insulina 129µUI/ml y glucemia post 120 minutos 47mg/dl e insulina 13.57µUI/ml. En PET con 68Ga-DOTA se observó foco de captación de receptores de somatostatina en cabeza de páncreas trasplantado, resto del órgano captación normal. Se completó con RMN de pelvis que no presento lesiones. Se interpretó el cuadro como posible insulinoma vs hipersecreción por hiperplasia de células betas en porción cefálica del páncreas. Se indicó dieta con hidratos de carbono complejos e inicio tratamiento con octeotride de depósito 30mg/mes con buena evolución clínica, sin registros de hipoglucemias.

**Conclusión:** El uso de octeotride es una alternativa válida para el tratamiento de la hipoglucemia grave en los pacientes con trasplante renopancreático. Se discutirá la continuidad del tratamiento a largo plazo y los posibles tratamientos alternativos en este paciente (radioterapia-embolización-cirugía).

Financiamiento: No

## P-48

### Procuración

Gallaratti, M<sup>(1, 2)</sup>;  
Juchet, C<sup>(1)</sup>;  
Aguila, VI<sup>(1)</sup>;  
Nanni, MG<sup>(2, 3)</sup>;  
Leone, F<sup>(2, 4)</sup>

(1)Area Social, CUCAIBA. La Plata,  
Argentina

(2)La PLata

(3)Dirección de Gestión Científico  
Técnica, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(4)Presidencia, CUCAIBA. La Plata,  
Argentina

## Reflexiones Acerca de las Representaciones Sociales en Torno a la Donación en Salud

El presente trabajo se orienta al análisis de la donación en salud cómo práctica social. Busca explorar las representaciones y valores que entran en juego y se articulan en sus dinámicas, interviniendo en los diversos posicionamientos y en el acto efectivo de donar órganos, tejido, plasma, sangre, médula ósea, cabello o leche materna. Estas representaciones son construcciones sociales; cuyos contenidos son influidos por procesos emergentes en la sociedad, se refieren a imágenes y modelos que explican algún fenómeno relevante para un grupo social determinado y expresan las relaciones que las personas mantienen con el mundo y con los otros. El interés de abordar las representaciones sociales se apoya en la hipótesis de que son marco de lectura de la realidad y, por lo tanto, guía de acción.

**Metodología:** El corpus se constituye mediante encuestas, con preguntas estructuradas, a población aleatoria, mayor de 18 años. La muestra consta de 5000 formularios (Google forms) cumplimentados de forma anónima. Los ejes del análisis abordados incluyen: campos de representación, campos de información y campos actitudinales respecto de la donación.

**Resultados:** El análisis de las encuestas permite conjeturar, hasta el momento, una relación positiva entre una mejor disponibilidad de información y una actitud favorable a la donación. A contrario, cuando el discurso institucional, articulado, científico, está ausente en las representaciones sociales, es hacia la sospecha y la desconfianza que se inclina la actitud de los encuestados.

**Conclusión:** Un conocimiento profundizado acerca de las representaciones que median en la voluntad y el acto de la donación, permitirá incidir a fin de fomentar lazos sociales que propicien conductas favorables a la donación, deslindada de una "arbitrariedad personal" y promovida por una conducta colectiva consciente.

Financiamiento: No

**P-59**  
**Procuración**

**Comparación de Doppler Transcraneal y Métodos Electrofisiológicos en el Diagnóstico de Muerte Encefálica en Menores de 2 años: ¿Es Posible Validarlo a Futuro?**

Souza, GR<sup>(1, 2);</sup>  
Cyunel, MJ<sup>(3, 4);</sup>  
Juri, J<sup>(5);</sup>  
Verges, JJ<sup>(5)</sup>

**Introducción:** Introducción: El diagnóstico de muerte encefálica (ME) en menores de 2 años de acuerdo al protocolo de la Ley 27.447 se realiza por métodos electrofisiológicos, como el electroencefalograma (EEG) y los potenciales evocados somatosensitivos (PESS) y auditivos (PEAT), que son considerados gold standard en esta determinación.

**Objetivo:** Comparar los métodos electrofisiológicos con el Doppler transcraneal (DTC), ya aceptado para la evaluación en mayores de 2 años y adultos, a fin de correlacionar ambos estudios y comprobar su especificidad en la confirmación del paro circulatorio cerebral en este grupo etario, sentando las bases para una inclusión a futuro en un nuevo protocolo.

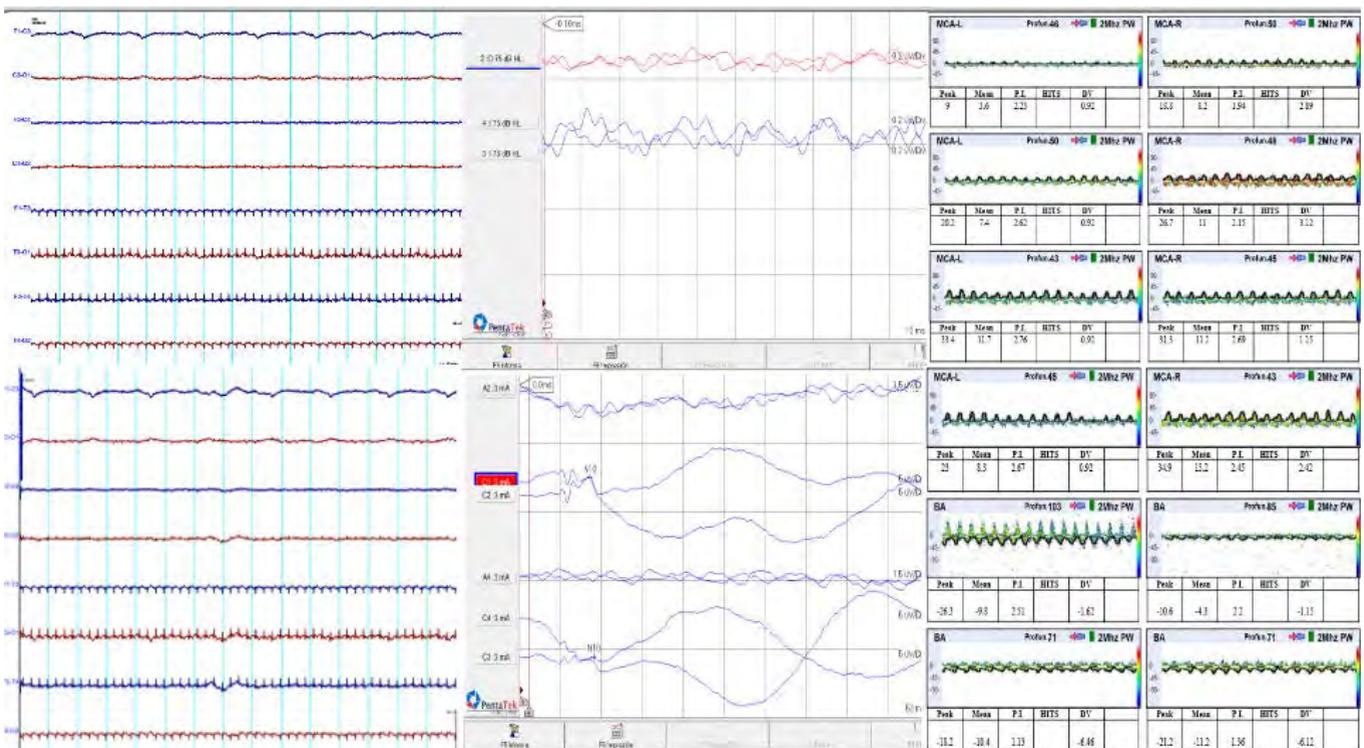
**Impacto clínico:** El diagnóstico de ME en menores de 2 años depende exclusivamente de métodos electrofisiológicos, los cuales requieren la ausencia de drogas depresoras del SNC. Debido a la inmadurez metabólica, en muchos casos es necesaria una espera mayor a 72hs para lograr un adecuado clearance de dichos fármacos; sumado esto al periodo de observación requerido por el protocolo nacional vigente, en algunos casos pueden sobrevenir periodos de 4 días o más hasta dar con el diagnóstico de cese irreversible de funciones neurológicas, lo que causa un detrimento notable en la estabilidad y calidad de los órganos del potencial donante, al mismo tiempo que genera una situación de gran impacto psicoemocional en la familia del donante y en el equipo tratante. Validar el diagnóstico de ME mediante DTC permitiría acortar esta brecha entre la detección clínica y la certificación, mejorando los tiempos de procuración e implante.

**Descripción:** Se tomaron 4 pacientes evaluados desde Jun 2020 a la fecha, todos ellos menores de 2 años y con distintas causas de muerte, en quienes se realizaron estudios electrofisiológicos (EEG, PESS y PEAT) para arribar al diagnóstico de ME (tabla 1); una vez completado el diagnóstico, se realizó DTC para verificar el patrón sonográfico y correlacionar el mismo con aquellos establecidos como parámetro de paro circulatorio cerebral (imagen 1). En todos los casos se utilizaron las ventanas y profundidades establecidas en el protocolo nacional reglamentado por la Ley 27.447.

**Conclusión:** En los casos evaluados, sin importar el mecanismo que llevó a la ME, se comprobó que los potenciales donantes presentaban patrones de ME en los estudios electrofisiológicos y también en el sonograma del DTC. Creemos que es importante continuar con la pesquisa en este grupo etario, a fin de elaborar una casuística nacional que permita establecer la fiabilidad de este método para poder incluirlo como herramienta diagnóstica, permitiendo una mejora en el proceso de procuración de órganos en menores y neonatos.

- (1)Neurocirugía, Instituto de Trasplante CABA, CABA, Argentina
- (2)Neurocirugía, Htal. Donación F Santojanni, CABA, Argentina
- (3)Terapia Intensiva Pediátrica, Htal. de Niños Ricardo Gutiérrez, CABA, Argentina
- (4)Coordinador hospitalario, Instituto de Trasplante CABA, CABA, Argentina
- (5)Coordinación Médica, Instituto de Trasplante CABA, CABA, Argentina

Financiamiento: No



## P-65 Procuración

Sanchez, M<sup>(1)</sup>;  
Sanchez, M<sup>(2)</sup>;  
Sanchez, M<sup>(2)</sup>

### El Conocimiento de Muerte Encefálica que Posee el Personal de las Terapias Intensivas.

La educación específica, en el tema de la donación de órganos y tejidos para trasplantes, ha demostrado ser un factor de éxito para potenciar la motivación y colaboración de los profesionales de la salud.

Es sumamente importante adquirir tales conocimientos, para cuando estamos ante estos pacientes saber cómo actuar de ahí en más; ya que en nuestras terapias del Hospital de Río Cuarto somos los enfermeros de la sala que manejamos la estabilidad del paciente hasta que llegue el enfermero del equipo de procuración, aun estando él somos nosotros quienes seguimos colaborando hasta el final.

**Objetivo:** Determinar los conocimientos y opiniones acerca de la mantención del potencial donante, muerte encefálica, donación, y trasplante de órganos y tejidos; en los profesionales de la terapia intensiva de adultos y niños del Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua, en la ciudad de Río Cuarto en el mes de noviembre del año 2018.

**Método:** Se realizara a través de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal. El universo está integrado por el total de los profesionales (médicos y enfermeros) que trabajan en el área de UTI de adultos y niños del Nuevo Hospital de Río Cuarto SAP en el mes de noviembre del año 2018.

Técnica e instrumento para la recolección de datos

Se realizara a través de una fuente primaria; se realizó por contacto directo con el equipo de salud de UTI de Adulos y niños del hospital San Antonio de Pascua.

**Resultados:** El 61% trabaja en la terapia entre 0-10 años, mientras que el 37% tiene una antigüedad de 11-20 años y solo el 2% hace más de 20 años de antigüedad. El 42% participó de 2 a 5 veces en el proceso mantenimiento, un 36% participó más de 5 veces, un 22% solo 1 vez, mientras que nunca ningún entrevistado. El 58% no ha realizado nunca un curso de capacitación, el 24% a hecho de 2 a 5 veces cursos, el 12% a participado una sola vez y el 6% más de 5 veces.

**Conclusiones:** A través de los datos obtenidos me hace concluir que los profesionales poseen más capacidades prácticas por rutina del servicio que conocimiento. Viendo que la mayoría de ellos tienen antigüedad trabajando en las terapias intensivas y el mayor porcentaje ha participado más de 2 veces en el proceso de mantención del potencial donante, pero poca capacitación sobre el tema estudiado, ya que el mayor porcentaje no ha hecho ningún curso de capacitación durante sus años de trabajo en este servicio. Se puede ver claramente que la antigüedad en el servicio lleva a participar más en los procesos de ablación de órganos y por ende los profesionales saben manejar y desenvolverse en estos momentos por los mismos conocimientos que se van adquiriendo por el mismo ritmo que conlleva el servicio.

(1)UTI adultos, San Antonio de Padua.  
Río Cuarto, Argentina

(2)Terapia Intensiva, San Antonio de Padua. Río Cuarto, Córdoba.

Financiamiento: No

## P-93 Procuración

Schiavelli, R<sup>(1)</sup>;  
Juri, J<sup>(2)</sup>;  
Lanci, M<sup>(3)</sup>

### Donante Femenina de 35 Años con Antecedentes de Trombofilia

**Objetivo de la presentación:** Discutir caso clínico de una donante joven con antecedentes de trombofilia.

**Impacto clínico:** La escasez de órganos impone la obligación de evaluar a todo potencial donante a pesar de tener algún factor de riesgo que pueda contraindicar la ablación. En este caso, a pesar de una correcta evaluación, los órganos evaluados: riñones, pulmones y corazón no fueron viables, hígado fue viable y se implanta. En anatomía patológica renal se encuentra probables émbolos sépticos, el origen de los mismos no es claro.

**Descripción:** Paciente de 35 años, antecedentes de trombofilia, TVP de miembro inferior izquierdo, anticoagulada durante un año. Oriunda de Catamarca, consulta en su provincia por trastorno de conciencia súbito, en tomografía de cerebro infarto silviano derecho, presenta FAN + 1/80. Se deriva a Sanatorio Güemes para eventual intervención neuroquirúrgica a los 15 días, pero al ingreso mayor deterioro neurológico del descrito, en nueva tomografía infarto bisilviano con signos de isquemia bifrontal. Evaluada como potencial donante, se comienza operativo de donación multiorgánico, se descarta presencia de trombos en ecocardiograma (sin alteraciones en las cavidades cardíacas, sin vegetaciones). Durante la semiología intraquirófano ambos riñones presentan hematoma intraparenquimatoso. Los órganos evaluados: riñones, pulmones y corazón no son viables, hígado es viable y se implanta. En anatomía patológica renal se encuentra probables émbolos sépticos.

**Conclusión:** El hallazgo de émbolos sépticos en la anatomía renal hace sospechar de foco séptico oculto, lo que demuestra la importancia no sólo de evaluación clínica completa, sino de la evaluación intra-quirúrgica de los órganos a ablacionar. Por más que existan protocolos estrictos, cada proceso de donación requiere una exhaustiva evaluación individual.

(1)Jefe División de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Argerich. CABA, Argentina

(2)Guardia Médica Operativa RIAP, EAIT. CABA, Argentina

(3)Guardia Médica Operativa, EAIT. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## P-112 Procuración

### Primeros Casos de Donación en Asistolia tipo Maastricht 3 en Tucumán, Argentina

Villavicencio Fornaciari, S<sup>(1)</sup>;  
Andrada, I<sup>(2)</sup>;  
Butera, JE<sup>(2)</sup>;  
Eckhardt Morales, CA<sup>(2)</sup>;  
Gómez Huamani, OF<sup>(3)</sup>;  
Dorado, A<sup>(4)</sup>;  
Juarez Carrizo, A<sup>(2)</sup>

**Introducción:** El trasplante de órganos sólidos se ha convertido en una terapia consolidada y/o mejora la calidad de vida de numerosos pacientes con enfermedades crónicas en estadio terminal. Sin embargo, la escasez relativa de donantes y órganos para satisfacer la creciente demanda es sin duda el mayor obstáculo que limita el pleno desarrollo de esta terapia. Este problema, de envergadura universal, se ha resuelto de manera muy desigual entre los países abordado globalmente con diversas estrategias.

En Argentina la tasa de donación, aunque históricamente baja, han aumentado gracias a las reformas legales implementadas en 2018 (ley 27447). Estas permitieron que 2019 sea el mejor año en la historia con 19.65 donantes por millón de habitantes.

Este aumento sigue siendo insuficiente para contener la demanda de órganos de las listas de espera, en este contexto muchos países han desarrollado otras estrategias para aumentar el pool de donantes, entre las cuales se encuentra la donación en asistolia (DA).

Argentina no había desarrollado esta estrategia, actualmente se presentan los primeros dos casos de donación en asistolia, tipo Maastricht 3 en el Hospital "Ángel C. Padilla" de San Miguel de Tucumán.

(1)Dpto Procuración y Trasplante,  
Hospital Ángel C. Padilla.  
Tucumán, Argentina

(2)Unidad de Procuración, Hospital  
Ángel C. Padilla.  
Tucumán, Argentina

(3)Unidad de Trasplante Renal, Hospi-  
tal Ángel C. Padilla.  
Tucumán, Argentina

(4)CUCAITUC. Tucumán, Argentina.

Financiamiento: No

## O-18 Procuración

### Descripción y análisis de los conocimientos, creencias y actitudes que intervinieron en la decisión de los miembros del grupo familiar al momento de la procuración y donación de órganos de un potencial donante.

Augsburger, A<sup>(1)</sup>;  
Milano, Z<sup>(2)</sup>;  
Lapalma, A<sup>(1)</sup>;  
Brufman, G<sup>(1)</sup>;  
Rigalli, A<sup>(3)</sup>

**Introducción / Objetivo:** El estudio tuvo por objetivo indagar los conocimientos, las actitudes, y las creencias de grupos familiares involucrados en procesos de decisión sobre la donación de órganos. La brecha entre la indicación de trasplante y la disponibilidad de órganos continúa siendo un impedimento substancial para mejorar la situación de salud de numerosas personas. Los rechazos de familiares entre potenciales donantes demuestran que la búsqueda activa y el consentimiento familiar conforman una diada que merece atención como problema de salud pública.

**Materiales y Método:** Estudio de carácter cualitativo con un diseño de tipo descriptivo e interpretativo. La población objetivo fueron todas las personas fallecidas en la ciudad de Rosario (Santa Fé) durante 2017 y 2018 (N: 157) que ingresaron en el registro de potenciales donantes. De ese conjunto se seleccionó en forma aleatoria una muestra de 14 grupos familiares que aceptaron o se opusieron al proceso de donación de órganos. Se elaboró un guion temático para el desarrollo de entrevistas a 10 familias que aceptaron y 4 que rechazaron la donación.

**Resultados:** El acto de donación conlleva una visión positiva de generosidad y altruismo, aunque permanecen prejuicios y desconfianza sobre los procedimientos y la transparencia de los profesionales y las instituciones que participan. Las y los entrevistados tuvieron dificultad para precisar la identidad de quien solicitó la donación con marcado desconocimiento de las instituciones y normas que regulan esta acción. Las decisiones se vieron facilitadas cuando la familia contaba con información sobre la voluntad del donante. Quienes se opusieron desconocían la voluntad y no tenían comunicación precisa con los potenciales dadores respecto del tema. Al interior del grupo familiar las madres asumieron un papel relevante al momento de la definición favorable.

**Conclusiones:** Se concluye la importancia de reforzar la comunicación en la población sobre los procesos normativos y regulatorios de la donación de órganos. Los aspectos de aprehensión sobre la transparencia y confianza institucional necesitan acciones que refuercen y legitimen su función frente a la ciudadanía. El diálogo al interior de la familia sobre la voluntad de donación de las personas resulta relevante para la toma de decisión favorable.

Financiamiento:  
Ministerio de Ciencia, Tecnología e  
Innovación productiva de Santa Fe

## O-33 Procuración

Bisigniano, L<sup>(1)</sup>;  
Tagliafichi, V<sup>(1)</sup>;  
Hansen Krogh, D<sup>(2, 3)</sup>;  
Antik, A<sup>(1)</sup>;  
Yankoski, A<sup>(3, 4)</sup>;  
Hidalgo, G<sup>(4)</sup>

(1) Dirección Científico Técnica,  
INCUCAI. Ciudad de Buenos Aires,  
Argentina

(2) Dirección de Sistemas, INCUCAI.  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

(3) CABA

(4) Dirección Médica, INCUCAI.  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Impacto Pandemia COVID-19 en la Actividad de Procuración y Trasplante en Argentina en 2020

**Introducción:** la pandemia COVID-19 está teniendo un gran impacto sobre los sistemas de salud. Las estructuras de procuración y trasplante han sido afectadas en todo el mundo. El INCUCAI ha diseñado estrategias para garantizar la actividad de trasplante del país: protocolos de prevención de transmisión de la infección a receptores y personal de salud, equipamiento tecnológico para determinación de PCR SARS-CoV-2, y optimización en la asignación de órganos mediante la suspensión del **Programa de distribución de riñones de donantes mayores de 60 años** y la implementación de la **Ablación hepática regional**.

**Objetivo:** describir el impacto de la pandemia en los indicadores de procuración y trasplante. Estudio descriptivos de estos indicadores comparando año 2020 con 2019 (pre-pandemia), y su evolución en el período: 20/01/20-20/01/21.

**Resultados:** Compartando el 2019 y 2020, la tasa de donantes y trasplante PMP ha disminuido un 50% y 36% respectivamente. La variación interanual de donantes de tejidos fue de -72%. Los trasplante más afectados fueron los renales -46% y hepático -42%. Los ingresos a Subprograma Glasgow 7 muestra una gran disminución a partir de marzo, principalmente del traumatismo encefalocraneano, coincidiendo con el confinamiento. El número de donante reales disminuyó en abril 70%, manteniéndose durante la pandemia entre 20 y 40 donantes mensuales. Los donantes de tejidos presentaron un brusco descenso en el mes de abril, observándose una recuperación progresiva, superando los 20 donantes mensuales a partir de diciembre. En el 2020 aumentaron un 15% los donantes multiorgánicos y la asignación renal nacional se redujo a 0,02%. En lista de espera, la pandemia ha provocado disminución de ingresos: renal -51%, hepática -42% e intransitable -31%. Durante marzo 2020 y enero 2021 se realizaron 1345 trasplantes de órganos y tejidos con donante fallecido.

**Conclusión:** la actividad de procuración y trasplante ha sido gravemente afectada por la pandemia COVID-19. Las acciones impulsadas por el INCUCAI han permitido continuar con los trasplantes en todo el país. La consolidación de estas estrategias y la adaptación del sistema de salud a la pandemia, permitirán recuperar la accesibilidad a lista de espera y la actividad de procuración y trasplante para beneficio de la sociedad.

## O-50 Procuración

Molina, D(1); Angos, M(1);  
Torres, M(1); Colella, P(1)  
(1)Procuración, ECODAIAC.  
cordoba, Argentina  
Argentina

Molina, D(1); Angos, M(1); Torres, M(1);  
Colella, P(1)  
(1)Procuración, ECODAIAC. cordoba,  
Argentina

Financiamiento: No

## Evaluación de la Ejecución del Programa Córdoba Procura en Pandemia COVID 19, desde 11 Marzo del 2020 al 31 Enero 2021.

**Introducción:** El trasplante de órganos es una práctica médica habitual, cuya indicación crece debido a los buenos resultados en términos de supervivencia postrasplante. La escasez de órganos sigue siendo el principal factor limitante para dar respuesta a la lista de espera. a través del PCP y Programa de Garantía de Calidad del Incucaai se puede identificar las áreas del proceso susceptible de mejoras y de injerencia. En este marco de problemática de salud pública en relación a la demanda de trasplante, surge en el mundo el virus SARS-COV-2, declarada pandemia el 11/03/2020, por la Organización Mundial de la Salud (OMS), por Decreto de Necesidad y Urgencia de Nación (DNU) 12 de marzo y por Ley provincial de emergencia Sanitaria n° 10590 del 18 de marzo en nuestra provincia y con ello la necesidad de conocer el estado de situación de la actividad de la procuración de órganos y tejidos en Córdoba durante el período comprendido desde el 11/03/2020 al 31/01/2021.

**Objetivos:** Conocer la ejecución del PCP en el marco de la situación de emergencia sanitaria por la Covid-19. Proporcionar resultados y evaluar su aplicabilidad.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo recolectando datos del registro de protocolos de donación físicos, CRESI y del SINTRA por medio del Subprograma de calidad de seguimiento de Glasgow 7 (G7) del Programa Nacional de Procuración en los hospitales provinciales que integran el PCP.

**Resultados:** En la ejecución PCP durante 10 meses de evaluación, fueron 221 pacientes con G7, de los cuales 99 fueron dados de alta y 122 fallecieron; 66 lo hicieron en ME (54%) de los cuales 45 fueron donantes reales (tasa de conversión del 68%). Correspondiendo a 34 multiorgánicos (75,55%) y 11 donantes monorgánicos (24,44%). La principal causa de pérdida de donantes reales se debió a contraindicaciones médicas llegando a la suma de 16 (19,69%) seguido por 3 casos en parada cardíaca irreversible (4,45%), y la oposición a la donación expresa fue de 2 (3,03%). Debemos considerar también, la pérdida durante el proceso de detección del potencial donante (seguimiento de G7 y tradicional) de los 122 fallecimientos registrados, 56 fueron por parada cardíaca irreversible (45,90 %) del total de fallecidos antes del diagnóstico médico legal de la muerte encefálica. Además en el análisis de protocolos físicos de procesos de donación se identificó que 32 fallecidos (26,3 %) fueron descartados como donantes debido a criterio médico, 21 (17,2 %) de las pérdidas fueron por problemas de seguimiento y tratamiento que tal vez podrían haberse evitado.

**Conclusión:** Durante el período de pandemia por la Covid 19 en la Provincia de Córdoba se observó una disminución de la procuración del 29,8 % con respecto al mismo período de año anterior. A pesar de ello, se destaca que la actividad de procuración de órganos se sostuvo permanentemente (a diferencia de otros países de la región en los cuales la reducción fue mayor y en algunos casos se suspendió la actividad de procuración). Se evidenció un incremento de donantes multiorgánicos. La tasa de procuración de órganos fue de un 15,54 PMH, obteniendo 144 órganos sólidos, y posibilitando que 133 pacientes pudieran trasplantarse, demostrando que el seguimiento por parte de los coordinadores/as hospitalarios y la labor de la guardia médico-operativa del ECODAIAC en forma diaria y continua impactó directamente en los resultados de procuración y trasplante aún en tiempos difíciles.

## O-69

## Procuración

Leone, F<sup>(1)</sup>;  
Jimenez, PS<sup>(2)</sup>;  
Pastrello, JJ<sup>(2)</sup>;  
Payo, MA<sup>(3)</sup>;  
Salas, DL<sup>(3)</sup>;  
Wittenstein, E<sup>(4)</sup>

(1)Presidencia,  
Cucaiba. La Plata, Argentina

(2)Departamento de Gestión de la  
Calidad y Monitoreo,  
Cucaiba. La Plata, Argentina

(3)Expertos y Expertas en Gestión  
Pública, Subsecretaría de Empleo  
Público y Gestión de Bienes de la  
Provincia de Buenos Aires.  
La Plata, Argentina

(4)Banco de Homoinjertos  
Valvulares y Vasculares,  
Cucaiba. La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## Aseguramiento y Gestión de la Calidad en Bancos de Tejidos Humanos

**Introducción:** la normativa nacional sobre Bancos de Tejidos Humanos contempla directrices para orientar y mantener un sistema de gestión de la calidad con la elaboración de manuales de la calidad y procedimientos operativos estándares (POES). Como problemática a resolver se observó la necesidad de sistematizar y mejorar los procesos operativos y de gestión para asegurar la calidad y trazabilidad de los tejidos mediante el diseño de un programa y un sistema de gestión de la calidad, con procedimientos y registros; controlados en soporte físico y digital.

**Objetivo:** contar con un Manual de la Calidad y POES para el control, aseguramiento y gestión de la calidad, rastreabilidad y trazabilidad de los tejidos; construyendo simultáneamente un sistema de gestión documental adecuado y suficiente para tal fin, en el ámbito de la gestión estatal; que evite contaminación, daños, deterioros u otros efectos adversos. Como así también, asegurar la correcta selección del donante, manipulación, almacenamiento, distribución, envasado, embalaje, rotulado y transporte de los tejidos, materiales empleados, y productos no conformes.

**Materiales y método:**

- Relevamiento y revisión de documentación existente y procesos ya documentados.
- Búsqueda interna de personas calificadas para los distintos perfiles de puesto requeridos en el Banco de Tejidos, y conformación de un nuevo equipo profesional y técnico con su correspondiente disposición de habilitación.

- Entrevistas periódicas con el personal del Banco de Tejidos a cargo de los responsables del sistema de gestión de la calidad en la organización, para llevar a cabo:

1. Realización de flujograma de procesos y documental.
2. Aplicación de normas de regulación y de gestión.
3. Elaboración e implementación de procesos de trabajo sistematizados y normatizados en procedimientos, protocolos y registros que cumplan con los requisitos controlados y conformen un sistema de información documentada.
4. Diseño de un sistema de seguimiento, revisión y mejora continua del proceso en su conjunto, y de los sistemas de control intervinientes a fin de asegurar estándares de calidad, rastreabilidad y trazabilidad de los tejidos.

**Resultado:** Manual de la Calidad y Procedimientos Operativos Estándares elaborado, diseñado y en vigencia en el año 2020.

**Conclusiones:** el Manual de la Calidad y POES, y específicamente el sistema de gestión documental construido para el aseguramiento de la rastreabilidad y trazabilidad de los tejidos, establece criterios e instrucciones operativas, controles documentados y criterios de interacción definidos permitiendo sistematizar prácticas y registros para el aseguramiento de la calidad del tejido para implante.

**Relevancia trasplantológica:** entrega de tejidos para implante bajo estándares de calidad.

## O-105

## Procuración

Rocchetti, NS<sup>(1, 2)</sup>;  
Gattino, SP<sup>(1, 2)</sup>;  
Settecase, CJ<sup>(1, 2)</sup>;  
Bagilet, DH<sup>(1, 2)</sup>

(1)Unidad de Cuidados Intensivos,  
Hospital Eva Perón,  
Granadero Baigorria, Argentina

(2)Facultad de Ciencias Médicas,  
Universidad Nacional de Rosario.  
Rosario, Argentina

Financiamiento: No

## Alteraciones Electrolíticas y Metabólicas en la Muerte Encefálica. Resultados Preliminares.

**Introducción:** En nuestro país y en el mundo en general, hallamos una preocupante disparidad entre la necesidad y disponibilidad de órganos para trasplante. La optimización del manejo del tratamiento del potencial donante (PD) constituye una acción para intentar aumentar las tasas de donación de órganos que podría maximizar el número de órganos para trasplante. Es muy importante poder identificar y corregir diversas alteraciones producidas en pacientes neurocríticos antes, durante y luego de la muerte encefálica (ME). Dentro de dichas alteraciones, encontramos las electrolíticas y metabólicas, que la mayoría de las veces son inespecíficas o silentes, pero que es primordial poder identificarlas y corregirlas. Existen escasos trabajos en la literatura que aborden la temática, y la mayoría son de antaño. Por lo que el objetivo de este trabajo es describir las alteraciones electrolíticas y metabólicas de una serie de casos consecutivos de pacientes que evolucionaron a ME en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente.

**Materiales y Método:** Estudio retrospectivo, observacional de cohorte, unicéntrico, aprobado por el Comité de Docencia e Investigación local, incluyendo a todos los pacientes ingresados de manera consecutiva desde el 01/06/2017, hasta el 31/12/2020 a la UCI, mayores de 18 años, y en los que se haya realizado el diagnóstico de ME. Los diagnósticos de ingreso evaluados fueron: accidente vascular cerebral (AVC: hemorragia intraparenquimatosa espontánea, hemorragia subaracnoidea no traumática, o isquémico), traumatismo craneoencefálico (TCE), anoxia, neoplasia en sistema nervioso central (primaria o secundaria), e infección en el sistema nervioso central. Se registraron: edad, sexo y motivo de ingreso; APACHE II, SAPS II, SOFA, y GCS al ingreso; tipo de tratamiento realizado (neurocirugía y/o monitoreo de PIC), y días de estancia en UCI. Además, se recabaron los valores de electrolitos séricos (sodio, potasio, cloro, calcio, fósforo, magnesio), glucemia (definiendo hiperglucemia como una glucemia >140mg%) y la presencia de diabetes insípida (DI) e injuria renal aguda (IRA), al momento del diagnóstico de ME.

**Resultados:** Se incluyeron 24 pacientes, mediana de edad 37,5 (22,5-53); varones 75%; motivo de ingreso: AVC 50%, TCE 45,8%, neoplasia en sistema nervioso central 4,2%. Mediana de APACHE II 18 (15-22,5), SAPS II 44,5 (33-58,5), SOFA 5,5 (4-8), GCS 4 (3-7), y días de estancia en UCI 2 (1,5-4). Se realizó neurocirugía en el 29,2%, y monitoreo de PIC en el 12,5%. Los trastornos electrolíticos hallados, en orden de frecuencia, fueron: hipernatremia 79,2%, hipofosfatemia 37,5%, hipokalemia 25%, hipocalcemia 20,8%, hipomagnesemia 16,7%, hiperkalemia 12,5%, hiperfosfatemia 12,5%, hipermagnesemia 12,5%, hipercalcemia 12,5%, hiponatremia 4,2%. El 54,2% presentó hiperglucemia, el 83,3% DI y el 29,2% IRA.

**Conclusiones:** Son frecuentes las alteraciones electrolíticas, de la glucemia y la diabetes insípida en los pacientes con ME. Por lo que debería ser prioritario monitorizar, interpretar y corregir dichos trastornos durante el tratamiento del PD, de manera que pueda prevenirse la disfunción intracelular en los órganos a trasplantar.

**Relevancia trasplantológica:** Mantener las concentraciones óptimas de electrolitos y la corrección de la glucemia y diabetes insípida son objetivos importantes durante el tratamiento del PD, para prevenir potenciales alteraciones y aumentar las posibilidades de éxito de los órganos trasplantados.

# O-83 Procuración

Rocchetti, NS<sup>(1, 2);</sup>  
 Roggero, EG<sup>(1, 2);</sup>  
 Torresán, GV<sup>(1, 2);</sup>  
 Quintana, RM<sup>(1, 2);</sup>  
 Gattino, SP<sup>(1, 2);</sup>  
 Settecase, CJ<sup>(1, 2);</sup>  
 Bagilet, DH<sup>(1, 2)</sup>

(1)Unidad de Cuidados Intensivos,  
 Hospital Eva Perón.  
 Granadero Baigorria, Argentina

(2)Facultad de Ciencias Médicas,  
 Universidad Nacional de Rosario,  
 Rosario, Argentina

Financiamiento: No

## Utilización de la IL-6 como Marcador Precoz de Evolución a Muerte Encefálica.

**Introducción:** El déficit de donantes de órganos es un gran problema a nivel mundial. Dentro de los determinantes más importantes del problema, encontramos al déficit en la detección del potencial donante (PD) en muerte encefálica (ME). La población de pacientes neurocríticos internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) es la que aporta el mayor porcentaje de ME, resaltando por su frecuencia al trauma craneoencefálico (TCE). Existen herramientas que ayudan a predecir precozmente la evolución a ME de pacientes neurocríticos (clínica, neuroimágenes, escalas, biomarcadores). Dentro de los biomarcadores, la interleuquina 6 (IL-6) estaría asociada a la respuesta inflamatoria que desencadena la ME. Sin embargo, no se halló en la literatura su rol para predecir precozmente ME en pacientes con TCE grave. Este biomarcador podría mejorar la eficiencia del proceso de donación. El objetivo principal de este trabajo fue evaluar la capacidad de la IL-6 para predecir ME en pacientes con TCE grave.

