



# Proyecto Prometeo



Con el patrocinio de:



# Suplementos en Nefrología

nefrología

# Suplementos - Contenidos

## I. Hipertensión Arterial

Incluida en ISI Web of knowledge, Index Medicus y Medline

**nefrología**

Suplemento extraordinario 2009 - Volumen 29 - Número 3


---

**Documentos de Consenso**


**Hipertensión arterial postrasplante renal: análisis de la evidencia y consenso de un grupo de trabajo\***

**Editores especiales**  
M. Arias  
J.M. Campistol  
R. Marín  
R. Santamaría  
D. Hernández

\* Grupo de Trabajo del Proyecto Prometeo



---

 **Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología**  
Versión original íntegra en [www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)

## II. Diabetes

**nefrología**

Suplemento Extraordinario • Año 2010 - Volumen 1 - Número 2


---

**Documentos de Consenso**


**Diabetes mellitus posterior al trasplante renal: análisis de la evidencia y consenso de un grupo de trabajo**

**Editores especiales**  
M. Arias  
J.M. Campistol  
R. Marín  
R. Santamaría  
D. Hernández

\* Grupo de Trabajo del Proyecto Prometeo



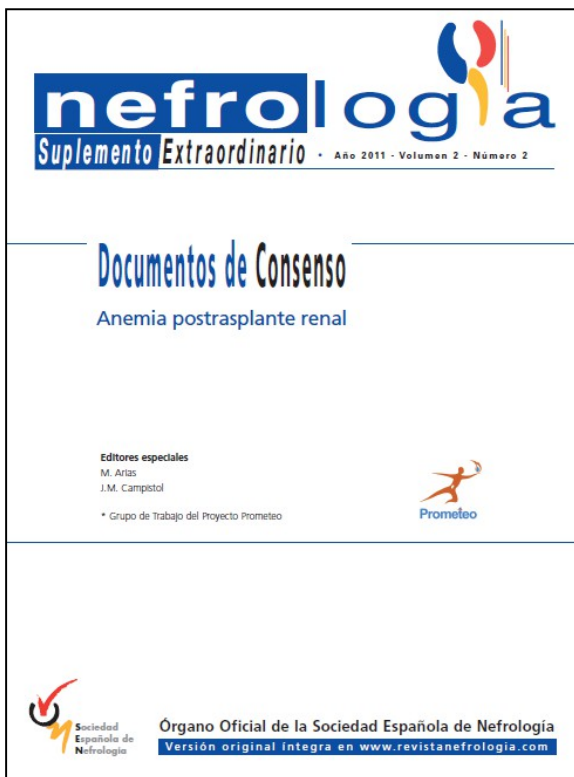
---

 **Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología**  
Versión original íntegra en [www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)

Con el patrocinio de:

# Suplementos - Contenidos

## III. Anemia





**nefrología**  
Suplemento Extraordinario • Año 2011 - Volumen 2 - Número 2

---

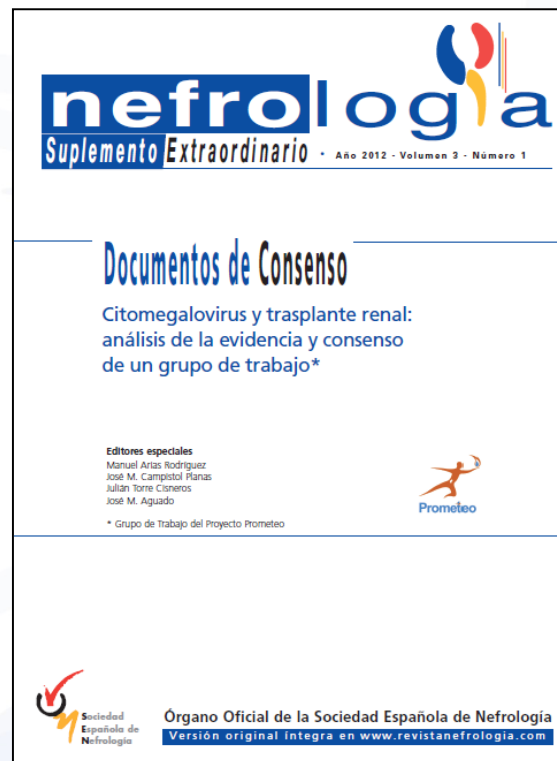
**Documentos de Consenso**  
Anemia postrasplante renal

Editores especiales  
M. Arias  
J.M. Campistol  
\* Grupo de Trabajo del Proyecto Prometeo



 **Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología**  
Versión original íntegra en [www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)

## IV. CMV





**nefrología**  
Suplemento Extraordinario • Año 2012 - Volumen 3 - Número 1

---

**Documentos de Consenso**  
Citomegalovirus y trasplante renal:  
análisis de la evidencia y consenso  
de un grupo de trabajo\*

