

22/11/2014 Comunicaciones Orales

09:20 Sala: Salon de Actos

ASOCIACIÓN ENTRE LA CONDICIÓN DE PORTADOR DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y LA INCIDENCIA DE INFECCIONES POR EL MISMO GERMEN EN DIÁLISIS PERITONEAL EN LA ERA DE LA MUPÍROCINA

Autores: Santos C.¹; Perez Fontan M.²; Ribera R.²; Leite N.²; Lopez Iglesias A.²; Garcia Enriquez A.²; Garcia Falcon T.²; Ferreiro Hermida T.²; Rodriguez-carmona A.²

Centros de trabajo: Hospital Gaia-espinho¹; Chuac²

El tratamiento de portadores de Staphylococcus aureus (SAu)(PSAu) reduce la incidencia de infecciones en DP por este germen. Analizamos esta cuestión en un centro que, desde 1990, criba y trata con mupirocina a PSAu. Estudiamos 665 pacientes. Nuestro protocolo incluye cribado por triplicado basal. PSAu tratados con mupirocina, y reevaluados cada dos meses. No portadores escrutados anualmente. PSAu resistente a mupirocina tratados con ácido fusídico 2%. Estadística mediante pruebas de supervivencia (Kaplan Meier y Cox) a primera infección por SAu.

282 pacientes (43,7%) fueron PSAu basales; 46 (16,3%) no recolonizaron tras tratamiento inicial. 81 pacientes negativos para SAu al inicio de DP presentaron \geq una positividad durante seguimiento. Solo 18 pacientes (2,7% de total, 6,4% de PSAu) fueron positivos basales para SAu resistente a meticilina (SAMR), aunque 95 (14,3%) lo fueron en algún momento durante seguimiento. La resistencia a mupirocina fue rara hasta final de los 90, para crecer luego y estabilizarse en 24,0%. La resistencia basal a mupirocina fue muy infrecuente. Durante seguimiento se produjeron 92 infecciones de catéter (ICat) y 58 peritonitis por SAu.

El análisis univariante y multivariante mostró que el carácter de PSAu predice ICat y peritonitis por SAu. Notablemente, sólo el cribado basal es predictivo, sin riesgo observado para positividades tardías. Igualmente, sólo portadores basales de SAMR muestran riesgo de infecciones por SAu. Los PSAu resistente a mupirocina no presentaron mayor incidencia que los portadores sensibles.

El estado de PSAu sigue asociando riesgo aumentado de ICat y peritonitis en DP, en la era de la mupirocina. Es el cribado basal de PSAu y portadores de SAMR el que identifica a los pacientes en riesgo, mientras que la positividad tardía no tiene el mismo poder predictivo. La resistencia a mupirocina no asocia riesgo de infección por SAu, siempre que se detecte, y se adopten estrategias alternativas.

EL EMPLEO DE ICODEXTRINA PODRÍA DISMINUIR LA TASA DE INFECCIONES PERITONEALES EN PACIENTES EN DIÁLISIS PERITONEAL

Autores: Del Rio L.; Merino C.; Rodríguez C.; Sánchez E.; Gonzalez I.; Núñez M.; Peláez B.; Menendez A.; Fernández M.; Quintana A.

Centros de trabajo: Hospital Universitario Central De Asturias

La Icodextrina es un polímero de glucosa usado como agente osmótico alternativo a la glucosa y adecuado como intercambio diario de larga permanencia en diálisis peritoneal (DP). Las infecciones peritoneales siguen siendo causa de morbimortalidad y fracaso de la técnica. Se han sugerido efectos beneficiosos de la Icodextrina sobre las defensas peritoneales, comparado con otros tipos de soluciones.

Objetivos: investigar diferencias entre tasas de infección peritoneal entre pacientes tratados o no con soluciones de Icodextrina. También analizamos la posible aparición de peritonitis estériles, potencialmente relacionadas con el empleo de Icodextrina.

Métodos: estudio retrospectivo, observacional sobre toda la cohorte de pacientes en DP en un único centro durante 5 años.