**Materiales y Método:** Estudio aprobado por el Comité de Docencia e Investigación local, prospectivo, observacional y de cohortes, unicéntrico (UCI polivalente), incluyendo pacientes ingresados de consecutivamente desde el 01/12/2017, hasta el 29/02/2020 (27 meses), mayores de 18 años, por TCE grave por colisión en vía pública, y estancia en UCI de al menos 24 horas. Se registraron: edad, GCS, anisocoria, escala de Marshall, necesidad de neurocirugía y monitoreo de PIC, APACHE II, SAPS II, SOFA, IL-6 y PCR séricas, días de VM, infecciones, tipo de muerte (cardio circulatoria o ME), y GOS al egreso. Se excluyeron pacientes con TCE previo o penetrante, enfermedades autoinmunes, embarazadas, tratamiento con corticoides, VIH y cáncer.

**Resultados:** Se incluyeron 50 pacientes (ver figura 1); mediana de edad 26 años (22-36); varones 84%; politraumatismo asociado 72%; anisocoria 26%; GCS 6 (5-7); MARSHALL 3 (2-4); neurocirugía 38%; PIC 36%; APACHE II 17 (15-20); SAPS II 44 (36-54); SOFA 6 (5-9); días en AVM 10 (5-16); estancia en UCI 10,5 (6-21); infección 80%; muerte bajo criterio cardio circulatorio 24%; muerte encefálica 20%. La IL-6 fue más elevada en el grupo que evolucionó a ME (159,55; RI: 100,65-315,50 versus 830,25; RI: 691,7-1328; p= 0,000). Los días de AVM (12; RI 4,5-18 versus 7; RI 5-10; p= 0,098) y el GOS (3; RI 1-4 versus 1; RI 1-1; p=0,000) fueron más bajos en este grupo (ver tabla 1). No se observaron diferencias significativas al comparar los pacientes que evolucionaron a ME versus aquellos que lo hicieron por criterios cardio circulatorios. La IL-6 evidenció buena discriminación para predecir ME (AUC 0,867; IC 95%: 0,750-0,985; p< 0,001, ver figura 2). El valor de corte de IL-6 de 570 pg/ml, presentó una sensibilidad de 90,0%; especificidad de 87,5%; VvP de 2,8%; VPN de 35,7%.

**Conclusiones:** El uso de la IL6 en la práctica cotidiana podría ser de gran utilidad, permitiendo de manera eficiente, temprana y objetiva identificar los pacientes con TCE grave que presentan mayores posibilidades de evolucionar a ME.

**Relevancia trasplantológica:** La IL-6 suma una herramienta valiosa para el coordinador de trasplantes a fin de identificar PDs con TCE grave y riesgo de evolución a ME, intentando evitar la pérdida de PDs.

**Tabla1:** Distribución de las variables según evolución a muerte encefálica (ME).

Características	ME (si)	ME (no)	p
GCS, mediana (RI)	6 (5-7)	6 (4-7)	0,533
MARSHALL, mediana (RI)	2 (2-4)	4 (2-4)	0,166
Neurocirugía, n (%)	15 (37,5)	4 (40)	0,579
IL 6, mediana (RI)	159,55 (100,65-315,50)	830,25 (691,7-1328)	0,000
Días de estancia en UCI, mediana (RI)	13,5 (7,5-24)	7 (5-10)	0,023
GOS, mediana (RI)	3 (1-4)	1 (1-1)	0,000

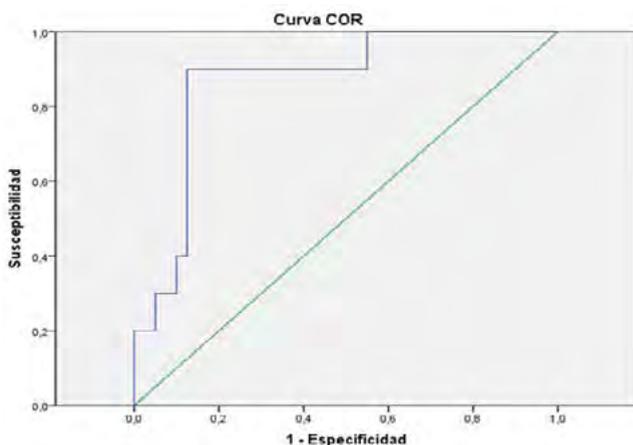


Figura 1

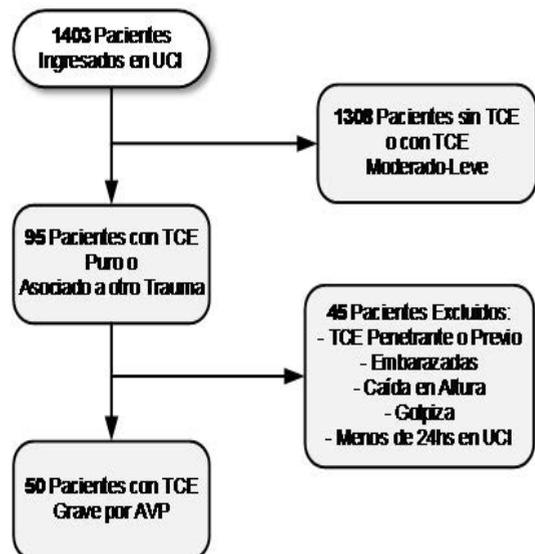


Figura 2

## P-53 Pulmón

Hernández, F<sup>(1)</sup>;  
Sacco, R<sup>(2)</sup>;  
Saparrat, M<sup>(2)</sup>;  
Vallejos, G<sup>(2)</sup>;  
Nanni, G<sup>(3)</sup>;  
Barragan, R<sup>(4)</sup>;  
Leone, F<sup>(5)</sup>

### Aumento de Mortalidad de Pacientes en Seguimiento Post trasplante Pulmonar Subsidiados por Programa Público de Salud Durante la Pandemia

**Introducción:** Este trabajo presenta un análisis retrospectivo de la evolución en pacientes trasplantados de pulmón y financiados por sistema público de salud, desde 1998 hasta 2020. Realiza una descripción comparativa de la mortalidad de pacientes en seguimiento post trasplante pulmonar, en situación de vulnerabilidad socio-económica y que son financiados dentro del programa público provincial de subsidio de trasplantes, en el periodo pre pandemia y durante la pandemia por CoViD-19.

La información de seguimiento post trasplante y mortalidad utilizada surge del Sistema Nacional de Información de Trasplante, de la base de datos del programa de trasplante pulmonar, de las historias clínicas y del contacto con los pacientes.

**Resultados:** Desde 1998 a la fecha se recopilaron datos de 14 pacientes trasplantados pulmonares; de los cuales 8 (51%) fallecieron; 5 (21%) lo hicieron entre 1998 y 2019, arrojando un promedio anual de 7 %. Durante el año 2020 fallecieron 3 pacientes (21%); observándose una mortalidad 3 veces superior a lo esperado en comparación con los años anteriores. El 2020 concentra el 37.5 % de los óbitos de los últimos 21 años.

**Conclusión:** Queda de manifiesto un aumento sustancial de la mortalidad para este grupo de pacientes durante el año 2020; triplicando las cifras esperadas y determinando cómo la pandemia afecta a este grupo de riesgo en especial.

(1)Subsidios y auditoría, Cucaiba. La Plata, Argentina

(2)Subsidios y auditoría médica, Cucaiba. La Plata, Argentina

(3)Dirección de Gestión Científico Técnica, Cucaiba. La Plata, Argentina

(4)Dirección Asociada, Cucaiba. La Plata, Argentina

(5)Presidencia, Cucaiba. La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## P-54 Pulmón

Hernandez, F(1);  
Sacco, R(1);  
Saparrat, M(1);  
Vallejos, G(1);  
Nanni, G(2);  
Barragan, R(3);  
Leone, F(4)

### Presentación de Caso Clínico: Embarazo en Paciente Trasplantada de Pulmón

**Resumen:** Descripción del caso de una paciente receptora de trasplante bipulmonar, con vulnerabilidad socio-económica y subsidiada por el programa público de salud, que cursó un embarazo a término con nacimiento de neonato sin complicaciones.

Este es el primer caso reportado en nuestra literatura de gestación en una paciente trasplantada de pulmón. Se realiza el análisis descriptivo del caso clínico de la información que surge del Sistema de Información Nacional de Trasplante, de la base de datos del Programa de Trasplante Pulmonar que asistió a la paciente y de la historia clínica del Servicio de Obstetricia donde hizo el seguimiento del embarazo.

**Resultados:** La paciente, nacida el 06/02/1984, con diagnóstico de Fibrosis Quística en 2011, fue derivada para evaluación pre trasplante en 2014 luego de múltiples interurrencias infectológicas severas.

El 14/05/2014 ingresó en operativo, con un donante cadavérico de 12 años de edad con muerte por traumatismo craneoencefálico certificada a las 18.20 horas del día 12/05/2014. El clampeo tuvo lugar el 13/05/2014 a las 13.45 horas; ingresó a quirófano para trasplante bipulmonar a las 16 horas del 14/05/2014 y se desclampea a las 20 horas. En el postoperatorio inmediato requirió oxigenación por membrana extracorpórea hasta el 17/05/2014, presentando una evolución favorable otorgando el alta de área crítica el 6/06/2014.

En 2020, con 34 años, en contexto de pandemia por CoViD-19, cursó su primer embarazo, a las 37 semanas, controlado y sin complicaciones de importancia, se le programa una cesárea electiva por antecedentes para el día 2 de noviembre, dando nacimiento a una niña de 2595 gramos. Ambas recibieron el alta el 05/11 por buena evolución.

**Conclusión:** El embarazo después del trasplante de pulmón es un evento raro; las complicaciones maternas y neonatales son frecuentes e incluyen preeclampsia, diabetes, colestasis, insuficiencia renal e infecciones. El caso presentado evolucionó sin complicaciones obstétricas ni vinculadas al trasplante, debiendo resaltarse la importancia del seguimiento post trasplante.

(1)Subsidios y auditoría médica, Cucaiba. La Plata, Argentina

(2)Dirección de Gestión Científico Técnica, Cucaiba. La Plata, Argentina

(3)Dirección Asociada, Cucaiba. La Plata, Argentina

(4)Presidencia, Cucaiba. La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## P-55 Pulmón

Gonzalez, LC<sup>(1)</sup>;  
Di Loretto, ML<sup>(2)</sup>

### Herramientas de Coaching Potencian el Cuidado de Enfermería, Teniendo en Cuenta las Necesidades del Paciente y su Familia.

**Introducción:** La necesidad de la comunicación entre los padres del paciente crítico y el personal de enfermería, es uno de los eslabones primordiales para brindarle seguridad y confianza a los padres y pacientes. La aplicación de las herramientas del coaching por parte del personal de enfermería al proceso de educación para la salud, hace que este vaya más allá, puesto que se consigue modificar conductas, potenciando habilidades y actitudes no sólo del paciente, sino además de su familia. Así, se facilita el desarrollo al máximo de su potencial, fomentando la responsabilidad, la autonomía y la seguridad del paciente en su día a día, para conseguir sus metas u objetivos. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal de estos equipos, que suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgos asociados, debido entre otras variables a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos.

**Objetivos:** Enumerar las acciones que espera el paciente y su familia del personal de salud. Mencionar los cuidados que enfermería puede realizar para acompañar a la familia en este proceso.

**Metodología:** Se analiza la internación de una paciente de 13 años de edad, antecedentes: FQ, con insuficiencia pancreática, desmejoría en la clase funcional, ventilación permanente, comienza antibióticos. Se trasplanta y egresa con: paresia diafragmática izquierda, SDRA e insuficiencia respiratoria, sepsis con foco resuelto, weaning ventilatorio programado, traqueostomizada, problemas deglutorios, 103 días de internación. Luego de su alta, se le realiza una entrevista a la paciente y su familia preguntando: ¿Qué esperaba ella de la atención de sus enfermeros? Respondió: "Después de tantas internaciones en mi vida, pude darme cuenta que mi bienestar en parte dependía de los enfermeros profesionales que me cuidaban diariamente, ya que si bien los médicos son los que dan indicaciones la mayor parte de los cuidados lo realizaban los enfermeros".

¿Qué características debería tener el enfermero que te cuida? "Un buen enfermero para mí debería generar una buena relación con el paciente, siendo empático y evitar comentarios que me generen miedo, yo no sé de medicina, necesito que me expliquen los procedimientos para sentirme segura".

La comunicación es importante porque yo estuve con traqueo y no podía hablar, no se me hacía fácil comunicarme y los enfermeros buscaron la manera de hacerme entender y de comunicarme a través de un pizarrón, si no con señas y paciencia de los enfermeros podían entenderme". L.A.

**Conclusión:** La actuación del personal de enfermería es fundamental en el manejo inicial de pacientes sometidos a trasplante pulmonar, ya que es el profesional que se encuentra más cercano al paciente en forma permanente y puede percibir alteraciones de las funciones vitales, hemodinámicas, respiratorias. Aplicar herramientas de coaching ontológico como escucha activa, comunicación eficaz, confianza, gestión de emociones como el miedo a la muerte pueden ayudar al paciente y su familia a transitar esta etapa de la vida. La presencia de un enfermero capacitado en los cuidados de enfermería sumado a las herramientas de coaching potencia la atención que estos pacientes demandan ya que muestran temor al futuro incierto luego del trasplante.

(1)UCIP, Hospital Universitario Fundación Favaloro. CABA, CABA

(2)Neurmonología, Hospital Universitario Fundación Favaloro. CABA, Argentina

Financiamiento: No



## O-99

### Pulmón

Ibañez, T<sup>(1)</sup>;  
Yacobas, N<sup>(1)</sup>;  
Ahumada, R<sup>(1)</sup>;  
Osse, J<sup>(1)</sup>;  
Bertolotti, A<sup>(1)</sup>

## Trasplante pulmonar: vivencias e impacto

El Trasplante Pulmonar es una cirugía de alta complejidad que impacta en la dimensión física psíquica y social de un paciente y de su grupo familiar, implica el cumplimiento del tratamiento que incluye controles médicos periódicos, medicación inmunosupresora, alimentación, rehabilitación cardiopulmonar y un soporte económico que sostenga la situación del trasplante. Todo ello genera un impacto, que es el efecto emocional o simbólico que produce un hecho o suceso. Los trasplantes de órganos, constituyen actualmente un procedimiento rutinario de la práctica médica, que ha contribuido a prolongar la supervivencia y la calidad de vida de la población. No obstante, el trasplante de órganos sólidos plantea preocupaciones éticas; cuestiones como la propia identidad, la trascendencia más allá de la muerte o el propio concepto de muerte, fueron sacudidas por las nuevas técnicas y generaron un debate que, con el tiempo, se ha transformado en un estado de opinión favorable a los trasplantes. La promoción de la donación de órganos debe hacerse siempre con carácter altruista y voluntario.

**Objetivos:** Conocer el impacto emocional que produce un hecho en la vida de las personas, en este caso el trasplante de órganos.

**Material y Métodos:** Se recabo información a través de consultas realizadas por los coordinadores de trasplante durante el periodo 01/01/16 a 01/01/21, a través de un cuestionario no estructurado a pacientes trasplantados. Se realizaron 78 entrevistas, los cuales participaron 33 del sexo femenino y 45 del sexo masculino.

**Resultados:** Los pacientes refirieron presentar dificultades a nivel de conocimiento en relación al tratamiento inmunosupresor, de las complicaciones que se presentan después del trasplante (infecciosas, rechazo, hospitalización); esto genera cierto agotamiento, que se acentúa en la cronicidad de su enfermedad y los tratamientos futuros. A nivel afectivo expusieron sus creencias previas respecto al transplante, y la necesidad de conocer información sobre sus donantes. Su reinserción laboral y/ o escolar genera incertidumbres por su condición de trasplantado (refieren temor a no poder acceder a un trabajo en relación de dependencia). Un tema muy sensible y por lo general nunca expresado es la sexualidad y el cambio de su imagen corporal genera insatisfacción y temores a ser aceptados. La familia refiere un gran impacto de cansancio, agotamiento y la incapacidad de los pacientes por su patología, genera dependencia y demanda

**Conclusión:** Mediante este trabajo queremos destacar la necesidad de fortalecer al paciente para que asuma el protagonismo en todo el proceso del trasplante, sabiendo el impacto que genera en ellos y su entorno familiar. No es menos importante el rol que juega la cobertura social del paciente, ya que debido a su complejidad en la entrega de medicamentos, autorizaciones de prácticas, y demás trámites, conspira muchas veces en contra de la adherencia al tratamiento, llevando incluso a la pérdida del injerto. La educación es un pilar fundamental que favorece la mejora en la calidad de vida del paciente y los resultados en el trasplante, entre ellos; mejoría de la capacidad funcional respiratoria, vinculación con sus pares y realizar actividades impensadas antes del trasplante como, deportes Es clave el abordaje de manera integral e interdisciplinario, para la obtención de resultados que beneficien al paciente y su familia.

(1)Trasplante Intratorácico,  
Fundación Favaloro,  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

## P-2 Riñón

### Nefrectomía Laparoscópica Derecha de Donante Vivo Compleja: ¿Cómo Lidiamos con Múltiples Arterias y una Vena Renal Corta?

**Objetivo de la presentación:** Mostrar nuestro manejo técnico en la nefrectomía derecha laparoscópica de donante vivo con múltiples arterias

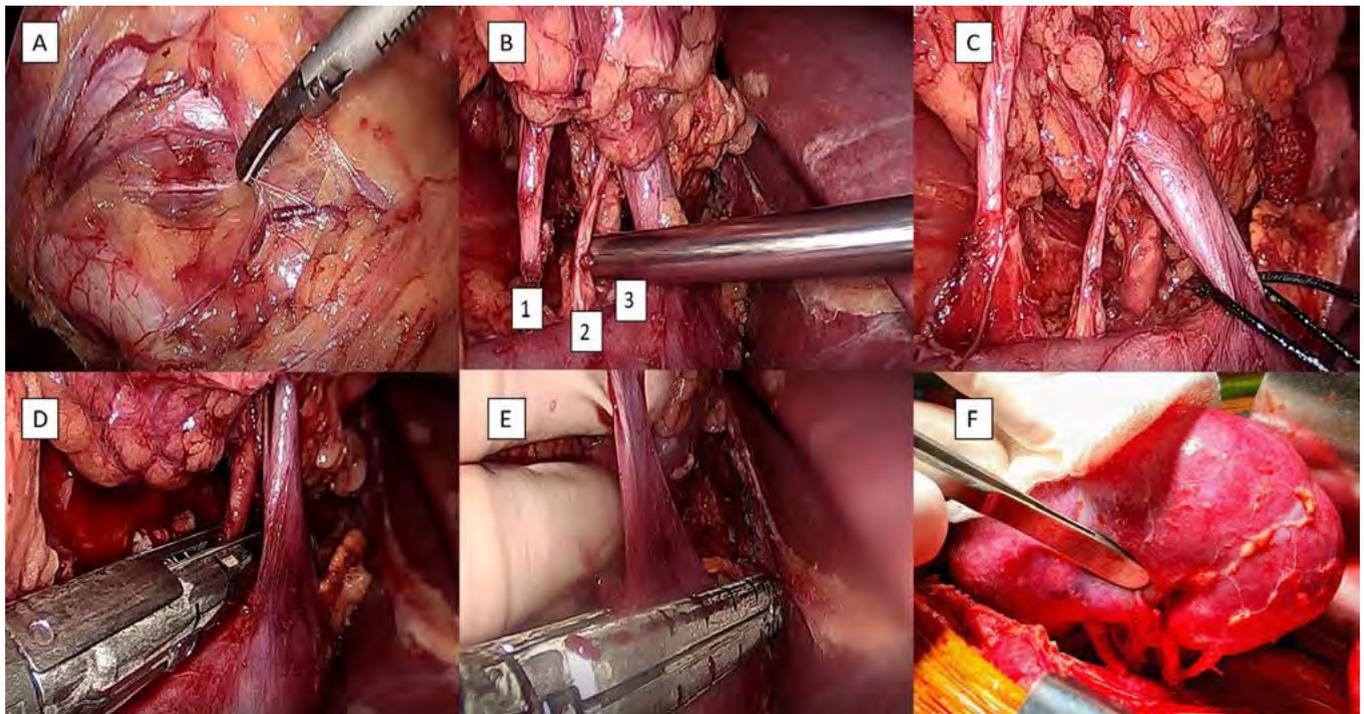
**Impacto clínico:** Se debe garantizar la máxima seguridad para el donante durante el postoperatorio inmediato, seleccionando el riñón con la anatomía vascular más favorable considerando además la seguridad a largo plazo del donante al dejar el riñón con la mejor función. Estas dos prioridades a veces requieren una nefrectomía del riñón derecho y/o de riñones con arterias múltiples que se consideran desafíos mayores y con potenciales complicaciones. Aquí mostramos el caso de ambas situaciones juntas.

**Descripción:** Masculino de 56 años sometido a nefrectomía laparoscópica derecha de donante vivo relacionado. Neumoperitoneo, se identifica el uréter (Fig1A) y se clipa en la unión iliaca, disección vascular del hilio renal con bisturí armónico, identificando 3 arterias (1B), mostrándose una arteria renal accesoria de 0,7 mm entre las principales, no siendo descrita en la angio-TC.

Se coloca una ligadura de seda para poder traccionar la vena renal y se continúa con la disección de la vena cava inferior y espacio aorto cava (1C). Minilaparotomía para colocar la mano izquierda. Se utiliza stapler para control arterial (1D). Nuevamente se elonga la vena renal con la mano y se coloca la sutura mecánica, permitiendo así el clampeo parcial de la vena cava inferior, obteniendo así cuff de vena cava (1E). Posteriormente, el injerto se perfunde con HTK. Se realiza reconstrucción arterial terminolateral renorenal y se realizan 2 anastomosis arteriales separadas en la receptora (1F). El tiempo quirúrgico del donante fue de 143 minutos, la pérdida de sangre fue de 150 cc, isquemia caliente fue de 3,4 minutos. La longitud del manguito de la VCI fue de 4 mm cefálicamente y 6 mm caudalmente. El graft renal obtiene una adecuada perfusión en el receptor. Anastomosis urológica según técnica de Gregoire Lich. El injerto presenta función inmediata

**Conclusión:** La nefrectomía laparoscópica para donante vivo, es en el mundo la técnica de elección para los donantes vivos. Siempre se debe respetar el precepto de dejar el mejor riñón al donante, aunque esto implique un desafío técnico para el equipo quirúrgico, como ser un riñón derecho, o un riñón con múltiples vasos.

Financiamiento: No



## P-6 Riñón

### Cirugía Conservadora de Parénquima en Graft Renal por Infarto Segmentario y Fístula Urinaria

Osella, F<sup>(1)</sup>;  
Cabrerá, I<sup>(1)</sup>;  
Hilchenbach, G<sup>(1)</sup>;  
Walther, J<sup>(1)</sup>

**Objetivo de la presentación:** presentar el caso del manejo de un infarto segmentario y una fístula urinaria en un tx renal

**Impacto clínico:** El trasplante renal puede presentar complicaciones quirúrgicas como la fístula urinaria. El infarto segmentario es una entidad poco estudiada y su manejo no está protocolizado. Esta entidad puede evolucionar hacia una fístula calicial o perpetuar la disfunción del graft por la liberación de sustancias tóxicas endógenas. La identificación intraoperatoria del mismo implica muchas veces la nefrectomía del injerto, o como en este caso una cirugía conservadora para salvarlo

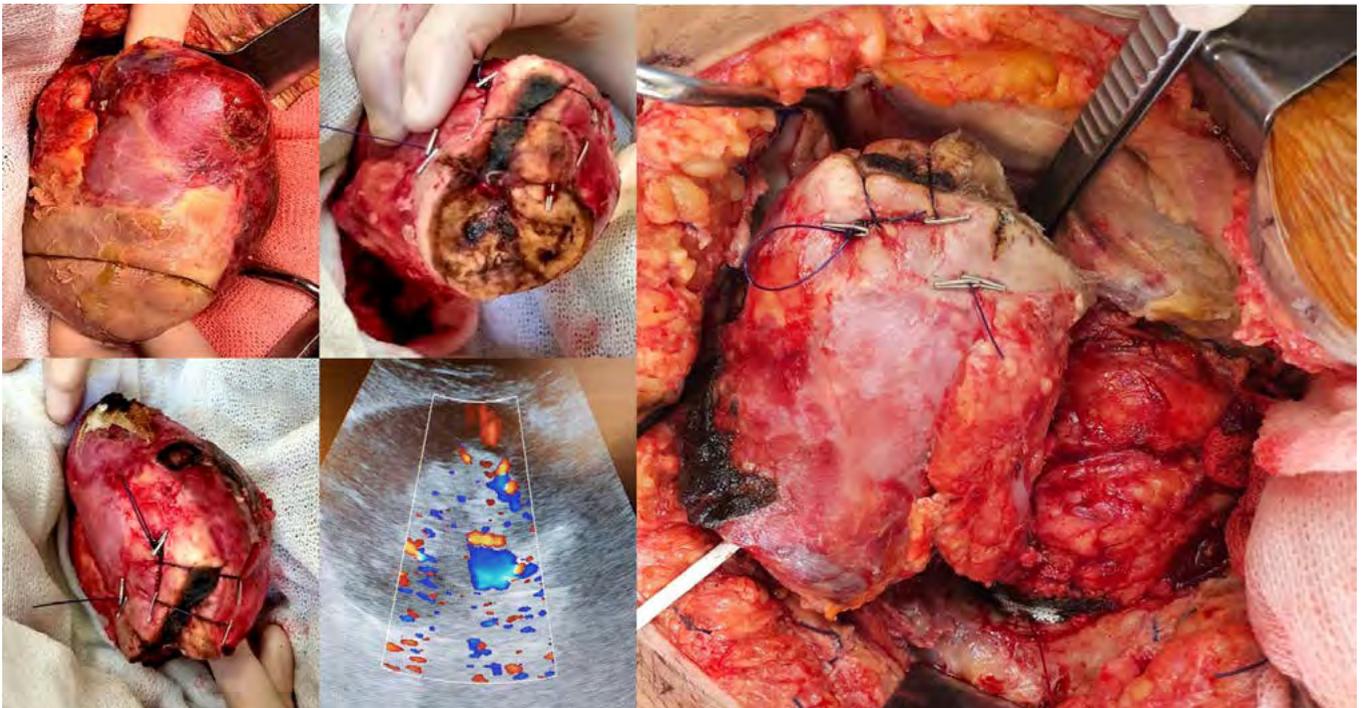
**Descripción:** Paciente de 59 años de edad con ERCT por GEFyS secundaria, en DPCA se somete a un tx renal con donante cadavérico de criterio expandido: 58 años, ACV, obeso, 2.3 cr pre ablación. TIF 14 hrs.

El paciente se reexplora a las 24 hrs por hematoma subcapsular compresivo. Evoluciona en el postoperatorio con DGF y requerimiento dialítico, recuperando diariamente el ritmo diurético. Presenta al día 16 del tx fístula urinaria. Reingresa a quirófano donde se constata una fístula ureterovesical e infarto segmentario del polo superior. Se realiza nefrectomía parcial polar superior, controlando hemostasia con argon plasma y hemostáticos. Se cierra el caliz superior y se realiza renografía con sutura continua de pds 1 trabándose con clips de titanio. La vía urinaria se desfuncionaliza con catéter de nefrostomía y se realiza un reimplante ureteral según técnica de ledbetter con catéter doble J (fig 1). El paciente evoluciona favorablemente en el post operatorio, sin presentar signos de sangrado y recuperando ritmo diurético y función.

**Conclusión:** La cirugía conservadora de parénquima es una estrategia útil de salvataje para casos de infarto segmentario

(1)Trasplante renal, ITAC by Diaverum.  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No



## P-23

### Riñón

Sinchi, JL<sup>(1)</sup>;  
López, MdlÁ<sup>(1)</sup>;  
Sosa, MM<sup>(1)</sup>;  
Motta, PMF<sup>(1)</sup>;  
Gómez, M<sup>(2)</sup>;  
Marinic, SK<sup>(1)</sup>

(1) Laboratorio de Histocompatibilidad y Genética Molecular, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Argentina

(2) Servicio de Nefrología, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Argentina

Financiamiento: No

## Susceptibilidad a COVID-19 Relacionada a Moléculas HLA de Pacientes Trasplantados Renales y en Lista de Espera de la Provincia del Chaco

La gran diversidad de afectación del SARS-COV-2 permite inferir una marcada participación genética en el desarrollo de COVID-19. Importantes estudios se han focalizado en los genes HLA debido a su participación como moléculas presentadoras de antígenos, particularmente los genes HLA-Clase I por intervenir en la presentación de antígenos virales. El objetivo de nuestro estudio fue relacionar las moléculas HLA presentes en individuos en lista de espera y transplantados renales de la provincia del Chaco, con la susceptibilidad a la infección por SARS-COV-2.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 20 pacientes que se infectaron con SARS-COV-2 durante el primer año de la pandemia y desarrollaron COVID-19, 8 pertenecientes a la lista de espera y 11 transplantados renales. Asimismo, como población control se incluyeron 158 pacientes que no desarrollaron la enfermedad, 74 de la lista de espera y 84 transplantados. Se investigó el genotipo HLA Clase I (locus A y B) y HLA Clase II (locus DR) de todos ellos. Se relacionaron las moléculas HLA con la susceptibilidad o protección a la infección.

**Resultados:** Los alelos que se encontraron con mayor frecuencia en la población COVID-19 de los transplantados renales fueron el HLA-A\*32 (OR: 7.5; p= 0.03), el HLA-B\*7 (OR: 5.9; p= 0.04) y el HLA-DR\*04 (OR: 5.7; p= 0.04). Como alelo protector encontramos al HLA-B\*35 (OR: 0.16; p= 0.05). En el grupo de pacientes de lista de espera no hallamos ninguna diferencia estadísticamente significativa.

**Conclusión:** En la población de transplantados estudiada se encontraron al HLA-A\*32, HLA-B\*07 y al HLA-DR\*04 como alelos relacionados a mayor susceptibilidad al desarrollo de COVID-19. El alelo HLA-B\*35, podría relacionarse con protección. En la población de lista de espera no hallamos ninguna diferencia estadísticamente significativa. En contraste con otros trabajos, no hallamos el HLA-B\*46:01 asociado a susceptibilidad, ni el HLA-B\*15:03 asociado a protección, debido a la baja frecuencia de ambos en nuestra población.

La susceptibilidad por genes HLA puede diferir entre las distintas regiones del mundo, debido a la variabilidad genética de cada población. Es importante el reporte de cada lugar, para conocer el comportamiento del virus y planificar estrategias diferenciales de tratamiento y vacunación en cada región.

## P-24

### Riñón

Fragale, G<sup>(1)</sup>;  
Magenta, M<sup>(1)</sup>;  
Karl, A<sup>(1)</sup>;  
Beitia, V<sup>(1)</sup>

(1) Nefrología y Trasplante renal, Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina

Financiamiento: No

## Trasplante Hepato-Renal como Tratamiento del Síndrome Urémico Hemolítico Atípico

**Objetivo:** El síndrome urémico hemolítico atípico (SHUa) es una entidad rara caracterizada por anemia hemolítica, trombocitopenia e insuficiencia renal aguda por microangiopatía trombótica (MAT) producida por la pérdida de la regulación de la vía alternativa del sistema del complemento. Su incidencia anual es de 0,5-2 casos por millón de habitantes. En el 50% de los casos evolucionan a la enfermedad renal crónica terminal (ERCT). El riesgo de recurrencia de la enfermedad después del trasplante renal es de aproximadamente 60-80%. Presentamos el caso de una mujer de 52 años con ERCT secundaria a SHUa por mutación del factor H (CFH) que fue tratada exitosamente con trasplante hepato-renal simultáneo (THRS).

**Descripción del caso:** Mujer de 52 años presentó en abril de 2016 cuadro de hipertensión arterial severa, convulsiones y síndrome urémico asociado a trombocitopenia, anemia hemolítica, insuficiencia renal. Biopsia renal mostró patrón histológico compatible con MAT. Se inició tratamiento con plasmaféresis y glucocorticoides, sin respuesta favorable evoluciona a la ERCT. El estudio genético demostró variante "p.Phe1199Ser" en el gen heterocigoto del CFH. En la evaluación pretrasplante presentó Cross-match contra panel positivo Clase I 96% y Clase II 33%. En septiembre de 2019 recibe THRS de donante cadavérico. La paciente presentaba anticuerpos donante específico (DSA). Se realizó plasmaféresis con reposición de plasma pretrasplante y el día 1 posttrasplante. Se administró Eculizumab 900 mg pretrasplante, día+7 y +14. En la fase anhepática recibió 1 gr de metilprednisolona. Ambos órganos funcionaron inmediatamente después del desclampeo. Tratamiento mantenimiento tacrolimus y micofenolato. Biopsia renal a los 3 meses del trasplante informó injerto de características normales. El estudio de anticuerpos anti HLA por Luminex no mostró DSA al año del trasplante.

**Conclusión:** El THRS es una alternativa válida para el tratamiento del SHUa por mutación del gen del CFH. La inmunoprotección que confiere el hígado en el THRS disminuye el riesgo de rechazo y facilita el acceso al trasplante de los pacientes en diálisis hipersensibilizados.

## P-56 Riñón

Wojtowicz, D<sup>(1)</sup>;  
Alberton, V<sup>(2)</sup>;  
Rubio, JS<sup>(1)</sup>;  
Di Pietrantonio, S<sup>(1)</sup>

### Glomerulopatía del Trasplante Secundaria a Rechazo Mediado por Anticuerpos. Reporte de un caso.

**Introducción y Objetivo:** La glomerulopatía del trasplante (GT) es una entidad histopatológica que puede ser causada por rechazo mediado por anticuerpos, microangiopatía trombótica o glomerulonefritis membranoproliferativa, entre otras. Se asocia a mal pronóstico del injerto renal y carece de tratamiento específico. El objetivo es presentar el caso de un paciente receptor de trasplante renal (TR) con disfunción del injerto tras 16 años con hallazgo de GT en biopsia.

**Descripción:** Paciente masculino, enfermo renal crónico de causa no filiada, recibe TR de donante cadavérico a los 17 años, con buena evolución post TR y creatinina (Cr) entre 0.7 y 1 mg/dl, sin episodios de rechazo. A los 29 años viaja al exterior, donde reside 3 años con acceso irregular a medicación inmunosupresora, y al retornar presenta Cr 3 mg/dl, asociado a hipertensión arterial y proteinuria 800 mg/día. La Cr permanece entre 3.5 y 4 mg/dl por lo que se realiza biopsia, en la cual se describen 34 glomérulos, 5 con esclerosis global y 11 con esclerohialinosis segmentaria del ovillo capilar, con duplicación de membranas basales glomerulares (cg=3) y células inflamatorias en algunos capilares peritubulares (ptc=1), y atrofia tubular y fibrosis intersticial de grado moderado (FIAT=30%). Se descarta infección por hepatitis C y microangiopatía trombótica. Se realizan técnicas de inmunofluorescencia (resultado negativo) y marcación de C4d por inmunohistoquímica, siendo positiva en capilares glomerulares y peritubulares, arteriolas intersticiales y en vasa recta medular. Se diagnostica rechazo crónico activo mediado por anticuerpos.

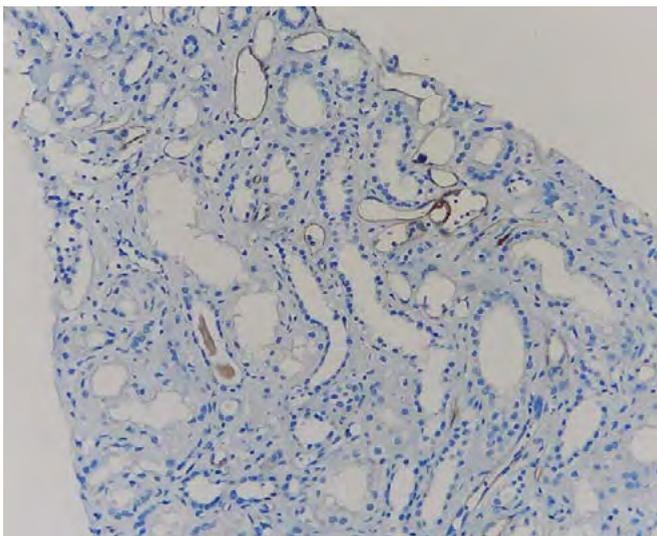
Dadas las lesiones crónicas e irreversibles de la biopsia, se mantiene conducta conservadora en vistas de reingreso a terapia sustitutiva renal y retrasplante.