Editores especiales  
Manuel Arias Rodríguez  
José M. Campistol Planas  
Julian Torre Cisneros  
José M. Aguado  
\* Grupo de Trabajo del Proyecto Prometeo



 **Órgano Oficial de la Sociedad Española de Nefrología**  
Versión original íntegra en [www.revistanefrologia.com](http://www.revistanefrologia.com)

# En breve ...

## Metabolismo Ca/P

### Índice:

 **Introducción** – Campistol y Arias

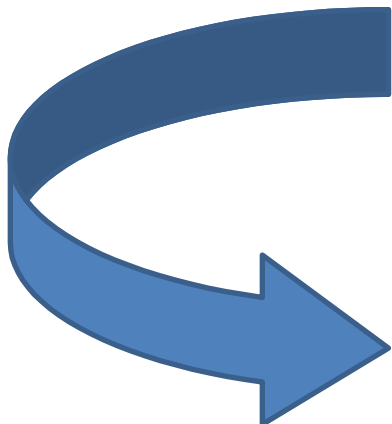
 **Alteraciones del Metabolismo Óseo-mineral tras el Trasplante Renal** -  
*Torregrosa*

 **Osteoporosis y Trasplante** - *Riancho*

 **Grupo 1: Etiopatogenia Metabolismo Ca/P en Trasplante renal** – *Rodríguez Benot*

 **Grupo 2: Manifestaciones Clínicas y Métodos Diagnósticos Metabolismo Ca/P** – *M<sup>a</sup> José Pérez Saez / Marta Crespo*

# Estudios Observacionales



**PROMETEO  
HTA**



**PROMETEO CMV  
Año 2010**



# Estudio Retenal. Hipertensión arterial resistente en el trasplante renal. Prevalencia y significado

---

GRUPO PROMETEO

- Comunicación a congreso

## 21 PREVALENCIA Y SIGNIFICADO CLÍNICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRASPLANTE RENAL. ESTUDIO RETENAL

A. FRANCO ESTEVE<sup>1</sup>, E. GÓMEZ HUERTAS<sup>2</sup>, V. CABELLO CHAVES<sup>3</sup>, J.M. DÍAZ GÓMEZ<sup>4</sup>, J.M. OSORIO MORATALLA<sup>5</sup>, R. GALLEGO SAMPER<sup>6</sup>, E. GALLEGO VALCÁRCCEL<sup>7</sup>, M. ARIAS RODRÍGUEZ<sup>8</sup>, J.M. CAMPISTOL PLANA<sup>9</sup>, R. MARÍN IRANZO<sup>9</sup>

<sup>1</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE, <sup>2</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO, <sup>3</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA, <sup>4</sup> NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT, BARCELONA, <sup>5</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA, <sup>6</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN, LAS PALMAS, <sup>7</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL ALBACETE, <sup>8</sup> NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**

Grupo Prometeo

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo en la mortalidad a largo plazo del trasplantado renal. Tanto el grado de control como la prevalencia y el significado clínico de la HTA, especialmente la HTA resistente, en el trasplante renal están poco estudiados. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y el impacto clínico de la HTA resistente en pacientes con injerto renal funcionante.

**Material y método:** Estudio observacional, epidemiológico, transversal (mayo-septiembre 2009), multicéntrico y de ámbito nacional (30 unidades de trasplante renal). Criterios de inclusión: presión arterial (PA) casual  $\geq 130/80$  mmHg o tratamiento antihipertensivo, creatinina  $< 2,5$  mg/dl, filtrado glomerular estimado (MDRD)  $\geq 30$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, edad  $< 70$  años, injerto funcionante al menos 1 año, estabilidad clínica y consentimiento informado. Se definió HTA resistente como PA sistólica  $\geq 140$  mmHg y/o PA diastólica  $\geq 90$  mmHg en tratamiento con tres o más fármacos antihipertensivos (uno de ellos podía ser un diurético).

