



**XIX Congresso Luso Brasileiro  
de Transplantes**

**Portugal 2021**

Comunicação Oral  
Comunicação Breve  
E-Poster

**SUMÁRIO**

Nº Ref.	TRANSPLANTE RENAL - Comunicação Oral	Pag.
CO-RIM-01	<b>HOSPITALIZED AND OUTPATIENT KIDNEY TRANPLANT RECIPIENTS WITH COVID-19</b> Inês Duarte; Carolina Branco; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; Marta Neves; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Guerra	54
CO-RIM-02	<b>KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS WITH DIABETES MELLITUS HAVE WORSE OUTCOMES FOR COVID-19 THAN NON-DIABETICS</b> Débora Dias de Lucena; Isabella Aguiar de Brito; Marina Pontelli Cristelli; José Omar Medina-Pestana; Hélio Tedesco Silva Jr; Érika Bevilaqua Rangel	54
CO-RIM-03	<b>THE IMPACT OF COVID-19 IN A RENAL TRANSPLANT UNIT</b> Joana Tavares; João Pedro Oliveira; Bárbara Ribeiro; Pedro Reis Pereira; Jorge Malheiro; Sofia Pedroso; Manuela Almeida; La Salate Martins; Leonídio Dias; António Castro Henriques; António Cabrita	54
CO-RIM-04	<b>AValiação DO IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV 2 NOS DOENTES TRANSPLANTADOS NUMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL</b> Rui Filipe Nogueira; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Ana Belmira; Elisa Almeida; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves	54
CO-RIM-05	<b>COVID-19 PANDEMIC AMONG KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS IN BRAZIL: ONE YEAR AFTER.</b> Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Helen Fagundes; Suelen Martins; Kamilla Linhares; Bianca Cassão; Vega Azevedo; Monica Nakamura; Daniel Wagner Santos; Lucio Roberto Requião Moura; Renato Demarchi Foresto; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana	55
CO-RIM-06	<b>PANDEMIA SARS-COV 2 NO TRANSPLANTE RENAL - NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS</b> Rui Filipe Nogueira; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Ana Belmira; Elisa Almeida; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves	55
CO-RIM-07	<b>DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO PARA PREDIÇÃO DA FUNÇÃO RETARDADA DO ENXERTO APÓS TRANSPLANTE RENAL COM DOADOR FALECIDO</b> Raquel Martins E Quinino; Fabiana Agena; Elias David-Neto	55
CO-RIM-08	<b>AGE OF LIVING KIDNEY DONORS: DOES IT MATTER?</b> Cláudia Costa; Filipe Marques; Maria João Melo; Joana Gameiro; Marta Neves; Ariana Azevedo; Alice Santana; José Guerra	55
CO-RIM-09	<b>O IMPACTO DO KDPI ELEVADO NA FUNÇÃO RENAL E SOBREVIDA DO ENXERTO EM UM ANO PÓS-TRANSPLANTE EM UMA COORTE BRASILEIRA</b> Ricardo Martins Garcia; Renato Demarchi Foresto; Maria Amélia Aguiar Hazin; Ana Paula Aquino Moraes; Julia Bernardi Taddeo; Bianca Cristina Cassão; Claudia Rosso Felipe; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Lucio Roberto Requião Moura; Jose Medina Pestana; Helio Tedesco Silva	56
CO-RIM-10	<b>OUTCOMES OF LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY IN LIVING-DONOR NEPHRECTOMY, RESULTS AT 5-YEAR FOLLOW-UP</b> João Pedroso Lima; Roberto Jarimba; Edgar Tavares da Silva; Paulo Azinhais; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Arnaldo Figueiredo	56
CO-RIM-11	<b>IMPACTO DA PANDEMIA POR SARS-COV-2 NOS TEMPOS DE ATUAÇÃO EM TRANSPLANTAÇÃO RENAL - ESTUDO TRANSVERSAL</b> João Lorigo; Edgar Silva; João Lima; Roberto Jarimba; Edson Retroz; Pedro Moreira; Lorenzo Marconi; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo	56
CO-RIM-12	<b>AS BIÓPSIAS DE ENXERTOS RENAIIS SÃO SEGURAS? - ESTUDO TRANSVERSAL</b> João Lorigo; Edgar Silva; Manuel Lopes; Vasco Quaresma; Edson Retroz; Pedro Moreira; Lorenzo Marconi; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo	56
CO-RIM-13	<b>INTOLERÂNCIA AO ENXERTO RENAL APÓS FALÊNCIA: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL</b> Carolina Ormonde; Sara Querido; André Weigert	57
CO-RIM-14	<b>PREDICTORS OF DELAYED GRAFT FUNCTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS THROUGHOUT 3 DECADES: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE</b> Carolina Figueiredo; Mariana Fernandes; Filipe Mira; Clara Pardinhas; Rita Leal; Luís Rodrigues; Mariana Guedes Marques; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Carlos Bastos; Helena Sá; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves	57
CO-RIM-15	<b>KIDNEY TRANSPLANTATION FOLLOWING CARDIOCIRCULATORY DEATH DONORS: A 3-YEAR SINGLE CENTER EXPERIENCE</b> Vanessa Rebelo dos Santos; Sara Fernandes; Carlota Ramos; Carlos Miranda; Lucas Batista; João Coutinho; José Guerra	57
CO-RIM-16	<b>MORTALIDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL – EVOLUÇÃO AO LONGO DE TRÊS DÉCADAS</b> Sara Cardoso Fernandes; Ana Carina Ferreira; Miguel Bigotte Vieira; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Inês Aires; Marília Possante; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	57
CO-RIM-17	<b>TRANSPLANTAÇÃO RENAL VINTAGE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DOS DOENTES COM SOBREVIDA DO ENXERTO SUPERIOR A 20 ANOS – A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO.</b> Anna Lima; Afonso Santos; Luís Leite de Sousa; Célia Nascimento; Cristina Jorge; Margarida Bruges; Teresa Adragão; Domingos Machado; André Weigert	58
CO-RIM-18	<b>TRANSPLANTE RENAL APÓS OS 60 ANOS – ANÁLISE RETROSPETIVA DE UM CENTRO TERCIÁRIO</b> Joana Marques; Patricia Alves; Catarina Marouço; Filipa Cardoso; Patricia Cotovio; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Inês Aires; Marília Possante; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Miguel Vieira; Fernando Nolasco	58