**Conclusiones:** Dado que no existe tratamiento específico para esta entidad, es importante la prevención del rechazo humoral mediante el seguimiento estricto y la realización de biopsias de injerto de forma precoz.

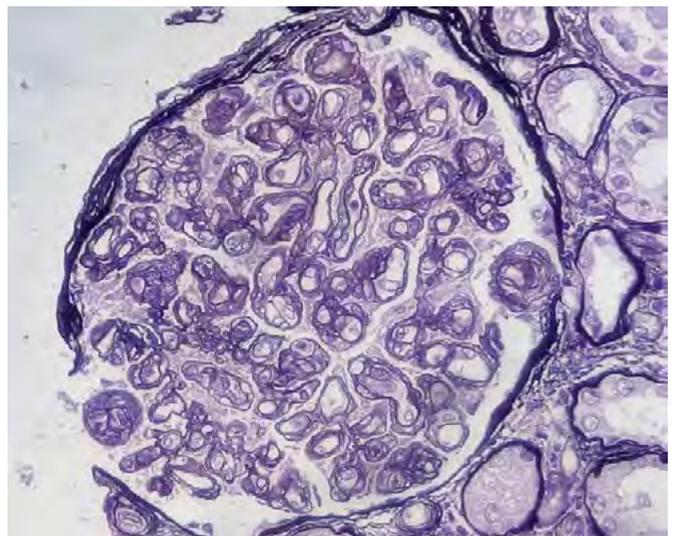
(1) División Nefrología y Trasplante Renal, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Argentina

(2) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital El Cruce, Florencio Varela, Argentina

Financiamiento: No



**Figura 1:** C4d positivo lineal en capilares peritubulares



**Figura 2:** Metenamina plata, 200X: duplicación de membranas basales glomerulares.

## P-66

### Riñón

Gallaratti, M<sup>(1, 2);</sup>  
Zimmer, NS<sup>(1);</sup>  
Mir, G<sup>(2, 3);</sup>  
Leone, F<sup>(2, 4)</sup>

(1)Área Social, CRAI SUR.  
La Plata, Argentina

(2)La Plata

(3)Jefe de Servicio, CRAI Sur.  
La Plata, Argentina

(4)Presidencia, CUCAIBA.  
La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## Relevamiento sobre la vivencia de los pacientes trasplantados renales en contexto de pandemia por Coronavirus y su vínculo con el efector de salud

**Introducción:** Durante la pandemia por CoViD-19 surgió la inquietud de conocer cómo atraviesan las personas trasplantadas esta situación. Mediante una encuesta se evaluó la afectación en distintas dimensiones de la vida cotidiana.

**Material y Métodos:** Se diseñó una encuesta de Google forms, con preguntas abiertas y cerradas, que fue distribuida en julio de 2020 a pacientes trasplantados a través de grupos de whatsapp, para poder evaluar el primer trimestre de la pandemia (marzo-junio).

El instrumento abarca dimensiones sociales, económicas, sanitarias, de accesibilidad y de cuidado. Fueron realizadas 134 entrevistas a pacientes adultos con trasplante cadavérico (75%) y vivo (25%); 29% con > de 10 años de trasplantados; 38% entre 5 a 10 años y 32% < de 5. Los financiadores de estos pacientes fueron INCLUIR 55%, IOMA 20%, EFTO 10%, otros efectores 8% y PAMI 7%.

**Objetivo:** Conocer el impacto de las medidas de prevención e información difundidas por el equipo de trasplante a los pacientes; las principales dificultades que se generaron en la accesibilidad a la atención sanitaria y en la vida cotidiana.

**Resultados:** El 94% de los pacientes consideró bueno el vínculo y comunicación telefónica y a través de whatsapp, con el CRAI Sur. Un 97% manifestó que la información suministrada por el equipo fue suficiente, determinando que la adherencia al tratamiento y controles no se viese afectada significativamente.

Del total de encuestados, el 76% convive con 3 o < personas, 11% con 4 personas y 13% con 5 o > personas. El 63% comparte el hogar con adultos mayores, menores de edad y/o personas discapacitadas. El 70% son pensionados, 10% jubilados, 20% trabajan.

Las principales dificultades relevadas durante la pandemia fueron económicas para el 43%, temor por su salud 41%, psicológicas 29% y de convivencia 3%.

**Conclusión:** El conocimiento y reconocimiento del desigual sufrimiento que la pandemia produce en los grupos sociales -en términos de clase, edad, género y hábitat- y sus efectos, requiere un abordaje mediante estrategias integrales, que articulen recursos y favorezcan la accesibilidad a bienes y servicios elementales para el sostenimiento de la vida. El sistema de salud debe prepararse para dar respuestas a la sociedad en su conjunto, pero principalmente a quienes han sufrido y sufren situaciones de pobreza, vulnerabilidad e inaccesibilidad.

## P-75

### Riñón

Zabala, MA<sup>(1);</sup>  
Taurizano, NS<sup>(1);</sup>  
Daminato, FM<sup>(1);</sup>  
Farias, M<sup>(1);</sup>  
Montal, S<sup>(1);</sup>  
Farias, MR<sup>(1);</sup>  
Dirchwolf, M<sup>(2);</sup>  
Mahuad, D<sup>(2);</sup>  
Ruf, A<sup>(2);</sup>  
Beltramino, DG<sup>(2)</sup>

(1)Unidad Renal,  
Hospital Privado de Rosario.  
Rosario, Argentina

(2)Unidad de Hígado,  
Hospital Privado de Rosario.  
Rosario, Argentina

Financiamiento: No

## Primer Trasplante Hepato-Renal de Ila Provincia de Santa Fe, con Cross Match Positivo.

**Objetivo:** Demostrar la adecuada evolución de los injertos renal y hepático, aún con Cross Match (CM) positivo (+). Recalcar la importancia de la evolución en el tratamiento de la disfunción crónica hepatorenal en nuestra Provincia, ya que anteriormente se derivaban los pacientes con dichas patologías a nosocomios de mayor complejidad en otras provincias.

**Impacto Clínico y Descripción:** Paciente 65 años de edad con antecedente de cirrosis hepática descompensada por esteatohepatitis no alcohólica (NASH) asociado a disfunción renal crónica funcional o Síndrome Hepato-renal tipo 2, motivo por el cual recibió trasplante (tx) hepático ortotópico con donante cadavérico completo el día 28/12/2019. Evolucionó con adecuada función del injerto, presentando como complicación declinación del filtrado glomerular. A los 45 días del tx se detecta disfunción del injerto hepático secundario a trombosis de arteria hepática, con posterior formación de biliomas infectados, requiriendo de múltiples intervenciones para drenaje; por lo que recibe re-tx hepático cadavérico completo técnica Piggy Back. Se decide al mismo tiempo, tx renal dado el progresivo deterioro del filtrado glomerular, que evidenciaba enfermedad renal crónica estadio IV, asociado a marcadores de injuria renal (proteinuria). El paciente presentaba anticuerpos contra panel (PRA): HLA I 35% HLA II 50% y CM +. A pesar del alto riesgo inmunológico se decidió efectuar implante de ambos injertos. Utilizando como inmunosupresión agente de depleción linfocitaria (timoglobulina), esteroides, tacrolimus (FK) y micofenolato mofetil (MMF). Evolucionó satisfactoriamente, con excelente función de ambos injertos. Se externa a los 16 días del tx doble.

**Conclusión:** Inferimos que las propiedades inmunomoduladoras del hígado, ofrecen efecto protector sobre el aloinjerto renal en el tx doble, siendo una buena alternativa a considerar en aquellos pacientes con alto riesgo inmunológico. Esto genera un fuerte impacto en la supervivencia del injerto renal dada la menor posibilidad de generar rechazo del mismo.

## P-71

### Riñón

Grimoldi, S<sup>(1)</sup>;  
Di Tullio, D<sup>(1)</sup>;  
Rojas, N<sup>(1)</sup>;  
Rivero, A<sup>(1)</sup>;  
Korman, L<sup>(1)</sup>;  
Menendez, N<sup>(1)</sup>;  
Schiavelli, R<sup>(1)</sup>

(1)Unidad de Trasplante Renal,  
Hospital Argerich. CABA, Argentina.

Financiamiento: No

## Prevalencia y Evolución de la Glomerulonefritis Recurrente Postrasplante en un Servicio de Trasplante Renal

**Introducción:** La glomerulonefritis (GN) es causa del 30-50% de IRCT de los pacientes en lista de espera (LE) de trasplante renal. La recurrencia (R) postrasplante es de 6-20%.

**Objetivos:** Describir la prevalencia y evolución de los receptores de trasplante renal (RTR) con GN recurrente en nuestro servicio en un período de 10 años.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de los trasplantes renales (TR) realizados entre el 1/01/09 al 31/12/19. Se identificaron los RTR con GN pretrasplante y su R por revisión de datos obtenidos del SINTRA y de historia clínica de cada RTR. La R se confirmó por biopsia renal (BR) indicada ante presencia de hematuria, proteinuria (P) y deterioro de función renal (DFR).

**Resultados:** Se realizaron 517 TR, 416 donante cadavérico (DC) y 101 donante vivo (DV). En 25.3% la causa de IRCT fue GN, 61% hombres, 73% TR con DC. Todos recibieron 3 inmunosupresores e inducción. Las etiologías de las GNPT fueron: No filiada 29%, GN extracapilar (GNEC) 15.3%, glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) 14 %, GN lúpica 11.5%, NlgA 9.2%, GN membranosa (NM) 6%, GN proliferativa mesangial 5.5%, SUH 2.5 %, MAT, COL4A5, GN fibrilar y GN proliferativa endocapilar 1 RTR c/u. Diez (7.6%) RTR presentaron R de su GN, GEFS 22%, GNMP 60%, NM 12.5% GNEC 5% y el RTR COL4A5. La indicación más frecuente de BR fue la P asociada a DFR. El tiempo entre el TR y la R fue de 1 a 48 meses, la GN de R más temprana fue GEFS (media 2.5 meses) y la más tardía GNMP (media 33 meses). 5 RTR con R perdieron el injerto (PI) 4 por la R. Tres RTR con R fallecieron, 2 muertes por infección (MI). La supervivencia del injerto y paciente a 5 años fue 50% y 70%. Las 4 GEFS con R remitieron (RM) con esteroides (E) y plasmaféresis (PF), 2 PI, 1 por la GN y 1 MI. Las 3 GNMP con R se trataron con E, ciclofosfamida y PF, ninguna remitió y PI, 1 MI. Las R por NM y GNEC RM con tratamiento. La R COL4A5 PI por la GN.

**Conclusiones:** Se describe similar porcentaje de pacientes en LE con GN y de R que en la literatura. La GEFS tuvo R más temprana y la GNMP peor pronóstico. 50% de los RTR con R PI, la mayoría por la R. 30% R fallecieron, 2 MI.

## P-74

### Riñón

Zabala, MA<sup>(1)</sup>;  
Taurizano, NS<sup>(1)</sup>;  
Montal, S<sup>(1)</sup>;  
Daminato, FM<sup>(1)</sup>;  
Farias, M<sup>(1)</sup>;  
Farias, MR<sup>(1)</sup>

(1)Unidad Renal,  
Hospital Privado de Rosario,  
Rosario, Argentina

Financiamiento: No

## Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES) Asociada a Tacrolimus (Fk) en Paciente con Tx Renal Reciente

**Objetivo:** Describir el caso de paciente Tx renal reciente que complica con PRES asociado a FK (PRES/FK) y evaluar la inmunosupresión (IS) más adecuada en este contexto.

**Impacto Clínico:** El PRES/FK es una complicación poco frecuente (0,34%), no dependiente de dosis, y puede presentarse inclusive años después del inicio de FK. Requiere de una fuerte sospecha clínica para un diagnóstico (Dg) oportuno. La suspensión del fármaco permite revertir el cuadro, pero plantea un desafío al equipo de Tx respecto a la IS de mantenimiento posterior.

**Descripción:** Paciente 22 años, con enfermedad renal crónica estadio 5D secundaria a glomeruloesclerosis focal y segmentaria por mutación de NPHS2, en diálisis peritoneal automatizada, que recibe Tx renal con donante vivo relacionado (padre), con óptima función inicial del injerto (Creatinemia (Cr) 48hs 1mg/dl). IS inducción: Basiliximab, metilprednisolona (MPS), FK y micofenolato sódico (MMS). Complica a las 48hs con status convulsivo, requirió ingreso en unidad cuidados críticos y asistencia mecánica ventilatoria, cediendo el cuadro con administración de fenitoína. Tomografía computada cráneo sin lesiones; Resonancia magnética (RMI) secuencia Flair: hiperintensidad surcos corticales parietales y occipitales, bilaterales y simétricos, y frontal derecho, caída de volumen minuto en secuencia de perfusión en dicha topografía; imágenes sugerentes de PRES. Luego de descartar otras etiologías, se lo vincula al uso de FK, por lo que se suspende. A posterior presentó múltiples complicaciones: neumonía broncoaspirativa, shock séptico con falla multiorgánica, coagulopatía con hematoma en lodge quirúrgica, con politransfusión de hemoderivados, disfunción del injerto con necesidad de terapia sustitución renal (diálisis sostenida de baja eficiencia). Se realizó biopsia que evidenció rechazo humoral agudo (RAH), con patrón de microangiopatía trombótica. Se instauró tratamiento antirechazo con MPS, plasmaféresis e inmunoglobulina humana; continuó IS con esteroides, MMS e inició ciclosporina (CyA). Evolucionó con adecuada respuesta al tratamiento, recuperando parcialmente el filtrado glomerular. Desde el punto de vista neurológico, no repitió convulsiones. RMI de control sin evidencia de lesiones. Actualmente sin medicación anticonvulsivante. Se externó a los 40 días del Tx, presentando Cr 2mg/dl y diuresis 150ml/hora. IS al alta: CyA, MMS y meprednisona.

**Conclusión:** El Dg oportuno de PRES/FK requiere la sospecha clínica y un adecuado estudio de imágenes, siendo la RMI el método de elección. La suspensión del fármaco permite revertir el cuadro clínico y las imágenes cerebrales. Si bien CyA puede producir complicaciones neurológicas, éstas son menos frecuentes que con FK. En este caso, por la presencia de RAH, elegimos otro inhibidor de calcineurina, dada la eficacia demostrada de los mismos en reducir la incidencia de rechazo.

# P-102

## Riñón

Fabró Ortali, R<sup>(1)</sup>;  
Rodríguez, DA<sup>(1)</sup>;  
Dessole, S<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología y Trasplante Renal,  
Hospital Universitario Austral,  
Pilar, Argentina

Financiamiento: No

## Educación en Trasplante Renal: Percepción del Paciente

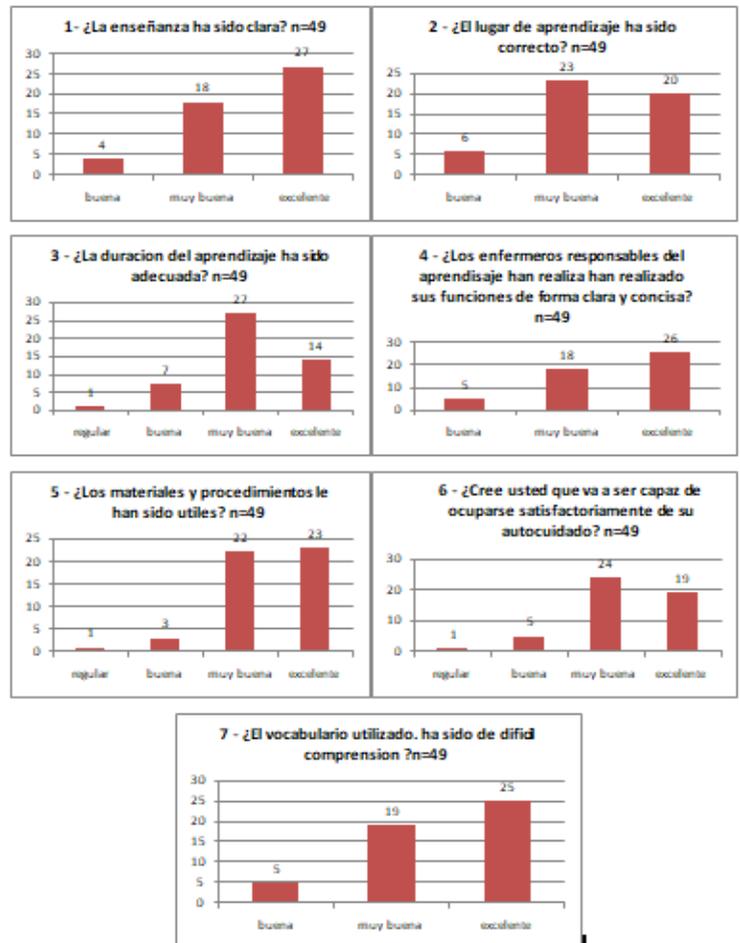
**Introducción:** La adherencia al tratamiento en pacientes trasplantados renales es esencial para lograr una mejor calidad de vida, aumentar la supervivencia del injerto y del paciente. La educación por parte de los profesionales de salud y la actitud del paciente, facilitan el aumento de la adherencia. Desde el servicio de nefrología y trasplante renal a partir del 01 de abril del 2016 los pacientes reciben educación por parte de la Enfermería de Nefrología en el postrasplante inmediato como parte del programa de educación estandarizada.

**Objetivo:** Conocer la percepción del paciente sobre la educación recibida para modificar y/o mejorar la información brindada y las estrategias de abordaje.

**Material y Método:** Estudio observacional cuantitativo y cualitativo, descriptivo, transversal. Pacientes trasplantados renales en seguimiento desde 01/04/2016 al 29/05/2019 con injerto funcionante. Encuesta auto administrada, en papel, electrónica o por teléfono. Variables sociodemográficas: edad, sexo, tiempo post-trasplante. Variables en estudio: enseñanza clara; lugar de aprendizaje correcto; duración del aprendizaje idónea; enfermeros responsables del aprendizaje realizaron sus funciones de forma clara y concisa; materiales y procedimientos han sido útiles; ser capaz de ocuparse satisfactoriamente de su autocuidado; vocabulario utilizado de fácil comprensión (mala/regular/buena/muy buena/excelente); comentario en relación a su programa formativo (texto libre).

**Resultados:** De un total de 71 pacientes, 49 respondieron la encuesta. El 49% eran mayores de 60 años y 61% del sexo masculino. El 63% de los pacientes eran trasplantados de más de un año. En las figuras 1-7 se muestran los resultados de la encuesta. Sugerencias: deberían entregar información por mail, incluir una charla informativa pre trasplante, considerar repetir la información en el pos trasplante, tres días de internación es poco tiempo para recibir tanta información.

**Conclusión:** La percepción del paciente de la implementación de educación postrasplante por parte de la Enfermería de Nefrología fue positiva. La encuesta mostró la necesidad de destinar mayor tiempo a la educación y el uso de la vía digital para ampliar los recursos.



## P-4 Pancreatitis Aguda Post implante Renal Ortotópico: Manejo Mini Invasivo

Riñón

Osella, F<sup>(1)</sup>;  
Cabrerá, I<sup>(1)</sup>;  
Hilchenbach, G<sup>(1)</sup>;  
Walther, J<sup>(1)</sup>

(1)Trasplante Renal,  
ITAC by Diaverum,  
Buenos Aires, Argentina

**Objetivo de la presentación:** presentar una complicación poco frecuente del tx renal y su manejo mínimamente invasivo

**Impacto clínico:** El trasplante renal ortotópico es de utilidad en casos de enfermedad aortoiliaca severa, trombo-  
sis de vena cava o terceros trasplantes. Una complicación poco frecuente es la pancreatitis aguda, cuya inciden-  
cia es menor al 1%.

**Descripción:** Masculino de 60 años de edad, ERCT etiología desconocida. Primer tx DVNR en el 2005 anti HLA  
clase I negativos y clase II DR-DQ-DP positivos 60%, ateromatosis severa aortoiliaca con injerto retenido en fosa  
iliaca derecha (FIG 1), con lo cual no era técnicamente factible el implante heterotópico, se decide implante orto-  
tópico. Segundo tx con donante cadavérico. Donante: masculino, 47a, TIF 14 HRS. KDPI 53%. KDRI 1.02. Miss-  
match HLA 1-2-0. CM(-). Inducción: timoglobulina - PPH - Ivig, metilprednisolona, micofenolato, tacrolimus.  
Cirugía: implante ortotópico, anastomosis vasculares reno-esplénicas a nivel arterial y reno-renal a nivel venoso.  
La reconstrucción de la vía urinaria consistió en una pieloureterostomía sobre catéter doble J, dejando nefrostomía  
de protección (FIG 1). Pancreatitis aguda grave al 10 dpo, pancreatitis edematosa con una colección líquida  
aguda. Tratamiento medico conservador, de sostén y nutricional por vía enteral. En su evolución, registro febril  
y deterioro del sensorio realizándose una punción de líquido para estudio microbiológico y se ofrece drenaje  
percutáneo al espacio retroperitoneal. A la semana de este episodio, colección persistente, reactivación del SIRS,  
y se ofrece un nuevo drenaje percutáneo. A las 5 semanas de tratamiento se realiza tomografía constatándose  
necrosis peripancreática (Walled Off Pancreatic Necrosis) según lo criterios de Atlanta, por lo que se decide el  
desbridamiento retroperitoneal video asistido, utilizando laparoscopia y materiales de 5 mm. Se completa trata-  
miento antibiótico dirigido, antimicótico y sostén nutricional e hidroelectrolítico del paciente (FIG 2).

**Conclusión:** Este abordaje secuencial, se ha podido extrapolar con éxito al contexto de un paciente inmunosu-  
primido con una complicación poco frecuente. El enfoque mini invasivo y el trabajo multidisciplinario es funda-  
mental para el manejo de estas complicaciones

Financiamiento: No

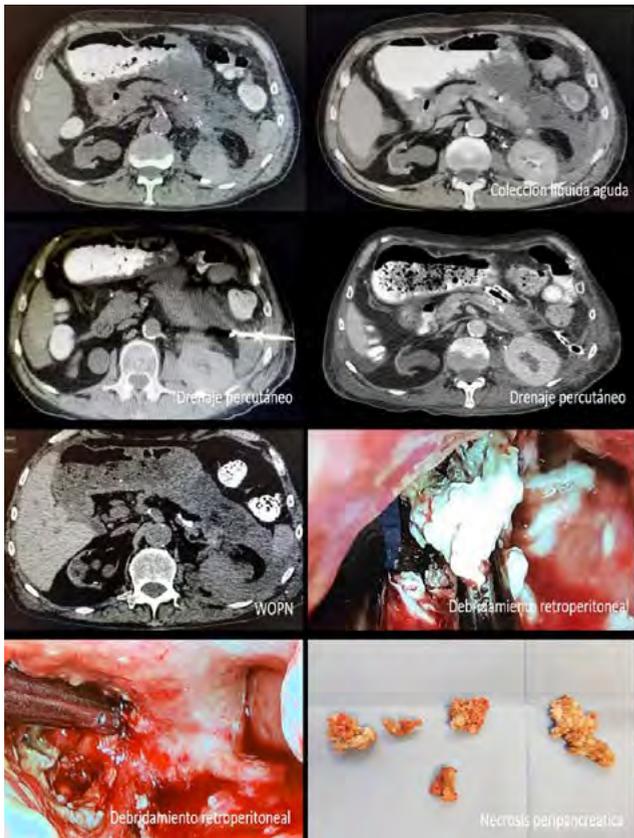


Figura 1

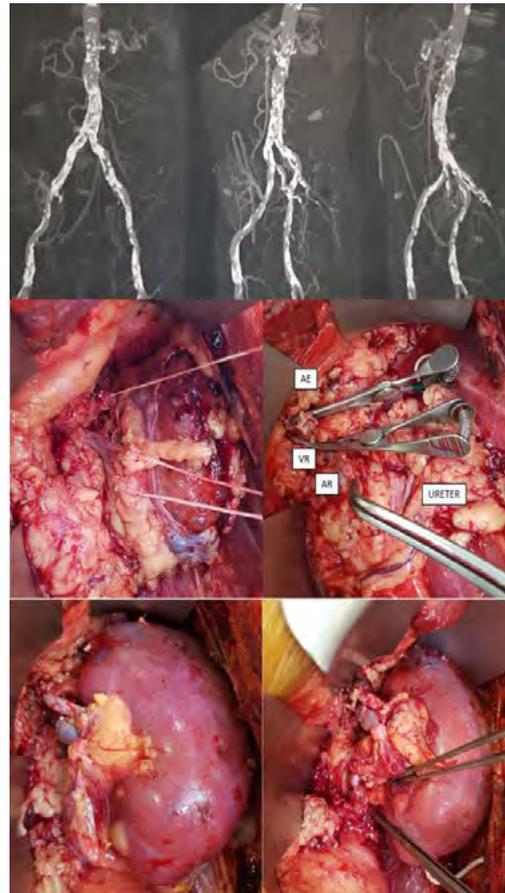


Figura 2

## P-90

### Riñón

Cobos, M<sup>(1, 2, 3, 4)</sup>;  
Socarras Gómez, T<sup>(3)</sup>;  
Alvarez, S<sup>(1, 2)</sup>;  
Massa, M<sup>(1, 2)</sup>;  
Miralles, M<sup>(1, 2)</sup>;  
Zorzi, E<sup>(1, 2)</sup>;  
Tanús, R<sup>(1, 2, 4)</sup>;  
Raimondi, J<sup>(1, 2, 4)</sup>

(1) Cátedra de Trasplantes,  
Facultad de Ciencias Médicas - UNLP,  
La Plata, Argentina

(2) Área de Trasplantes,  
Hospital Español,  
La Plata, Argentina

(3) Carrera de Especialización  
en Infectología,  
Facultad de Ciencias Médicas - UNLP,  
La Plata, Argentina

(4) Fundación para el Desarrollo Inte-  
gral de los Trasplantes (FuDIT),  
La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## Pielonefritis Enfisematosa en Receptor de Trasplante Renal. Presentación de Caso y Revisión del Tema

**Introducción:** La pielonefritis enfisematosa (EPN) es una infección necrotizante, poco frecuente en receptores de trasplante, que se caracteriza por la presencia de gas en el parénquima renal, sistema colector y tejidos perirrenales. Es de presentación inespecífica y potencialmente mortal. Los factores de riesgo reconocidos son: diabetes mellitus, sexo femenino, inmunosupresión, obstrucción del tracto urinario e insuficiencia vascular. Generalmente es causada por bacterias productoras de gas como *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Presentamos un caso de EPN en receptor de trasplante renal y revisión del tema.

**Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino, 63 años, receptor de trasplante renal en diciembre de 2017. La causa de insuficiencia renal terminal fue poliquistosis. Presenta colonización del tracto urinario por *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). Sin antecedentes de diabetes, rechazo, obstrucción o stent del tracto urinario. En enero de 2020 consultó por deterioro del estado general, vómitos, diarrea, anuria. Sin fiebre, síntomas urinarios, dolor en el lugar del injerto o signos de irritación peritoneal. Inmunosupresión: meprednisona y micofenolato. Inicia tratamiento empírico con Meropenem. Durante las primeras 24 horas de tratamiento inicia dolor en hipocondrio derecho. Ecografía con presencia de burbujas de aire en cálices superiores e inferiores. Tomografía con densificación de la grasa perirrenal y presencia de burbujas a nivel del seno renal. Se realiza nefrostomía, por corresponder a un estadio 2 de la clasificación de Geizawi. En urocultivo se aísla *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE, hemocultivos negativos. El paciente completó 6 semanas de tratamiento entre meropenem y ertapenem, con mejoría de los parámetros clínicos, de laboratorio e imágenes. No deterioró la función renal, manteniéndose en sus valores históricos.

**Discusión:** Se encontraron 47 casos de pielonefritis enfisematosa en receptores de trasplante renal reportados en la literatura, los cuales fueron analizados. Predominio en sexo femenino con 63.82%. Distribución por edad con una mayor frecuencia entre los 50 y 69 años (57.44%), en ambos sexos. Todos los casos reportados presentaban factores de riesgo, destacando diabetes en 41 pacientes (87.23%), siendo el 73.17% previa al trasplante. Los microorganismos más frecuentes fueron *Escherichia coli* (42.55%) y *Klebsiella pneumoniae* (27.65%). Se utilizó la clasificación de Geizawi con lo cual se reconocieron: 2 pacientes en tipo 1, 16 en tipo 2 y 26 en tipo 3. Se trataron solo con antibióticos 8 pacientes, se realizó drenaje percutáneo en 12 y nefrectomía en 24. Sin datos 3 pacientes.

**Evolución:** retorno a diálisis 18 (38.29%), recuperación de la función renal 17 (76.59%), óbitos 9 (19.14%). Nuestro paciente no presentaba ningún factor de riesgo, de los reconocidos, que hiciera sospechar la posibilidad de desarrollo de esta patología.

**Conclusión:** La colonización de la vía urinaria por microorganismos potencialmente necrotizantes no es un factor de riesgo reconocido, en los casos reportados en la literatura, para el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, consideramos que debería prestarse especial atención, particularmente relacionándolos con otros aún no estudiados. Destacamos la jerarquización de la colonización, el estrecho seguimiento por imágenes y la temprana decisión de nefrostomía como pilares para reducir la pérdida del injerto y la mortalidad.

## P-96

### Riñón

Cano Giraldo, GF<sup>(1)</sup>;  
Sleiman, J<sup>(1)</sup>;  
Soler Pujol, G<sup>(1)</sup>;  
Díaz, C<sup>(1)</sup>

(1) Nefrología, CEMIC,  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Terapia Combinada de 4 Drogas en Tx Renal: Experiencia en un Centro

**Introducción:** Actualmente el rechazo crónico (RC) mediado por anticuerpos (RCA), el rechazo crónico celular (RCC) y/o formas mixtas, son considerados las causas principales de la pérdida de injertos (PI). Estos fenómenos que aparecen luego del primer año y se caracterizan por daño endotelial y grados crecientes de inflamación y fibrosis intersticial, plantean un desafío en el manejo de la inmunosupresión (IS). La intensificación de la IS parece ser lo indicado sin embargo no hay consenso sobre cuál sería la mejor estrategia. Accesibilidad, tolerancia o potenciales efectos adversos aparecen como los principales retos. Con el fin de lograr una mayor IS limitando las potenciales toxicidades se diseñó un esquema cuádruple asociando sirolimus, tacrolimus, micofenolato y esteroides. Presentamos nuestra experiencia en el uso de cuádruple terapia IS (4IS) en trasplantados renales (TxR) que cursaron con alguna forma de RC.

**Objetivo:** Evaluar los resultados del uso de 4IS en TxR con RC en términos de comportamiento funcional del injerto renal y seguridad.

**Métodos:** Se incluyeron TxR bajo 4IS en el período comprendido entre 2013 y 2020. La eficacia se evaluó mediante el cálculo de FGe y la proteinuria a 12 y 24 meses. Se registraron además los hallazgos de biopsias por indicación, eventos infecciosos y neoplásicos ocurridos durante el tiempo de seguimiento.

**Resultados:** 10 TxR (edad media 46 ± 11 años) fueron tratados con 4IS por un período de 26 (14-60) meses. El 60% eran varones, 5 fueron TxR de donante fallecido. Los diagnósticos de RC fueron: 40% RCA, 40% RCC y 20% RC mixto. El tiempo de Tx fue de 80 (48-124) m. No hubo PI. En el 50% de TxR no se registraron eventos infecciosos, y solo 2 TxR tuvieron 2 o más de ellos. Ningún TxR desarrolló neoplasia, 3/10 TxR cursaron con RA (1 con 2 rechazos celulares 1A y 2 con rechazo humoral crónico activo con IFTA del 50 y 30%). La mediana de FGe fue 47 (28- 62) ml/min al inicio de 4IS. El FGe a 12 y 24 meses fue 47 (41-60) y 39 (34-56) ml/min, respectivamente, por lo tanto, observamos un delta de FGe de 0 y 8 ml/min a los 12 y 24 meses (lo del delta lo sacaría). 5 pacientes tuvieron mejoría de su TFG y 4 presentaron deterioro de ella con una media de caída de 11 ± 4 ml/min. La mediana de Pu al inicio fue de 117 (65-234) mg/g y de 197 (71-340) y 205 (110-349) mg/g a los 12 y 24 m respectivamente. No hubo PI. No presentaron neoplasias ni mayor incidencia de infecciones.

**Conclusiones:** La 4IS ha demostrado ofrecer estabilidad funcional del injerto renal y seguridad en este grupo de TxR con diversas variantes de RC. Aumentar el número de pacientes y prolongar el seguimiento de estos es nuestro objetivo.

## O-1 Riñón

### Diafanoscopia en el Tratamiento Laparoscópico del Linfocele Post Trasplante Renal

Osella, F<sup>(1)</sup>;  
Cabrerá, G<sup>(1)</sup>;  
Hilchenbach, G<sup>(1)</sup>;  
Pusarelli, S<sup>(2)</sup>;  
Walther, J<sup>(1)</sup>;  
Beltrán, A<sup>(3)</sup>;  
Rial, M<sup>(1)</sup>;  
Leon, L<sup>(1)</sup>

(1)Trasplante Renal, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

(2)Urología, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

(3)Buenos Aires

**Introducción / Objetivo:** El linfocele es una complicación frecuente después del trasplante renal y la fenestración laparoscópica es el standard de tratamiento, sin embargo identificar las paredes del linfocele puede ser dificultoso y se pueden dañar estructuras vecinas. El uso de la diafanoscopia evita estas complicaciones. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en la utilización de esta técnica

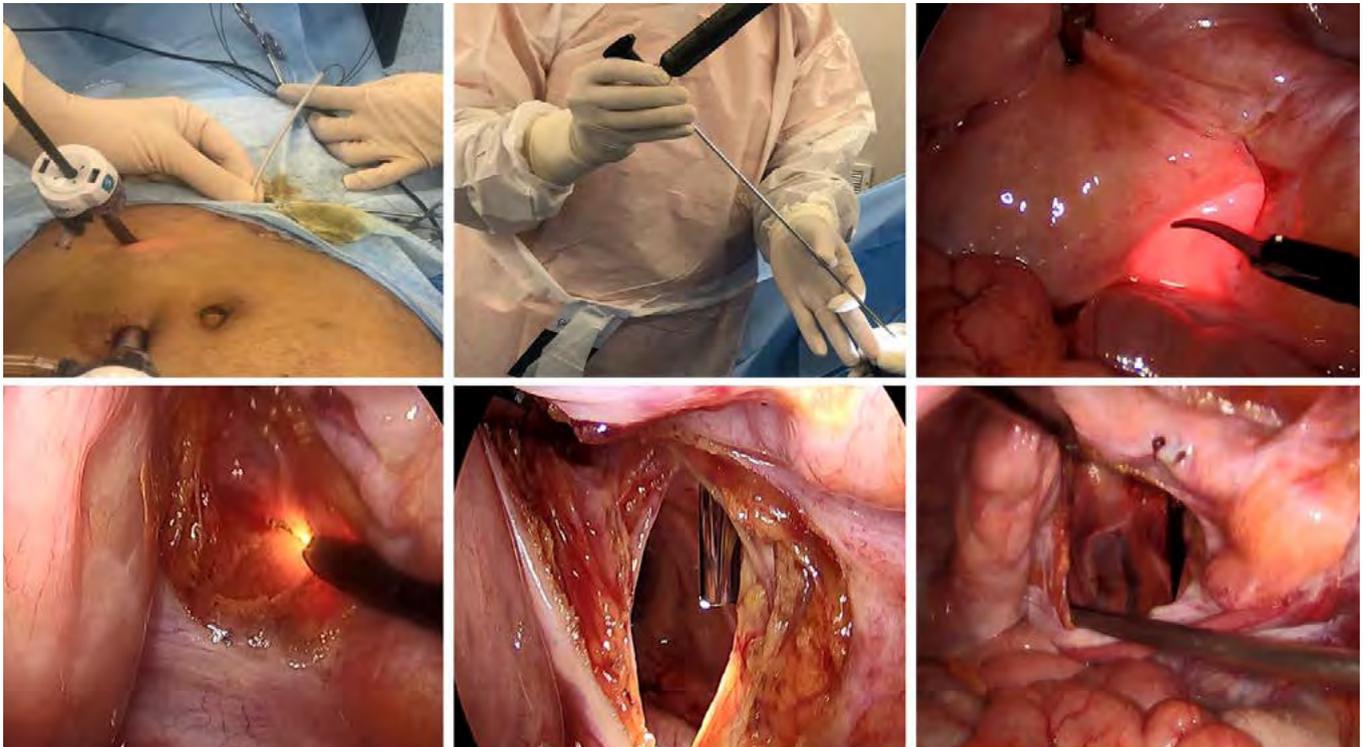
**Materiales y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo. Analizamos las historias clínicas de los pacientes sometidos a fenestración vi- deolaparoscópica con diafanoscopia del instituto de Trasplantes y Alta complejidad ITAC by Diaverum. Técnica quirúrgica: neumoperitoneo, punción de la colección, con técnica de seldinger se introduce de forma progresiva dilatadores para posteriormente introducir cistoscopio rígido. Bajo visio laparoscópica se constata la retroiluminación del fondo de la pared del linfocele, y se logra identificar así la zona exacta donde realizar la fenestración.