**Resultados:** La población de estudio incluye 1.276 pacientes (68% varones) con una edad media (desviación estándar DE) de 52,5 (11,5) años, índice de masa corporal (IMC) de 27,7 (4,9) kg/m<sup>2</sup>, filtrado glomerular (MDRD) 54,7 (22,3) ml/min/1,73 m<sup>2</sup> y tiempo desde el trasplante de 5,5 (2,8) años. El tratamiento inmunosupresor fue tacrolimus en 77% de los casos, ciclosporina A en un 12%, micofenolato de mofetilo en un 71% y corticoides en un 60%. La PA casual sistólica media (PAS) era 138,73 (17,84) y la diastólica (PAD) 79,97 (10,16) mmHg. En 779 pacientes (61%) se recogieron datos de monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), siendo la MAPA sistólica media 131,6 (14,2) y la diastólica 77,4 (8,7) mmHg. Un total de 260 pacientes tenía HTA resistente, con una prevalencia del 20,4%, aunque esta aumentaba al 32% para el criterio estricto de PAS casual  $\geq 130$  y PAD casual  $\geq 80$  mmHg. En el grupo de pacientes con HTA resistente frente al grupo sin HTA resistente se observó una mayor edad (70,5 vs. 67,3 años), IMC (29,0 vs. 27,7 kg/m<sup>2</sup>), tiempo desde el trasplante (6,2 vs. 5,4 años) creatinina sérica (1,48 vs. 1,39) y proteinuria (562,2 vs. 274,4), así como valores inferiores de hemoglobina (13,2 vs. 13,5), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Un 20% de los trasplantados renales presentan HTA resistente, la cual es más frecuente en pacientes con diabetes y se asocia a una peor función renal.

## XLI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología

15-18 de octubre de 2011, Sevilla

doi:10.3265/Nefrologia.pre2011.Sep.11158



Sevilla 15 al 18 de Octubre 2011



## 525 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HTA EN POBLACIÓN TRASPLANTADA RENAL MEDIANTE MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL: ESTUDIO RETENAL

G. FERNÁNDEZ-FRESNEDO<sup>1</sup>, A. FRANCO ESTEVE<sup>2</sup>, E. GÓMEZ HUERTAS<sup>3</sup>, V. CABELLO CHAVES<sup>4</sup>, J.M. DÍAZ GÓMEZ<sup>5</sup>, J.M. OSORIO MORATALLA<sup>6</sup>, R. GALLEGU SAMPER<sup>7</sup>, E. GALLEGU VALCÁRCEL<sup>8</sup>, J.M. CAMPISTOL PLANA<sup>9</sup>, R. MARÍN IRANZO<sup>10</sup>, M. ARIAS RODRÍGUEZ<sup>11</sup>

<sup>1</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER, <sup>2</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE, <sup>3</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS, OVIEDO, <sup>4</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA, <sup>5</sup>NEFROLOGÍA, FUNDACIÓ PUIGVERT, BARCELONA, <sup>6</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA, <sup>7</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DOCTOR NEGRÍN, LAS PALMAS, <sup>8</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL GENERAL DE ALBACETE, <sup>9</sup>NEFROLOGÍA, HOSPITAL CLÍNIC, BARCELONA, <sup>10</sup>NEFROLOGÍA, CENTRO MÉDICO DE ASTURIAS, OVIEDO, <sup>11</sup>NEFROLOGÍA, CLÍNICA RENAL ASTURIAS, HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER

**El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico:**  
ESTUDIO RETENAL

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es un problema muy prevalente en los pacientes trasplantados y el control de la presión arterial (PA) se convierte en un objetivo primordial. La monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) en 24 h, respecto a la toma casual en consulta, se correlaciona mejor con la afectación de órganos diana, detecta el efecto bata blanca, así como los patrones circadianos de la PA. El objetivo del estudio fue valorar la relación entre la PA en la consulta y la obtenida por MAPA así como conocer los patrones circadianos de la PA en población trasplantada renal.

**Métodos:** Estudio observacional, epidemiológico, transversal, multicéntrico y de ámbito nacional (30 unidades de trasplante). Criterios de inclusión: PA casual (PAC) > 130/80 mmHg o tratamiento, creatinina < 2,5mg/dl, FG por MDRD > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, edad < 70 años, injerto funcionante al menos 1 año, estabilidad clínica y consentimiento informado. Se procedió al registro de la PA mediante triple toma estándar en consulta y mediante MAPA (Spacelab-90217).

**Resultados:** La población de análisis incluyó 868 pacientes con MAPA (68,2% varones) con una edad media 53,2 ± 11,1 años y tiempo desde el trasplante de 5,5 ± 2,8 años. El tratamiento inmunosupresor fue tacrolimus en 76,3%, ciclosporina A en 11,8%, micofenolato en 82% y corticoides en 59%. Se objetivó buena correlación entre las cifras de PA por MAPA y PAC. Se observó un 22% de HTA bata-blanca y 13% HTA enmascarada. El patrón circadiano de la PA mostró: 19,8% dipper, 50% non-dipper y un 30,2% riser.

**Conclusión:** Existe un patrón circadiano alterado en la mayoría de los casos, lo que conlleva un peor pronóstico. El porcentaje de HTA bata blanca es elevado, así como de HTA enmascarada. La MAPA nos permite detectar los pacientes de riesgo, valorar grado de control y hacer las modificaciones oportunas en el tratamiento médico por lo que su uso debería incrementarse.