Nº Ref.	TRANSPLANTE RENAL - Comunicação Oral	Pag.
CO-RIM-19	<b>SIROLIMO (SRL) VERSUS EVEROLIMO (EVR) VERSUS MICOFEOLATO (MPA) EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL RECEBENDO INDUÇÃO COM GLOBULINA ANTI- TMÓCITO (R-ATG) E MANUTENÇÃO COM TACROLIMO E PREDNISONA</b> Hélio Tedesco Silva; Guilherme Yokoyama; Cláudia Rosso Felipe; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Nayara Tenório; Valentine Lima; Vega Azevedo; Juliana Rezende; Renato Demarchi Foresto; Monica Nakamura; Yasmim Dreige Dreige; Julia Taddeo; Jose Medina Pestana	58
CO-RIM-20	<b>MODIFIED FRAILTY INDEX (MFI-11): A SIMPLE TOOL TO ACCESS FRAILTY IN OLDER KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST POPULATION</b> Mariana Sousa; Jorge Malheiro; Sandra Tafulo; Manuela Almeida; Sofia Pedroso; Josefina Santos; La Salete Martins; Leonídio Dias	58
CO-RIM-21	<b>REJEIÇÃO MEDIADA POR ANTICORPOS CRÓNICA ATIVA EM TRANSPLANTADOS RENAIIS – PREDITORES DE PROGNÓSTICO</b> Ana Luísa Correia; Carolina Pimenta; Catarina Neves; Luís Rodrigues; Rita Leal; Maria Guedes Marques; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves	59
CO-RIM-22	<b>KIDNEY RE-TRANSPLANTATION OUTCOMES: A CASE-CONTROL STUDY</b> Clara Pardinhas; Rita Leal; Carolina Figueiredo; Teófilo Yan; Rui Nogueira; Luís Rodrigues1 Maria Guedes; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Rui Alves; Arnaldo Figueiredo	59
CO-RIM-23	<b>USEFULNESS OF PROTOCOL RENAL ALLOGRAFT BIOPSIES</b> Patrícia Alves; Miguel Vieira; Mário Góis; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Patrícia Cotovio; Inês Aires; Helena Sousa; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	59
CO-RIM-24	<b>KIDNEY RE-TRANSPLANTATION: NOT TOO OLD FOR A SECOND CHANCE</b> Clara Pardinhas; Rita Leal; Carolina Figueiredo; Teófilo Yan; Luís Rodrigues; Maria Guedes; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Rui Alves; Arnaldo Figueiredo	59
CO-RIM-25	<b>KIDNEY GRAFT FUNCTION BEFORE PREGNANCY AS A PREDICTOR OF GRAFT, MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN PREGNANT RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS</b> Filipe Mira; Joana Oliveira; Filipa Sousa; Dora Antunes; Ana Figueiredo; Andreia Borges; Maria São José Pais; Ana Galvão; Paulo Moura; Rui Alves	60
CO-RIM-26	<b>GRAVIDEZ APÓS TRANSPLANTE: AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS MATERNOS, FETAIS E RENAIIS - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO.</b> Joana Marques; Filipa Cardoso; Patrícia Cotovio; Fernando Nolasco	60
CO-RIM-27	<b>BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA NO TRANSPLANTADO RENAL - UM ELEFANTE NO MEIO DA SALA?</b> Ana Domingos; Luisa Costa; Josefa Cahombo; Marina Reis; Mariana Sousa; Jorge Malheiro; Manuela Almeida; La Salete Martins; Leonídio Dias; António Cabrita	60
CO-RIM-28	<b>NO CYTOMEGALOVIRUS RECURRENCE AFTER CONVERSION TO SIROLIMUS: A PROSPECTIVE AND RANDOMIZED STUDY</b> Laila Almeida Viana; Geovana Basso; Marina Pontello Cristelli; Yasmim Cardoso Dreige; Renata Cristina Pereira de Sousa Aucilino; Daniel Wagner Santos; Marcus Taver Costa Dantas; Monica Nakamura; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana.	60
CO-RIM-29	<b>NEOPLASIAS APÓS O TRANSPLANTE RENAL - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO</b> Luisa Costa; Ana Domingos; Mariana Sousa; Marina Reis; Josefa Cahombo; La Salete Martins; Jorge Malheiro; Manuela Almeida; Sofia Pedroso; Pedro Vieira; António Cabrita; Leonídio Dias	61
CO-RIM-30	<b>RISK OF RECURRENCE AND SURVIVAL OF DIALYZED AND TRANSPLANT PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA OF NATIVE KIDNEYS</b> Jorge Correia; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Sofia Mesquita; Avelino Fraga; Miguel Silva-Ramos	61
CO-RIM-32	<b>RELAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTI-AT1R NO SORO PRÉ-TRANSPLANTE E EVOLUÇÃO DO TRANSPLANTE RENAL</b> Tathyane Chaves Faria; Renato De Marco; Karina Lumi Mine; Hélio Tedesco-Silva; José O Medina- Pestana; Maria Gerbase-DeLima	61
CO-RIM-33	<b>NÍVEIS CIRCULANTES DE P-SULFATO DE CRESOL E SULFATO DE INDOXILO ASSOCIAM-SE A ALTERAÇÕES DO MICROBIOMA INTESTINAL EM RECETORES DE TRANSPLANTE RENAL</b> Susana Sampaio; Ricardo Araujo; Ana Merino-Ribas; Janete Quelhas-Santos; Luisa Barreiros; Marcela A Segundo; Manuel Pestana; Benedita Sampaio-Maia	62
CO-RIM-34	<b>OBESITY IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: IMPACT IN FIRST YEAR POST - TRANSPLANT COMPLICATIONS</b> Inês Duarte; João Bernardo; Iolanda Godinho; Ariana Azevedo; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva; Marta Neves; Estela Nogueira; Sara Gonçalves1; Alice Santana; José Guerra	62
CO-RIM-35	<b>FOLLOW-UP APÓS NEFRECTOMIA PARA TRANSPLANTE DE DADOR VIVO</b> Ana Luísa Correia; Catarina Neves; Rita Leal; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves	62