Resultados: Doscientos pacientes consecutivos (58 ± 16 años, 59% varones, 33% diabéticos, 52% DP automatizada) fueron seguidos durante 23 ± 19 meses. Ochenta y seis pacientes (43%) empleaban un intercambio largo diario con Icodextrina. Se registraron 179 episodios de peritonitis durante el periodo de estudio (0.46 episodios por paciente-año) en 81 pacientes (40.5%). Las tasas de infección peritoneal fueron menores en el grupo que usaba Icodextrina (0.38 vs 0.51 episodios por paciente-año). La edad y la diabetes condicionaron también aumento del riesgo de peritonitis. La utilización de Icodextrina se asoció a una reducción del 18% en el riesgo de desarrollar peritonitis tras el análisis multivariante. Esta reducción se mantuvo tras el análisis por "score" de propensión. El tiempo hasta la primera de infección peritoneal fue mayor en el grupo con Icodextrina (875 ± 825 vs 663 ± 690 días; $P 0,016$). No se detectaron peritonitis estériles que pudieran estar relacionadas con la Icodextrina

Conclusiones: Aquellos pacientes que usaron Icodextrina como parte de su prescripción experimentaron una menor tasa de infecciones peritoneales que aquellos que no las emplean. Además tardan más tiempo en infectarse. Estos datos sugieren un efecto beneficioso de la Icodextrina sobre las defensas peritoneales.

AUTOFLUORESCENCIA DERMICA (AFD) COMO MEDIDOR DE LOS PRODUCTOS AVANZADOS DE LA GLICACION (PAGS) EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA (ERC) ESTADIOS 3-5. RELACION CON PARAMETROS DE NUTRICION, INFLAMACION Y RIESGO CARDIOVASCULAR (CV).

Autores: Cigarrán Guldris S.¹; Lopez Alarcón W.¹; Latorre Catalá J.¹; Gonzalez Tabarés L.²; Calviño Varela J.²

Centros de trabajo: Hospital Da Costa¹; Hospital Lucus Augusti²

Someter los alimentos a altas temperaturas provoca la generación de PAGs a través de la reacción de Maillard, asociándose con un incremento del riesgo cardiovascular, diabetes e inflamación. Los PAGs juegan un papel clave en la aterosclerosis por unión a las fibras de colágeno en las paredes vasculares, oxidación de la LDL e incremento de la inflamación a través de los receptores de PAGs (RPAGs). El objetivo del presente estudio transversal es evaluar la relación de los PAGs mediante AFD y los marcadores bioquímicos de nutrición, inflamación y riesgo cardiovascular en pacientes con ERC estadios 3-5.

235 pacientes, mediana de edad 72 años, 61.7% varones y 38.2% DM. Se analizaron parámetros de riesgo CV (ateromatosis carotídea e Índice Tobillo-Brazo (ITB), Cociente Alb/cr en orina y Fibrinógeno). Función renal CKD-EPI, e ingesta proteica (nPNA) Los PAGs fueron evaluados con 3 mediciones con AFD (AGEs Reader Autofluorescence. Groningen. Holanda) en el brazo no dominante. La metodología seguida fue la descrita en el manuscrito de validación (Meerwaldt et al : J. Am. Soc. Nephrol 2005;16: 3687-3693). Los datos fueron procesados con SPSS 20 para Windows (Chicago, Ill. USA). Las variables paramétricas con T- student y las no paramétricas con Chi-cuadrado. Los datos derivados de la AFD se correlacionaron bivariadamente (Spearman) con los parámetros bioquímicos. Se consideró significativo “p”<0.05. Los resultados se muestran en la Tabla I. Los PAGs se asocian positivamente a riesgo TRS a 5 años, anemia, IEP, PTHi, Proteína C reactiva, Cociente Alb/Cr, y ateromatosis carotídea y negativamente con sexo (varones), GFR, , Transferrina , Ca, Colesterol e índice tobillo/Brazo.

En conclusión la determinación de PGAs mediante AFD constituye un parámetro a controlar en pacientes ERC y su reducción mejorará el status nutricional, inflamatorio y de riesgo CV. Su papel en la calcificación vascular está por definir.

ENFERMEDAD RENAL Y CALIDAD DE SUEÑO.

Autores: Calviño J.¹; Gonzalez - Tabares L.¹; Iglesias E.¹; Cigarran S.²; Millan B.¹; Cobelo C.¹; Gomez - Larrambe N.¹; Sobrido M. J.³

Centros de trabajo: Eoxi Lugo-cervo-monforte. Hospital Lucus Augusti¹; Eoxi Lugo-cervo-monforte. Hospital Da Costa²; Fundación Pública Galega De Medicina Xenómica-sergas. Centro De Investigación Biomédica En Red De Enfermedades Raras (ciberer)³

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) frecuentemente presentan alteraciones del sueño. La mayoría de los trabajos se centran en la población en diálisis mientras que el impacto de estas alteraciones en estadios precoces de ERC ha sido escasamente estudiado.