### ■ Tabla. Resultados.

	Consulta	MAPA media de 24 h	MAPA media diurna	MAPA media nocturna
PAS	140 ± 18	131 ± 14	133 ± 14	128 ± 16
	R = 0,41, p = 0,000		Variación D-N: -3,6 ± 7%	
PAD	80 ± 10	77 ± 8	79 ± 9	73 ± 9
	R = 0,36, 0,000		Variación D-N: -6,7 ± 8%	

- Comunicación a congreso

## XLII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología

6-9 de octubre de 2012, Maspalomas, Gran Canaria

doi:10.3265/Nefrologia.pre2012.Sep.11746

Editor especial: José Luis Górriz Teruel



## TRASPLANTE RENAL-PÁNCREAS I

### 58 - Características clínicas de los pacientes trasplantados con hipertensión refractaria por registro MAPA. Estudio RETENAL

G. Fernandez Fresnedo<sup>1</sup>, A. Franco Esteve<sup>2</sup>, E. Gómez Huertas<sup>3</sup>, R. Marín<sup>3</sup>, V. Cabello Chaves<sup>4</sup>, JM. Díaz Gómez<sup>5</sup>, JM. Osorio Moratalla<sup>6</sup>, R. Gallego Samper<sup>7</sup>, E. Gallego Valcárcel<sup>2</sup>, JM. Campistol<sup>6</sup>, M. Arias<sup>1</sup>

(1) Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander (2) Hospital General, Alicante (3) Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo (4) Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla (5) Fundació Puigvert, Barcelona (6) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Sevilla (7) Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas (8) Hospital Clinic, Barcelona.

#### Objetivos / Introducció

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo en la mortalidad a largo plazo del trasplantado renal. La HTA resistente (HTAr) es una entidad poco estudiada, con una prevalencia real difícil de determinar y más aún en pacientes trasplantados. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia y el impacto clínico de la HTAr en pacientes con injerto renal funcionante.

#### Material y métodos

Estudio observacional, epidemiológico, transversal, multicéntrico y de ámbito nacional (30 unidades de trasplante renal). Criterios de inclusión: presión arterial casual (PAC) > 130/80 mmHg o tratamiento, creatinina < 2,5 mg/dl, filtrado glomerular estimado (MDRD) > 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, edad < 70 años, injerto funcionante al menos 1 año, estabilidad clínica y consentimiento informado. Se definió HTAr en toma casual en consulta como PASy/oPAD ≥ 140/90 mmHg y por MAPA como PAS y/o PAD ≥ 130/80 y en tratamiento con tres o más fármacos (uno de ellos un diurético). Se dispone de cifras de PAC en consulta y por MAPA

#### Resultados

Resultados: La población de análisis incluyó 868 pacientes con MAPA (68,2% varones) con una edad media 53,2±11,1 años y tiempo desde el trasplante de 5,5±2,8 años. El tratamiento inmunosupresor fue tacrolimus en 76,3%, ciclosporina A en 11,8%, micofenolato en 82% y corticoides en 59%. Un 15,9% de los pacientes presentaban HTAr por PAC en consulta, aunque ésta aumentaba a 23.5% para el criterio de PAC > 130/80 mm Hg. Tras registro MAPA, la HTAr se confirmó en un 81% y el 19% restante presentaba HTAr falsa por reacción de bata blanca. Por otro lado un 7.3% de los pacientes sin HTAr por PAC presentaban criterios de HTAr enmascarada por MAPA, es decir HTAr verdadera. Por tanto, la prevalencia de HTAr por criterios MAPA fue de 19%. En el grupo de pacientes con HTAr verdadera se observó una mayor edad (56,6 vs. 52,8 años), IMC (29,1 vs. 27,4 kg/m<sup>2</sup>), proteinuria (467 vs. 200 mg) y menor FG según MDRD (55,8 vs. 51.3), así como mayor porcentaje de diabéticos (37% vs 26%), dislipémicos (74% vs 58%), HVI (44% vs 28%), CP Isquémica (14,5 vs 6,7%) y arteriopatía periférica (15,9 vs 5%) siendo estas diferencias significativas (P < 0,01).

#### Conclusiones

Conclusiones: Un 19% de los trasplantados renales presentan HTAr por MAPA, siendo más frecuente en pacientes con alto riesgo CV asociándose a peor función renal. La MAPA es una herramienta imprescindible para un correcto diagnóstico y manejo de los pacientes trasplantados con HTA.