**Resultados** 11 pacientes sometidos a esta técnica. 7 sexo femenino, 4 masculino. bmi 25 - 29.3. 10 recibieron un riñón de un donante cadavérico y 1 donante vivo. inmunosupresión tacrolimus, micofenolato y deltisona. ecografía en todos los pacientes, y tomografía axial computada en 2 8 asintomáticos, 1 obstrucción y dilatación de la vía urinaria, 1 tumoración sintomática de la pared abdominal y 1 paciente obstrucción venosa con trombosis venosa asociada por una gran colección. La eficacia técnica fue del 100 por ciento de los casos. 1 solo paciente presentó recidiva a los 7 días, por obturación de la ventana con asa de delgado que se resolvió con la misma técnica. No se identificó morbilidad, ni mortalidad.

**Conclusiones:** La fenestración laparoscópica es el gold standard de tratamiento del linfocele post trasplante sin embargo sigue siendo dificultoso en ocasiones identificar la zona correcta a fenestrar sin lesionar estructuras nobles. El uso de la diafanoscopia aporta seguridad al método, evitando el daño de estructuras vecinas.

**Relevancia trasplantológica:** Muchas veces el correcto sitio de incisión es difícil de identificar y la posibilidad de dañar el injerto o estructuras nobles con esta técnica es real, por eso es mandatorio realizarla con el índice de seguridad más elevado posible.  
Financiamiento: No

Financiamiento: No



## O-5 Riñón

### Nefrectomía Laparoscópica en Poliquistosis Renal Autosómica Dominante

Osella, F<sup>(1, 2)</sup>;  
Cabrera, I;  
Hilchenbach, G;  
Walthner, J<sup>(1)</sup>;  
Beltran, A<sup>(1)</sup>;  
Guardia, O<sup>(2, 3)</sup>;  
Rial, M<sup>(2, 4)</sup>;  
Leon, L<sup>(2, 5)</sup>

**Introducción / Objetivo:** Desde la primera descripción de nefrectomía laparoscópica en PQRAD por Elastray y col., reportaron disminución de la morbilidad comparado con la nefrectomía abierta.

En este trabajo, realizaremos una revisión de la técnica quirúrgica, y los analizaremos los resultados obtenidos por nuestro centro con la nefrectomía laparoscópica en PKD.

**Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se evaluó: edad, índice de masa corporal (BMI), indicación quirúrgica, duración de la cirugía, pérdida de sangre estimada, caída de hemoglobina, transfusiones sanguíneas, tiempo de estadía hospitalaria, anatomía patológica y complicaciones.

El abordaje realizado en todos los pacientes, es el laparoscópico puro transperitoneal. La técnica quirúrgica se resume en la figura 1.

**Resultados:** total de 15 nefrectomías. A 4 en 1 etapa, a 5 unilateral, y a 1 2 etapas.

Indicaciones conflicto de espacio 3, urosepsis recurrente en 6 y sangrado recurrente en 1 caso. Los parámetros preoperatorios están expuestos en la tabla 1. 3 pacientes la cirugía se efectuó post trasplante, 6 pacientes en diálisis, y 1 ICR en estadio IV. En ningún caso se realizó embolización

Tres pacientes se trasplantaron post nefrectomía, 2 con donante vivo en nuestro centro, y el restante con donante cadavérico en otro centro. Los 3 restantes continúan en lista de espera junto al paciente sin tratamiento sustitutivo al momento de la nefrectomía. La tabla 2 muestra la evolución perioperatoria

El largo promedio de los riñones fue de 22.9 cm. con un rango entre 17 a 30 cm. El estudio histológico confirmó el diagnóstico de PQRAD en todos los especímenes, y la ausencia de patología maligna.

2 pacientes presentaron complicaciones. 1 Grado IIIb, otro DC Grado I. Una binefrectomía tuvo que realizarse en etapas, debido a intolerancia al neumoperitoneo. No se constató mortalidad asociada

**Conclusiones:** La nefrectomía laparoscópica en PQRAD es una técnica segura y eficaz, ofreciendo buenos resultados y una baja morbilidad a los pacientes

**Relevancia trasplantológica:** La PQRAD es una causa frecuente de irtc y sus complicaciones son motivo de consulta en los centros de trasplante. La cirugía laparoscópica con todas las bondades de los métodos minimamente invasivos, tiene su lugar en estos pacientes logrando muy buenos resultados.

(1)Trasplante Renal, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

(2)Buenos Aires

(3)Pre trasplante Renal, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

(4)Docencia e Investigacion, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

(5)Post Trasplante, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## O-42 Riñón

### Uropatía Obstructiva en Trasplante Renal por Herniación de la Vejiga y el Uréter Trasplantado.

Conforti, MJ(1); Schiavelli, R(1); Souto, N(1); Sanchez, N(1); Cabrera, I(1); Pattin, M(1)

(1)División de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires,

Conforti, MJ(1); Schiavelli, R(1); Souto, N(1); Sanchez, N(1); Cabrera, I(1); Pattin, M(1)

(1)División de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

**Caso Clínico:** Se presenta un caso de hernia inguinal-escrotal ipsilateral al trasplante renal con contenido del uréter trasplantado y la vejiga. Hombre de 52 años, con trasplante renal de donante vivo relacionado que, 19 años post trasplante, presenta deterioro de la función renal. Creatinina 1.9 mg/dl (habitual de 1.6mg/dl) y una hernia inguinoescrotal derecha reducible. En la ecografía del injerto se observa dilatación moderada a severa con índice de resistencia de 0.63. Se completa estudios con centellograma renal (DMSA) que informa distribución heterogénea del radiotrazador con impronta de la dilatación pielocalicial. En el Radiorenograma se observa patrón retentivo severo sin respuesta a la furosemida. En la tomografía axial computada (TAC) abdominopelviana c/ contraste EV se visualiza hernia inguino-escrotal derecha con contenido del uréter trasplantado y la vejiga, con ectasia pielocalicial con apertura piélica de 18 mm con cálices visibles.

Se interpreta el cuadro como deterioro de función renal secundaria a obstrucción orgánica por herniación de uréter trasplantado y la vejiga con dilatación severa.

Se realiza una hernioplastia inguinoescrotal derecha con colocación de malla sin complicaciones, con mejoría de función renal y resolución de la dilatación pielocalicial.

**Discusión:** La herniación inguinoescrotal del uréter trasplantado es una etiología rara de obstrucción urinaria que provoca deterioro de la función renal. Sus factores de riesgos son la obesidad, un uréter largo y su relación con el cordón espermatóico. Existen 18 casos reportados en la literatura, la mayoría hombres, con edad promedio de 58 años, y en sólo 3 casos la vejiga formaba parte de la hernia.

Generalmente el primer estudio que se realiza es la ecografía del injerto renal que visualiza la dilatación pielouretal y se sigue con TAC o resonancia magnética. La resolución exitosa, en la mayoría de los casos, fue en un primer momento la nefrostomía percutánea y en un segundo tiempo la hernioplastia.

Nuestro paciente se encontraba en la edad promedio de los casos reportados y tenía como contenido el uréter trasplantado y también la vejiga. La resolución de la obstrucción fue directamente la hernioplastia con malla obteniendo el mismo resultado que en aquellos donde se realizó la nefrostomía percutánea y la hernioplastia secuencialmente.

La hernia inguinoescrotal se debe tener en cuenta como una causa de obstrucción urinaria en el trasplante renal. Se deben evaluar los casos en los que la hernioplastia sea factible como único tratamiento.

Financiamiento: No

## O-8 Riñón

Osella, F<sup>(1)</sup>;  
Cabrerá, I<sup>(1)</sup>;  
Hilchenbach, G<sup>(1)</sup>;  
Walther, J<sup>(1)</sup>;

### Nefrectomía Laparoscópica de Donante Vivo NOTES Asistido: Nuestra Técnica

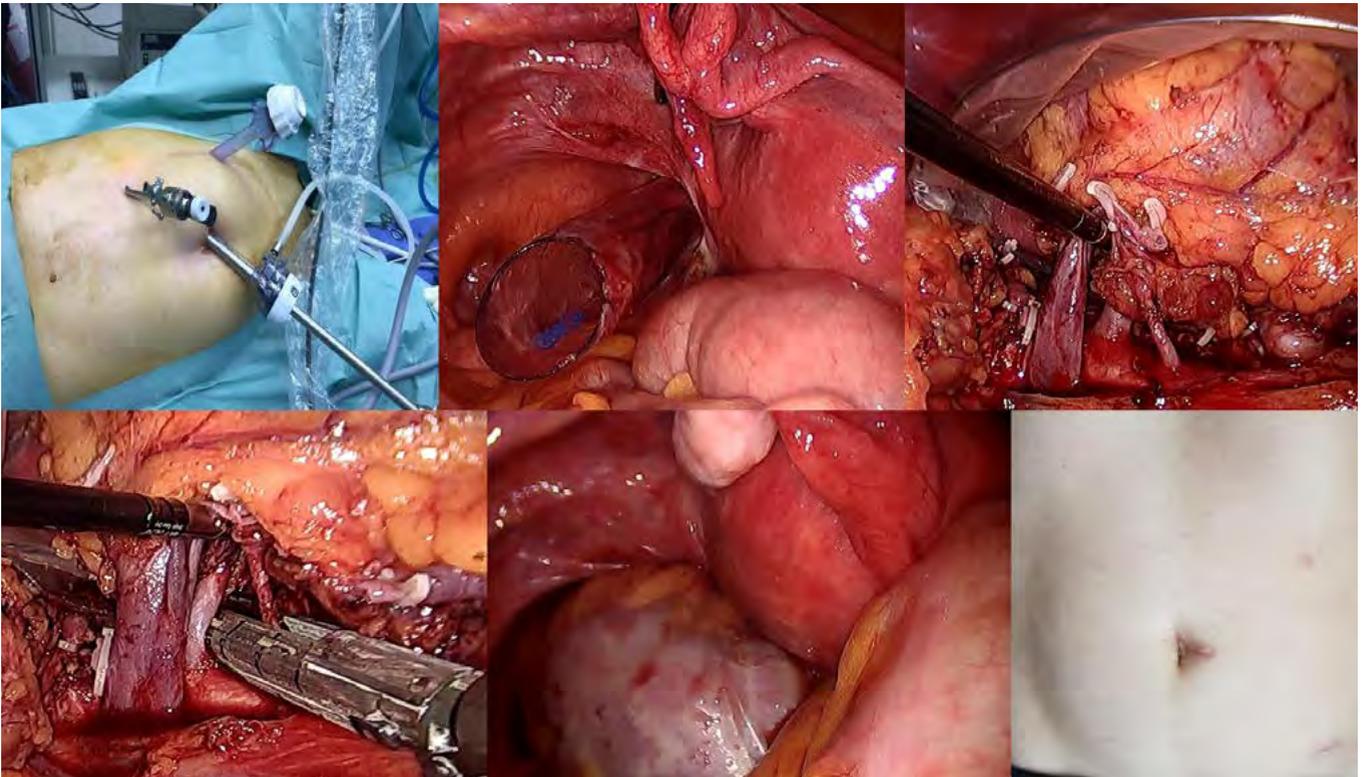
**Impacto Clínico:** El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad renal crónica en estadios terminales. Una de las estrategias para aumentar el número de trasplantes, es incrementar el uso de donantes vivos, los cuales ofrecen los mejores resultados en términos de sobrevida del injerto y del paciente. La nefrectomía laparoscópica se ha convertido en el Gold estándar actual, ofreciendo una técnica mínimamente invasiva segura, eficaz, con menor dolor postoperatorio y una más rápida vuelta a las actividades habituales del donante, ofreciendo seguridad al donante y sobrevida del graft similar a las técnicas abiertas. Con el objetivo de mejorar aún más los resultados, en beneficios del donante (menor dolor, menos incisiones y mejor cosmesis) y lograr la misma seguridad que la vía laparoscópica habitual, realizamos un abordaje híbrido laparoscópico asistido por NOTES vaginal. Presentamos en este trabajo nuestra técnica quirúrgica.

**Caso:** La técnica quirúrgica se resume en la figura 1.

**Conclusiones:** La nefrectomía laparoscópica vaginal NOTES asistida, es una técnica segura y eficaz que permite realizar la nefrectomía en donantes vivos, evita la cicatriz abdominal y debe considerarse una alternativa para incrementar la intención de donación en la población femenina.

(1)Trasplante Renal, ITAC by Diaverum. Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No



## O-19 Riñón

Rubio, S<sup>(1)</sup>;  
Wojtowicz, D<sup>(1)</sup>;  
Amore, MA<sup>(2)</sup>;  
Di Pietrantonio, S<sup>(1)</sup>

### Linfografía Intranodal y Embolización Linfática. Novedosa Técnica para el Tratamiento del Linfocele Post-Trasplante Renal.

**Introducción:** Como ha sido demostrado, el trasplante renal es un procedimiento quirúrgico seguro pero no está exento de complicaciones. Una de las complicaciones urológicas más frecuentes es el linfocele, que puede presentarse en hasta el 20% de los trasplantados. Los linfoceles aparecen mas frecuentemente durante el primer mes postoperatorio, por lo que su aparición luego de ese período es sumamente infrecuente. El objetivo de este reporte es presentar un caso de linfocele gigante idiopático luego de 18 años del trasplante renal, tratado con embolización linfática.

**Paciente y Métodos:** Paciente masculino de 34 años de edad que fue trasplantado en 2002. Dieciocho años después es referido al nuestro servicio por presentar tumoración que ocupa el hemiabdomen derecho generando síntomas digestivos. Se realiza Tomografía Computada que evidencia colección líquida en relación al injerto renal. Ante estas imágenes se decide resolución de colección de manera mini-invasiva.

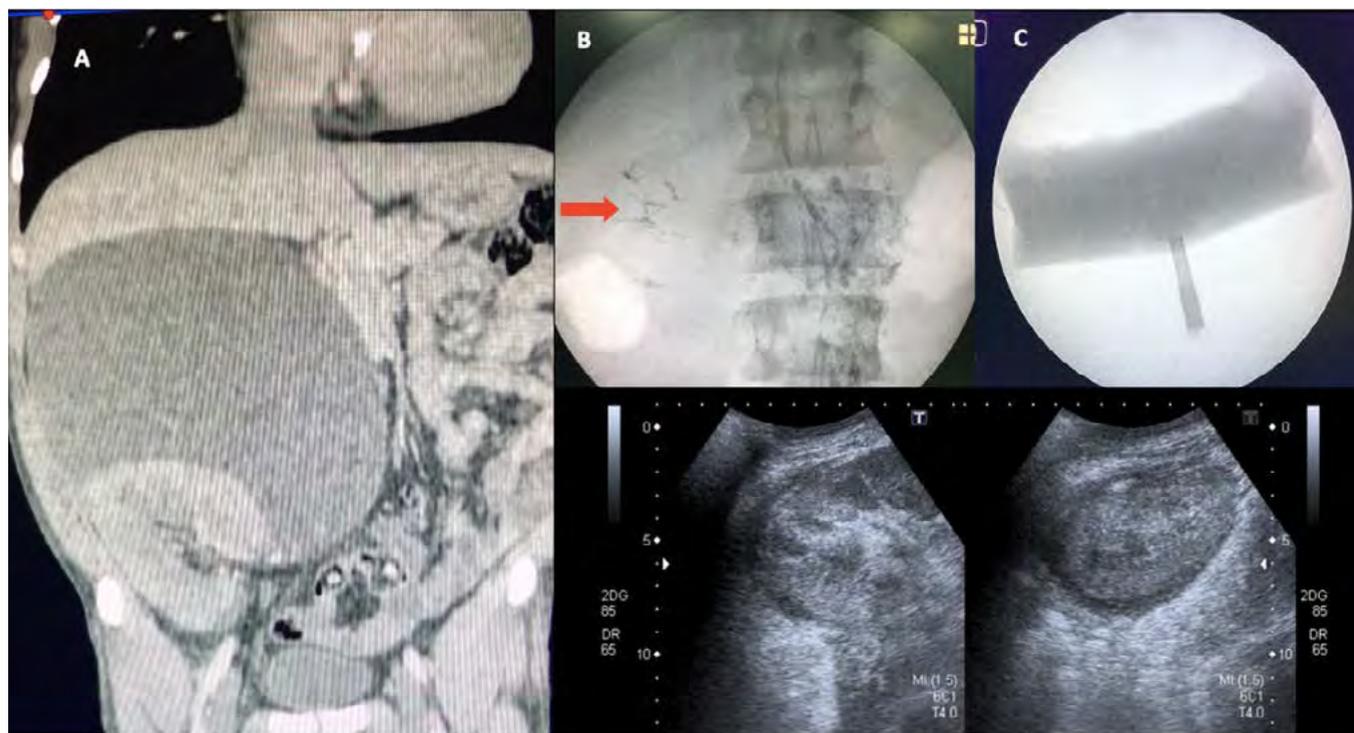
**Resultados:** Se realiza drenaje percutáneo ecoguiado, evacuando 3600cc de liquido linfático, confirmado por laboratorio. Débito diario entre 800 a 1000cc. Se descarta la fistula urinaria mediante radiorenograma y se decide realizar linfografía intranodal con Lipiodol Ultrafluido®. Se realiza inguinotomía bilateral, disección de ganglios y se inyecta el Lipiodol®, observandose torrentes linfáticos derechos seccionados, circulación colateral hacia la izquierda y aumento del flujo en torrentes izquierdo. En la etapa final se observa extravasación de contraste en topografía del injerto renal. Se realiza control radioscópico del débito en bolsa colectora a las 24hs. y se confirma la fuga linfática. Se objetiva disminución del débito diario 200cc, disminución de tramaño por ecografía y posteriormente se realiza irritación de cavidad con bleomicina y se retira catéter percutaneo. Se realiza ecografía de control, sin evidencia de colección residual.

**Conclusion:** La linfografía y emboización linfática con Lipiodol®, es una opción diagnóstica y terapéutica que debe ser tenida en cuenta en aquellos pacientes con fugas linfáticas refractarias al tratamiento conservador, evitando así, cirugías mayores.

Financiamiento: No

(1)Servicio de Trasplante Renal,  
Hospital de Alta Complejidad en Red  
"El Cruce". Florencio Varela, Argentina

(2)Servicio de Flebología y Linfología,  
Hospital Militar Central,  
Buenos Aires, Argentina



**Figura 1:** Secuencia en imágenes: A. TAC coete coronal, se observa colección en relación al injerto renal. B. Extravasación de contraste (flecha roja). C. Radioscopia de bolsa colectora con contraste. D. Ecografía de control, se observa fina banda líquida peri injerto

## O-36

Riñón

## Rituximab Previo al Trasplante en Niños con Glomerulosclerosis Focal y Segmentaria: ¿Es Eficaz su Indicación?

Cedeño Armas, LG<sup>(1, 2)</sup>;  
Paz, M<sup>(2)</sup>;  
Gutierrez, H<sup>(2)</sup>;  
Ferradas, S<sup>(1, 3)</sup>;  
Ibáñez, J<sup>(2)</sup>;  
Monteverde, M<sup>(1)</sup>

(1)CABA

(2)Nefrología, Hospital Garrahan.  
CABA, Argentina(3)Nefrología, Hospital Ludovica.  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

**Introducción:** La recurrencia de la enfermedad posterior al trasplante renal (KTx) en pacientes con Glomerulosclerosis Segmentaria y Focal (GEFS) es factor de riesgo de pérdida de injerto. Los datos bibliográficos sobre el beneficio de combinación de Rituximab (RTX) y plasmáferesis (PF) en la prevención de recidiva y evolución post KTx son limitados. Nuestro objetivo fue comparar la eficacia de adición de RTX pre-trasplante a la PF en niños con GEFS de una cohorte actual vs otra histórica que solo recibió PF.

**Pacientes y Métodos:** De diciembre 1988 a diciembre 2020, se realizaron 102 KTx en pacientes con GEFS. Incluimos 32 pacientes consecutivos con KTx entre el 2013-2020 tratados con RTX pre-KTx y PF en aquellos con acceso vascular. Los comparamos con una cohorte histórica (1993-2013) tratada solo con PF (n=25). Fueron excluidos: pacientes no tratados con PF (n=29) y/o con mutaciones en gen/es de la membrana basal glomerular confirmada (n=2) o sospechada: GEFS con debut clínico en el 1er. año de vida (n=1), o con un 2do. KTx sin recidiva en ninguno de los KTx (n=5 pacientes, con 9KTx) y pacientes con sospecha de GEFS secundaria (n=2) o con otros esquemas de tratamiento (n=2). Previo al KTx se administro Rituximab (375 mg/m<sup>2</sup>). Los pacientes con acceso vascular también recibieron 1 sesión de PF. Post KTx todos recibieron PF (11.5±5 sesiones). Evaluamos recurrencia y remisión de síndrome nefrótico (SN), sobrevida de paciente e injerto, causa de pérdida, incidencia de rechazo agudo (RA) temprano (<90 días post KTx) y tardío y requerimiento de diálisis post KTx (DGF).

**Resultados:** En la cohorte histórica (grupo control), la PF se indicó como tratamiento de recidiva de SN, y tasa de recaída fue del 100%, sin diferencias respecto al grupo RTX pre KTx: 90.6% (n=20; p=0.11). La tasa de remisión fue del 36% (n=9) vs 82.7%(n=24); p<0.001. La sobrevida del paciente a 1 y 3 años fue del 100% en el grupo RTX pre KTx vs 100% y 92.3% en el grupo PF (p=0.25). La sobrevida del injerto a 1 y 3 años fue del 93.44%, y 74.75% vs 63.55 y 48.67% respectivamente (p=0.03). La causa más frecuente de muerte fue la sepsis bacteriana (n=2). Se perdieron 23 injertos. La causa más frecuente de pérdida fue recidiva sin (39%; n=9) o con rechazo asociado (35%; n=8). Las tasas de DGF y RA temprano fueron similares en ambos grupos: 36% vs 25% (p=0.37) y 28% vs 28% (p =0.99). El RA tardío fue más prevalente entre los pacientes con sólo PF (54% vs 6.45%; p <0,001).

**Conclusión:** En este estudio, los pacientes con GEFS y RTX + PF pre KTx tuvieron mayor tasa de remisión y mejor sobrevida de injerto a 1 y 3 años comparado con una cohorte histórica tratada sólo con PF. Las tasas de DGF y RA temprano fueron similares. El RA tardío fue más prevalente en el grupo con PF. Se necesitan más estudios prospectivos para determinar si el RTX preKTx y/o asociado a PF es una mejor opción terapéutica que PF sola.

## O-46

Riñón

## Switch a Belatacept en Rechazo Humoral Crónico de Trasplante Renal

Ursino, MB<sup>(1, 2)</sup>;  
Lampo, M<sup>(2)</sup>;  
Pomeranz, V<sup>(2)</sup>;  
Trimarchi, H<sup>(2)</sup>

(1)Nefrología, Hospital Británico.  
CABA, Argentina

(2)CABA

Financiamiento: No

**Objetivo:** Presentar la experiencia en un trasplantado renal con rechazo humoral crónico activo en el que se le realiza el cambio en su inmunosupresión de sirolimus a belatacept.

**Impacto clínico:** El rechazo crónico mediado por anticuerpos se erige actualmente como la principal causa de pérdida de funcionalidad del injerto. Se estima que más de la mitad de los pacientes con diagnóstico de rechazo humoral crónico perderán su injerto a los 2 años. De esta manera, la búsqueda del tratamiento que mejor optimice la sobrevida del injerto renal tendrá un impacto clínico significativo

**Descripción:** Se presenta el caso de un hombre de 32 años de edad trasplantado renal con donante vivo relacionado en 2014, bajo tratamiento inmunosupresor con corticoides, micofenolato sódico y sirolimus. Durante el curso de sus controles periódicos se evidenciaron niveles variables de dosajes de sirolimus en sangre y regular adherencia al tratamiento. Se constata, además, proteinuria de 24hs de 0,49 gramos/día, registros de hipertensión arterial y disminución del clearance de creatinina, con presencia de un anticuerpo donante específico anti DQ8 MFI 1500. Se realiza punción biopsia renal que informa rechazo humoral crónico activo. Con el objetivo de optimizar el tratamiento inmunosupresor, evitando variabilidad de niveles y mejorando la adherencia se decide rotar de sirolimus a belatacept, dosis 5mg/kg cada 15 días durante 2 meses, y luego cada 28 días. El paciente evoluciona posteriormente con un rechazo celular agudo, que requirió pulsos de esteroides, con retorno de su función renal a valores basales y negativización del anticuerpo donante específico.

**Conclusión:** El rechazo crónico mediado por anticuerpos continúa siendo uno de los grandes desafíos terapéuticos en el trasplante renal. Es indiscutible el impacto en la morbimortalidad que esta entidad conlleva. Existen trabajos que proponen el switch a belatacept como esquema de mantenimiento para estos pacientes, siendo una alternativa eficaz y segura, logrando mayor sobrevida de la funcionalidad de los injertos y mejorando la adherencia al tratamiento, sin un aumento significativo en la tasa de infecciones.

## O-63

### Riñón

Caldano, J<sup>(1)</sup>

## Basiliximab y Globulinas Antitimocitos como Inducción en Trasplante Renal en Mayores de 60 Años

**Introducción:** El trasplante renal es el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en cualquier grupo etario. Requiere de la terapia inmunosupresora (terapia de inducción y mantenimiento) para reducir el riesgo de rechazo renal y prolongar la supervivencia del injerto. Como contrapartida, estas drogas producen un incremento del riesgo de infecciones y del riesgo cardiovascular, que son las principales causas de muerte en pacientes mayores de 60 años.

**Objetivos:** evaluar la eficacia y seguridad de la terapia de inducción (basiliximab y globulina antitimocito) en pacientes trasplantados renales mayores de 60 años.

**Métodos:** se realizó una búsqueda bibliográfica de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, metaanálisis y evaluaciones de tecnologías sanitarias en: MEDLINE, EMBASE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), epistemonikos hasta el 31 de marzo del 2019. Se incluyeron estudios que compararan basiliximab contra placebo, o timoglobulina contra placebo en pacientes trasplantados renales adultos.

**Resultados:** Se incluyeron 28 estudios con 5902 pacientes. Tanto timoglobulina como basiliximab fueron mejores que placebo en términos de prevención de rechazo agudo, pero no tuvieron diferencias en mortalidad o pérdida del injerto. La inducción con timoglobulina se asoció a mayor incidencia de infecciones. Timoglobulina fue mejor que basiliximab en términos de prevención de rechazo agudo. No hubo diferencias en incidencia de cáncer.

**Limitaciones:** la evidencia es de baja calidad y no se cuentan con estudios aleatorizados que evalúen directamente estas drogas en mayores de 60 años.

**Conclusión:** No hay evidencia suficiente disponible para responder a la pregunta de investigación. La eficacia y seguridad de BASILIXIMAB y GAT en la población de trasplantados renales añosos es incierta. Hace falta estudiar específicamente la seguridad y eficacia en este grupo etario con ensayos de buena calidad y a largo plazo.

(1)Trasplante, CRAI Norte-CUCAIBA, Bs As, Argentina

Financiamiento: No

## O-78

### Riñón

González Arazo, KS<sup>(1)</sup>;  
Sleiman, J<sup>(1)</sup>;  
Soler Pujol, G<sup>(1)</sup>;  
Laham, G<sup>(1)</sup>;  
Schivone, M<sup>(1)</sup>;  
Díaz, CH<sup>(1)</sup>

## Belatacept: Seguimiento a 5 años. Experiencia en un Centro.

**Introducción:** Belatacept (Bela) un inhibidor de la coestimulación utilizado en la terapia de receptores de trasplante renal (TXR) demostró, no inferioridad en eficacia inmunosupresora (IS) y menor nefrotoxicidad que los inhibidores de Calcineurina (ICN). Presentamos la experiencia de nuestro centro a 5 años.

**Objetivos:** describir la evolución de receptores de TXR tratados con Bela como terapia inmunosupresora de inicio o conversión. Analizando supervivencia de injertos (I), pacientes (P) y potenciales eventos adversos (EA).

**Pacientes y métodos:** Se estudiaron 33 TXR, con análisis a 1, 2, 3 y 5 años post inicio de terapia con Bela. Registramos datos demográficos del receptor, donante y TXR: TFGe; proteinuria (Pu), rechazos (R), anticuerpos donante específicos (AcDE), EA y supervivencia de I y P.

**Resultados:** En 33 TXR de bajo riesgo inmunológico tratados con Bela, N=24 (72.7%) de novo (GN) y N=9 (27.3%) conversión (GC) con un período de seguimiento de 38.5 meses ( $\pm 25.6$ ), 63.6% eran receptores de sexo femenino con edad media de 60.8 años (56-68). El 87.9% fueron donantes fallecidos con edad media 59 años (58-66). Se realizó inducción con anticuerpos policlonales en 90.9%. En el GN la indicación principal fue donante de criterio expandido (DCE) en 91.7%. La TFGe presentó mejoría progresiva y significativa: 47.2, 51.8, 52.9 y 67.1ml/min/1.73m<sup>2</sup> a 1, 2, 3 y 5 años respectivamente (P=0,02 entre 1° y 5° año). La Pu no mostró cambios significativos. Los R fueron 14.3, 7.1 y 10% a 1°, 2° y 3° año, no registrándose R en el período restante. Un paciente desarrolló AcDE al año de seguimiento. La prevalencia de virus BK (VBK) fue 9.5, 7.1 y 10% a 1°, 2° y 3° año respectivamente, sin casos al 5°. La tasa de citomegalovirus (CMV) fue 52.4% al año y las infecciones bacterianas 57.1, 41.7% al 1° y 2° año. El GC inició Bela con una mediana de 27 meses (6-106) post TXR. La indicación principal fue FIAT en 55.5%. Al momento de la conversión 77.7% se encontraban con ICN. Post conversión la TFGe fue: 39, 42.6, 44.6 y 55.6 ml/min/1.73m<sup>2</sup> a 1°, 2°, 3° y 5° años respectivamente, sin cambios significativos en Pu. Se reportó un R al año de seguimiento sin evidencia de AcDE. La incidencia de VBK fue 22.2 y 25% al 1° y 2° año respectivamente, CMV 11.1% al año, infecciones bacterianas 1 caso al 3er y 2 casos durante el 5° año. Para toda la serie hubo una incidencia acumulada de neoplasias de 9% (1 caso PTLD). Se reportaron 1 pérdida de injerto (GN) y 8 (24.2%) fallecimientos durante el seguimiento en toda la serie.

**Conclusión:** En nuestra experiencia Bela representó una estrategia inmunosupresora eficaz (mejoría significativa de TFGe) y segura, tanto de novo como en conversión. La tasa de R, PI y mortalidad no fueron superiores a las reportadas con otros esquemas inmunosupresores. Respecto a los EA, objetivamos una tasa elevada de CMV al año, probablemente asociada a la inducción en el GN.

(1)Nefrología, Instituto Universitario CEMIC, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## O-101

### Riñón

Petrone, H<sup>(1, 2)</sup>;  
Martinoia, A<sup>(2, 3)</sup>;  
Taylor, M<sup>(2, 3)</sup>;  
López, L<sup>(4)</sup>;  
Caldano, J<sup>(2, 4)</sup>;  
Dipietrantonio, S<sup>(5)</sup>;  
Areal, N<sup>(2, 5)</sup>

(1) Director Redes Públicas de Trasplante, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(2) La Plata

(3) CRAI Sur, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(4) CRAI Norte, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(5) Nefrología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina

Financiamiento: No

## Evaluación de la Respuesta Serológica Inicial (30 días) contra SARS-CoV-2 en Pacientes Trasplantados Renales con RT-PCR Positiva para SARS-CoV-2

**Introducción:** Los anticuerpos específicos contra SARS-CoV-2 aparecen dentro de la primer y segunda semana luego del diagnóstico de COVID-19. El anticuerpo IgG es el más utilizado en los test diagnósticos. Existe poca información sobre respuesta de Atc. específicos para SARS-CoV-2 en pacientes transplantados renales con COVID-19. **Objetivos:** Evaluar la respuesta de Atc. contra SARS Cov 2 a 30 días del diagnóstico en pacientes transplantados renales que presentaron RT-PCR positiva por hisopado nasofaríngeo

**Material y Métodos:** Estudio exploratorio, observacional, multicéntrico, sobre pacientes transplantados renales con COVID-19 confirmado por RT-PCR en hisopado nasofaríngeo. Se analizaron muestras de suero a 30 días del diagnóstico para detección de IgG cuantitativo contra SARS-CoV-2 por método de ELISA (test COVIDAR). El estudio incluyó pacientes transplantados renales que asisten tres centros (CRAI NORTE, CRAI SUR y Hospital El Cruce).

**Criterios de inclusión:** Trasplantados renales pre o post pandemia: Con tratamiento inmunosupresor: RT-PCR positivo para SARS-COV-2 en muestra de hisopado nasofaríngeo. **Criterios de exclusión:** Pacientes con doble trasplante: Pacientes que recibieron plasma de convaleciente. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de trasplante, enfermedad de base, tratamiento inmunosupresor tanto de inducción como de mantenimiento, tratamiento de rechazo dentro del año previo al diagnóstico de COVID, fecha de diagnóstico de la enfermedad y grado de severidad de la misma. Las variables continuas se resumieron como media y desvío estándar, según normalidad de la variable y las variables categóricas como número y porcentaje. Se realizó un test de regresión logística múltiple para evaluar asociación entre cada variable clínica analizada y niveles de anticuerpos ajustado para edad, sexo y tiempo desde el diagnóstico. El título de anticuerpos se normalizó según fueron negativos, menor de 1/1000 o mayor o igual a 1/1000.

**Resultados:** La cantidad de pacientes enrolados fue 36 de los cuales 24 fueron hombres (66%). La edad promedio de los pacientes fue 47,8 (DS 13,8) Rango 50: 20-70. El tiempo promedio de Trasplante de los pacientes fue 69,6 meses (DS 63,6) Rango 227: 6-233. 89% de los pacientes recibieron inducción de los cuales en el 46% fue Timoglobulina. El esquema IS de mantenimiento más utilizado fue FK/MMF-MYF/EST (61%), los estadios más frecuentes de enfermedad fueron I y IIA (80%). La respuesta de Ig G a 30 días fue negativa en 3, títulos < 1/1000 en 14 y >= 1/1000 en 19 casos respectivamente. El promedio de título de Atc. fue 2645 (DS 2435), rango: 6300(100-6400). El 91% de los pacientes elevó títulos de Atc (un 52% lo hizo con títulos mayores a 1/1000). No se encontró asociación estadísticamente significativa entre tipo de IS, utilización de inducción y edad del paciente con la respuesta de Atc. lograda.