Nº Ref.	TRANSPLANTE DE FÍGADO - Comunicação Oral	Pag.
CO-FIG-01	<b>SAFETY AND EFFECTIVENESS OF DIRECT ACTING AGENTS FOR HCV TREATMENT AFTER LIVER TRANSPLANTATION IN RIO DE JANEIRO (BRAZIL)</b> Laura Cristina Machado Pinto; Elizabeth Balbi; Marcia Halpern; Luciana Pereira Carius; Joyce Roma; Lucio Filgueiras Pacheco Moreira; Hugo Perazzo	63
CO-FIG-02	<b>HYPOTHERMIC OXYGENATED PERFUSION - EXPERIÊNCIA INICIAL</b> Júlio Constantino; Pedro Oliveira; Ricardo Martins; António Pinho; Emanuel Furtado; José Guilherme Tralhão; Dulce Diogo	63
CO-FIG-03	<b>A INFLUÊNCIA DA LESÃO DA VIA BILIAR NO DESENVOLVIMENTO DE ESTENOSES BILIARES NÃO ANASTOMÓTICAS PÓS-TRANSPLANTE</b> José Alberto Silva; Dulce Diogo; Rui Caetano Oliveira; Pedro Oliveira; Ricardo Martins; José Guilherme Tralhão; Maria Augusta Cipriano; Emanuel Furtado	63
CO-FIG-04	<b>IMPACTO DA RECONSTRUÇÃO DA ARTÉRIA HEPÁTICA DO ENXERTO NO DESENVOLVIMENTO DE ESTENOSES BILIARES</b> Ana Rita Aguiar; Dulce Diogo; Bárbara Paiva; José Tralhão; Emanuel Furtado; Ricardo Martins	63
CO-FIG-05	<b>UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DA ESTENOSE BILIAR PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO</b> João Simões; Alfredo Gil Agostinho; Pedro Oliveira; Ricardo Martins; António Pinho; Emanuel Furtado; José Guilherme Tralhão; Paulo Donato; Dulce Diogo	64
CO-FIG-06	<b>POST LIVER TRANSPLANTATION DELIRIUM ASSESSMENT USING CAM-ICU-7 SCALE: A RETROSPECTIVE COHORT</b> Filipe S. Cardoso; Amanda Ewasiuk; Beverley Kok; Constantine Karvellas	64
CO-FIG-07	<b>HEMOSSIDEROSE DO ENXERTO COMO POSSÍVEL ETIOLOGIA DE ESTENOSES BILIARES NÃO ANASTOMÓTICAS</b> Inês Brasil; Rui Caetano Oliveira; Maria Augusta Cipriano; Dulce Diogo	64
CO-FIG-08	<b>TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO NAS COLESTASES INTRA-HEPÁTICAS FAMILIARES</b> Susana Nobre; João Pimentel; Ricardo Martins; Dulce Diogo; Emanuel Furtado; Rui Caetano; Maria Augusta Cipriano; Isabel Gonçalves	64
CO-FIG-09	<b>O ACESSO AO TRANSPLANTE HEPÁTICO - A "SORTE" DE POUCOS....</b> José Cunha Marques; Isabel Fonseca Silva; Judit Gandara; Sofia Ferreira; Vitor Lopes; Diana Valadares; Filipe Nery; Jorge Daniel; Helena Pessegueiro Miranda	65
CO-FIG-10	<b>IMPACTO DA FARMACOGENÉTICA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO SOB TACRÓLIMUS</b> Patrícia Paiva; Olívia Simões; Dulce Diogo; António Martinho	65
CO-FIG-11	<b>FANÁLISE DE ÍNDICES DE RISCO DRI, KDRI E SOFA PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO INICIAL DO ENXERTO HEPÁTICO.</b> Fabio Silveira; Fabio Porto Silveira; Cassia Regina Sbrissia Silveira; Ricardo Teles Schulz	65
CO-FIG-12	<b>INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NUMA POPULAÇÃO DE TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS</b> Marli Ferreira; Diana Mendes Oliveira; Judit Gandara; Sofia Ferreira; Vitor Lopes; Jorge Daniel; Helena Pessegueiro Miranda	65
CO-FIG-13	<b>SARS-COV2 E O TRANSPLANTADO HEPÁTICO</b> Beatriz Chumbinho; Élia Mateus; Margarida Direitinho; Fátima Ventura; João Santos Coelho; Rui Perdigoto; Américo Martins; Fernando Nolasco	66
CO-FIG-14	<b>A PANDEMIA POR SARS-COV-2 NA REFERENCIAÇÃO DE DOENTES A UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO</b> Isabel Fonseca Silva; José Cunha Marques; Judit Gandara; Sofia Ferreira; Vitor Lopes Diana Valadares; Filipe Nery; Jorge Daniel; Helena Pessegueiro Miranda	66
CO-FIG-15	<b>AVALIAÇÃO DOS ANTICORPOS ANTI-SARS COV2 EM TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS.</b> Suzana Calretas; Joana Espirito Santo; Ana Torres Oliveira; Suzana Silva; João Madaleno; Dulce Diogo; José Guilherme Tralhão	66
CO-FIG-16	<b>INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NUMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA PEDIÁTRICA</b> Rita Marchante Pita; Fernanda Rodrigues; Susana Nobre; Isabel Gonçalves	66