- Comunicación a congreso



## TRASPLANTE RENAL-PÁNCREAS I

### 58 - Características clínicas de los pacientes trasplantados con hipertensión refractoria por registro MAPA. Estudio RETENAL

G. Fernandez Fresnedo<sup>1</sup>, A. Franco Esteve<sup>2</sup>, E. Gómez Huertas<sup>3</sup>, R. Marín<sup>3</sup>, V. Cabello Chaves<sup>4</sup>, JM. Díaz Gómez<sup>5</sup>, JM. Osorio Moratalla<sup>6</sup>, R. Gallego Samper<sup>7</sup>, E. Gallego Valcárcel<sup>2</sup>, JM. Campistol<sup>8</sup>, M. Arias<sup>1</sup>

(1) Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander (2) Hospital General, Alicante (3) Hospital Universitario

Central De Asturias, Oviedo (4) Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla (5) Fundació Puigvert, Barcelona (6) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Sevilla (7) Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas (8) Hospital Clinic, Barcelona

**Objetivo**  
Introducción de largo plazo prevalencia determinada

**Material**  
Estudio de trasplante de riñón con creatinina en el injerto función toma caso y en tratamiento consulta

**Resultados**  
Resultado medio 53% fue tacrolo 15,9% de el criterio restante sin HTA. Por tanto verdadero vs. 200 mg vs 26%), periférica

**Conclusiones**  
Conclusiones en pacientes impresiones

• Premio a mejor póster



La Junta Directiva y el Comité Científico de la Sociedad Española de Trasplantes han decidido otorgar el Premio a la Mejor Comunicación POSTER, presentada en el **2º Congreso de la Sociedad Española de Trasplantes**, al trabajo titulado:

### Características clínicas de los pacientes trasplantados con hipertensión refractoria por registro MAPA. Estudio RETENAL

Presentado por los autores:

**G. Fernandez Fresnedo<sup>1</sup>, A. Franco Esteve<sup>2</sup>, E. Gómez Huertas<sup>3</sup>, R. Marín<sup>3</sup>, V. Cabello Chaves<sup>4</sup>, JM. Díaz Gómez<sup>5</sup>, JM. Osorio Moratalla<sup>6</sup>, R. Gallego Samper<sup>7</sup>, E. Gallego Valcárcel<sup>2</sup>, JM. Campistol<sup>8</sup>, M. Arias<sup>1</sup>**

(1) Hospital Universitario Marqués De Valdecilla, Santander (2) Hospital General, Alicante (3) Hospital Universitario Central De Asturias, Oviedo (4) Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla (5) Fundació Puigvert, Barcelona (6) Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Sevilla (7) Hospital Universitario De Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas (8) Hospital Clinic, Barcelona.

Dr. Manuel Arias  
Presidente de la SET

Madrid, a 26 de Junio de 2012

Dr. José Mª Morales  
Presidente del Comité Organizador

**CONGRESO**  
SOCIADAD ESPAÑOLA DE TRASPLANTE  
PALACIO DE CONGRESOS  
MADRID  
26 JUNIO 2012

????????????????????



## Sorteo cena



## Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Kidney Transplant Patients: RETENAL Study

G. Fernandez Fresnedo, A. Franco Esteve, E. Gómez Huertas, V. Cabello Chaves, J.M. Díz Gómez, J.M. Osorio Moratalla, R. Gallego Samper, E. Gallego Valcárcel, J.M. Campistol Plana, R. Marín Irazo, and M. Arias Rodríguez, RETENAL Group

### ABSTRACT

Hypertension is common following renal transplantation, affecting up to 80% of transplant recipients. It is generally accepted that hypertension is associated with poor graft survival and reduced life expectancy, contributing to increased cardiovascular risk factors and mortality rates. The aim of the study was to compare the blood pressure (BP) control in kidney transplant patients through the use of ambulatory BP monitoring (ABMP) versus office BP measurements (oBP). A multicenter, cross-sectional, observational study was conducted in 30 nephrology/kidney transplant units. Eligible patients included hypertensive cadaveric kidney transplant recipients aged <70 years, with a functioning kidney for at least 1 year and with an estimated glomerular filtration  $\geq 30$  mL/min/1.73 m<sup>2</sup> and a serum creatinine < 2.5 mg/dL. Recorded data included demographic characteristics, oBP, and ABPM and laboratory investigations. The 868 patients showed a mean recipient age of was  $53.2 \pm 11.6$  years and mean follow-up after transplantation,  $5.5 \pm 2.8$  years. Mean systolic and diastolic oBP were  $140.2 \pm 18$  and  $80.4 \pm 10$  mm Hg, respectively. Seventy-six percent of patients had oBP higher than or equal to 130/80 mm Hg. Mean 24 hour ABPM were  $131.5 \pm 14$  and  $77.4 \pm 8.7$  mm Hg for systolic and diastolic BP, respectively. Using the ABPM, we observed that 36.5% of subjects were controlled (mean 24-hour BP < 130/85 mm Hg). The two methods (oBP and ABPM) showed significant agreement. After ABPM, 65% of patients diagnosed as true controlled hypertension were considered to have white-coat RH. In clinical practice ABPM may help for better adjustment of drugs for adequate BP control.