**Conclusiones:** En esta serie de transplantados renales bajo tratamiento inmunosupresor y con diagnóstico confirmado por hisopado nasofaríngeo de COVID-19 la respuesta de Atc. detectados por ELISA a los 30 días del diagnóstico, fue positiva en 91% de los pacientes (un 52% lo hizo con títulos mayores a 1/1000).

**Relevancia trasplantológica:** Evaluación de respuesta serológica de pacientes transplantados renales bajo tratamiento inmunosupresor al SARS-CoV-2 en el contexto de COVID-19.

## O-67

### Riñón

Rojas Campoverde, N(1);  
Schiavelli, R(1); Ajzenszlos,  
M(2); Pacio, J(1); Illanes,  
J(1); Otero, F(1); Badia,  
M(3); Gomez, M(3); Maiolo, E(1)

(1) División de Nefrología y Trasplante Renal, Hospital

Rojas Campoverde, N(1); Schiavelli,  
R(1); Ajzenszlos, M(2); Pacio, J(1);  
Illanes, J(1); Otero, F(1); Badia, M(3);  
Gomez, M(3); Maiolo, E(1)  
(1) División de Nefrología y Trasplante  
Renal, Hospital General de Agudos  
Cosme Argerich. Buenos Aires,  
Argentina (2) Unidad de Infectología,  
Hospital General de Agudos Cosme  
Argerich. Buenos Aires, Argentina (3)  
División Laboratorio Central, Hospital  
General de Agudos Cosme Argerich,  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Contaminación del Líquido de Preservación en Trasplante Renal de Donante Fallecido

**Objetivo de la presentación:** Las infecciones en el período post trasplante renal temprano generalmente son derivadas del donante o del receptor, o están asociadas con la técnica quirúrgica utilizada. La infección por contaminación del líquido de conservación (LP) tiene una incidencia entre 2,2 al 38,7% y puede convertirse en una complicación mayor en el postrasplante inmediato. Todavía no hay consenso sobre las consecuencias clínicas y bacteriológicas de los cultivos de fluidos de conservación de rutina. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia y evolución de los resultados de los cultivos de líquidos de conservación en receptores de trasplante renal de donante fallecido.

**Material y métodos:** Se analizaron retrospectivamente los trasplantes renales de donante fallecido, realizados durante el período 2014-2019, en los que se llevó a cabo cultivo del LP. La muestra se colocó en medio BacT / Alert para su crecimiento inicial, y posteriormente en agar sangre, Sabouraud y CLDE, además su utilizó tinción de Gram.

**Resultados:** Se realizó cultivo del líquido de preservación (LP) en 138 pacientes (P) y 67 (48,55%) fueron positivos. Los agentes aislados en orden de frecuencia fueron: Staphylococcus: 30 (44,80%), Corynebacterium: 6 (8,94%), Candida: 4 (5,97%), Escherichia coli: 4 (5,97%), Micrococcus: 2 (2,99%), H. influenzae: 2 (2,99%), Proteus: 2 (2,99%), Enterococcus faecalis: 1 (1,49%), Klebsiella pneumoniae: 1 (1,49%), Acinetobacter baumannii: 1 (1,49%), Serratia: 1 (1,49%), Streptococcus: 1 (1,40%) y gérmenes combinados: 12 (17,90%). Entre los donantes, 12 (17,91%) desarrollaron hemocultivos positivos y 13 (19,4%) tuvieron urocultivos positivos. Sólo dos de ellos se correlacionaron con el germen del LP, uno con urocultivo por Escherichia coli y el otro por hemocultivo por Staphylococcus epidermidis. De los 67 cultivos positivos del LP, se administró tratamiento temprano, de acuerdo con la tinción de Gram y sin identificación del germen, a 35 (52,23%) P; los agentes utilizados fueron los siguientes: vancomicina en 13P, TMS en 2P, imipenem en 1P; anfotericina en 2P; fluconazol en 1P; imipenem + vancomicina en 2P; meropenem en 1P; meropenem + vancomicina en 2P y ampicilina sulbactam + ciprofloxacina en 1P. Los P con LP positivo no desarrollaron ninguna complicación infecciosa independientemente que hubieran recibido o no tratamiento anticipado.

**Conclusiones:** Los cultivos de rutina de los fluidos de conservación aumentan la detección de su contaminación y dan como resultado la prescripción de tratamientos antibióticos tempranos. Este análisis muestra la necesidad de más estudios para poder determinar si la baja incidencia de complicaciones relacionadas con la infección en los receptores se debe a la baja transmisibilidad de los agentes recuperados de los LP o al uso de tratamientos antibióticos tempranos.

## O-77

### Riñón

## Impacto de Pandemia por Covid 19 en Unidades Publicas de Trasplante Renal de la Provincia de Buenos Aires

Petrone, H<sup>(1, 2)</sup>;  
Martinoia, A<sup>(2, 3)</sup>;  
Aleman, S<sup>(2, 4)</sup>;  
Dipietrantonio, S<sup>(2, 5)</sup>;  
Cobeñas, C<sup>(2, 6)</sup>;  
Mele, P<sup>(2, 7)</sup>;  
Leone, F<sup>(2, 8)</sup>

(1) Dirección Redes de Trasplante, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(2) La Plata

(3) CRAI SUR, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(4) CRAI Norte, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(5) Servicio de Nefrología, Hospital El Cruce. Florencio Varela, Argentina

(6) Servicio Nefrología, Hospital Sor María Ludovica. La Plata, Argentina

(7) Servicio Nefrología, Hospital Penna. Bahía Blanca, Argentina

(8) Presidente, Cucaiba. La Plata, Argentina

Financiamiento: No

**Introducción:** La actividad del proceso Procuración-Trasplante fue especialmente afectada por la pandemia por Covid 19 en lo concerniente al personal de salud y los pacientes trasplantados.

**Objetivo:** Evaluar el impacto que tuvo la Enfermedad por Covid 19 en el personal de salud dedicado al proceso Trasplante Renal y en los pacientes seguidos por Equipos de Trasplante Renal (tanto adultos como pediátricos) pertenecientes al Sistema Público de Salud de la provincia de Buenos Aires

**Material y Métodos:** Se realizó relevamiento de la situación sanitaria relacionada con la pandemia por Covid 19 en las cinco Unidades de Trasplante Renal (UTR) Públicas de la Provincia de Buenos Aires: Hospital Sor María Ludovica de La Plata, CRAI Norte y CRAI Sur (CUCAIBA), Hospital El Cruce de Florencio Varela y Hospital Penna de Bahía Blanca. El relevamiento consistió en: Personal del equipo de Salud en contacto con pacientes Trasplantados Renales- Cantidad de contagios en dicho personal - Resultado Obito de dichos contagios, operatividad de Equipos de Trasplante a partir del 20 de marzo del año 2020- cantidad de pacientes en seguimiento por la Unidad- número de pacientes contagiados y resultado obito de dichos contagios. Por último se analizó la proporción de pacientes trasplantados renales que se infectaron en relación con la población general y la mortalidad de dichos pacientes relacionada con la mortalidad en la población no trasplantada.

**Resultados:** A partir del 23 de marzo del año 2020, 4 Unidades se declararon operativas sólo para situaciones de urgencias trasplantológicas como por ejemplo ultimo acceso vascular o paciente hipersensibilizados que en operativo presentaban DSA y Cross Match negativos. A partir de esa fecha también fueron suspendidos los programas con donante vivo. A partir del mes de agosto la situación se fue flexibilizando y los equipos paulatinamente fueron recuperando la actividad de Tx tanto de Donante Cadavérico como de Donante vivo. El relevamiento arrojó los siguientes datos: Total de personal del equipo de Salud en contacto con pacientes trasplantados: 263, contagios 49 (18,6%), Obitos: 0. Entre el 11 de marzo del año 2020 y el 10 de marzo del año 2021 existieron 3 brotes por Covid 19 en las Unidades de Crai Norte, Crai Sur y HEC que obligaron a generar estrategias para limitar dichos brotes. El número total de pacientes en seguimiento por dichas Unidades es 1288 La cantidad de contagios registrada fue 157 pacientes (12%) de los cuales fallecieron 31(19%). La proporción de la población trasplantada que se infectó fue tres veces superior a la de la población general (12% vs 4%). En la población analizada la mortalidad de pacientes trasplantados renales en relación a pacientes Trasplantados renales en seguimiento fue 2,4%, muy superior a la mortalidad de pacientes covid positivos en relación a la población general del país: 0,11%.

**Conclusión:** La pandemia afectó profundamente la actividad trasplantológica en las UTR Públicas de la Provincia de Buenos Aires. La proporción de pacientes que se infectaron fue tres veces mayor comparado con la población general así como la mortalidad de dichos pacientes cuando contrajeron la infección. 18,6% del personal que desarrolla actividad en las UTR tuvo infección por Covid 19.

**Relevancia Trasplantológica:** Impacto de pandemia por Covid 19 en personal de salud y pacientes en Unidades Públicas de Trasplante Renal de la Provincia de Buenos Aires.

## O-15

### Riñón

## Uretero-Uretero Anastomosis en Trasplante Renal: Experiencia De 10 Años.

Bois, J<sup>(1)</sup>;  
Coccia, P<sup>(2)</sup>;  
Delorenzi, MC<sup>(1)</sup>;  
Tuchbaum, V<sup>(1)</sup>;  
Vagni, R<sup>(1)</sup>;  
Ormaechea, M<sup>(1)</sup>;  
de Badiola, F<sup>(1)</sup>;  
Moldes, JM<sup>(1)</sup>

(1) Cirugía y Urología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

(2) Nefrología Pediátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El reimplante vesicoureteral extravesical de Lich-Gregoir es el método más utilizado para la reconstrucción urinaria durante el trasplante renal (TR). Sin embargo en determinados casos, ya sea por anatomía desfavorable del donante o factores asociados al receptor, es necesario realizar anastomosis uretero-ureteral (AUU) terminolateral.

Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en las complicaciones quirúrgicas en el TR con AUU y su influencia en la supervivencia del injerto.

**Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de receptores de TR en los cuales se realizó una AUU por nuestro equipo en los últimos 10 años (01/2009 al 03/2019).

Las variables estudiadas fueron: fecha del TR, edad al momento del trasplante, sexo, etiología de la enfermedad renal, tipo de donante, complicaciones durante el postoperatorio (POP).

**Resultados:** De un total de 116 pacientes con TR, en 19 se realizó AUU terminolateral.

La mediana de edad fue de 12 años (3-20 años). 10 de sexo femenino. 47% (9/18) fue DVR, 53% (10/18) DC. 12/19 recibieron riñón derecho. En 58% (11/19) de estos pacientes la etiología fue nefropatía. A todos los pacientes se les colocó catéter doble jota. Se perdió un injerto por mala adherencia a la medicación, dos por rechazo crónico. Se reportó el 10%(2/19) de complicaciones quirúrgicas que requirieron reintervención. Un paciente con urinoma a los 75 días POP que resolvió con drenaje percutáneo, y una estenosis de la anastomosis a los 80 días POP que resolvió con nefrostomía seguida por anastomosis latero-lateral laparoscópica. No se reportó pérdida de injerto por complicaciones quirúrgicas. Las tasas de supervivencia del injerto a 1 y 3 años fueron del 100% y 89,4% respectivamente. Sobrevida de los pacientes 100%.

**Conclusión:** La UUA es una opción quirúrgica en casos seleccionados de TR pediátrico, en nuestra experiencia obtuvimos una tasa de complicaciones quirúrgicas similar al reportado en trasplante con la técnica clásica.

Financiamiento: No

## O-88

## Riñón

Raño, J<sup>(1)</sup>;  
 Carpio Acosta,  
 M.; Martínez, G<sup>(1)</sup>;  
 Maiolo, E<sup>(1)</sup>;  
 Ajzenszlos, M<sup>(2)</sup>;  
 Pozzati, M<sup>(3)</sup>;  
 Schiavelli, R<sup>(1)</sup>

(1)División Nefrología y  
 Trasplante Renal,  
 Hospital General de Agudos  
 Cosme Argerich,  
 Buenos Aires, Argentina

(2)Unidad de Infectología,  
 Hospital General de Agudos  
 Cosme Argerich,  
 Buenos Aires, Argentina

(3)División Laboratorio Central,  
 Hospital General de Agudos  
 Cosme Argerich,  
 Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Persistencia de PCR Positiva para Sars-Cov-2 en un Paciente Trasplantado Renal con Cáncer

**Introducción:** La incidencia reportada en pacientes con cáncer de COVID-19 es de 0,45%, cursa con mayor severidad, es más frecuente en sexo masculino (M) y en edad >60. La duración media de la diseminación viral es de 12–20 días desde el inicio de la enfermedad y puede llegar hasta 63 y 77 días tanto en inmunosuprimidos como en inmunocompetentes.

**Presentación del caso:** Paciente M de 29 años con enfermedad renal secundaria a nefropatía lúpica, en hemodiálisis (HD) desde 2009. En 2014 recibe trasplante renal de donante vivo. En Junio 2020 presenta deterioro de la función renal (FR). En contexto de pandemia COVID-19, se realiza PCR para Sars-Cov 2 resultando detectable, estaba asintomático, con parámetros inflamatorios estables y realizó solo tratamiento sintomático. La PCR se negativiza a los 20 días y se realiza Tomografía de tórax (TC) que presenta imágenes nodulares bilaterales de diferentes tamaños en parénquima pulmonar con aspecto de secundarismo. En cortes de abdomen y pelvis se evidencia riñón nativo izquierdo con imagen nodular de 66 x 64mm. Al persistir deterioro de la FR se realiza biopsia del injerto que presenta rechazo agudo leve 1 A, rechazo crónico moderado, fibrosis intersticial y atrofia tubular del 40%, C4d positivo y capilaritis leve. Dado los hallazgos en la TC no se realiza tratamiento. En agosto vuelve a tener PCR + y se realiza punción aspirativa con aguja fina de masa renal izquierda resultando carcinoma de probable origen renal. Se indica nefrectomía del riñón izquierdo. La PCR persiste + durante 71 días más, por dicha razón la nefrectomía se retrasa hasta la primer PCR negativa. En la anatomía patológica se confirma diagnóstico de carcinoma de células renales, variedad papilar tipo 1. Actualmente en tratamiento con Sunitinib y Cr 2.35 sin tratamiento antirechazo. Los anticuerpos ANTI SARS COV -2 IgG (CovidAR IgG) fueron negativos a los 33 días de la primer PCR positiva y ascendieron a 1,8 a 110 días. La PCR + persistió durante más de 100 días, Después de la segunda positivización observamos un aumento progresivo a través del tiempo de los CT de los genes analizados. Gen N de 25,12 a 37,75; gen E de 15,63 a 38,32 y gen S de 15,14 a 29,52.

**Discusión:** Presentamos un paciente trasplantado renal con cáncer de riñón nativo y Covid con persistencia de la PCR por más de 100 días. La incidencia reportada de este tipo de cáncer es variable con cifras que van desde 0.7 % hasta a 7.8 %. Si bien se desconoce la razón del mayor riesgo de esta enfermedad en trasplantados, es probable que se vincule a la inmunosupresión (IS). Los factores de riesgo son: mayor edad, sexo M, ascendencia africana, exceso de peso, tabaquismo, hipertensión arterial, enfermedad renal quística, cáncer renal previo y HD más prolongada pre trasplante. La mortalidad asciende a 13,9% y se sugiere cambio de IS a mTOR. Nuestro caso se trata de paciente joven, M sin otro factor de riesgo asociado al desarrollo de cáncer renal. El mismo persistió con PCR + durante más de 100 días. La probabilidad de aislar el SARS-CoV-2 disminuye con el aumento de los valores de CT, que se relacionarían con una carga viral más baja tras la generación de anticuerpos neutralizantes detectables. No está claro si la diseminación prolongada se asocia con una infectividad prolongada, sin embargo, la evolución del aumento progresivo del umbral de ciclo de la PCR nos podría ayudar en casos como este donde era imperioso realizar la nefrectomía y el tratamiento antirechazo.

## O-43

## Riñón

Segovia, JR<sup>(1)</sup>;  
 Alfonso, JE<sup>(1)</sup>;  
 Braccini, ML<sup>(2)</sup>;  
 Navarro, T<sup>(2)</sup>;  
 Alvarez, HJM<sup>(1)</sup>;  
 Maurich, S<sup>(3)</sup>;  
 Lazzeri, SN<sup>(3)</sup>

(1)CUCAICOR, CUCAICOR,  
 CORRIENTES, ARGENTINA

(2)Terapia Intensiva, Instituto de  
 Cardiología de Corrientes,  
 CORRIENTES, ARGENTINA

(3)Nefrología, Instituto de Cardiología  
 de Corrientes, Corrientes, Argentina

Financiamiento: No

## Tipo y Volumen de Solución de Preservación y Retraso de la Función del Injerto en Trasplantados Renal con Donante Cadavérico

**Introducción:** Las soluciones de preservación son beneficiosa para los trasplantes de órganos sólidos, siendo un factor importante en el desarrollo del retraso de la función del injerto (RFI), asociándose la misma con una reducción en la supervivencia del injerto al año.

**Objetivos:** Establecer si el tipo de solución de preservación y el volumen administrado se asocian con el retraso de la función del injerto renal (RFI).

**Materiales y métodos:** Estudio Cohorte, Prospectivo. Se incluyeron pacientes trasplantados renal con donante cadavérico durante el período comprendido entre enero 2017 y febrero 2021. Para el análisis estadístico se utilizó el software IBM-SPSS25.

**Resultados:** Se incluyó 53 trasplantados con donantes cadavéricos. La mediana de edad del receptor fue de 46 años y del donante 43 años. La incidencia de RFI fue del 58,49%. En el análisis por test de Mann-Whitney, no se observó significancia estadística entre el volumen total administrado, ( $p=0.29$ ), el volumen/kg administrado ( $p=0.15$ ) y el RFI. En cuanto al tipo de solución tampoco se observó diferencias significativas, KANTRILEX ( $p=0.78$ ), CUSTPOPLEX ( $p=0.76$ ) y WISCONSIN ( $p=0.34$ ). En el análisis por regresión logística se observó significancia estadística en la presencia de enfermedad vascular previa del receptor ( $p=0.05$ ), fallo renal en el receptor secundario a poliquistosis renal ( $p=0.01$ ) y en el N° de diálisis en el post trasplante ( $p=.000$ ). La sobrevida del injerto en 35 pacientes trasplantados con donante cadavérico al año fue del 98%.

**Conclusión:** En nuestro estudio no se observó diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de solución de preservación y el volumen administrado en el donante y la presencia de retraso de la función del injerto renal.

**Relevancia trasplantológica:** La presencia de enfermedad vascular previa del receptor, la poliquistosis renal como causa de fallo renal en el receptor, y el N° de diálisis posterior al trasplante renal podrían tener un impacto en el retraso de la función del injerto renal.

## O-45

### Riñón

## Necrosis tubular aguda por cannabis en trasplantada renal

Monkowski, M<sup>(1)</sup>;  
Pomeranz, V<sup>(1)</sup>;  
Trimarchi, H<sup>(1)</sup>

**Objetivo de la presentación:** Describir al cannabis como un nefrotóxico poco conocido, con afectación principalmente a nivel tubular renal.

**Impacto clínico:** El mismo deriva en la posibilidad de menor sobrevida del injerto, dependiendo de la magnitud del daño y la capacidad de regeneración tubular

**Descripción:** Paciente de sexo femenino de 34 años con antecedentes de hipertensión arterial, IRC estadio V secundaria a glomerulonefritis postestreptocócica a los 14 años, con requerimiento de hemodiálisis trisemanal del 2016 al 2018, donde recibe un trasplante renal de donante vivo relacionado. Se rota en 2019 esquema de mantenimiento de tacrolimus a belatacept por toxicidad. Intercurre posteriormente con un episodio de rechazo agudo celular, con requerimiento de pulsos de corticoides, con buena evolución, con creatininas habituales de 1.2-1.4 mg/dL. En control posterior se evidencia nuevamente deterioro de función renal, con creatinina de 1.9 mg/dL. El mes anterior la paciente había consumido sin indicación médica aceite de cannabis en gotas, para manejo del stress. Otros datos relevantes del laboratorio: PCR BK en sangre detectable, con CV virus BK menor a 500 copias/ml (detectable) y carga viral CMV no detectable. Anticuerpos anti HLA negativos. Se realizó punción biopsia renal: NTA aguda focal, FIAT 25%, IF: C4d negativo, SV40 negativo, sin depósitos de IgG ni complemento. Se decide disminuir inmunosupresión. Se interpreta cuadro como NTA por cannabis.

**Conclusión:** La NTA por cannabis es una entidad poco conocida pero descrita en la literatura. Se ha observado en algunos pacientes, principalmente con cannabinoides sintéticos, pero no se han reportado hasta el momento casos en trasplantados renales. La injuria renal por cannabinoides está mediada por sus efectos a nivel renal tubular a través de la activación del receptor CB1, lo cual, a su vez, activa vías de señalización proapoptóticas y proinflamatorias como p38, MAPK, vía de las kinasas c-jun n-terminal. Esto resulta de suma importancia debido a que su consumo podría provocar injuria renal y menor sobrevida del injerto.

(1)Nefrología, Hospital Británico.  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## O-84

### Riñón

## Vasculopatía del Trasplante: Factores Clínicos e Histológicos Asociados

Villamil, S(1);  
Giordani, MC(1);  
Cristiansen, S(2);  
Groppa, SR(1);  
Mombelli, CA(1);  
Pedroza Pallares, A(1);  
Rosa Diez, G(1);  
Imperiali, N(1)

La vasculopatía crónica del trasplante constituye uno de los principales factores limitantes en la supervivencia del injerto renal. Su etiopatogenia es multifactorial, en ella participan la respuesta inmune innata y adaptativa, la aceleración de las lesiones ateroscleróticas del donante, la transición de macrófagos a miofibroblastos y el desarrollo de anticuerpos donante específicos post-trasplante.

**Objetivo:** evaluar la presencia y los factores clínicos e histológicos asociados a vasculopatía temprana y tardía del trasplante en biopsias de injerto renal.

**Material y métodos:** Se analizaron biopsias con y sin vasculopatía de pacientes trasplantados renales. Para el análisis se dividieron en tempranas y tardías (< 6 o > meses). Se analizaron variables clínicas del receptor: edad, sensibilización anti-HLA; del donante: edad, vivo-fallecido; óptimo-marginal y del trasplante: Tif, mismatch, retardo de la función del injerto, creatinina a uno y tres años e histológicas: rechazos, Injuria de la microcirculación, c4d, ifta.

**Análisis estadístico** Se reportan las variables categóricas en porcentaje y las continuas en media  $\pm$  desvío estándar, mediana o intervalo intercuartil, según distribución. Se utilizó test de chi cuadrado o test exacto de Fisher para comparar variables categóricas y t test para continuas. Se aplicó modelos de regresión logística para determinar la asociación de factores clínicos, e histológicos con vasculopatía. Se estimaron los odds ratios (OR) con IC 95%, se evaluó la bondad de ajuste con test de Hosmer-Lemeshow. Se consideró significativo una p < 0,05. Se utilizó para el análisis STATA 14 (StataCorp LLC).

**Resultados:** Se analizaron 343 biopsias realizadas a 105 Trasplantados renales entre 2016 y 2017. Edad años y sexo del receptor 48.6 (16.4) femenino 39.1%, no sensibilizados 56.5%, sensibilizados 17.4% e hipersensibilizados 26.1%. Edad donante 48.1(14.4). Fallecido 56.5%, marginal 78.3%, MM3.8(1.4), Tif horas 9.7(8.2), RFI 46.6%, creatinina al año y tres a 1.77mg%(1.3-2.47), 1.70(1.2-2.3). Biopsias tempranas: Vasculopatía (Vt): 41.8%, IM 65.8%, C4d : +50.6%, ifta: 59.5%. Biopsias tardías Vasculopatía (VT): 79.7%, IM: 82.3%, ifta: 80.7%. En el análisis bivariado la Vt se asoció a edad D: 54.4(13.1) vs 47.4(14.5) p<0.003, creatinina al año( mg/dl ) 2.55(1.71) vs 1.83(0.72) p<0.04; IM(%) 78.8 vs 56.5 p<0.04. La V T se asoció a edad D: 51(12.8) vs 38.7(15.7) p<0.002, IM (%) : 87.3 VS 62.5 P<0.003; ifta (%) temprana 60.9 vs 20 p<0.03; ifta tardía 88.9 vs 46.7 p<0.001. En el análisis multivariado la Vt se asoció a edad del donante OR (95%) 1.8(1.02-3.04) p<0.04 y RFI OR(95%) 6.2 (1.1-33.5) p<0.04. La VT se asoció a , donante marginal 27.7 p<0.02; edad donante 3.7(1.6-9) p<0.003, ifta tardía OR(95%) 6 (1.1-31.2) p<0.03.

**Conclusiones:** Los factores que se asociaron a la presencia de vasculopatía del trasplante temprana y tardía fueron la edad del donante, donante marginal, la creatinina al año, el retardo de la función del injerto, la IM y ifta.

(1)Nefrología Adultos,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Capital federal, Argentina

(2)Anatomía Patológica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## O-85

### Riñón

Ferreira, CV<sup>(1)</sup>;  
Groppa, SR<sup>(1)</sup>;  
Giordani, MC<sup>(1)</sup>;  
Villamil, S<sup>(1)</sup>;  
Mombelli, C<sup>(1)</sup>;  
Christiansen, S<sup>(2)</sup>;  
Rosa Diez, G<sup>(1)</sup>;  
Imperiali, N<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología Adultos,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Capital federal, Argentina

(2)Anatomía Patológica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Capital federal, Argentina

Financiamiento: No

## Incidencia y Factores Asociados de Microangiopatía Trombótica después del Trasplante Renal en El Hospital Italiano de Buenos Aires.

**Introducción:** La microangiopatía trombótica (MAT) pos trasplante renal (txr) es una complicación poco frecuente que afecta negativamente la supervivencia del injerto. Se clasifica en recurrente por recidiva enfermedad de base (SUHa) y de novo secundaria a drogas, rechazo, virus, etc. La incidencia es variable, 9 a 29 % en la recurrente y 1.5 a 14% en las de novo.

**Objetivo:** analizar la incidencia y los factores clínicos e histológicos asociados a la presencia de MAT en biopsias de pacientes trasplantados.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo en receptores adultos de txr en el período desde 2010 al 2019. Se evaluaron variables del receptor edad, sexo, causa de enfermedad renal, tiempo en diálisis, grado de sensibilización: panel%, presencia de Ac donante específico y mismatch HLA, tipo donante vivo-fallecido, tiempo de isquemia, retardo de la función del injerto (RFI) e inmunosupresión. Se analizaron las formas de presentación clínica de MAT: tempranas-tardías y localizada o sistémica. Se determinó en biopsias por disfunción la presencia y el tipo de rechazo según la Clasificación de Banff 2017. Análisis estadístico Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en media  $\pm$  desvío estándar o mediana. Se calculó la incidencia de MAT como proporción sobre el N total de pacientes incluidos. Se reportó OR con su IC 95%. Para evaluar los factores asociados a MAT se realizó un diseño de casos y controles anidados en la cohorte de pacientes trasplantados y un modelo de regresión logística múltiple. Se reportaron los OR crudos y ajustados con su IC 95%. Se utilizó Stata versión 15.

**Resultados:** Se incluyeron 612 pacientes tx: renales (83), tx combinados renopáncreas (8), hepatorenal(1) y cardiorrenal (1). La media de edad del receptor fue 45,7 años (DS 14,7) y la media de edad del donante fue 42,8 años (DS 15,5), donante fallecido 62,3%, RFI 39,2%, Tif 17hs(1-17). MAT post txr fue diagnosticada en 31/612 ptes con una incidencia de 5,07% (IC 95% 3,6-7,1). La mediana de tiempo de aparición fue de 4,6 meses (RIC 25-75 0,32-12,6). El diagnóstico de MAT fue realizado en biopsias por disfunción en el 96,8%: por ascenso de creatinina en el 64,5 %, RFI en 32,3% y por proteinuria aislada en un paciente (3,2%). Todas fueron MAT de Novo y todas salvo un caso localizada en el injerto. Se diagnosticó rechazo en forma simultánea con MAT en 25/31 ptes (80,6%). El rechazo mediado por anticuerpos y el rechazo mixto fueron los tipos más frecuentemente asociados a Mat 12/25(48%) y 10/25(40%) respectivamente. De todas las variables evaluadas solo la presencia de DSA de novo clase II resultó significativa en el análisis multivariado OR 7,29 (1,4-37,78) P<0,018.

**Conclusión:** En la población estudiada la MAT postrasplante es un evento poco frecuente con una incidencia de 5,07% (IC 95% 3,6-7,1), de aparición precoz y localizada al injerto. La presencia de Ac donante específicos clase II se asoció significativamente al desarrollo de MAT luego del trasplante.

## O-40

### Riñón

Petrone, HS<sup>(1, 2)</sup>;  
García, D<sup>(1)</sup>;  
Leone, F<sup>(2, 3)</sup>

(1)Dirección de Redes de Servicios  
Públicos de Trasplante, CUCAIBA.  
La Plata, Argentina

(2)La Plata

(3)Presidente, CUCAIBA. La Plata,  
Argentina

Financiamiento: No

## Evaluación de la Accesibilidad de los Pacientes Bonaerenses bajo el Programa Incluir Salud a Lista de Espera y Trasplante Renal

**Introducción:** El Programa Federal Incluir Salud es un Programa Nacional, que busca el fortalecimiento de la atención sanitaria de los ciudadanos de la provincia de Buenos Aires en el servicio público de salud. Incluir Salud está dirigido a titulares de Pensiones Nacionales No Contributivas (PNC), que no cuenten con asistencia de servicios de salud tales como obras sociales, y que voluntariamente se conviertan en afiliados al programa. Muchos pacientes en situación de IRCT estadio V con necesidad de tratamiento sustitutivo cuentan con este Programa como financiador en la provincia de Buenos Aires.

**Objetivo:** Evaluar la accesibilidad a Lista de Espera (LE) y Trasplante Renal de los pacientes bonaerenses que poseen Incluir Salud como financiador.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron los siguientes parámetros: en relación a pacientes con Incluir Salud se evaluó prevalencia en diálisis (tasa PMH) y su relación con el resto de los financiadores, incidentes en diálisis, tiempo de inscripción en LE, relación con comparadores (INSSJP y Obra Social Provincial (IOMA), relación pacientes en diálisis/inscriptos en LE y trasplantabilidad (cantidad de pacientes trasplantados en relación a pacientes en LE en un período definido) tomando un piso aceptable como 20%. Este último parámetro también se comparó con los financiadores más frecuentes en la Lista de Espera de la provincia de Buenos Aires. La fuente de datos fue el programa Sintra.

**Resultados:** Los pacientes en Diálisis actualmente en la provincia de Buenos Aires son 11206. La prevalencia es 645 PMH y la Incidencia es 151 PMH. De ese total corresponden a los tres financiadores más frecuentes: 4047 pacientes a INSSJP (36%), 2061 a INCLUIR SALUD (18,3 %) y 1315 pacientes IOMA (11,7%). El análisis de la relación Pacientes en Diálisis/Lista de Espera es para INSSJP 13%, IOMA 24% e Incluir Salud 27%. El tiempo medio de inscripción en LE en nuestro país fue en el año 2019: 355 días. Los bonaerenses según la cobertura que tienen en promedio tardaron en ese período: INSSJP: 289 días, IOMA: 321 días, e INCLUIR SALUD: 429 días. El exceso de días en alcanzar la inscripción en LE para los pacientes de dicho Programa fue en promedio 74 días con respecto a la media nacional, 140 días con respecto a INSSJP y 108 días con respecto a IOMA. Actualmente los pacientes en LE en la provincia de Buenos Aires son 2070, de los cuales corresponden a los tres principales financiadores: Incluir Salud 485 pacientes (23%), INSSJP 476 pacientes (23%), IOMA 311 pacientes (15%). La Trasplantabilidad Renal (incluidos Tx con Donante Cadavérico y Donante Vivo) en el año 2019 fue para los pacientes de IOMA 22%(319 pacientes LE/71 Tx), para los pacientes de INSSJP 22% (506 pacientes LE /112 Tx) y para los pacientes de Incluir Salud 14% (561 pacientes/84 Tx).

**Conclusión:** Los pacientes que poseen Incluir Salud como programa financiador, comparado con INSSJP y la Obra Social Provincial, mostraron: 1) una mayor accesibilidad a la Lista de Espera para Trasplante Renal (mejor relación cantidad de pacientes en diálisis/cantidad de pacientes inscriptos en LE) 2) Los pacientes que accedieron a la LE tuvieron un mayor tiempo de inscripción y 3) Menor índice de trasplantabilidad cuando se lo compara con los pacientes de los otros dos principales financiadores de la Lista de Espera de la provincia de Buenos Aires.

**Relevancia Trasplantológica:** accesibilidad a Lista de Espera y Trasplante Renal

## O-11 Riñón

Wojtowicz, D<sup>(1)</sup>;  
Alberton, V<sup>(2)</sup>;  
Aran, MN<sup>(1)</sup>;  
Di Pietrantonio, SF<sup>(1)</sup>

### Nefritis Túbulo-Intersticial Inducida por Rifampicina en Receptor de Trasplante Renal.

**Introduction / Objetivo:** La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infecciosa prevalente en Argentina que constituye una seria infección oportunista en trasplante renal (TR). La rifampicina (R) es una droga de primera línea en su tratamiento, cuyos efectos adversos incluyen hepatotoxicidad, intolerancia digestiva y, más raramente, reacciones de hipersensibilidad como trombocitopenia, anemia hemolítica y nefritis túbulo-intersticial (NTI).

El objetivo es describir un caso de injuria renal aguda (IRA) y NTI en un receptor de TR que recibe tratamiento con R por sospecha de TBC.

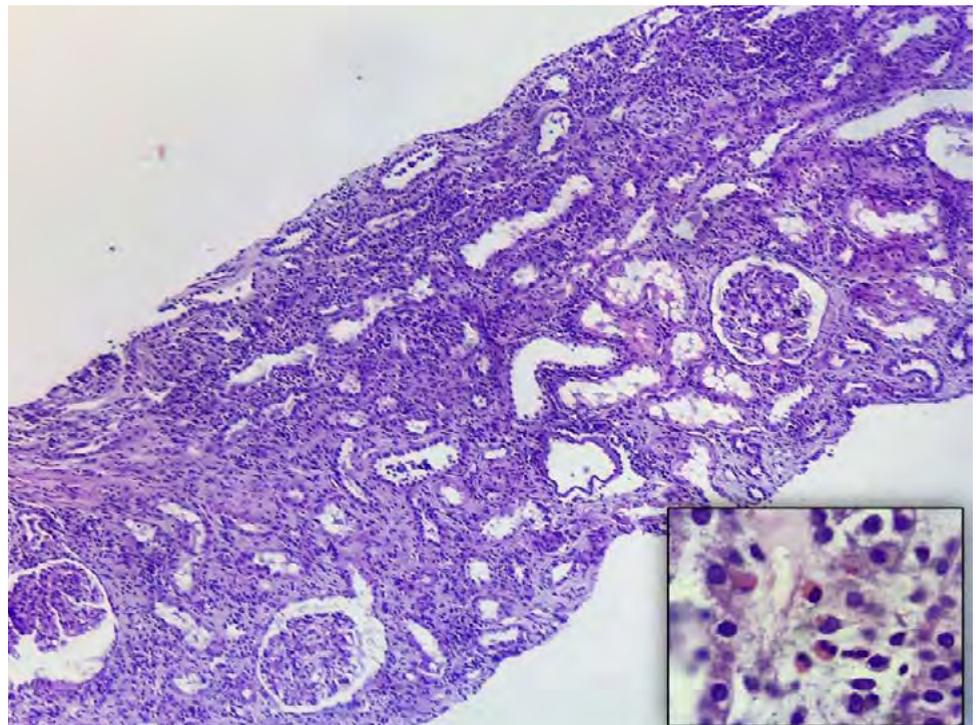
**Descripción:** Paciente masculino de 30 años que recibe TR de donante vivo con buena función del injerto y creatinina (Cr) de 0.9 mg/dl. Ocho meses post TR se presenta con fiebre y poliadenopatías, con tomografía con infiltrados en árbol en brote y adenopatías retroperitoneales. Se efectuó biopsia de ganglio por laparoscopia, con hallazgo de linfadenitis granulomatosa necrotizante, por lo que se inició tratamiento empírico para TBC con R, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Una semana más tarde presentó deterioro de ritmo diurético, laboratorio con IRA, anemia, eosinofilia y trombocitopenia. Se descartó microangiopatía trombótica. Se suspendió tratamiento para TBC. La Cr ascendió hasta 6.7 mg/dl por lo que se realizó biopsia de injerto. En la biopsia se describe severa NTI, con leucocitos eosinófilos intersticiales (figura 1). Tras 72 hs de suspendido el tratamiento, la trombocitopenia y la Cr mejoraron. Se reinició tratamiento para TBC con esquema alternativo reemplazando R por levofloxacina, con adecuada tolerancia. Luego de 2 meses, el paciente permanece con Cr 1.1 mg/dl.