Nº Ref.	TRANSPLANTE DE PULMÃO - Comunicação Oral	Pag.
CO-PUL-01	<b>TRANSPLANTE PULMONAR APÓS RECONDICIONAMENTO EX-VIVO</b> João Eurico Reis; Ana Sofia Santos; Paulo Calvino; Luisa Smedo; João Eurico Cardoso; José Fragata	67
CO-PUL-02	<b>TRANSPLANTE PULMONAR: NEOPLASIA NO PULMÃO NATIVO</b> Carlos Figueiredo; João Gomes; Dionísio Maia; João Eurico; Paulo Calvino; Luísa Smedo; José Fragata	67
CO-PUL-03	<b>RE-TRANSPLANTE PULMONAR - A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA</b> Ana Rita Costa; João Maciel; Ana Raquel Magalhães; Luisa Smedo; Paulo Calvino; José Fragata	67
CO-PUL-04	<b>ECMO COMO PONTE PARA TRANSPLANTE EVOLUÇÃO E RESULTADOS</b> João Eurico Reis; Dionísio Maia; Ana Rita Costa; Paulo Calvino; Luisa Smedo; Joao Cardoso; José Fragata	67
CO-PUL-05	<b>TRANSPLANTE PULMONAR NA HIPERTENSÃO PULMONAR PRIMÁRIA</b> Joao Santos Silva; Sofia Santos Silva; Luisa Smedo; Paulo Calvino	68