Nuestro objetivo fue analizar la calidad del sueño de pacientes seguidos en consulta mediante un cuestionario, valorar los factores relacionados y su evolución.

Entre Enero y Mayo de 2008, se realizó el cuestionario de calidad de sueño de Pittsburgh (CSP) a 122 pacientes, 68 varones y 54 mujeres, y mediana de edad de 65 años que acudieron a consulta. Se dividieron en buena y mala calidad de sueño (CSP<6 y CSP>=6, respectivamente).

El 53% (65 pacientes) obtuvieron puntuaciones de CSP>=6. Los pacientes con peor calidad se caracterizaron por mayor edad (66±14.2 vs 57±16.9, p<0.01), sexo femenino (59 vs 26%, p<0.01) y peor función por MDRD-4 (49±19.2 vs 57±23.2 ml/min, p<0.05). También presentaban menor sideremia (66±28.8 vs 78±24.9 ug/dl, p<0.05) sin repercusión sobre la hemoglobina (13.2±1.55 vs 13.7±1.72 g/dl). Los pacientes con peor calidad de sueño presentaban niveles de vitamina D menores (17±7.2 vs 23±15.1 ng/ml, p<0.05). No se encontraron diferencias en el calcio ni PTH pero sí una correlación entre el fósforo y la puntuación final (r=0.234, p=0.01). Actualmente (6 años después), los pacientes que presentaban peor calidad de sueño tuvieron una tasa superior de ingresos (59 vs 40%, p<0.05) y aunque sin significación, también de exitus (18 vs 14%).

En conclusión, más de la mitad de los pacientes presentaban mala calidad de sueño que se correlacionaba con la edad, sexo femenino, función renal, hierro, vitamina D y fósforo. Una peor calidad de sueño se asoció con una mayor frecuencia de ingresos. Conocer la calidad de sueño en consulta puede ayudarnos a perfilar el pronóstico de los pacientes con ERC.

SUPERVIVENCIA ACTUARIAL EN HEMODIALISIS (HD) VS DIALISIS PERITONEAL (DP) .EXPERIENCIA EN OURENSE 1976-2012

Autores: Otero Gonzalez A.; Arenas Moncaleano I.; Uribe Moya S.; Perez Melon C.; Santos Nores J.; Camba Caride M. J.; Lopez Novoa E.; Lago Labrador F.

Introduccion

La supervivencia comparada de los pacientes en HD vs DP continua siendo objeto de controversia.Las razones pueden ser debidas a diseños distintos con poblaciones heterogeneas, análisis con población incidente o prevalente o inclusión de comorbilidad previa a TRS.

Objetivo

Valorar la supervivencia actuarial de la poblacion INCIDENTE en DP y HD de los pacientes en TRS en la prov de Ourense durante el periodo 1976 - 2012

Material y Metodos

Base de Datos Servicio de Nefrologia 1976-2012 .HD (n:685, edad :60,97 y % de diabetes :14,6%) en DP (n:308,edad 58,8 años y % de Diabetes ;29,51%)

Los datos fueron “censurados” por Tx,Exitus o Transferencia de Técnica,Supervivencia actuarial Kaplan-Meir y Regresión de Cox . En cada grupo para las variables cuantitativas se representa la media y su desviación típica y para las variables cualitativas las frecuencias y sus porcentajes

Resultados

El riesgo de morir es 2,6 veces mayor en los mayores de 65 a y aumenta un 50% en los DM frente a los No DM, pero sin diferencia por la técnica (Tabala 1)

Conclusiones

La opción terapéutica en TRS no puede estar condicionada y con excepción de situaciones especiales, debería existir libre eleccion terapéutica , puesto que la supervivencia no es dependiente de la técnica .

		SE	P-valor	HR	I.C. 95% del R.R
Edad (>65 a)	0.9503	0.1039	0.0000	2.5865	(2.11,3.17)
Sexo (Hombre)	0.1797	0.1002	0.0728	1.1969	(0.98,1.46)
Técnica (DP)	0.2023	0.1072	0.0589	1.2243	(0.99,1.51)
Diabetes	0.4121	0.1115	0.0002	1.5070	(1.21,1.87)

22/11/2014 Comunicaciones Orales

11:50 Sala: Salon de Actos

NEFROCHUS: FIRST DIAGNOSTIC/PROGNOSTIC TESTS FOR ALL HEREDITARY KIDNEY DISEASES

Autores: Sousa Silva L.¹; Lamas Gonzalez O.¹; Covelo Molares H.¹; Regueiro Casuso P.¹; Vazquez C.²; Arrojo F.³; Diaz Rodriguez C.²; Amigo Lechuga J.⁴; Carracedo A.⁴; Garcia-gonzalez M. A.⁵