**Conclusiones:** en pacientes tratados con R, ante la presencia de IRA, trombocitopenia o anemia, se debe sospechar una reacción de hipersensibilidad. Es importante la sospecha diagnóstica para proceder a la retirada del fármaco.

(1)Nefrología y Trasplante Renal,  
Hospital El Cruce. Florencio Varela,  
Buenos Aires, Argentina

(2)Anatomía Patológica, Hospital El  
Cruce. Florencio Varela, Buenos Aires,  
Argentina

Financiamiento: No



**Figura 1:** PAS 40X; severa nefritis tubulointerstitial aguda: con presencia de leucocitos eosinófilos (recuadro inferior)

## O-12 Riñón

### Microangiopatía Trombótica Limitada al Riñón Secundaria a Anticalcineurínicos en Trasplante Renal.

Wojtowicz, D<sup>(1)</sup>;  
Alberton, V<sup>(2)</sup>;  
Aran, MN<sup>(1)</sup>;  
Di Pietrantonio, SF<sup>(1)</sup>

**Introduction / Objetivo:** El trasplante renal (TR) constituye la mejor opción terapéutica para la enfermedad renal crónica (ERC). Sin embargo, no está exenta de complicaciones, como los efectos adversos relacionados con la inmunosupresión (IS). Los anticalcineurínicos (ej. tacrolimus) son fármacos ampliamente utilizados en TR; la microangiopatía trombótica (MAT) es un efecto adverso asociado a su uso.

El objetivo es describir el caso de una paciente trasplantada renal que desarrolló MAT secundaria al uso de tacrolimus, con mejoría luego de su suspensión.

**Descripción:** Paciente de sexo femenino con ERC secundaria a síndrome urémico hemolítico en la infancia, receptora de TR donante vivo relacionado (padre) en octubre 2019 con buena función del injerto y creatinina (Cr) post TR de 1 mg/dl. A partir del segundo mes de trasplante comienza con ascenso progresivo de Cr, alcanzando 2 mg/dl por lo que se realiza biopsia de injerto renal. En la biopsia se describe colapso de las luces capilares, asociados a la presencia de macrófagos espumosos intracapilares, esclerosis segmentaria, daño endotelial y desdoblamiento focal de las membranas basales capilares, con inmunofluorescencia negativa, hallazgos compatibles con MAT crónica.

No presentó manifestaciones sistémicas de MAT. Se realizaron anticuerpos anti donante específicos los cuales fueron negativos.

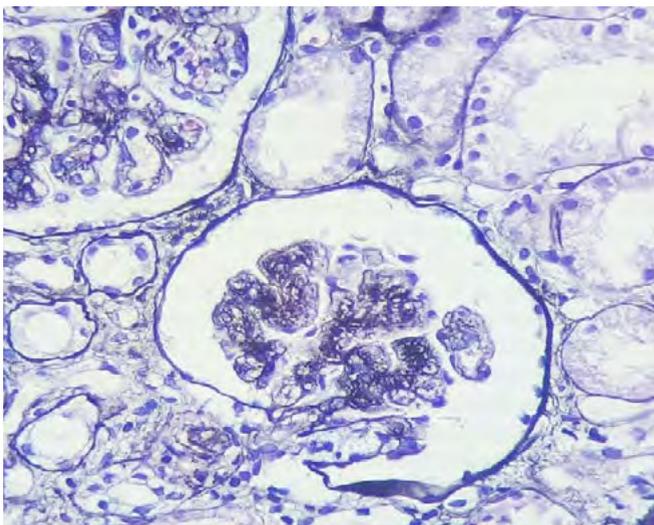
Se decidió rotar IS de tacrolimus a sirolimus, con posterior recuperación de la Cr hasta 1.4 mg/dl.

**Conclusiones:** en pacientes que reciben anticalcineurínicos, ante aumento de Cr es importante arribar a un diagnóstico de forma precoz para realizar el cambio de IS y optimizar la función del injerto renal.

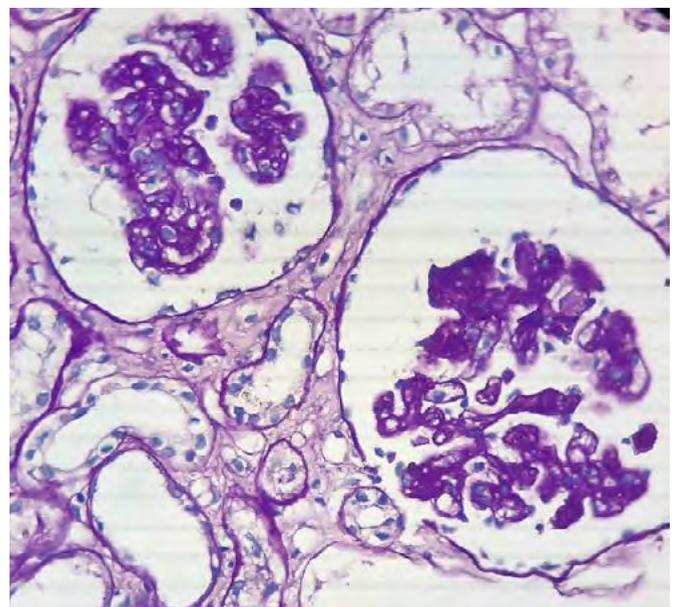
(1)Nefrología y Trasplante Renal,  
Hospital El Cruce, Florencio Varela,  
Buenos Aires, Argentina

(2)Anatomía Patológica,  
Hospital El Cruce, Florencio Varela,  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No



**Figura 1:** Metenamina plata 200X; glomerulos con daño endotelial y presencia de dobles contornos. Arteriola hilar ocluida



**Figura 2:** PAS, 200X; glomerulos con colapso de capilares, mesangiolisis y esclerosis segmentaria.

## O-47

### Riñón

## Linfoma Pre Trasplante, Hallazgo Durante Cirugía de Implante Renal

Chavez Choque, OO<sup>(1)</sup>;  
Pomeranz, V<sup>(1)</sup>;  
Trimarchi, H<sup>(1)</sup>

**Objetivo:** Presentar el caso del diagnóstico incidental durante el acto quirúrgico de implante renal de un linfoma de bajo grado de la zona marginal.

**Impacto clínico:** El manejo de la patología oncológica previa al trasplante de órganos sólidos es un tema en constante revisión. La inclusión de pacientes con antecedentes de enfermedad oncológica en las listas de espera es cada vez más amplia, siendo los tiempos de espera cada vez menores.

**Descripción:** Se presenta el caso de un paciente masculino de 72 años, con antecedentes de ex tabaquista, dislipemia, diabetes tipo 2 insulino-requiriente, melanoma en 2014 que realizó tratamiento quirúrgico con márgenes libres, e insuficiencia renal crónica terminal en hemodiálisis trisemanal desde el 2018. En enero de 2021 recibió un trasplante renal de donante cadavérico, receptor IgG VEB (+). Tratamiento de inducción con basiliximab, micofenolato, corticoides. Durante el acto quirúrgico se constata una adenopatía paraaólica derecha, que se reseca, con diagnóstico posterior de Linfoma B de bajo grado de la zona marginal. Intercurre con DGF, con buena evolución clínica, con creatinina de 1mg/dL al alta. Egresó con tratamiento de mantenimiento con belatacept, micofenolato y corticoides. Se encuentra en control hematológico actualmente, sin tratamiento onco-específico para su linfoma, y en plan de reducción de la inmunosupresión de mantenimiento.

(1)CABA

**Conclusión:** Las evaluaciones pre trasplante tienen como objetivo descartar patologías de diferentes índoles, entre ellas oncológicas, para poder disminuir los riesgos, complicaciones y la morbimortalidad de los pacientes posterior a un trasplante. En este caso, el diagnóstico fue incidental durante el acto quirúrgico, lo que plantea un desafío adicional para el equipo tratante.

Financiamiento: No

## O-73

### Riñón

## Errores en la Administración de Medicación en un Centro de Trasplantes.

MMartínez, GL<sup>(1)</sup>;  
Toselli, L<sup>(1)</sup>;  
Aleman, S<sup>(1)</sup>

**Introducción:** Este es un trabajo descriptivo de la cantidad de errores de medicación (EM) en un Centro de trasplantes (CT), que constituye un índice de calidad. Conociendo la base de este índice, se pueden implementar mejoras en el sistema de utilización de medicamentos.

**Materiales y Método:** Se define Error de Medicación (EM) como cualquier error que se produce en cualquiera de los procesos del sistema de utilización de los medicamentos, incluye incidentes prevenibles que pueden causar daño al paciente o dar lugar a un uso inapropiado de los medicamentos, cuando están bajo el control de profesionales sanitarios o del paciente. Estos incidentes están relacionados con la práctica profesional, con los productos, con los procedimientos o con los sistemas, que incluyen fallos en la prescripción, etiquetado, preparación o administración. La definición actual incluye el seguimiento para la detección de los efectos adversos. Se relevarán los EM durante el proceso de administración de medicamentos a pacientes hospitalizados, del período junio- julio 2019. Fórmula utilizada: N° EM en la administración de medicamentos, detectados en el período junio- julio 2019, por el fármaco  $\times 100 / N^{\circ}$  total de administraciones-indicaciones totales en dicho período.

(1)Farmacia CRAI NORTE,  
CRAI NORTE, CUCAIBA,  
Buenos Aires, Argentina

**Resultados:** El N° de administraciones-indicaciones durante el período junio-julio 2019: 2232 (12 camas disponibles). Los EM fueron 369. Los EM en prescripción médica fueron el 27.90% del total EM (errores en la vía de administración: 8.81%, en la dosis: 6.98%, errores por omisión: 5.82%, ilegibilidad: 1.16%, falta de indicación médica escrita: 80.23%). Los EM del procedimiento que incluye desde la validación hasta la dispensación fueron el 5.20%, (de los cuales el 12.5% fue error en la preparación de la dosis diaria- 87.50 % errores en la transcripción). Los EM en la administración de medicamentos constituyeron el 66.9%, (34.20% administración sin indicación médica escrita, el 0.4% de errores en la preparación de la medicación, 36.4% falta de registro en las planillas correspondientes, 9.30% de errores en la dosis administrada y por último 19,70 % de medicación indicada no administrada).

**Conclusiones:** El porcentaje de EM fue de 16.6%. Las causas de los EM son multifactoriales y estos están presentes en el sistema, se relacionan con la organización, los procedimientos y las condiciones de trabajo de los que están en contacto con el sistema de utilización del medicamento. Este relevamiento sienta las bases para implementar las acciones correctivas para mejorar los EM como indicadores de calidad, a través de la capacitación del personal, creación de planillas para notificación de EM, elaboración de protocolos para medicamentos de alto riesgo y costo, entre otros.

**Relevancia trasplantológica:** las consecuencias de los EM en pacientes trasplantados pueden ser graves, ya que la medicación inmunosupresora, posee índices terapéuticos estrechos.

Financiamiento: No

## O-95 Riñón

MSchiavone, M<sup>(1)</sup>;  
Castellaro, C<sup>(1)</sup>;  
Sleiman, J<sup>(1)</sup>;  
Laham, G<sup>(1)</sup>;  
Diaz, C<sup>(1)</sup>;  
Abib, A<sup>(1)</sup>;  
Soler Pujol, G<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Servicio de Nefrología, CEMIC.  
Buenos Aires, Argentina

### Correlación entre Tipo de Donante y Perfil Autonómico en Trasplantados Renales.

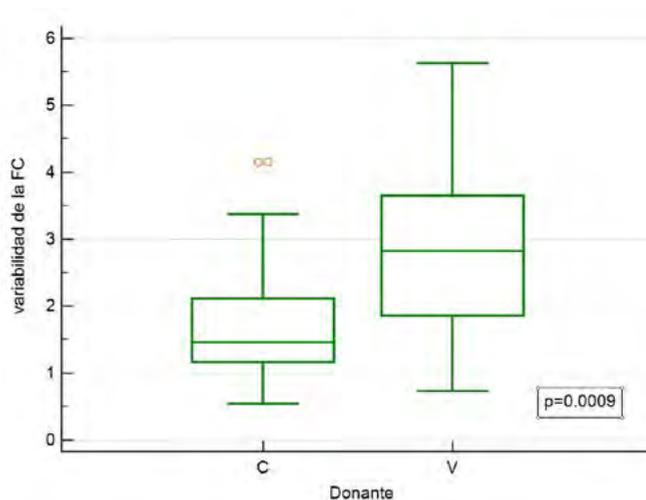
**Introducción:** Introducción y objetivo: Los pacientes trasplantados con injerto renal cadavérico tienen mayor morbi-mortalidad en comparación con los trasplantados de donantes vivos. Una menor variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC) resulta predictor de mortalidad tanto en población general, como también en enfermos renales crónicos. Es por eso que nos propusimos, como primera instancia, analizar si existen diferencias autonómicas significativas según tipo de donante.

**Metodología:** Se estudiaron 120 pacientes dentro de un programa de evaluación cardiovascular de pacientes con trasplante renal de CEMIC (PRECATE). En contexto de este programa se realiza un análisis de la variabilidad de la frecuencia cardíaca durante la evaluación hemodinámica por cardiografía por impedancia (software: Kubios HRV 2.1). Se tuvieron en cuenta las siguientes variables autonómicas: VFC, cuadrado de la raíz media de la unión de los intervalos R-R adyacentes (RMSSD), componente de alta frecuencia (HF), componente de baja frecuencia (LF) y razón de LF/HF y total power (Totpower). Los criterios de exclusión fueron: marcapasos cardíaco, trasplante reno-pancreático y/o más de 1 trasplante renal. Luego del proceso de selección, los pacientes fueron divididos en 2 grupos según tipo de donante: "vivo" o "fallecido". Para las diferencias entre los grupos se utilizaron t-test y U de Mann Whitney para las variables continuas y chi2 para variables categóricas.

**Resultados:** Luego de aplicar los criterios de exclusión, fueron incluidos en el análisis 103 pacientes, 72 (69.9%) pertenecientes al grupo "fallecido" (GF) y 31 (30.1%) pacientes pertenecientes al grupo "vivo" (GV). El GV resultó ser significativamente más joven ( $p=0.023$ ) y con niveles más elevados de TA ( $p=0.021$ ), respecto del GF. No se encontraron diferencias significativas en sexo, creatinina plasmática, prevalencia de diabetes ni de eventos cardiovasculares así como del tratamiento farmacológico. Respecto a las variables autonómicas, el GF presentó significativamente menores niveles de HF ( $p=0.007$ ), Totpower ( $p=0.049$ ) y VFC ( $p=0.003$ ), respecto al GV. También presentó niveles bajos de RMSSD y LF al límite de de la significancia estadística ( $p=0.072$  y  $p=0.065$ , respectivamente). En la regresión múltiple, ajustada por edad, sexo, tiempo en diálisis, tiempo de trasplantado y tensión arterial, el tipo de donante presentó un coeficiente de correlación parcial con la VFC de 0.37 ( $p=0.0038$ ).

**Conclusión:** El GF presentó niveles significativamente más bajos de VFC, presentando un perfil más disautonómico.

Financiamiento: No



# O-98

## Riñón

### ¿El Género Atraviesa e Influye en el Donante Vivo Renal?

M Ferreira Centeno, E(1);  
 Ellena, G(2, 3)  
 (1) División Trabajo Social,  
 Ecodaic. Córdoba, Argen-  
 tina (2) Div Trabajo Social,  
 ECODAI. Córdoba, Argen-  
 tina (3) Trabajo Social,  
 Hospital Privado. Córdoba,

Ferreira Centeno, E(1); Ellena, G(2, 3)  
 (1) División Trabajo Social, Ecodaic.  
 Córdoba, Argentina (2) Div Trabajo  
 Social, ECODAI. Córdoba, Argentina  
 (3) Trabajo Social, Hospital Privado.  
 Córdoba, Argentina

**Introducción:** Ante la mayor cantidad de donantes vivos relacionado (DVR) renales mujeres, nos surgió la inquietud si el GÉNERO atraviesa a la elección familiar del donante vivo; como parte constitutivo de GÉNERO FEMENINO en la construcción social de roles (para el ámbito familiar; marital, parental) mediante el cual la sociedad produce ideas que ordenan, que establecen el deber ser. En este caso ¿el estereotipo FEMENINO está asociado a los cuidados, la emoción la fragilidad la docilidad y obediencia a la autoridad masculina, que lleva a que se asuma como natural que la MUJER sea la primera opción como DVR para trasplante (Tx)?

**Material y Método:** Investigación cuantitativa descriptiva de fuente secundaria de la totalidad de Tx con DVR que se encuentran en el Registro del INCUCAI desde 01/06/2007 al 31/12/2020. Se comparó la actividad de trasplante con donante cadavérico y con donante vivo en el periodo mencionado. Se realizaron descripciones por edad de los receptores, región del INCUCAI y vínculo de los donantes. Se utilizó como testigo un centro de trasplante de gestión privada, que recepta pacientes de varias provincias del País. Cálculos de estadística inferencial.

**Resultados:** Inicialmente se encontró que el sexo masculino mantiene valores similares como receptor de Tx donante cadavérico (56,9%) como DVR (56,8%), que es mayoritariamente donante cadavérico (60,4%) y que el sexo femenino es DVR en un 61,8%. Las donantes femeninas (madres, hermanas, hijas y esposas) superan siempre a los donantes masculinos en todas las edades y sexos de los receptores. El centro de Tx testigo mostró un incremento en la cantidad de donantes familiares femeninas (60,4%), mientras que los masculinos representaron el 34% -el resto lo conforman familiares lejanos o no relacionado-. Como dato significativo los trasplantes realizados por este equipo de Tx durante 2020 y 2021, los donantes fueron todos femeninos. No se pudo establecer patrones de comportamiento por región. Se pudo establecer una asociación entre parentesco y sexo, siendo mayoritariamente las mujeres las donantes (p menor al nivel de significación, inferior a 0,001)

**Conclusiones:**

1. Los datos obtenidos muestran que existe una relación entre sexo y DVR; siendo las mujeres las principales donantes en los trasplantes con donante vivo;
2. Dado que la selección del donante están ancladas en los roles constituidos desde la identidad de GENERO, y que mayoritariamente este rol cae en la mujer, incluir en las evaluaciones Pre Tx la consideración de abordar el origen y manera en que el candidato donante es ofrecido al equipo de Tx
3. Los vínculos familiares deben ser preservados de manera saludable, debiendo prevalecer la expresión libre y voluntaria del donante, más allá de su género, sosteniendo el derecho a la integridad física.
4. Sería necesario incluir en las evaluaciones pre trasplante de Trabajo Social y Salud Mental el origen y desarrollo de la elección/postulación del familiar como donante vivo.

Financiamiento: No

### DONANTE S/VINCULO Y EDAD DEL RECPTOR 2011-2021

N: 3289



## O-34

### Riñón

Bresso, PS<sup>(1)</sup>;  
de Sarasqueta, AM<sup>(1)</sup>;  
Perea, RC<sup>(2)</sup>;  
Alberton, VG<sup>(3)</sup>;  
Delgado, PI<sup>(4)</sup>;  
Curcio, D<sup>(5)</sup>;  
Baran, MO<sup>(6)</sup>;  
Langard, M<sup>(7)</sup>;  
Amoreo, OR<sup>(1)</sup>

- (1)Nefrología Infantil, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(2)Urología Infantil, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(3)Nefropatóloga, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(4)Diagnóstico por imágenes  
Pediátrico, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(5)Nefrología, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(6)Cirugía, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina  
(7)Infectología infantil, El Cruce.  
Florencio Varela, Argentina

Financiamiento: No

## Infección por Sars-Cov2 en Trasplantados Renales Pediátricos

**Introducción:** En diciembre del 2019 en la Ciudad de Wuhan, China, notificaron casos de neumonía de causa desconocida. Se logró aislar un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2 en enero de 2020. La infección por este virus causa una enfermedad aguda, principalmente respiratoria, denominada COVID-19. Desde entonces los casos se han propagado y la OMS ha declarado pandemia. Dentro de los pacientes considerados como grupos de riesgo están los inmunodeprimidos. Los pacientes trasplantados renales (TxR), pueden asociar factores de riesgo como HTA, DBT u obesidad, incrementando el riesgo de infección severa. Hay escasas publicaciones de casos de niños trasplantados renales con COVID19.

**Objetivo:** Reportamos cuatro TxR pediátricos con infección por SARS-COV2. **Caso 1:** Femenina de 17 años, ERC V secundaria a uropatía. Hipertensa, obesa e hipotiroides. En terapia de reemplazo renal (TRR). El 21/9/19 recibe TxR donante cadavérico (TxRDC). Inmunosupresión (IS): metilprednisolona (MP), timoglobulina (TMG) micofenolato sódico (MFS). Al 5°mes postx presenta rechazo celular, recibe MP y TMG. A los 9 meses postx, tos y fiebre. PCR SARS-COV2 detectable. Linfopenia desde su ingreso, desmejoría clínica y radiológica, parámetros de inflamación multisistémica, coinfecciones virales, bacterianas, convulsiones, requiriendo ARM, TRR, persistiendo PCR SARS-COV2 positiva. Recibe plasma de convaleciente(PC), abrupta desmejoría y fallece a los 48 días de internación. **Caso 2:** Masculino de 16 años, ERC V secundaria a GNRP de causa desconocida en Septiembre 2017. En TRR. El 2/6/19 recibe txRDC. IS: MP, TMG, MFS. Al 4°mes postx: Rechazo celular agudo, recibe MP. Al año de tx, creatinina 1.8 mg/dl, rechazo celular agudo IA. Recibe 3 pulsos de MP, sin mejoría, TMG. Creatinina(Cr) posterior 1.3 mg/dl. A los 13 meses postx persiste Cr 1.8 mg/dl. Concorre a internarse para BR, se detecta fiebre, COVID19 positivo. Leucopenia, sin tos, pero compromiso radiológico de parénquima pulmonar. Recibe PC, Mejoría clínica. Se externa a los 13 días. Post-COVID19 presenta incremento de creatinina, confirmando Rechazo celular agudo IB. **Caso 3:** Femenina de 8 años, ERC V secundario a uropatía sin TRR, el 21/3/19 recibe txRDC. IS: MP, TMG, MFS. Buena evolución. A los 18 meses postx concurre por contacto estrecho de su madre COVID19 positiva, PCR SARS-COV2: detectable. Posteriormente presenta diarrea y tos. Sin compromiso radiológico. Se externa con creatinina 0.7 mg/dl. A los 14 días PCR SARS-COV2 negativa concurre a control, Cr 1.6 mg/dl, Rechazo mediado por células T. Recibe MP. **Caso 4:** Masculino de 19 años, antecedentes de ERC V secundaria a uropatía, recibe 2 trasplantes: A los 8 años de edad, TxRDC con trombosis inmediata del injerto y trasplantectomía del mismo. El 2° TxR los 15 años (11/10/2015), TxRDC con buena evolución y función del injerto hasta junio 2019 que presenta MAT postrasplante, en tratamiento con Eculizumab con buena evolución. Creatinina: 1.3 mg/dl, Proteinuria: < 500 mg/día. El 15/7/20 ingresa al hospital para infusión de Eculizumab, previa PCR COVID19, infundiéndose la misma sin complicaciones. PCR SARS-COV2 detectable. Asintomático, posteriormente tos, sin dificultad respiratoria. Compromiso de parénquima pulmonar por imágenes radiográficas. Presentó incremento de creatinina: 1.58 mg/dl.

**Conclusión:** Las manifestaciones clínicas fueron muy variables, desde leve a fatal. El 50% presentaron rechazo agudo post-infección, probablemente gatillado por disminución de IS y la infección.

## O-80

### Riñón

Schiavelli, R<sup>(1)</sup>;  
Ajzenszlos, M<sup>(2)</sup>;  
Martinez, G<sup>(1)</sup>;  
Aiuto, G<sup>(1)</sup>;  
Pozzati, M<sup>(3)</sup>;  
Galeano, J<sup>(3)</sup>;  
Garibaldi, F<sup>(2)</sup>;  
Margulis, F<sup>(1)</sup>;  
Pilar, S<sup>(4)</sup>;  
Aguirrezabala, V<sup>(3)</sup>;  
Maiolo, E<sup>(1)</sup>

- (1)División Nefrología y Trasplante Renal, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina  
(2)Unidad de Infectología, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina  
(3)División Laboratorio Central, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina  
(4)Unidad de Hemoterapia, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Covid en Trasplante Renal y Renopáncreas. Utilidad Clínica del Umbral de Ciclo de la PCR

El agente causante de la enfermedad del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19), es el SARS CoV 2 y su diagnóstico se realiza a través de la detección cualitativa de los ácidos nucleicos utilizando la reacción en cadena de la polimerasa (RT-PCR) en muestras respiratorias cuyo resultado sólo distingue entre positivos y negativos. Los valores de umbral de ciclo -Cycle threshold- (CT) hacen referencia al número de ciclos en un ensayo de RT-PCR necesarios para amplificar el ARN viral para alcanzar un nivel detectable. La implicancia clínica de los valores de CT no es aún bien comprendida, tanto en población general como en receptores de trasplante de órganos sólidos.

**Objetivo:** Describir la correlación de los valores de CT con la evolución de un grupo de pacientes (P) trasplantados (Tx) e inmunocompetentes (IC).

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, en el cual, a una población de Tx e IC con síntomas de Covid-19 o por contacto estrecho o por evaluación pre quirúrgica, se les realizó hisopado nasofaríngeo para PCR entre los días 1 y 7 (media 2,85) desde el inicio de los síntomas, en los que los presentaron. En la misma se realizó extracción y purificación de ácidos nucleicos por métodos manuales (columnas) y automatizados (partículas magnéticas). Para la PCR se utilizaron marcas comerciales que detectan diferentes genes: ALTONA, genes S y E; PERKIN ELMER, genes ORF y N; GENE FINDER genes RDRP, E y N y CoronAR genes RDRP y E, se utilizó el termociclador Cobas Z480 (Roche). El hisopado inicial se realizó entre los días 1 y 7 (media 2,85) desde el inicio de los síntomas. Se tomó en cuenta el CT de la PCR inicial y de la PCR que persistió + en la segunda muestra. La inmunosupresión se disminuyó de acuerdo a recomendaciones internacionales. Para la detección de anticuerpos (Ac) IgG específicos contra el virus sars-cov-2 se utilizó enzimoimmunoensayo (CovidAR IgG). Análisis estadístico: Se expresan de acuerdo a la distribución en media ± DS o mediana (RIC).

**Resultados:** Se incluyeron 48 P Covid + de los cuales 33 eran Tx (30 Renales y 3 Renopáncreas) y 15 IC. De los 33 Tx, 7 murieron, del resto, 14 Tx repitieron la PCR + al día 21, mientras que de los 15 IC no hubo muertes y sólo 1 repitió la PCR +. En un análisis inicial de estos pacientes observamos en forma estadísticamente significativa mayor linfopenia, mayor LDH, mayor Dimer D y menor Ac en los Tx. No se observaron diferencias entre los CT de los genes RDRP, N, E y S entre Tx e IC, ni entre los Tx fallecidos (7/33, 21%) vs Tx vivos (26/33 79%), tampoco entre los que repitieron la PCR + y los que no. En los P linfopénicos encontramos que el CT del gen E fue menor, tanto en el análisis del grupo conjunto de Tx e IC (20,9 ± 5 vs. 26,2 ± 7 p=0.008) como en el grupo de sólo Tx (21,4 ± 5 vs 26 ± 7 p=0.038). El grupo de IC no se pudo analizar aisladamente debido al bajo número de muestras. Para comparar la relación entre el nivel de Ac y los CT, los Ac se dividieron en tertiles. El CT del gen N fue mayor en los pacientes que pertenecían al tercio inferior (<1,3) con respecto al tercio mayor (>14,4) sin alcanzar significación estadística, probablemente por el tamaño de la muestra. En los Tx no pudimos replicar esta observación.

**Conclusiones:** El CT más bajo del gen E correlacionó estadísticamente con linfopenia en Tx. El CT del gen N fue menor en pacientes que desarrollaron mayores títulos de Ac, lo que podría correlacionar con una mayor carga viral. En general no se observó, una correlación diferente del CT en Tx respecto de IC. Se necesitan más estudios para poder correlacionar el CT con la evolución clínica.

# O-92

## Riñón

Schiavelli, R<sup>(1)</sup>;  
Ajzenszlos, M<sup>(2)</sup>;  
Martinez, G<sup>(1)</sup>;  
Aiuto, G<sup>(1)</sup>;  
Menendez, N<sup>(1)</sup>;  
Rodriguez, F<sup>(3)</sup>;  
Funez, F<sup>(3)</sup>;  
Garibaldi, F<sup>(4)</sup>;  
Cordoba, E<sup>(2)</sup>;  
Blanco, C<sup>(5)</sup>;  
Kapelian, G<sup>(3)</sup>;  
Maiolo, E<sup>(1)</sup>

(1)División Nefrología y Trasplante Renal, Htal General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

(2)Unidad de Infectología, Htal General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

(3)División Laboratorio Central, Htal General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

(4)Unidad de Infectoogía, Htal General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

(5)Unidad de Hemoterapia, Htal General de Agudos Cosme Argerich. Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Estudio Prospectivo de COVID en Trasplantados Renales y Renopáncreas

La enfermedad del nuevo coronavirus (COVID-19) causada por el virus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) se ha convertido en una crisis sanitaria mundial. Los receptores de trasplante pueden tener un alto riesgo de desarrollar una enfermedad grave debido a la inmunosupresión y las comorbilidades.

El objetivo de este trabajo es describir en forma prospectiva la evolución de pacientes trasplantados (Tx) renales y renopáncreas seguidos en nuestra institución.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo en el cual a los Tx con síntomas de Covid-19, por contacto estrecho o por evaluación prequirúrgica, se les realizó hisopado nasofaríngeo para PCR entre los días 1 y 7 (media 2,85) desde el inicio de los síntomas en los que los presentaron. En la muestra se realizó extracción y purificación de ácidos nucleicos por métodos manuales (columnas) y automatizados (partículas magnéticas). Para la PCR se utilizaron marcas comerciales como ALTONA, PERKIN ELMER, GENE FINDER y CoronAR. Se utilizó el termociclador Cobas Z480 (Roche). Se realizaron laboratorios de rutina y parámetros de inflamación a los días 1 (ingreso) y 90. Para la detección de anticuerpos (Ac) IgG específicos contra el virus SARS-CoV-2 se utilizó enzimoimmunoensayo (CovidAR IgG) se determinaron a día 21 y 90. Se realizó tomografía computada (TC) de tórax al ingreso y a los 90 días.

**Resultados:** Se describen 32 Tx con PCR +, con edad promedio de 43,7años (19-79), 19 (59,37%) fueron hombres. Se internaron 30 Tx con una media de estadía de 18 días (2-90), 24 presentaron neumonía, 8 requirieron ARM y 6 (18,75%) de estos fallecieron. Cuando se compararon vivos con fallecidos, observamos que estos últimos tenían más años de trasplante (11,23 vs. 7,69) y no se observamos diferencias en comorbilidades, inmunosupresión y presencia de síntomas. La comparación de los parámetros de ingreso con diferencias significativas entre vivos y fallecidos se describe en la Tabla 1. El 78,12% de los pacientes presentaron un aumento significativo de la creatinina (Cr) al ingreso respecto de su Cr habitual ( $p=0.001$ ), los que sobrevivieron, si bien mejoraron la Cr al día 90, no alcanzaron los valores basales. A los 90 días la evolución de los que sobrevivieron fue favorable con mejoría de los valores de linfocitos y parámetros de inflamación. De los 18 pacientes que desarrollaron neumonía al ingreso y que alcanzaron el día noventa, 7 (38.9%) presentaron infiltrados de resolución tardía.

**Conclusiones:** Los trasplantados con COVID-19 presentan una mortalidad mayor a la descrita para población general. La edad, la linfopenia, los marcadores de inflamación y la caída de la saturación de O2 fueron marcadores de mal pronóstico. La mayoría presentó deterioro de la función renal al ingreso. En este primer corte de 90 días observamos una mejoría respecto de los parámetros de ingreso en la mayoría de los pacientes, sin embargo, hay un grupo de pacientes que todavía no presentan resolución radiológica recibieron más de un ReTH. Al mismo tiempo, observamos que aquellos pacientes que fueron ReTH más de una vez, presentaron más complicaciones biliares y de pared, así también como un mayor tiempo de internación.

Tabla 1: COMPARACIÓN ENTRE VIVOS Y FALLECIDOS

Pacientes	Todos N=32	FALLECIDOS N=6	VIVOS N=26	p
EDAD	43,78	60 (55,5%)	40,04 (37,5%)	0,004
Infecciones Concomitantes	8	6 (100%)	2 (7,69%)	<0,001
SAT	97	91,50	97,5	0,0005
PCR	15,85	129,35	6,9	0,001
LDH	463	668	430	0,002
DD	0,52	2,04	0,46	0,003
Linfocito	1020	662	1194	0,01

## O-103

### Riñón

Suarez, V<sup>(1)</sup>;  
Villamil, S<sup>(1)</sup>;  
Giordani, MC<sup>(1)</sup>;  
Mombelli, C<sup>(1)</sup>;  
Groppa, SR<sup>(1)</sup>;  
Rosa Diez, G<sup>(1)</sup>;  
Smud, A<sup>(2)</sup>;  
Barcan, L<sup>(2)</sup>;  
Imperiali, N<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología adultos,  
Hospital Italiano de Buenos Aires,  
Capital Federal, Argentina

(2)Infectología,  
Hospital Italiano de Buenos Aires,  
Capital Federal, Argentina

Financiamiento: No

## Infección por COVID-19 en Trasplantados Pancreáticos y Renales en el Hospital Italiano de Buenos Aires

**Introducción:** La pandemia por COVID-19 continúa teniendo un alto impacto en la salud global. Los pacientes pueden presentar diferentes grados de severidad de la enfermedad, llegando en los casos más graves a SDRA, sepsis y falla multiorgánica. La edad avanzada, presencia de comorbilidades y medicación asociada, es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad crítica y resultados desfavorables.

**Objetivo:** Describir las características de la infección por COVID-19 en nuestra población de pacientes transplantados pancreáticos y renales, su evolución, el impacto sobre la función renal y la mortalidad.

**Material y Método:** Se analizaron datos de pacientes transplantados que cursaron infección por COVID-19 en todos los estadios de gravedad. Para el análisis se tomaron en cuenta los factores de riesgo asociados a COVID-19: edad, hipertensión arterial, diabetes, obesidad y enfermedad cardiovascular. Se evaluó la función renal basal al inicio, durante y 6 meses post infección. Se analizó el antecedente de rechazo y su tratamiento 6 meses previo al inicio de la infección y los rechazos posteriores a la misma. Se estimó el tiempo de presentación de la enfermedad desde el trasplante, requerimiento de internación en sala general y en unidad crítica.