- Publicación del congreso

### Transplantation Proceedings





1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17

## TITLE

Clinical Characteristics of Renal Transplant Patients With Resistant Hypertension Classified by Ambulatory Blood Pressure Monitoring

## AUTHORS

Arias-Rodríguez M<sup>1</sup>, Fernández-Fresnedo G<sup>1</sup>, Campistol JM<sup>2</sup>, Marín R<sup>3</sup>; on behalf of RETENAL Group (Control of Resistant Hypertension in renal transplant. Prevalence and significant)

Respuesta : The referees recognize the value of this dataset, but were uniform in their criticism of the analysis

## Cuestiones a resolver:

### EDITORES

-Definición de HTA refractaria.

*\*Se cuestiona el criterio: TA > 130/80 mm Hg en consulta y 3 o + F (al menos 1 diurético)*

-Valoración de la adherencia al tratamiento.

*\*No hay datos objetivos de dicha valoración*

-Inclusión de diurético en la definición de HTA refractaria

*\*Se cuestiona si incluir en definición: 3 o + F (aunque uno de ellos no sea diurético)*

-Definición de HTA refractaria usando criterios MAPA.

*\*No existen datos en la literatura sobre cual es la definición por MAPA*

-Otras causas de HTA refractaria

*\*Se cuestiona si se ha descartado SAOS, HTA vasculo-renal etc.*



Cuestiones a resolver:

## REVIEWERS

...The aforementioned study is very interesting, since data about resistant hypertension and ABMP in transplanted patients are nearly absent....

- Pero además.....
- ¿Por qué se excluyen trasplantes de > 10 años?.
- Niveles de CyA y FK
- Dosis de esteroides
- Dosis de diuréticos
- HTA enmascarada
- Datos sobre insuficiencia cardiaca (el 30% presenta criterios ECG de HVI).
- Datos sobre Na en orina



Plan: Reanalizar y reenviar de nuevo con las correcciones

# **Operación**

“Estudio observacional epidemiológico prospectivo multicéntrico para evaluar la incidencia de enfermedad por CMV y los factores de riesgo asociados en pacientes trasplantados Renales Receptor +”

**Promotor:**



Con el patrocinio de:



**Diseño:** Estudio observacional epidemiológico y prospectivo

**Población del estudio:** pacientes trasplantados renales CMV+, que reciban un órgano de donante CMV+ ó CMV- (D+/ R+ ó D-/R+).

**Objetivo Principal:** % de pacientes con enfermedad por CMV (incidencia).

## **Objetivos Secundarios:**

- Evaluar la incidencia de aparición de viremia asintomática por CMV.
- Identificar los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad y a la replicación viral asintomática por CMV, entre ellos:

- Régimen inmunosupresor
- Manejo del CMV (profilaxis, preemptive o tratamiento)
- Rechazo agudo
- HLA

- Nº de transfusiones
- Recuento de linfocitos
- Tipo de trasplante

# DESARROLLO DEL ESTUDIO E s t u d i o **o p e r a**

**2 meses  
antes de lo  
previsto**



# PACIENTES POR CENTROS

CENTROS	Pacs	CENTROS	Pacs
Son Espases	30	H. La Paz	12
H. U. General de Asturias	29	H. Dr. Peset	12
F. Puigvert	29	CUN	10
H. Carlos Haya	29	H. G . Albacete	10
H. Virgen del Rocío	28	H. La Fe	10
H. Clinic BCN	27	H. Puerta del Mar	9
H. U. Virgen de la Arrixaca	21	H. Miguel Servet	9
H. General de Alicante	20	H. U. Insular de la Palmas	8
H. Doce de Octubre	19	H. Ramón y Cajal	8
H. Vall d´Hebron	16	H. U. Salamanca	7
H. U. Marqués de Valdecilla	15	H. Reina Sofía	7
H. Infanta Cristina	14	H. Clínico San Carlos	2
H. Clínico de Valladolid	14	H. Fundación Jiménez Díaz	1

Pacientes Incluidos: 396

N protocolo= 366

# Cumplimentación de los datos en el CRD

6 meses de  
seguimiento  
incompleto en 250  
pacientes.