Centros de trabajo: Health Research Institute Of Santiago De Compostela (idis)¹; University Hospital Complex Of Santiago De Compostela²; H. Arquitecto Marcide, Ferrol³; Galician Public Foundation Of Genomic Medicine⁴; . Health Research Institute Of Santiago De Compostela (idis)⁵

Our group is mainly focused on the study of hereditary kidney diseases. These diseases are associated with mutations in a large number of genes. Sanger is a traditional and reliable method for sequencing, but new generation sequencing (NGS) has improved this method in a time and cost effective manner.

We have developed an strategy of four panels/tests have, including all known genes related to hereditary renal disorders:

- Panel for Common Cystic Diseases: This panel includes 8 genes associated with the most prevalent form in the population of PKD, and therefore more likely to be responsible for the disease. This can be applied for patients with family history of cystic disease.
- Diagnostic/prognostic Panel for all Cystic Diseases: This panel includes the complete list of 72 genes associated with cystic disease. This can be applied for patients lacking family history or when diagnosis/prognosis is needed.
- Diagnosis/prognosis Panel for all glomerular kidney diseases: Includes the sequencing of 26 genes associated with hereditary glomerular disease.
- Diagnostic/prognostic Panel for all tubular kidney diseases: Includes the sequencing of 36 genes associated with hereditary tubulo/interstitial disease.

The in silico design of these tests predict a coverage of 98.5% of the target region (coding and flanking exons) for the panel of common cystic disease, 99.06% for the panel including all cystic diseases, 99.97% for the panel including all glomerular kidney diseases, 99.97% for the diagnostic/prognostic panel for all tubular kidney disease. We have tested the optimal real depth coverage for each individual panel, obtaining an optimal real coverage of 95% (n=42), 92% (n=8), 97% (n=31), 86% (n=16), respectively for each panel at >30X of depth read. We have also developed an algorithm that allow us to reduce the false positives associated to this technology, and abolish possible false negatives, critical for clinical decision.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE PONTEVEDRA. SEDE DE VIGO | 21, 22 NOVIEMBRE 2014

EFFECTOS DE LA HORA DE INGESTA DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL AMBULATORIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROYECTO HYGIA

Autores: Otero Gonzalez A.¹; Rioas M.²; Crespo J.³; Moya A.²; Ayala D.⁴; Hermida R.⁴

Centros de trabajo: Ch Universitario Ourense¹; Servicio Gallego De Saude²; Serrvico Galego De Saude³; Lab Bioingenieria Y Cronobiologia⁴

Objetivos: Diversos estudios prospectivos han reportado diferencias clínicamente relevantes en la eficacia para reducir la presión arterial (PA) ambulatoria (MAPA), duración del efecto terapéutico y perfil de seguridad de la mayoría de los antihipertensivos en función de la hora de su administración. Lo que es más importante, se ha documentado que la ingesta de la dosis completa de antihipertensivos al acostarse, en comparación con la ingesta de todos ellos al levantarse, reduce significativamente el riesgo cardiovascular (CV), tanto en población general como, en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Por ello, hemos evaluado la influencia de la hora de tratamiento sobre el perfil circadiano de la PA en pacientes con distintos estadios de ERC participantes en el Proyecto Hygia, diseñado para valorar prospectivamente riesgo CV mediante MAPA de 48h en centros de atención primaria de Galicia.

Métodos: En este estudio transversal evaluamos 4523 pacientes hipertensos tratados y con ERC (filtrado glomerular estimado [eGFR] <60 ml/min/1.73 m² y/o albuminuria al menos dos veces en 3 meses), 2635 hombres/1888 mujeres, de 66,3±12.9 años de edad. De ellos, 2275 tomaban toda su medicación antihipertensiva al levantarse y 2248 ingerían al menos un fármaco al acostarse. La PA se monitorizó cada 20 minutos entre las 07:00 y las 23:00h y cada 30 minutos en la noche durante 48h. Durante los días de MAPA, los sujetos cubrieron un diario apuntando su horario de actividad y descanso.