**Resultados:** Presentaron infección por COVID-19 55 pacientes transplantados; 45(81,8%) renales aislados, 3(5,5%) cardiorenales, 6(10,9%) renopancreas y 1(1,8%) páncreas aislados. La edad promedio fue 48(23-72) años, sexo femenino 28(51%), el promedio desde el trasplante a la infección fue de 78.8 meses (1 semana-245 meses). En la población 31(56,4%) pacientes eran hipertensos, 13(23,6%) diabéticos, 5(9,1%) coronarios, 2(2,6) con patología respiratoria, 6(10,0) con enfermedad oncológica, todos salvo tres con BMI <35. 9(16,2%) pacientes tuvieron rechazo dentro de los 6 meses previo a la infección y 8(14,4%) pacientes dentro de los primeros 180 días post covid. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: 33(59,4%) fiebre; 17(30,6%) odinofagia, 16(28,8) tos. Requhirieron ventilación mecánica 13 (23,6%)pacientes. El promedio de la creatinina al inicio de la enfermedad fue de 2.9mg/dl(0.7- 9) la máxima durante la enfermedad 3.5mg/dl(0.9-9.4) y luego de la infección 2.1mg/dl(0.9-5.4). Un total de 13(23,4%) de 55 pacientes requirieron diálisis durante la internación. La transmisión fue comunitaria en 28(50,4%) pacientes, 8(14,4%) fueron contagio intrahospitalario y 19(26,6%) por contacto estrecho. La mortalidad fue del 19,8% (11/55) similar a la de la población en nuestro hospital (17%). En todos los pacientes se modificó el esquema inmunosupresor al momento de confirmar la infección suspendiendo transitoriamente la droga antiproliferativa.

**Conclusiones:** Nuestros hallazgos sugieren que la infección por COVID-19 en pacientes con trasplantes puede ser grave y requerir admisión asistencial. En todos los pacientes se observó deterioro de la función renal, durante la evolución de la enfermedad. Ningún paciente tuvo pérdida del injerto renal o pancreático. La mortalidad fue del 20% (11/55) similar a la de la población general en nuestro hospital (17%)

## O-76

### Riñón

Caldano, J<sup>(1)</sup>;  
Ponti, JP<sup>(2)</sup>;  
Darquea, HM<sup>(3)</sup>;  
Giordani, C<sup>(3)</sup>;  
Sleiman, J<sup>(2)</sup>;  
Aleman, S<sup>(1)</sup>;  
Diaz, C<sup>(2)</sup>;  
Imperiali, N<sup>(3)</sup>

(1)Traplante Renal, Crai Norte,  
Buenos Aires, Argentina

(2)Seccion Nefrología,Dpto Medicina  
Interna, I. U. CEMIC. CABA, Argentina

(3)Nefrología de Adultos  
Hospital Italiano de Buenos Aires,  
Hospital Italiano. CABA, Argentina

Financiamiento: No

## Embarazo y Trasplante: Complicaciones Maternas y Fetales. Seguimiento a Dos Años.

**Introducción:** Un trasplante (TX) renal (TR) exitoso con función renal (FR) estable, sin proteinuria (Pu) y control de la tensión arterial (TA) es el mejor momento para una mujer en edad fértil con ERC planificar su gestación.

Toda mujer en edad fértil deben ser aconsejada y conocer los riesgos del embarazo siendo portadora de un TX, que derivan fundamentalmente de la presencia de una FR disminuida, presencia de proteinuria e HTA en el momento del embarazo y del efecto que pueden tener los fármacos inmunosupresores sobre la gestación.

El embarazo después del TR es factible, las complicaciones son relativamente altas y esto debe incluirse en el asesoramiento y la toma de decisiones clínicas.

**Objetivo:** Evaluar las complicaciones materno-fetales asociadas al embarazo y el impacto que el embarazo tiene en la evolución del paciente y del injerto a corto y mediano plazo, en una población de pacientes TR y renopancreas (TRP).

**Material y métodos:** Identificamos datos de 22 pacientes TR y/o TRP embarazadas en 3 centros de Argentina entre los años 1990 y 2020. Se recolectaron datos de los 3 meses pregestacional, durante el embarazo y 2 años posteriores.

**Resultados:** Se incluyeron 25 embarazos. La mediana de edad al embarazo fue de 32 años y la mediana de tiempo desde el TX fue de 5 años (1.5-12.7). El 48% de las pacientes eran HTA previamente y 23% presentaban Pu previa. El 8% tenía creatinina > 1.5 mg/dl pre-embarazo. La inmunosupresión fue FK o CsA + azatioprina + esteroides en el 80% de los casos. La tasa de nacidos vivos fue del 95%. Hubo 2 abortos. La tasa de parto pretérmino fue del 40%. La mediana de edad gestacional fue de 37 semanas (23-39). El promedio de peso al nacer fue de 2360 gramos, con una tasa de recién nacidos con bajo peso al nacer de 47%.

La tasa de preeclampsia fue del 36%, 17% tuvieron colestasis, 1 paciente presentó diabetes gestacional. A la semana 20 de embarazo el 36% tenía Pu mientras que a los 3 meses posparto la misma resultó positiva en el 80% de las pacientes. Objetivamos ITU en el 9% de las pacientes y una tasa de rechazos del 13% postparto. Se comparó la media de creatinina basal, a la semana 20 y postparto y se observó un aumento significativo (1.12 vs 1.15 vs 2.18, p<0,001). A los 2 años post parto el 14% había perdido la función del injerto.

**Conclusiones:** A pesar de ser una muestra pequeña, se evidenció alta tasa de complicaciones fetales y maternas. Se necesita contar con un registro a nivel nacional para tener un adecuado seguimiento de estas pacientes.

## O-91

### Riñón

Occhiuzzi, S<sup>(1, 2)</sup>;  
Bologna, A<sup>(1, 2)</sup>;  
Garay, E<sup>(1, 2)</sup>;  
Cobos, M<sup>(1, 2, 3)</sup>;  
Tanús, R<sup>(1, 2, 3)</sup>;  
Pellinsky, P<sup>(4)</sup>;  
Regairaz, L<sup>(5)</sup>;  
Raimondi, J<sup>(1, 2, 3)</sup>

(1) Cátedra de Trasplantes,  
Facultad de Ciencias Médicas - UNLP,  
La Plata, Argentina

(2) Área de Trasplantes,  
Hospital Español,  
La Plata, Argentina

(3) Fundación para el Desarrollo  
Integral de los Trasplantes,  
La Plata, Argentina

(4) Servicio de Obstetricia,  
Hospital Español,  
La Plata, Argentina

(5) Servicio de Inmunología,  
Hospital de Niños  
"Sor María Ludovica"  
La Plata, Argentina

Financiamiento: No

## Embarazos en Receptora de Trasplante Renal Durante Tratamiento Inmunosupresor con Belatacept

**Introducción:** Las alteraciones metabólicas, inmunológicas y hormonales que se desarrollan en el marco de insuficiencias terminales de órganos disminuyen la posibilidad de concepción. Sin embargo, esta situación se revierte rápidamente luego del trasplante. El embarazo constituye desde el punto de vista metabólico una exigencia fisiológica a la que se ven expuestos la madre con su injerto y el producto de la gestación. En el primer caso debe considerarse el potencial desarrollo de preeclampsia e HTA, rechazo o insuficiencia renal aguda. El feto, por otra parte, se ve expuesto, fundamentalmente, a los efectos de inmunosupresores y otras medicaciones complementarias que, se sabe, pueden provocar abortos, malformaciones, prematuridad y bajo peso al nacer. Los estudios evaluando el efecto de los inmunosupresores en esta situación son escasos, debido a que se desaconseja el embarazo, particularmente con el uso de belatacept.

**Descripción del Caso:** Paciente de 30 años de edad, receptora de trasplante renal con donante fallecido en el año 2001. La causa de insuficiencia renal fue síndrome urémico hemolítico. Desarrolló 2 episodios de rechazo crónico, en el 2006 y 2016, por lo cual se modificó el régimen inmunosupresor en ambos casos. El último esquema inmunosupresor elegido fue incluyó belatacept. La paciente evolucionó favorablemente, mejorando la función renal. En Mayo de 2017 concurre a control, presentando al examen físico tumoración a nivel infraumbilical, globosa, de consistencia aumentada, homogénea y con matidez de concavidad inferior. Se encontraba cursando la semana 21 de gestación. El embarazo no presentó complicaciones. Al nacimiento no se detectaron anomalías en la recién nacida. Se realizó seguimiento de madre e hija. Se reiteró la recomendación de no embarazo. La paciente continuó con el mismo esquema inmunosupresor sin presentar cambios en su función renal. En el año 2018 la paciente informa que se encuentra cursando semana 12 de gestación, la cual también evolucionó favorablemente hasta el nacimiento. Madre e hijas no desarrollaron afectaciones secundarias a la medicación inmunosupresora.

**Conclusión:** El presente trabajo es, en nuestro conocimiento, el primer reporte de una receptora de trasplante renal que, recibiendo Belatacept, lleva a término dos gestas consecutivas con recién nacidos normales y sin consecuencias para la madre o el injerto. Dado que en ningún momento la paciente manifestó su intención de quedar embarazada, ninguno de los embarazos fue controlado desde sus períodos iniciales y por lo tanto la medicación no fue modificada oportunamente. En virtud de la falta de datos que avalen la seguridad del tratamiento con Belatacept, en pacientes embarazadas, esta condición debe ser considerada de alto riesgo hasta la disponibilidad de mayor información al respecto.

## O-16

### Riñón

Bois, J<sup>(1)</sup>;  
Coccia, P<sup>(2)</sup>;  
Delorenzi, MC<sup>(1)</sup>;  
Tuchbaum, V<sup>(1)</sup>;  
Vagni, R<sup>(1)</sup>;  
Ormaechea, M<sup>(1)</sup>;  
de Badiola, F<sup>(1)</sup>;  
Moldes, JM<sup>(1)</sup>

(1) Cirugía y Urología Pediátrica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires,  
Buenos Aires, Argentina

(2) Nefrología Pediátrica,  
Hospital Italiano,  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Trasplante Renal en Pacientes Pediátricos Menores de 15 Kg

**Introducción:** El trasplante renal en niños pequeños está asociado a complicaciones debido a las anastomosis vasculares y al tamaño del injerto. El objetivo es analizar los trasplantes renales en pacientes  $\leq 15$  Kg, focalizando en sus complicaciones.

**Materiales y métodos:** Se analizaron retrospectivamente datos de pacientes trasplantados renales  $\leq 15$  Kg, tratados en nuestro centro desde el 2010 hasta la actualidad.

**Resultados:** De los 149 pacientes pediátricos trasplantados, un 25,5% (38) presentaban un peso  $\leq 15$  Kg al trasplante, con una media de 11,7 Kg (8,8 - 15) y 41 meses (18 - 88) de edad. Un 63,2% (24) presentaban uropatías y 36,8% (14) nefropatías.

Los donantes fueron 73,7% (28) vivos relacionados y 26,3% (10) cadavéricos. En 34 casos (89,5%) se realizó reimplante vesicoureteral y en 4 (10,5%) urétero-urétero anastomosis. En 21 pacientes (55,3%) se tutorizó la unión vesicoureteral: 15 con catéter JJ y 6 con tutor ureteral.

En el mismo acto quirúrgico se asoció nefrectomía derecha en 23,7% (9); derivación urinaria en 13% (2 vesicostomías, 3 tallas vesicales) y plástica abdominal con malla en 1 paciente.

Se encontraron 23 complicaciones en 16 pacientes (42,1%). La más frecuente fue ITU en 9 pacientes (23%). En 2 pacientes (5,2%) hubo trombosis venosa (tratada con trombectomía por re-cirugía en un caso y por vía endovascular con colocación de stent en el otro). Hubo 4 (10,5%) complicaciones ureterales: 1 estenosis a nivel de la unión ureterovesical que culminó en reimplante vesicoureteral y 3 fugas resueltas: 1 ureterostomía terminal, 1 talla vesical, 1 drenaje percutáneo.

Se diagnosticó trastorno linfoproliferativo postrasplante en 6 pacientes (15,8%). Uno de ellos falleció, 1 se encuentra en remisión, 1 en paliativos y 3 en tratamiento.

La media de seguimiento fue de 63 meses (DE 39 m). Tres pacientes (7,9%) fallecieron. Otros tres perdieron el injerto: 2 por trombosis venosa y 1 por rechazo crónico.

**Conclusiones:** Los pacientes trasplantados de menos de 15 kg de peso presentaron una sobrevida del injerto similar a los pacientes pediátricos de mayor peso. Las complicaciones vasculares fueron poco frecuentes y condicionaron la pérdida del graft.

## O-17

### Riñón

Bois, JI<sup>(1)</sup>;  
Mercado, P<sup>(1)</sup>;  
Vagni, R<sup>(1)</sup>;  
Coccia, P<sup>(2)</sup>;  
Lerendegui, L<sup>(1)</sup>;  
Gallegos, D<sup>(1)</sup>;  
de Badiola, F<sup>(1)</sup>;  
Moldes, JM<sup>(1)</sup>

(1)Cirugía y Urología Pediátrica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Buenos Aires, Argentina

(2)Nefrología Pediátrica,  
Hospital Italiano de Buenos Aires.  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Trasplante Renal en Pacientes Pediátricos con Vesicostomía

**Introducción:** La reconstrucción urinaria de pacientes con enfermedad renal crónica terminal suele ser realizada previo al trasplante renal. Cuando esto no es posible, se presentan escenarios alternativos.

**Objetivo:** Evaluar la sobrevida y evolución del injerto en trasplante renal en pacientes pediátricos vesicostomizados.

**Metodología:** Estudio retrospectivo. Población: pacientes pediátricos trasplantados entre 2004 y 2018 con vesicostomía. Se evaluó la sobrevida del injerto, la presencia de infecciones urinarias febriles y los resultados de pacientes reconstruidos.

**Resultados y Discusión:** Se identificaron 187 trasplantes renales pediátricos. 13 pacientes (6,9%) tenían vesicostomía al momento del trasplante. La enfermedad de base fue valvas de uretra posterior (n=7, 4/7 Síndrome de Down), Síndrome de Prune Belly (n=2), mielomeningocele con mala adhesión al cateterismo (n=2) y displasia renal (n=2). En 3 pacientes la vesicostomía se realizó al momento del trasplante, mientras que en los demás se hizo entre el período neonatal y los 7 años. La edad media al trasplante fue de 49,7 meses (R=21-92). Diez fueron donantes vivos relacionados. El seguimiento medio fue de 63 meses (R=7-182). En relación a las complicaciones infecciosas se detectaron 15 episodios de ITU (8 en un mismo paciente), con una tasa de 0,22 episodios por paciente-año, comparable a la tasa de infecciones en pacientes trasplantados posterior a una ampliación vesical. Hubo 1 necrosis de uréter que requirió ureterostomía cutánea distal, 1 hematoma perirrenal, 3 complicaciones de herida y 1 rechazo tratado satisfactoriamente. Cuatro pacientes (30,7%) sufrieron síndrome linfoproliferativo postrasplante. 1 paciente falleció a los 13 meses postrasplante por miocardiopatía dilatada en contexto de neumonía y enfermedad linfoproliferativa. En 5 pacientes (38,4%) se reconstruyó el aparato urinario en un promedio de 31 meses postrasplante (R=1-91). Se detectaron 8 episodios de ITU en 4 pacientes. El clearance de creatinina promedio actual fue de 79,2 mL/min/1,73m<sup>2</sup>. La sobrevida media del injerto a 5 años fue del 100%.

**Conclusión:** El trasplante renal en niños vesicostomizados puede realizarse con buenos resultados en términos de infecciones, sobrevida del injerto a 5 años y clearance de creatinina.

## O-25

### Riñón

Velasco, JI<sup>(1)</sup>;  
Monteverde, M<sup>(1)</sup>;  
Solernau, V<sup>(2)</sup>;  
Castillo, A<sup>(1)</sup>;  
Marco, Y<sup>(3)</sup>;  
Gamba, C<sup>(3)</sup>;  
Ibañez, JI<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología Pediátrica, J.P. Garrahan  
Buenos Aires, Argentina

(2)Anatomía Patológica, J.P. Garrahan  
Buenos Aires, Argentina

(3)Servicio Centro Regional  
de Hemoterapia, J.P. Garrahan  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento:  
Ministerio Salud de la Nación. Beca  
Salud Investiga "Dr. Abraam Sonis".

## Biopsias de Vigilancia en Niños con Trasplante Renal. Análisis de Lesiones Histológicas y Predictores de Mala Evolución.

**Introducción:** El 25% de los injertos se pierden y la mitad por rechazo. La no adherencia (NOA) es factor de riesgo para ADE y lesiones histológicas desfavorables (UNFAV) en biopsias de protocolo.

**Objetivo:**

- 1) Evaluar prevalencia de lesiones histológicas favorables (FAV) y UNFAV para sobrevida del injerto en niños a 1 año post KTx e identificar variables asociadas.
- 2) Comparar sobrevida de paciente e injerto y Filtrado glomerular (FGe) al mes del KTx, a la biopsia y en la última consulta en pacientes con lesiones FAV y UNFAV.

**Material y Métodos:** Cohorte prospectivo de biopsias (01/06/2018 -30/11/2019). Las lesiones se clasificaron FAV y UNFAV. FAV: 1) CMm, con ausencia de "i", y/o fibrosis y/o glomerulopatía 2) Fibrosis leve sin "i". UNFAV: 3) IFTA severa c/s inflamación (antecedentes ITU, obstrucción o DGF) 4a) Rechazo humoral activo (ABMR); 4b) Rechazo humoral activo crónico 5) Sospechoso rechazo agudo células T(TCMR) 6a)TCMR aguda, 6b)TCMR activa crónica 7) Enf.glomerular 8) nefropatía poliomavirus. Simultáneo a la biopsia se buscó ADE y coef. variación (CV) de TAC > 25% marcador de NOA.

**Resultados:** 39 niños, el 69% histología "FAV": CMm (n=23) y fibrosis leve (n=6); 10 "DESFAV": ABMR (n=4), ABMR y TCMR (n=2), sospechoso TCMR(n=1), enf. glomerular (recidiva) (n=1), IFTA moderada (n=2). CV de TAC >25% (n=11; 28%) y/o ADE positivos (n=3) tenían >riesgo de lesión DESFAV, (OR: 14.5; p=0.002) y (OR: 14.7; p=0.04) respectivamente. Sobrevida de injerto en pacientes con "FAV" y "UNFAV" fue 100% y 68.5% a 30 meses (p=0.07), y el FGe biopsia: 63 ± 15ml/min/1,73m<sup>2</sup> vs 48 ± 20ml/min/1,73m<sup>2</sup> (p = 0.04) respectivamente, sin cambios en el tiempo "FAV" (p = 0,78), y caída a 12m (p=0.01) y al último seguimiento en UNFAV (p=0.02).

**Conclusión:** Las lesiones "FAV", ADE negativos y CV de TAC < al 25%, fueron más prevalentes. Los ADE y/o CV de TAC ≥25% se asocian >riesgo de lesiones "DESFAV". Pacientes con "FAV" mejor FG y mejor sobrevida de injerto a corto plazo que los UNFAV.

# O-20

## Riñón

Rubio, S<sup>(1)</sup>;  
Aran, N<sup>(1)</sup>;  
Wojtowicz, D<sup>(1)</sup>;  
Baran, M<sup>(1)</sup>;  
Heredia, N<sup>(1)</sup>;  
Alberton, V<sup>(2)</sup>;  
Aballay, J<sup>(1)</sup>;  
Di Pietrantonio, S<sup>(1)</sup>

(1)Servicio de Trasplante Renal,  
Hospital de Alta Complejidad en Red  
"El Cruce". Florencio Varela, Argentina

(2)Servicio de Anatomía Patológica,  
Hospital de Alta Complejidad en Red  
"El Cruce". Florencio Varela, Argentina

Financiamiento: No

## Resultados de los Primeros 5 Años del Programa de Trasplante Renal, Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce".

**Introducción:** El trasplante renal es la mejor opción terapéutica para los pacientes que desarrollan enfermedad renal crónica terminal. Según el registro del INCUCAI, existen hoy en día 5807 pacientes con enfermedad renal crónica terminal en diálisis que se encuentran en lista de espera para trasplante renal. Desde 2010, se realizan casi 1000 trasplantes renales anuales. Existen a la fecha 5 centros públicos de trasplante renal en la provincia de Buenos Aires. En el año 2014, se abre el Programa de Trasplante Renal del Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce" con el objetivo de ofrecer un nuevo programa de trasplante renal en el ámbito público. El objetivo de este reporte es presentar los resultados de los primeros 5 años del Programa de Trasplante Renal del Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce".

**Materiales y Métodos:** estudio descriptivo y observacional de pacientes trasplantados mayores de 18 años. Las variables continuas son presentadas como media ( $\pm$ DS), las variables categóricas se presentan como números totales y porcentajes. Las comparaciones de las variables continuas se realizaron mediante el test de Student, mientras que las variables categóricas mediante Chi Cuadrado y prueba de Fisher según correspondiera. Tanto la supervivencia del injerto como la supervivencia global fueron analizadas aplicando curvas de Kaplan-Meier. Se consideró estadísticamente significativo cuando P valor fue menor a 0.05 (P= 0.05)

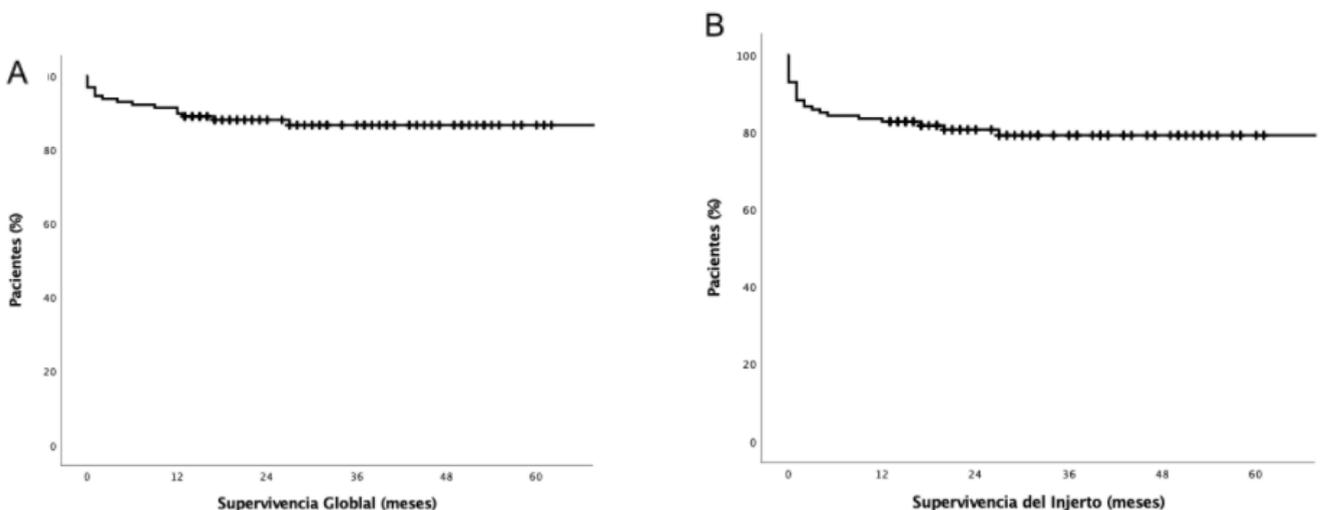
**Resultados:** Durante el período analizado se realizaron 127 trasplantes que incluyeron injerto renal, la edad media fue de 46 años y el 57% fueron hombres. La media de tiempo en diálisis fue de 87 meses y la media de tiempo en lista de espera fue de 39 meses. La supervivencia global y de injerto a los 5 años fue de 91% y 79% respectivamente, con una mediana de seguimiento de 64 meses.

**Conclusión:** el Programa de Trasplante Renal del HEC ha tenido un crecimiento exponencial en estos primeros 5 años, siendo el programa público de la provincia de Buenos Aires que más trasplantes realizó en el año 2019.

### Tabla:

Tiempos de isquemia fría por grupo

Tipo de Donante	TIF media (hs)	Desvío Standard	Valor mínimo (hs)	Valor Máximo (hs)
Cadavérico	21:40	04:54	08:52	32:37
Vivo	1:23	00:35	00:39	03:22



### Figura

A: Supervivencia global B: Supervivencia del injerto.

## O-22

### Riñón

## Trasplante Renal en Mayores de 65 Años, Experiencia de un Centro.

Rubio, S<sup>(1)</sup>;  
Wojtowicz, D(1);  
Coppotelli, S(1);  
Iriarte, G(1);  
Zoppi, ME(1);  
Acosta Pimentel, M(1);  
Alberton, V(2);  
Di Pietrantonio, S(1)

(1)Servicio de Trasplante Renal,  
Hospital de Alta Complejidad en Red  
"El Cruce". Florencio Varela, Argentina

(2)Servicio de Anatomía Patológica,  
Hospital de Alta Complejidad en Red  
"El Cruce". Florencio Varela, Argentina

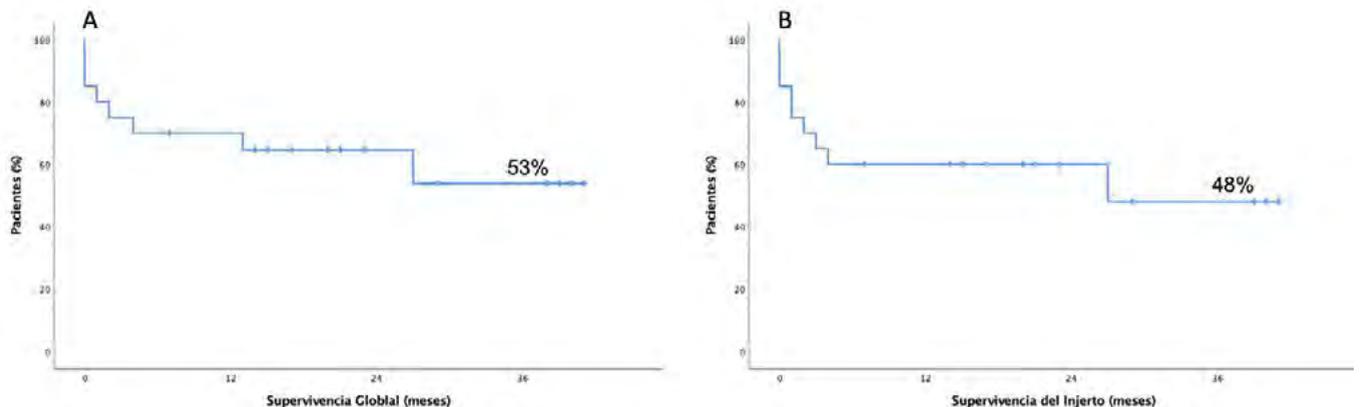
Financiamiento: No

**Introducción:** El aumento de la expectativa de vida junto con la mejoría en la terapia de reemplazo renal, permitió que lleguen al trasplante, pacientes en edad avanzada. Trasplantar este grupo de pacientes se asocia a una elevada morbimortalidad, lo que representa un desafío para el equipo tratante. El objetivo es reportar resultados de los pacientes mayores de 65 años trasplantados en nuestro centro.

**Materiales y Métodos:** retrospectivo, transversal y observacional. Pacientes de 65 años o más, que recibieron un injerto renal aislado entre dic-2014 a ene-2021. Se analizaron variables demográficas y antropométricas, comorbilidades del receptor, tiempo en diálisis, tiempo en lista de espera, programa "old for old", características y comorbilidades del donante, TIF, IS de inducción, complicaciones POP, tiempo de estadía hospitalaria, readmisión, causa de readmisión hospitalaria, DGF, falla primaria, resultados de biopsias en "tiempo 0", biopsia de protocolo o por indicación, rechazo, supervivencia del injerto y supervivencia global.

**Resultados:** 20 pacientes >65 años, 17(85%) masculinos con una edad media de 69(±2) años. El tiempo en diálisis fue de 68(±39) meses y el tiempo en lista de espera fue 47(±37) meses. Diecisiete (85%) pacientes se trasplantaron en el programa "old for old". La edad media de los donantes fue de 60(±11) años (Old for old vs no old for old: 62 vs 40 p=0.08), 13(65%) fueron masculinos. La principal causa de muerte encefálica fue ACV hemorrágico. TIF: media 21:25 (±3:22) hs. En el 75% de los pacientes se utilizó Timoglobulina como inducción inmunosupresora. Quince (75%) pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio. La supervivencia global y del injerto fue de 53% y 48% a los 36 meses.

**Conclusión:** El trasplante renal en pacientes de edad avanzada lleva asociado complicaciones médicas, socioeconómicas y éticas. La mortalidad aumenta dado que el riesgo quirúrgico se incrementa con la edad, con mayor incidencia de complicaciones post-operatorias. Técnicamente la cirugía supone mayor dificultad al realizarse en pacientes que habitualmente tienen una enfermedad vascular severa, como también predisposición al desarrollo de infecciones. En nuestro estudio tuvimos un tiempo de isquemia fría prolongado lo que llevó a la utilización de Timoglobulina en un gran porcentaje de pacientes lo que llevó asociado mayor número de complicaciones infecciosas con la consecuente disminución de la supervivencia global y del injerto.



**Figura**

**A:** Supervivencia global **B:** Supervivencia del injerto.

## O-70

## Riñón

Fragale, GD<sup>(1)</sup>,  
Soler Pujol, G<sup>(2)</sup>,  
Laham, G<sup>(2)</sup>,  
Giordani, C<sup>(3)</sup>,  
Villamil, S<sup>(3)</sup>,  
Fortunato, M<sup>(4)</sup>,  
Raffaele, P<sup>(4)</sup>,  
Taylor, M<sup>(5)</sup>,  
Ciappa, JM<sup>(5)</sup>,  
Maldonado, R<sup>(6)</sup>,  
Rodríguez, M<sup>(6)</sup>,  
Trimarchi, H<sup>(7)</sup>,  
Pomeranz, V<sup>(7)</sup>,  
De La Fuente, J<sup>(8)</sup>,  
Ellena, V<sup>(8)</sup>,  
Bisigniano, L<sup>(9)</sup>,  
Antik, A<sup>(9)</sup>

(1)Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina  
(2)Sección Nefrología, Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas Norberto Quirno, Buenos Aires, Argentina  
(3)Trasplante renal, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina  
(4)Unidad Renal, Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina  
(5)Centro Regional de Ablación e Implante Sur, Hospital San Martín, La Plata, Argentina  
(6)Nefrología y Trasplante renal, Clínica Vélez Sarsfield, Córdoba, Argentina  
(7)Servicio de Nefrología, Hospital Británico, Buenos Aires, Argentina  
(8)Servicio de Nefrología, Hospital Privado Universitario, Córdoba, Argentina  
(9)Dirección Científico Técnica, INCUCAL, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Estudio Multicéntrico de Pacientes Trasplantados Renales Mayores de 60 años: Resultados del Impacto de las Comorbilidades del Receptor en la Evolución Postrasplante

**Introducción Objetivos:** La edad para el trasplante renal dejó de ser una limitante y varios estudios han demostrado beneficios en la supervivencia de los pacientes añosos incluso en aquellos con comorbilidades elevadas, comparada con quienes permanecen en lista de espera (LE). Nuestro objetivo fue analizar el impacto de las variables relacionadas al donante y receptor en los resultados del trasplante en mayores de 60 años en términos de morbilidad, supervivencia del injerto y del paciente en función de sus comorbilidades.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, retrospectivo. Se evaluaron pacientes trasplantados renales mayores de 60 años de donantes cadavéricos en el periodo comprendido desde el 01/01/2006 al 31/12/2016. Para el análisis de las comorbilidades utilizamos el Score de Charlson (SCH) al ingreso a la LE.

**Resultados:** Se analizaron n=387 pacientes, edad (68±6.2), sexo masculino 60.5%, tiempo de seguimiento 53(16±85) meses, mediana SCH 3(2±5). De acuerdo al SCH dividimos a la población en tres grupos: Grupo 1 Score <3(n=117), Grupo 2 Score 3-4(n=158) y Grupo 3 Score ≥5(n=112). La supervivencia de los pacientes Grupo 1 fue 90%, 88%, 84%. Grupo 2 88%, 80%, 72% y Grupo 3 87%, 75%, 63% a 1, 3 y 5 años respectivamente (chi cuadrado 15.66, P<0.0001). En el análisis multivariado de Cox el SCH (OR 1.66; p 0.0001), los días de internación (OR1.04; p 0.0001), complicaciones quirúrgicas (OR 5.87; p 0.004) y la Creatinina (Cr) a 5 años (OR 1.29; p 0.003) fueron predictores de mortalidad. No hubo diferencias significativas en la supervivencia del injerto entre los grupos. Respecto a la supervivencia del injerto hubo una asociación negativa con Cr (OR 5.80; p 0.0001) y proteinuria a 3 años (OR 1.02; p 0.004). El Grupo 3 se asoció a menor número de rechazos (p 0.013) pero más reinternaciones (p 0.004), complicaciones quirúrgicas (p 0.013), diabetes postrasplante (p 0.05) y muerte con injerto funcional (p <0.0001). La principal causa de muerte fue infecciosa (59.7%)

**Conclusiones:** Los pacientes añosos con comorbilidades elevadas presentan luego del trasplante mayor morbilidad y mortalidad con injerto funcional principalmente de causa infecciosa. Estos resultados podrían replantear cambios en el manejo de estos pacientes

## O-82

## Riñón

BArreaga Alvarez, Z<sup>(1)</sup>,  
Sleiman, J<sup>(1)</sup>,  
Laham, G<sup>(1)</sup>,  
Soler Pujol, G<sup>(1)</sup>,  
Díaz, C<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología, CEMIC, CABA, ARGENTINA

Financiamiento: No

## Troponina T: Su Cinética Postrasplante Renal.

**Introducción y Objetivos:** La alta prevalencia de enfermedad cardiovascular (ECV) asociada a la ERC, la convierte en la principal causa de muerte de este grupo poblacional. La Troponina T (TT), marcador de daño cardíaco, presenta valores elevados en pacientes (P) con ERC, aún en ausencia de daño miocárdico, pero desconocemos su evolución en el postrasplante renal (post TXR).

**Objetivos:** Evaluar la cinética de TT en el post TXR. Determinar la relación entre los valores TT y la presencia de HVI (ecocardiograma Doppler (ECD)). Definir si existe relación entre niveles de TT y mortalidad

**Materiales y Método:** Estudio prospectivo y observacional, donde se incluyeron receptores de TXR. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, enfermedad de base, antecedentes de ECV, HTA, DBT, TBQ y DLP, TA sistólica y diastólica, FC, creatinina, FGe, TT ultrasensible pre y pos TXR). Se les realizó a los P un ECD pre, al mes y al año del TXR.

**Resultados:** Se incluyeron 49 P, edad media fue 54 ±15 años, 57.1% eran de sexo masculino. El 69.4% recibió un TXR de dador fallecido. La inmunosupresión fue Inhibidores de la calcineurina + ac micofenólico y esteroides en el 87.8% de los casos. El 51% tenía ECV, 8% DBT, 75.5% HTA y 36.7% DLP. La creatinina post TXR fue 1.5(1.1-1.7) y 1.3(1.2-1.9) mg/dl al mes y al año respectivamente. La TT pre TXR, 45.7(25-64) bajó en forma significativa a 28.2(17-41) pg/mL al mes del TXR (p< 0.002). La TAS bajó de 137 a 120 mmHg en el post TXR (p<0.0001). Respecto a los parámetros del ECD como: vol sistólico, diastólico, FEY, masa ventricular izquierda, septum y pared posterior no se modificaron al mes y al año (n=28). Por lo antedicho no hubo cambio en el porcentaje de P con HVI. Si bien los niveles de TT pre (47 sin HVI vs. 75 pg/ml con HVI) y post TXR (33 vs 42 pg/ml) eran mayores en los sujetos con HVI, estas diferencias no fueron significativas. Así mismo observamos que mayores niveles de FGe se asociaban en forma significativa con valores de TT más bajos (r -0.308, P:0.040). Respecto a la evolución de los Phubo dos pérdidas de seguimiento y 6 fallecieron por causa infecciosa. Respecto de los niveles de TT pre y post TXR y mortalidad: niveles de TT pre TXR fueron mayores en los P fallecidos 70(40-80) que en los P vivos 42(24-63) pg/ml p:0.08, en cambio los valores de TT post TXR fueron significativamente mayores en los P fallecidos 93(33-160) que en los P vivos 24(17-37) pg/ml P<0.002. En el análisis multivariado la TT fue un predictor de muerte (OR:1.055, CI 1.000-1.113, P =0.050).