**ENVÍO ABSTRACT ATC  
2013 (Deadline 30 Nov.)**

**Cumplimentación de los datos  
de las visitas de seguimiento  
en el CRDe antes del 1 de  
Noviembre**

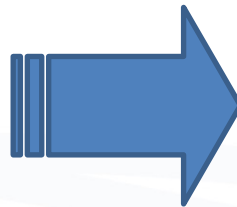
# NOVEDADES: SUBESTUDIO POLIMORFISMOS GENÉTICOS

Analysis of single-nucleotide polymorphisms in genes related to immune function for association with the incidence and features of active cytomegalovirus infection and disease in solid organ transplant recipients

- ✓ **Determinados polimorfismos** en la secuencia de algunos genes que intervienen en la activación y regulación del sistema inmunitario, se han asociado con una **mayor incidencia de infección activa y /o enfermedad por el CMV en el receptor**
- ✓ Se pretende observar si existe asociación entre uno o varios de estos polimorfismos genéticos y la incidencia de enfermedad y/o viremia por CMV.

# SUBESTUDIO POLIMORFISMOS GENÉTICOS

Podrían permitir conocer con antelación el riesgo de los pacientes a desarrollar enfermedad por CMV, identificando aquellos con más riesgo



Plantear la estrategia y duración correcta para cada paciente: profilaxis o preemptive

➤ Se analizarán los siguientes polimorfismos:

✓ IL-10: immunoregulatory cytokine

✓ CCR5 (CD195): C-C chemokine receptor

✓ MCP-1 (CCL2): chemokine

✓ TLR-2 (membrane Toll-like receptor)

✓ TLR-9 (endosomal Toll-like receptor)

✓ IL-28B (IFN $\lambda$ 3 belonging to type III IFNs)

✓ DC-SIGN (CD209) Dendritic Cell-Specific Intercellular adhesion molecule-3-Grabbing Non-integrin

# SUBESTUDIO POLIMORFISMOS GENÉTICOS: trámites administrativos

- Ya aprobado por el CEIC de referencia
- Centros donde ya se puede realizar la Visita de Inicio:

**H Puerta del Mar**

**H Miguel Servet**

**H Son Espases**

**H de Valdecilla**

**H Valladolid**

**H 12 de Octubre**

**H Clínico San Carlos**

**H La Paz**

**H Ramón y Cajal**

**CUN**

**H Virgen de la Arrixaca**

**H Dr. Peset**

- Resto de los centros tramitando Notificación /Aprobación por el CEIC Local de cada uno.