Resultados: La profundidad de la PA fue significativamente menor (P<0,001) y la prevalencia del patrón no-dipper mayor con toda la medicación al levantarse (66,1%) que con algún fármaco al acostarse (55,3%; P<0,001) y todavía menor en los pacientes que tomaban toda la medicación al acostarse (46,5%; P<0,001). La prevalencia del patrón riser fue mucho mayor (20,1%) en los pacientes que tomaban toda la medicación al levantarse que en los que tomaban bien alguno (16,1%) o todos los fármacos al acostarse (11,0%; P<0,001 entre grupos), con independencia del estadio de severidad de la ERC.

Conclusiones: Nuestros resultados documentan que la prevalencia del patrón no-dipper/riser, en todos los estadios de severidad de ERC, está significativamente atenuada en pacientes que ingieren su medicación antihipertensiva al acostarse. Estos resultados indican que el tratamiento al acostarse, junto con la valoración con MAPA para establecer el correcto diagnóstico de hipertensión y evaluar la eficacia del tratamiento, deben ser el esquema terapéutico de preferencia en los pacientes con ERC.

ALDOSTERONISMO PRIMARIO : UTILIDAD DEL MUESTREO VENOSO ADRENAL EN LA DECISION QUIRURGICA (NUESTRA EXPERIENCIA TRAS 67 MUESTREOS VENOSOS ADRENALES)

Autores: Perez Perez A. J.; Fernandez Fleming F.; Martin Baez I.; Courel Barrio M. A.; Casal Rivas M.; Alvarez Garcia E.

Centros de trabajo: Chuvi-hospital Xeral

Propósito: Evaluación en pacientes con Aldosteronismo Primario (AP) de diferencia entre hallazgos de pruebas-imagen (TC/RM) y del Test Postural (TP), con Muestreo Venoso Adrenal-MVA invasivo, “gold standard” diagnóstico.

Métodología: En 59 pacientes diagnosticados de AP, confirmado por sobrecarga salina (Aldo sérica >10 ng/dl o Aldo urinaria > 12 µg/día) se realizaron pruebas-imagen (TC o RM), y un TP (Aldo, ARP y Cortisol sérico basal y tras 2 h deambulación). Se hizo MVA bilateral (repetido en 8) y de cava inferior infrarrenal, basal y post-admón. de análogo de ACTH. Criterios de validez y lateralidad convencionales

Resultados: Se hicieron 67 MVA. Muestras válidas (selectivas) en 50 pac. Diagnóstico final indirecto en otros 7 pac. Toma fallida del lado derecho en 15/17. No hubo complicaciones.

De MVA válidos 19 tuvieron emisión unilateral (quirúrgicos) y 31 bilateral (hiperplasias idiopáticas bilaterales-HIB). Entre primeros, 18/19 tenían un nódulo unilateral > 0.7 cm y sólo uno engrosamiento-bilateral (concordancia imagen-MVA: 95%). TP fue positivo en 16 (D aldosterona < +30% propio de adenomas clásicos) y negativo en 3 (D aldosterona > +30% propio de hiperplasia y adenomas atípicos).

20 de 31 con bilateralidad tenían nódulo unilateral > 0.7 cm, e incluso en 5 el TP fue positivo. De otros 11, la TC era normal en 4, engrosamiento-unilateral en 2 y bilateral en 5 (concordancia imagen-MVA: 35.5%), y TP fue positivo en 5 y negativo en 6.

Conclusiones: 1) MVA es un procedimiento seguro aunque requiere experiencia. Muestras válidas en 75% del total. En ausencia de muestra de lado dcho (difícil) se puede llegar al diagnóstico indirectamente. 2) Alto porcentaje (64%) de casos AP debidos a HIB tienen incidentalomas adrenales. 3) La adrenalectomía nunca debe basarse en pruebas de imagen sino en un MVA. Incluso combinando imagen-TP habría error en 9(18%): 5 por exceso y 4 por defecto.

¿DEBERÍAN LOS AGENTES ALQUILANTES SER DESCONSEJADOS COMO PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO DE LA GLOMERULONEFRITIS MEMBRANOSA?

Autores: Arrojo Alonso F.; López Vázquez M.; Díaz Cambre H.; Bouza Piñeiro P.

Centros de trabajo: Hospital Arquitecto Marcide

El tratamiento de la GNM continúa siendo controvertido al producirse muchas remisiones espontáneas y una lenta progresión de la IR.

Para valorar la evolución de las GNM idiopáticas diagnosticados en nuestro centro, especialmente la respuesta al tratamiento y las complicaciones asociadas a los agentes alquilantes, estudiamos retrospectivamente a 19 pacientes analizando los factores predictivos de remisión completa (RC) o parcial (RP) y supervivencia.