**Conclusión:** La TT bajó significativamente después del TXR. Una mejor función renal se asoció a mayor descenso de TT. En este estudio no pudimos demostrar alguna relación entre TT y las distintas mediciones del ECD al año del TXR. Niveles elevados de TT post TXR se asociaron a mayor mortalidad antes del año.

## O-107

### Riñón

## Efecto del Volumen Renal del Donante en la Función Renal del Receptor de Trasplante Renal

Mombelli, CA<sup>(1)</sup>;  
Giordani, MC<sup>(1)</sup>;  
Gutierrez, PA<sup>(2)</sup>;  
Groppa, SR<sup>(1)</sup>;  
Abeledo, R<sup>(1)</sup>;  
Villamil Cortez, S<sup>(1)</sup>;  
Schreck, CM<sup>(1)</sup>;  
Heguillen, R<sup>(3)</sup>;  
Ocanto, JA<sup>(2)</sup>;  
Rosa Diez, GJ<sup>(1)</sup>;  
Imperiali, NC<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología,  
Hospital Italiano de Bs As.  
CABA, Argentina

(2)Diagnostico por Imágenes,  
Hospital Italiano de Bs As.  
ABA, Argentina

(3)Nefrología, Hospital Fernandez.  
CABA, Argentina

Financiamiento: No

**Introducción:** El trasplante renal con donante vivo (TxDV) se asocia con mejores resultados clínicos (sobrevivencia del injerto) en comparación con el trasplante renal de donante fallecido. Trabajos recientes han encontrado una asociación positiva entre el volumen renal del injerto y la función renal en el receptor. El objetivo de este trabajo es evaluar esta relación en nuestra población (TxDV).

**Materiales y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo de pacientes TxDV, en el periodo Enero 2017 a Diciembre 2018. Se estudiaron donante y receptor en forma pareada. Volumen del Riñón del donante: Se calculó el volumen del parénquima renal del donante (previo al trasplante) mediante imágenes obtenidas a través de angiografía tomográfica computada tridimensional, utilizando el programa "intellispace portal" de Philips, versión 9.0. El software segmentó las imágenes en la fase nefrográfica de la tomografía computada, empleando las unidades Hounsfield y calculó en base al volumen de cada voxel.

La función renal del receptor se evaluó según la SCr (creatinina sérica) y el filtrado estimado a través de la fórmula CKD-EPICr a los 3 meses, al año y 2 años.

Las variables analizadas en el donante fueron: edad, sexo, SCr, filtrado glomerular estimado (CKD-EPICr), clearance de creatinina con cimetidina, reserva renal e HTA. En el receptor se evaluaron las variables: BMI, mismatch HLA, tiempo en diálisis, tiempo de isquemia, retraso en la función del injerto, inmunosupresión y rechazo.

El análisis estadístico se realizó mediante regresión lineal bivariada y multivariada, utilizando el software R standard. Las variables categóricas se expresan en porcentaje y las continuas en media  $\pm$  desvío estándar.

**Resultados:** Se incluyeron 56 pares de pacientes. Demografía de los donantes: edad 51,4 años (rango 33-74), sexo 51,8% femenino, volumen renal  $164,4 \pm 37,6$  cm<sup>3</sup>, SCr  $0,8 \pm 0,2$  mg%, CKD-EPICr  $96,4 \pm 14,2$ , CICr con cimetidina:  $104,2 \pm 23,8$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>, Reserva Renal:  $47,7 \pm 32,7$  %, presencia de HTA: 5,5%. Demografía de los receptores: sexo masculino 54%, edad 45 años (rango 20-72), trasplante vivo no relacionado 32%, trasplante anticipado: 40%, retardo en la función del injerto 3,5% (2/56), rechazo: La SCr y el filtrado estimado de los receptores a los 3 meses post-trasplante fue  $1,49 \pm 0,46$  mg% y  $55,6 \pm 17,3$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Al año post-trasplante fue  $1,72 \pm 0,66$  mg% y  $48,8 \pm 19,2$  ml/min/1,73m<sup>2</sup>. En el análisis multivariado el volumen del injerto se correlacionó con la SCr a los 3 meses: r<sup>2</sup> ajustado 0,196 (p < 0,01) y con el filtrado estimado (CKD-EPI) al año post-trasplante: r<sup>2</sup> ajustada 0,073 (p = 0.026).

**Conclusión:** En nuestra población de trasplantados con donante vivo el volumen del parénquima del injerto se asoció en forma positiva con la función renal (estimada por CKD-EPICr) al año post-trasplante.

## O-110

### Riñón

## Aspectos Psicológicos de Pacientes con Trasplante Renal y Renopancreas Internados por COVID

Martinez, G(1);  
Schiavelli, R(1);  
Miranda, M(2);  
Vanegas, P(1);  
Merino, D(2)

(1)División Nefrología y Trasplante  
Renal, Hospital General de Agudos  
Cosme Argerich.  
Buenos Aires, Argentina

(2)Salud Mental, Hospital General de  
Agudos Cosme Argerich.  
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

**Introducción:** El 11 de marzo de 2020 la OMS declaró la pandemia del virus SARS-CoV-2. En ese marco el 20 de marzo el Gobierno Argentino dispuso el ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) que indicaba que todas las personas debían permanecer en sus domicilios, solo pudiendo realizar desplazamientos mínimos e indispensables para aprovisionarse de artículos de limpieza, medicamentos y alimentos. Los pacientes (P) en general comenzaron su seguimiento vía telefónica o por telemedicina. Los P trasplantados, que debido a inmunosupresión y comorbilidades tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave y necesidad de internación, no estuvieron exentos de esta realidad.

El objetivo de este trabajo es describir las características y vivencias de los pacientes trasplantados internados por Covid en nuestra institución en el periodo previo, durante y posterior a la internación.

**Material y Métodos:** Se realizó una encuesta telefónica semiestructurada a pacientes trasplantados que estuvieron internados por Covid y que ya habían sido dados de alta. La encuesta estaba dividida en 1) Datos filiatorios, obra social y grupo conviviente. 2) Síntomas y tiempo a la consulta. 3) Disponibilidad de la medicación. 4) Sensaciones con respecto a la enfermedad. 5) Impacto de la información de los medios de comunicación.

**Resultados:** Se encuestaron 24 P trasplantados renales y renopancreas. De los cuales 19 (79,2%) eran hombres. La edad media fue de 37,4 años (19-72), 2 P (8,33%) vivían solos y 1 P (4,15%) tuvo dificultad para continuar el tratamiento inmunosupresor previo a la internación. En el análisis del motivo de internación 21 P (87,5%) presentaron síntomas y 3 P (12,5%) fueron asintomáticos, el síntoma más frecuente fue fiebre en 13 P (61,9%). Con respecto al tiempo de consulta, teniendo en cuenta el inicio de los síntomas, 16 P (76,2%) consultaron antes de los 3 días y 5 P (23,8%) después de los 3 días. Durante la internación 8 P refirieron angustia, 3 ansiedad, 1 depresión y 8 temor. Con respecto a su condición de trasplantados 16 P (66,6%) se sintieron más vulnerables por ser inmunosuprimidos y además temían por el funcionamiento de su trasplante. Se sintieron acompañados por el equipo de salud durante la internación 22 P (91,7%) y 24 P (100%) posterior al alta. Cuando se les preguntó sobre la influencia de las noticias de los medios de comunicación 15 P (62,4%) refirieron sensaciones de miedo generado por éstas.

**Conclusiones:** Este grupo de pacientes trasplantados tuvo suficiente alarma ante síntomas de sospecha de Covid, los que los llevo a la consulta precoz. La atención médica vía telefónica fue satisfactoria y se pudo generar una red integral con las jurisdicciones provinciales que aseguraron la provisión de medicación inmunosupresora. Durante la internación los aspectos psicológicos emergentes fueron los esperados para la situación de aislamiento. Se destacó la satisfacción por la atención médica, antes, durante y posterior a la internación. Se deberá seguir evaluando la influencia de los medios de comunicación en este tipo de población vulnerable.

## O-57

### Riñón

Petraglia, L<sup>(1)</sup>;  
Sleiman, J<sup>(1)</sup>;  
Diaz, C<sup>(1)</sup>;  
Ponti, JP<sup>(1)</sup>

(1)Nefrología, CEMIC, CABA,  
Argentina

Financiamiento: No

## Hipercalcemia en pacientes trasplantados renales con neumonía COVID-19

**Objetivo de la presentación:** Exponer una manifestación clínica inusual de la infección por SARS-CoV-2 en receptores de trasplante renal.

**Impacto clínico:** Debido al polimorfismo de la presentación de la infección por SARS-CoV-2 es fundamental conocer sus posibles expresiones clínicas para actuar oportunamente sobre estas, evitando complicaciones y/o evolución desfavorable en pacientes trasplantados (TXR).

**Descripción:** Presentamos dos casos de neumonía COVID con hipercalcemia en TXR. El primer caso, una receptora de su quinto año postTXR donante vivo que cursó internación por neumonía bilateral COVID-19 sin criterios de gravedad. Durante el transcurso de la infección se objetivó deterioro de la función renal, acompañado de hipercalcemia (14.07 mg/dl) e hipoparatiroidismo (PTH 11.24 pg/mL), teniendo laboratorios previos con dosaje de PTH de 111 pg/mL y 25 hidroxicolecalciferol (25-OH) en rango. Evolucionó a la externación con retorno a valores basales. El segundo caso es un masculino de 51 años con TxR donante cadavérico de 5 años de antigüedad que se interna con COVID grave con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, desarrolla hipercalcemia (13.01 mg/dl) con PTH 114 pg/mL (basal 236 pg/mL) y 25-OH 19.8 pg/mL. En seguimiento ambulatorio a los 7 meses recupera valor de calcemia (9.9 mg/dl) y PTH (241 pg/mL).

**Discusión:** Estos casos agregan al abanico de signos y síntomas de infecciones por SARS-CoV-2 información previamente ausente en la literatura. El mecanismo de la hipercalcemia no es bien conocido pero sabemos que puede observarse en otras infecciones respiratorias como aquellas causadas por *Pneumocystis Jiroveci*. Se trata de una presentación atípica y quedará por determinar si estas manifestaciones podrían ser signos de gravedad en la infección por COVID-19.

## O-79

### Riñón

Beltran, D<sup>(1)</sup>;  
Coronel, G<sup>(1)</sup>;  
Vijande, C<sup>(1)</sup>;  
Maiolo, E<sup>(1)</sup>;  
Ajzenszlos, M<sup>(2)</sup>;  
Gomez, N<sup>(3)</sup>;  
Lopez Moral, L<sup>(3)</sup>;  
Schiavelli, R<sup>(1)</sup>

(1)División Nefrología y Trasplante  
Renal, Hospital General de Agudos  
Cosme Argerich, Buenos Aires,  
Argentina

(2)Unidad de Infectología, Hospital  
General de Agudos Cosme Argerich,  
Buenos Aires, Argentina

(3)División Laboratorio Central,  
Hospital General de Agudos Cosme  
Argerich, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

## Reporte de Casos: Absceso en el Injerto Renal.

**Objetivo de la presentación:** Los abscesos de injerto renal (IR) son complicaciones infectológicas de baja frecuencia y pueden desarrollar complicaciones graves. Entre sus factores de riesgo se incluyen infección de la herida, infección del tracto urinario (ITU), fistula ureteral, diabetes, uropatía obstructiva y la inmunosupresión (IS). Se presentan 5 pacientes (P) con abscesos en el IR, edad entre 19 y 73 años, 3 F, con 10 años promedio de trasplante (3-15). 1P con cateterismo intermitente. IS: 4P inhibidores del mTor y 1P tacrolimus, todos con micofenolato y esteroides. Entre los síntomas más frecuente se observó fiebre en 4 P, dolor IR en 3 P, vómitos, diarrea en 2 P y deterioro de ritmo diurético en 1P.

El diagnóstico se realizó por ecografía y posterior tomografía computada (TC). En 4 P la ubicación fue en el polo superior y el otro en polo inferior y extrarrenal. El tamaño medido por TC fue en promedio 37 mm (54- 20 mm).

En todos los P se inició tratamiento antibiótico después de toma de hemo y urocultivos y se obtuvo material del absceso por punción aspirativa con aguja fina (PAAF) a los 7 días promedio. Se decidió drenaje quirúrgico en 2 pacientes por persistencia de la fiebre. Los rescates bacteriológicos fueron, *E. coli* multisensible en 3 P, *E. faecalis* ampicilina sensible en 1P y 1P sin rescate. En 2P el germen fue el mismo que en el urocultivo, en 1P fue un germen distinto y 2P tuvieron urocultivo negativo. 1P presentó hipotensión sostenida con hemocultivo positivo para *Staphylococcus aureus* oxasensible que no fue rescatado en el urocultivo ni en el absceso. El tiempo de tratamiento antibiótico fue entre 19 y 46 días (media 23). Cuatro P presentaron aumento de la creatinina (Cr) con respecto a la habitual 1.08 vs 1.96 mg/dl. (Cr media habitual vs Cr de ingreso), ningún paciente requirió terapia de sustitución renal. Al momento del alta hospitalaria los pacientes, presentaron valores dentro su creatinina habitual y resolución del absceso.

**Discusión:** Este reporte de casos describe pacientes con absceso en IR que fueron resueltos en forma exitosa con tratamiento antibiótico y/o drenaje. La formación de abscesos intrarrenales y perirrenales, son complicaciones infecciosas poco frecuentes, como se aprecia en nuestra serie de 2 años con una incidencia de 0.7 %. El tiempo de aparición post trasplante varía entre 2 semanas como complicación temprana de la cirugía y 9 años relacionado a complicaciones tardías, en nuestra serie tuvimos un tiempo prolongado con una media de 10.4 años (3-15). Se han reportado casos con distintos gérmenes, en nuestros casos la etiología más frecuente, fue *E. Coli*. No encontrando correlación con el urocultivo. Los abscesos pueden generar disfunción del IR y requerir tratamiento antibiótico prolongado como ocurrió en todos nuestros pacientes. En población general la nefrectomía por absceso tiene una mayor morbimortalidad que el drenaje de este, en trasplantados se debe intentar el drenaje, en nuestra serie lo realizamos en 2 pacientes y en resto respondió al tratamiento médico. Con respecto a los gérmenes aislados, los cocos positivos generalmente tienen origen hematógeno y los bacilos gram negativos, generalmente están relacionados a ITU. En nuestra serie 1P presentó hemocultivo a *Staphylococcus aureus* y probablemente el absceso fue de origen hematógeno, mientras que en el resto fueron bacilos gram negativos. Esta serie destaca la importancia de pensar en esta patología infrecuente ante pacientes trasplantados infectados sin respuesta al tratamiento médico.

## O-109

## Riñón

## Pielonefritis enfisematosa en riñón trasplantado. A propósito de un caso.

Pedroza Pallares, A(1); Mombelli, C(1); Giordani, MC(1); Groppa, SR(1); Villamil, S(1); Abeledo, R(1); Ramirez, L(2); Christiansen, S(3); Rosa Diez, G(1); Imperiali, N(1)  
(1)Servicio de Nefrología

Pedroza Pallares, A(1); Mombelli, C(1); Giordani, MC(1); Groppa, SR(1); Villamil, S(1); Abeledo, R(1); Ramirez, L(2); Christiansen, S(3); Rosa Diez, G(1); Imperiali, N(1)  
(1)Servicio de Nefrología Adultos, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital federal, Argentina (2)Servicio de Diagnostico por Imagenes, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital federal, Argentina (3)Servicio de anatomía patológica, Hospital Italiano de Buenos Aires. Capital federal, Argentina

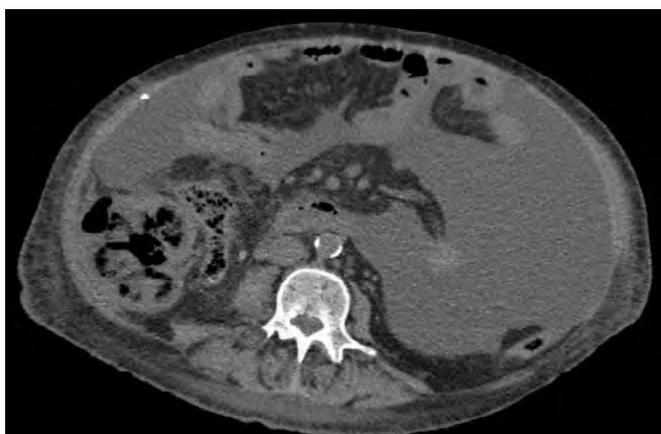
Financiamiento: No

**Introducción:** La Pielonefritis Enfisematosa (PE), es una patología de baja incidencia en el trasplante, que se caracteriza por la presencia y ocupación del parénquima renal por gas, producto de la infección bacteriana de bacilos gram negativos, principalmente la E. Coli, entre otras bacterias, constituye una urgencia clínico - quirúrgica, con riesgo vital, de no ser diagnosticada a tiempo. Se ha identificado la predisposición en pacientes diabéticos y una relación mujer-hombre: 6-1.

**Objetivos:** Describir la presentación clínica y evolución de pielonefritis enfisematosa en un paciente inmunosuprimido, así como las pruebas de imágenes para llegar a un diagnóstico y tratamiento oportuno.

**Material y Método:** Se describe el caso de una paciente de 69 años, causa de ERC: Nefroangioesclerosis, trasplantada renal con donante cadavérico en nov/2014, sin episodios de rechazos documentados. En diciembre de 2019, presenta adenocarcinoma de colon derecho, bien diferenciado infiltrante, irresecable, iniciando tratamiento con platinos, asociando caída de filtrado glomerular, con requerimiento de internación por IRA. Por intolerancia a tratamiento nefrotóxicos, se rota esquema a Nivolumab, dosis total de 960 mg. Consultó a guardia en 1/21, con anuria y severa caída de filtrado glomerular, con requerimiento de terapia sustitutiva renal, interpretándose toxicidad al nivolumab. Se realiza punción biopsia renal, con ecografía doppler post-procedimiento normal. Se recibe informe de anatomía patológica, que describe "Rechazo activo mediado por anticuerpos, C4d positivo en capilares peritubulares. inflamación en la microcirculación, score 2 de banff, arteritis subintimal". Inicia tratamiento con pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulina G humana. Continúa en hemodiálisis por anuria. Intercurre con registro febril con descompensación hemodinámica, se realizan cultivos, e inicia empíricamente tratamiento con imipenem. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis sin contraste, e informan: "riñón trasplantado en fosa iliaca derecha aumentado de tamaño con múltiples burbujas de aire dentro del parénquima renal y del sistema pielocalicial. Asocia a estriación de los planos grasos adyacentes". Se realiza interconsulta al servicio de urología, realizándose trasplantectomía. Actualmente la paciente continúa en hemodiálisis crónica.

**Conclusión:** La PE, constituye un reto diagnóstico, con la ayuda de la tomografía multislice, y la implementación de las clasificaciones actuales, donde se incluye el riñón único y/o trasplantado, debe ser considerado parte de los diagnósticos diferenciales en pacientes inmunosuprimidos.



## O-97 Riñón

Cano Giraldo, GF(1); Soler Pujol, G(1); Laham, G(1); Diaz, C(1)  
(1)Sección Nefrología, CEMIC. CABA, Argentina

Cano Giraldo, GF(1); Soler Pujol, G(1); Laham, G(1); Diaz, C(1)  
(1)Sección Nefrología, CEMIC. CABA, Argentina

## Evolución Clínica de los Pacientes Trasplantados Renales Infeccionados por COVID en CEMIC

**Introducción:** La infección por COVID-19 se ha diseminado de forma global, afectando entre otros a los pacientes trasplantados quienes a priori son una población vulnerable por su condición de inmunosuprimidos.

**Objetivo:** Describir la morbimortalidad y evolución de los receptores de trasplante renal (RTX) con diagnóstico de COVID19.

**Métodos:** Incluimos a todos los pacientes trasplantados de riñón con infección por COVID-19 confirmada por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) internados y ambulatorios diagnosticados en el CEMIC registrando las características clínicas, el manejo y los desenlaces de cada paciente.

**Resultados:** En el periodo comprendido entre 21/6/2020 a 19/2/2021 un total de 34 pacientes trasplantados renales presentaron infección por COVID-19, su edad media fue 51 años, 68% eran de sexo masculino, 71% tenían un trasplante de dador fallecido, siendo la mayoría (59%) tratado con el esquema inmunosupresor compuesto por ICN, ácido micofenólico y esteroides. El 85% de los sujetos presentó neumonía, 38% se complicó con injuria renal aguda, pero no se reportaron pérdidas del injerto renal. La mortalidad fue del 12% en toda la cohorte. Luego de comparar los pacientes supervivientes (n=30) vs. los fallecidos (n=4), observamos que estos últimos tenían mayor proporción de pacientes mayores a 65 años, 75% vs. 20% (p 0.048), mayor frecuencia de antecedentes coronarios 75% vs 7% y de diabetes 100% vs. 26%. Al egreso observamos una media de disminución de creatinina de 19% ( $\pm$  16%) y en el seguimiento al mes, se encontraban estables con función del injerto basal, sin proteinuria o con proteinuria basal previa a la ocurrencia de infección por COVID.

**Conclusión:** Si bien los reportes son variables a nivel mundial, la mortalidad de los pacientes trasplantados renales impresiona ser mayor que la reportada en la población general, y es similar o inferior a la reportada en los pacientes en diálisis y los factores de riesgo para mortalidad en la población evaluada son semejantes a los descriptos para la población general. Estos resultados sugieren que, con recaudos, el trasplante renal sigue siendo la mejor opción de tratamiento de la insuficiencia renal crónica aún en tiempos de pandemia.

Financiamiento: No

# Eventos de Interés



 19 al 22 de mayo, 2021  
**Congreso Argentino de Trasplantes  
SAT 2021 - Virtual**  
Buenos Aires, Argentina  
[www.trasplantes.com.ar](http://www.trasplantes.com.ar)

 20-21 de Mayo 2021  
**2do Congreso Argentino de Trasplante  
Hematopoyético y Terapia celular (GATMO.TC).**  
Buenos Aires. Argentina.  
Más información: [www.gatmo.com.ar](http://www.gatmo.com.ar)

 31 de Mayo al 04 de Junio, 2021  
**6th World Congress of The Tissue  
Engineering and Regenerative  
Medicine International Society (TERMIS2021)**  
Maastricht, the Netherlands  
[www.termis.org/wc2021](http://www.termis.org/wc2021)

 05 al 09 de Junio, 2021  
**American Transplant Congress 2021  
(ATC) virtual**

 Junio 30 al 03 de Julio, 2021  
**17th Congress of the Intestinal  
Rehabilitation and Transplant Association  
(CIRTA 2021) TTS Official Section Meeting**  
Auckland, New Zealand  
[www.tts.org/irta](http://www.tts.org/irta)

 11 al 14 de Septiembre, 2021  
**11th Congress of the International  
Pediatric Transplant Association . IPTA 2021**  
TTS Official Section Meeting  
Prague, Czech Republic  
[www.tts.org/ipta](http://www.tts.org/ipta)

 30 de Septiembre al 1 de Octubre, 2021  
**25th Annual Congress of the Society  
of Paediatric Liver Transplantation  
SPLIT 2021**  
TTS Official Section Meeting  
Pittsburgh, PA, USA

 17 al 20 de Octubre, 2021  
**International Transplantation  
Science Meeting (ITS 2021)**  
Co-organized by TTS-AST-ESOT  
San Diego, CA, USA

 04 al 06 de Noviembre, 2021  
**ISODP 2021  
16th Organ Donation Congress**  
TTS Official Section Meeting  
Las Vegas, NV, USA



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

# Curso Superior Trasplante de Órganos y Tejidos Sociedad Argentina de Trasplante

## Próximamente Quinta Edición

### Objetivos

Formar profesionales de la salud brindándoles las herramientas teóricas necesarias para adquirir competencias en el proceso de trasplante de órganos sólidos y tejidos. Aportar los incentivos para la iniciación en la investigación en el área contribuyendo al desarrollo de la misma.

### Características

• **Destinatarios:**

Médicos y Profesionales de la Salud interesados en la actividad de trasplante

• **Modalidad:**

Curso on-line  
Desarrollo de una plataforma que permite grabación de clases y transmisión simultánea e interactiva.  
Conferencias, foros y discusión.

• **Modalidad de evaluación:**

Presentación de un trabajo  
Examen escrito.

• **Inscripción:**

Abierta a través de la secretaria de la Sociedad de Trasplantes.

• **Desarrollo**

Será modulado: Contará con dos partes, la primera con temas de interés común a todos los órganos y en la segunda se desarrollarán los temas específicos de cada órgano.

• **Aranceles:**

Consulte los aranceles diferenciados en la secretaría para Socios, no Socios y residentes en el extranjero.

**Sede: Sociedad Argentina de Trasplante**  
Maipú 631, Piso 4H . Buenos Aires, Argentina  
Tel.: [+54-11] 43223113 - Mail: info@sat.org.ar



SOCIEDAD ARGENTINA  
DE TRASPLANTES

# Reglamento de publicaciones

La **REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES** es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Trasplantes. Se edita desde el año 2009, de forma cuatrimestral y está indexada en Latindex. La Revista publica artículos en español e inglés de medicina clínica o experimental relacionados a la trasplantología en todas las especialidades.

La Revista publica en sus secciones: Artículos originales, revisiones, editoriales, comunicaciones breves, casuísticas, artículos especiales, cartas al editor, comentarios bibliográficos, guías de tratamiento, reuniones de consenso y notas Técnicas, imágenes en Trasplantología, educación médica continua y otros temas de interés.

Los artículos a publicar deberán ser originales o inéditos, aunque también podrán ser aceptados aquellos que hubieran sido comunicados en sociedades científicas o publicados como resúmenes, en cuyo caso corresponderá mencionarlo. En sus indicaciones para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuado a los requerimientos definidos por la International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en su versión más reciente (Ann Intern Med 1997; 126: 36-47) y a su actualización del mayo de 2000 disponible en:

<http://icmje.org/>

## Proceso de revisión

La **Revista Argentina de Trasplantes** es una revista científica con arbitraje. Los artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, casuísticas y otros que los editores consideren pertinentes, serán examinados por el Comité editorial y por al menos dos revisores externos.

La identidad de los revisores es confidencial.

Luego de esa revisión, la Secretaría editorial informará el dictamen (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación) al autor responsable del manuscrito.

La Dirección editorial se reserva el derecho de rechazar manuscritos que por razones técnicas o científicas no se ajusten al reglamento, o en el caso que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la publicación. El Comité Editorial se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación, siempre que no afecten los conceptos o

conclusiones del artículo.

Una vez aprobada la publicación del trabajo, la **Revista Argentina de Trasplantes** se reserva los derechos para su reproducción total o parcial, aceptando los autores de antemano esta condición al momento de enviar los trabajos. La reproducción total o parcial del material publicado en la revista estará permitida citando la fuente.

Para incluir material de otras fuentes con derechos de autor, se deberá obtener el correspondiente permiso, y adjuntar copia del mismo al artículo propuesto para publicación.

La responsabilidad de las opiniones vertidas en los trabajos será exclusivamente de los autores y éstas no reflejarán necesariamente el pensamiento del Comité Editorial o de la Sociedad Argentina de Trasplantes.

## Presentación de manuscritos

### a. Instrucciones generales

Los manuscritos deberán enviarse por correo electrónico a la Secretaría editorial de la revista: [editorial@sat.org.ar](mailto:editorial@sat.org.ar) indicando en el asunto "Solicitud de publicación".

En el cuerpo del mensaje se indicará el nombre del autor principal con los siguientes datos de contacto: institución de trabajo, teléfono, fax y correo electrónico.

El autor principal es el responsable por el contenido vertido en el artículo y por todos los autores que figuran en el mismo.

En la primera página del manuscrito se consignarán los siguientes datos:

- Título del trabajo (informativo y conciso);
- Título corto o abreviado (no más de 8 palabras o no más 40 caracteres, incluyendo espacios);
- nombre completo de los autores;
- Unidades o instituciones donde se desempeñan (consignando ciudad y país);
- Sección a la que corresponde el artículo;
- Los autores deberán consignar si existe o no conflicto de intereses

Para los distintos tipos de artículos se utilizará, preferentemente, el idioma castellano. En su defecto, se podrá usar el inglés con un resumen en castellano.

Los trabajos se presentarán en formato .doc o .rtf, en medidas 216 x 279 mm (carta) o 210 x 297 mm (A4), con márgenes de al menos 25 mm y no más de 30 mm, interlineado 1,5, en letra Arial o Times New Roman cuerpo 12, u otra de tamaño similar. Las páginas deberán estar numeradas de forma consecutiva, comenzando por la que lleva el título.

### Resumen

Cada manuscrito se enviará con un resumen, evitando la mención de tablas y figuras. El resumen es independiente del texto del artículo y deberá ser escrito en castellano y en inglés, incluyendo 4 palabras clave, en ambos idiomas.

### Unidades de peso y medida

Se empleará el sistema métrico decimal. Las medidas hematológicas y de química clínica se harán en los términos del Sistema internacional de Unidades (Si), utilizando puntos para los decimales.

### Abreviaturas, siglas y símbolos

Sólo se emplearán abreviaturas estandarizadas. Se evitará su uso en el título y en el resumen. La primera vez que se use una abreviatura o sigla, deberá ser precedida por el término completo, a excepción de las unidades de medida estándar.

### Bibliografía

Todas las referencias deberán ser verificadas por los autores sobre la base de los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, según el orden de aparición en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean 6 o menos. Si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el index medicus ([www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)). en el texto, las referencias serán identificadas con números arábigos entre corchetes. En el listado de referencias, los artículos en revistas, libros, capítulos de libros y artículos en internet, se presentarán de acuerdo a los siguientes ejemplos.

### Artículos en revistas

Pfeffer mA, Lamas GA, vaughan De, Parisi AF, Braunwald e. effect of captopril on progressive ventricular dilatation after anterior myocardial infarction. n engl J med. 1988;319:(80-86)

### Libros

Fauci AS, Kasper DL, Braunwald e, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors.  
Harrison's principles of internal medicine. vol 1. 17th ed. new York: mcGraw Hill; 2008.

### Capítulos de libros

Philips DJ, Whisnant P. Hypertension and stroke. In Laragh JH, Brenner Bm (eds). Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. T ed, New York: Raven Press, 1995, p 465-78

### Artículos de revistas en internet

Vitoria JC, Bilbao Jr. novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr 2013;78(1):1-5 [Consulta 14 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>

### Tablas y figuras

Tablas y figuras se presentarán al final del manuscrito, en blanco y negro, una por página.

Las tablas se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto.

Deberán ser indispensables y comprensibles por sí mismas y poseer un título explicativo de su contenido. Las notas aclaratorias y las abreviaturas irán al pie de cada tabla. No deberán emplearse líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la tabla, los encabezamientos del resto y las que indican la terminación de la tabla.

Las figuras (dibujos o fotografías en blanco y negro) se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto. Deberán permitir una reproducción adecuada y poseer un título explicativo de su contenido y una leyenda explicativa al pie.

## Agradecimientos

Se redactarán precediendo a la bibliografía.

Si cabe se citarán: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros y contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos, los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas.

## **b. Instrucciones particulares para la preparación de los manuscritos**

### Artículos Originales

Son trabajos de investigación con un diseño específico. Tendrán una extensión máxima de 7000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas y/o figuras. El manuscrito se dividirá en las siguientes secciones: resumen, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión y conclusiones.

El resumen estructurado, ubicado a continuación de la primera página, no deberá exceder las 250 palabras.

En la introducción se presentarán los objetivos del trabajo y se resumirán las bases para el estudio o la observación. No deberá incluir resultados o conclusiones del trabajo.

Materiales y métodos incluirá una descripción de

(a) la selección de los sujetos estudiados y sus características;

(b) los métodos, aparatos y procedimientos; (c) guías o normas éticas seguidas; (d) descripción de métodos estadísticos, con detalles suficientes para poder verificarlos. En los resultados se incluirá una secuencia lógica de la información recolectada durante el trabajo.

En la Discusión se resaltarán aspectos nuevos e importantes del estudio y la comparación con otros trabajos y meta-análisis del tema. no deberán incluirse informaciones que ya figuren en otras secciones del trabajo.

### Revisiones

Para ser consideradas como tales, las revisiones deben tratar sobre tópicos o temáticas cuya actualización resulte pertinente y deberán fundamentarse con una excelente revisión bibliográfica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 250 palabras, y no es necesario que sea estructurado. el manuscrito tendrá una organización libre.

### Editoriales

Tanto los editoriales como las revisiones, serán escritos a solicitud del Comité editor de la revista.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 30 referencias bibliográficas y hasta 1 tabla y/o figura.

Los editoriales no incluirán resumen y el manuscrito tendrá una organización libre.

### Comunicaciones Breves

Corresponden a resultados que, aunque preliminares, justifican una temprana difusión.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras el resumen no deberá exceder las 150 palabras. Se prescindirá de la división en secciones; sin embargo, el manuscrito mantendrá la secuencia consignada para los Artículos originales.

### Casuísticas

Corresponden a casos singulares con nueva información y observaciones y serán considerados no sólo por su rareza u originalidad, sino también por su interés clínico. Tendrán un extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 dos tablas y/o figuras.

El resumen no deberá exceder las 150 palabras y el manuscrito se dividirá en: introducción, Caso Clínico y Discusión.

### Artículos Especiales

Se trata de monografías, artículos o traducciones que por decisión exclusiva del Comité editorial de la revista, son considerados de gran trascendencia o cuyo avance científico justifique su difusión entre la comunidad médica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo el título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito tendrá organización libre.

#### **Cartas al Editor/ Comité de Redacción:**

Estarán referidas a comentarios de naturaleza editorial, preferentemente vinculados a artículos publicados previamente en la revista.

Tendrán una extensión máxima de 1000 palabras, no más de 6 referencias bibliográficas y 1 tabla y/o figura.

#### **Comentarios Bibliográficos**

Los Comentarios estarán referidos a artículos de la bibliografía internacional cuyo aporte sea significativo, con énfasis en su aplicación clínica. Serán escritos a solicitud del Comité editor de la revista.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resumen, bibliografía y tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 1 tabla y/o figura. El texto estará precedido por el resumen del artículo comentado.

#### **Guías de tratamiento, Reuniones de Consenso, Notas técnicas**

Guías, Consensos y notas se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, especialmente en aspectos diagnósticos y terapéuticos. En la primera página del manuscrito se deberá especificar: a) el Comité, Grupo de Trabajo o Comisión responsable del documento b) Autores y vínculo con el Comité, Grupo o Subcomisión de cada uno de ellos. El resumen, no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito deberá incluir una introducción con los fundamentos del documento.

#### **Imágenes en Trasplantología**

Presenta imágenes ilustrativas de distintos aspectos vinculados a la trasplantología y la conducta seguida en el caso. Tendrán un máximo de 1500 palabras (excluyendo título, bibliografía y tablas y o figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras. No incluirán resumen y el manuscrito se organizará en Caso Clínico y Comentarios.

#### **Números extraordinarios**

Se elaborarán siempre tras la oportuna valoración del Comité Editorial, que determinará su extensión y características y valorará las fuentes de financiación. La preparación

del número monográfico será realizada por uno o varios editores especiales, designados por el Comité Editorial, y que serán los responsables de todo el proceso.

Los números extraordinarios estarán sujetos al proceso de revisión por pares.

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES sigue los lineamientos expuestos por el international Committee of medical Journal editors (CmJe, <http://icmje.org/>) sobre otros aspectos que no estén mencionados en este reglamento y también en lo referido a conflictos de intereses de revisores, autores y editores; a las relaciones con la industria y el apoyo financiero percibido por ella; a la confidencialidad de los manuscritos y a las relaciones entre las revistas médicas y los medios populares de difusión.