**VISITAS DE INICIO  
SUBESTUDIO  
POLIMORFISMOS**

**ENVÍO ABSTRACT ATC  
2013 (Deadline 30 Nov.)**

**Cumplimentación de los datos  
de las visitas de seguimiento  
en el CRDe antes del 1 de  
Noviembre**



# Proyecto Prometeo

Alteraciones de los lípidos  
en postrasplante renal

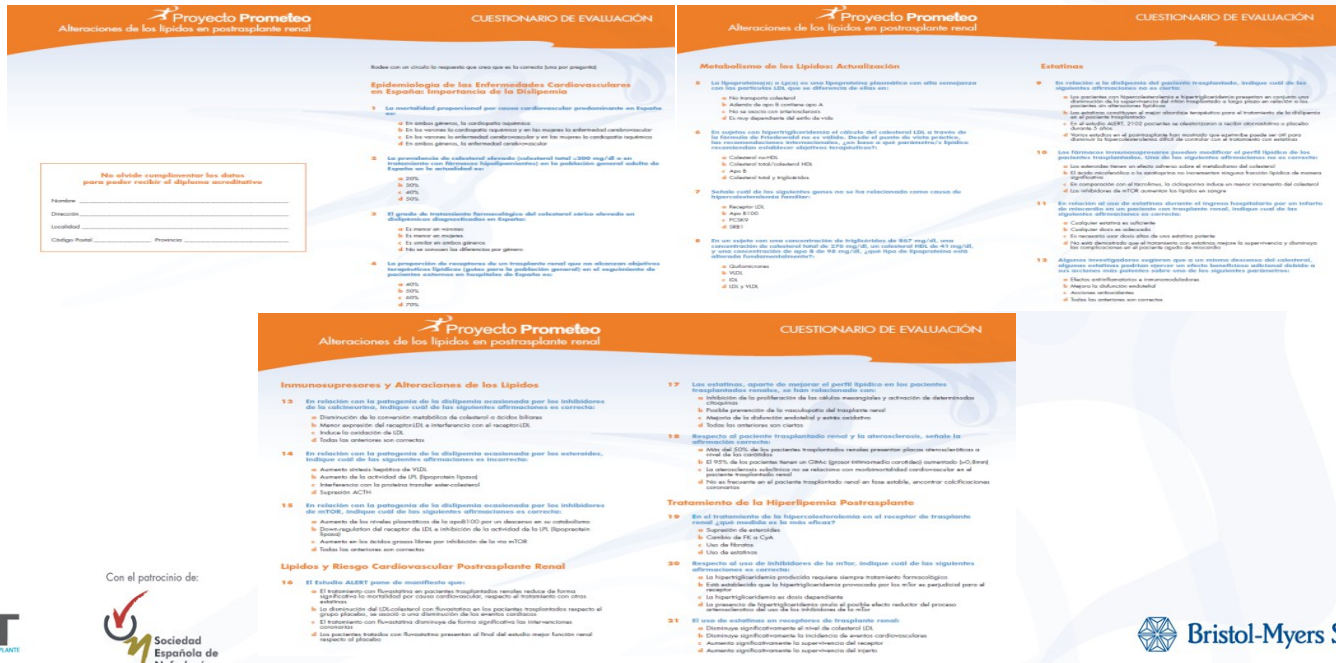
# Acreditación



- Esta actividad docente (con nº de expediente 10.347-189/12), está acreditada por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Cantabria con **14,3 créditos.**

# Justificación Concesión Créditos

Se ha incluido un cuestionario de evaluación en la parte presencial que se han tenido en cuenta para la asignación de créditos.



The image displays three pages of a questionnaire titled 'CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN' for 'Alteraciones de los lípidos en postratante renal' (Lipid Alterations in Post-transplant Renal). The pages are organized into sections:

- Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en España: Importancia de la Dislipemia** (Epidemiology of Cardiovascular Diseases in Spain: Importance of Dyslipidemia)
- Metabolismo de los Lípidos: Actualización** (Lipid Metabolism: Update)
- Estadísticas** (Statistics)
- Inmunosupresores y Alteraciones de los Lípidos** (Immunosuppressants and Lipid Alterations)
- Tratamiento de la Hiperlipemia Postratante** (Treatment of Post-transplant Hyperlipidemia)

Each page includes multiple-choice questions (e.g., '¿En qué género, la cardiopatía isquémica...?', '¿La hiperlipidemia en lipidos es una enfermedad prevalente...?') and a data entry box for 'Nombre', 'Domicilio', 'Localidad', and 'Código Postal'. The bottom page also includes a section for 'Lípidos y Riesgo Cardiovascular Postratante Renal'.

Con el patrocinio de:



## Alteraciones de los lípidos en postrasplante renal

Parador de Alcalá de Henares y Hostería del Estudiante - Alcalá de Henares

### VIERNES 19 OCTUBRE

- 11:00-11:15 h. | **Introducción y Bienvenida**  
Dr. Manuel Arias  
Catedrático de Medicina  
Jefe del Servicio de Nefrología  
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla, Santander
- Dr. Josep M. Campistol  
Director del Instituto Técnico de Nefrología y Urología  
Hospital Clínic, Barcelona

### Sesión de expertos

- 11:15-12:15 h.  
(incluido discusión) | **Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en España: Importancia de la Dislipemia**  
Dr. José Ramón Banegas  
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública  
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, Madrid
- 12:15-13:15 h.  
(incluido discusión) | **Metabolismo de los Lípidos: Actualización**  
Dr. Fernando Civeira  
Catedrático de Medicina  
Facultad de Medicina de la Universidad, Zaragoza  
Unidad de Lípidos, Hospital Univ. Miguel Servet, Zaragoza
- 13:15-14:15 h.  
(incluido discusión) | **Estatinas**  
Dr. Jesús Egido  
Catedrático de Medicina  
Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, Madrid  
Jefe de Servicio de Nefrología e Hipertensión  
Director del Laboratorio de Patología Vascul ar y Renal  
Fundación Jiménez Díaz, Madrid

14:15-15:30 h. | **Comida**

15:30-18:30 h. | **Trabajo en Grupos**

18:30-20:00 h. | **Reunión de Portavoces y Coordinadores**

### SÁBADO 20 OCTUBRE

- 09:00-10:00 h. | **Inmunosupresores y Alteraciones de los Lípidos**  
Dr. Frederic Cofan  
Servicio de Nefrología  
Hospital Clínic, Barcelona
- 10:00-11:00 h. | **Lípidos y Riesgo Cardiovascular Postrasplante Renal**  
Dra. Laura Cañas  
Servicio de Nefrología  
Hospital Univ. Germans Trias i Pujol, Badalona. Barcelona
- 11:00-12:00 h. | **Tratamiento de la Hiperlipemia Postrasplante**  
Dr. Antonio Franco  
Servicio de Nefrología  
Hospital General, Alicante
- 12:00-12:30 h. | **Resumen y Conclusiones**  
Dr. Manuel Arias  
Catedrático de Medicina  
Jefe del Servicio de Nefrología  
Hospital Univ. Marqués de Valdecilla, Santander
- Dr. Josep M. Campistol  
Director del Instituto Técnico de Nefrología y Urología  
Hospital Clínic, Barcelona
- 12:30-13:15 h. | **Comida**

# MUCHAS GRACIAS