Resultados: edad $57 \pm 14,36$ años, 78,9% varones. Biopsia con cronicidad moderada-severa en 12 (63,2%). Cr inicial $1,36 \pm 0,98$ mg/dl, proteinuria $9,14 \pm 3,93$ g/24 h y albúmina $2,62 \pm 0,52$ g/dl. Todos recibieron IECAS/ARA II y estatinas.

- Grupo 1: inmunosupresión con prednisona más clorambucil o ciclofosfamida (13 pacientes), uno tratado con ciclosporina y otro predisona+hidroxiurea.

- Grupo 2: 4 pacientes con medidas generales.

En el Grupo 1 presentaron RC 11 pacientes y 4 RP, frente a 2 RC y 2 RP en el Grupo 2 (NS). Tiempo medio de respuesta (RP o RC) de $5,4 \pm 3,97$ meses (Grupo 1) frente a $29 \pm 9,97$ ($p < 0,05$). Efectos secundarios frecuentes (66,7%), en general de escasa gravedad, con aparición de neoplasias en 2 pacientes.

Evolución tras $8,61 \pm 3,76$ años de seguimiento:

- Grupo 1: 11 pacientes en RC, 2 en RP, 1 paciente dobló Cr inicial y 1 alcanzó ERCT.

- Grupo 2: 2 pacientes en RP, 1 dobló Cr inicial y otro falleció.

La supervivencia en el Grupo 1 fue del 61,5% a los 12,7 años (evento final elevación de Cr $> 50\%$, ERCT o muerte).

Conclusiones: con las limitaciones propias del reducido tamaño muestral, los pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor parecen presentar una mejor evolución, con una rápida inducción y mantenimiento de la remisión. Los efectos secundarios asociados a los agentes alquilantes son frecuentes, en general de poca gravedad. Ante la ausencia de estudios aleatorizados, consideramos que deben seguir siendo utilizados como primera línea de tratamiento.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE PONTEVEDRA. SEDE DE VIGO | 21, 22 NOVIEMBRE 2014

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES MAYORES DE 65 AÑOS.

Autores: Fernandez Rivera C.

Centros de trabajo: Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

El trasplante renal se considera la mejor opción terapéutica de la insuficiencia renal crónica. En discutido en pacientes mayores de 65 año.

El objetivo del estudio es conocer el pronóstico de los pacientes trasplantados mayores de 65 años en nuestro hospital

Se estudian 232(G1) pacientes mayores de 65 años trasplantados (1981-2012). Variables: edad, sexo, tº en diálisis, HLA, Tiempo isquemia fría (TIF), Inmunosupresión, función retrasada (DGF), rechazo agudo, complicaciones, supervivencia, función renal. Los resultados fueron comparados con los pacientes menores de 65 años (G2): 2215. Estadística: t student, Chi cuadrado, Supervivencia según Kaplan Meier, Log Rank, Cox.

Basalmente: edad donante 58±17 años, tº en diálisis 35±28 meses, TIF 22,6±5,8horas eran mayores en G1 vs G2 40±1, 29,8±30, 20,7±6,8 respectivamente (p<0,001). Hiperinmunizados 3% G1 vs 7% G2 (p<0,05).DGF en G1 52% vs 39% G2(P<0,001),uso tacrolimus 55% G1 vs 45% G2(p <0,01), Rechazo agudo 9,7% G1 vs 20% en G2(p<0,001),CMV 28% G1 vs 20% G2(p<0,01), Complicaciones cardiovasculares 27% G1 vs 18% G2(p<0,01). Linfocele, fístula urinaria y estenosis arteria renal NS. La supervivencia paciente al año, 3º y 5º era 86,6%, 76% y 69% en G1 vs 96%, 94% y 91% en G2 (p < 0,001).La supervivencia del injerto censurada para muerte era 82,2% ,76% y 64% en G1 vs 88,5%, 85% y 82% en G2 (p=0,05).La supervivencia era menor en aquellos con patología cardiovascular pretrasplante. (p<0,05). Cox: la edad del receptor no fue un factor de pérdida de injerto frente a otros. La causa más frecuente de pérdida de injerto fue la muerte. Causas principales de muerte: infecciones y cardiovasculares. Creatinina y proteinuria fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: La supervivencia de pacientes trasplantados renales mayores de 65 años es inferior a los menores debido a causas infecciosas y cardiovasculares. La supervivencia del injerto esta condicionada por la muerte del paciente.