Nº Ref.	TRANSPLANTE DE CORAÇÃO - Comunicação Oral	Pag.
CO-COR-01	<b>CHALLENGES FACED WHILE ON HEART TRANSPLANT WAITING LIST: AN EXEMPLARY CASE</b> Sérgio Maltês; Bruno Rocha; Gonçalo Cunha; Catarina Brízido; Christopher Strong; António Tralhão; André Weigert; João Sequeira Duarte; Carlos Aguiar; Miguel Mendes; José Pedro Neves	69
CO-COR-02	<b>SIMULTANEOUS HEART AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN EIGHT CASES: EVOLUTION OF LEFT VENTRICLE EJECTION FRACTION, PSAP, KIDNEY FUNCTION, AND METABOLIC PROFILE.</b> Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Pedro Correia; Filipe Soares; David Prieto; Gonçalo Coutinho; Manuel Antunes; Alfredo Mota; Arnaldo Figueiredo; Filipe Mira; Rita Leal; Rui Alves; Pedro Antunes	69
CO-COR-03	<b>PROGNOSTIC IMPACT OF EARLY POST-HEART TRANSPLANTATION DIALYSIS</b> Manuel Batista; António Canotilho; André Soeiro; Pedro Correia; David Prieto; Gonçalo Coutinho; Pedro Antunes	70
CO-COR-04	<b>ONE YEAR RESULTS OF LIRAGLUTIDE TREATMENT IN 10 DIABETIC HEART TRANSPLANTED PATIENTS</b> Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Filipe Soares; Pedro Correia; Gonçalo Coutinho; David Prieto; Pedro Antunes	70
CO-COR-05	<b>TRANSPLANTE CARDÍACO APÓS PONTE COM HEARTMATE 3™: PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NACIONAL</b> Christopher Strong; Catarina Brízido; Bruno Rocha; António Tralhão; Sara Ranchordas; Márcio Madeira; Marta Marques; Miguel Abecassis; José Pedro Neves; Carlos Aguiar	71
CO-COR-06	<b>A ERA DA ASSISTÊNCIA VENTRICULAR - HEARTMATE 3. EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PORTUGUÊS</b> Marta Marques; Sara Ranchordás; Tiago Nolasco; Christopher Strong; Márcio Madeira; Paulo Oliveira; Bruno Rocha; Catarina Brízido; Helena Brandão; Carlos Aguiar; Miguel Abecassis; José Pedro Neves	71
CO-COR-07	<b>SUCCESSFUL CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY AFTER HEART TRANSPLANTATION</b> Sandra Amorim; Raquel Garcia; Paulo Araujo; Roberto Pinto; Jose Silva-Cardoso; Jose Pinheiro-Torres; João Carlos Silva; Filipe Macedo; Paulo Pinho	71
CO-COR-08	<b>INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA (INTERMACS I-IV) EM DOENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE CARDÍACO: CONSEGUIMOS MELHORAR O PROGNÓSTICO?</b> Carlos F. D. Rodrigues; João Pedro Pais; Telma Alves; Adriana Girão; Luís Neto Fernandes; Sofia Martinho; Susana Costa; Carolina Lourenço; Manuel Batista; Fátima Franco; David Prieto; Pedro Antunes; Lino Gonçalves	71
CO-COR-09	<b>GRAFT STATUS, MAJOR CLINICAL EVENTS, KIDNEY FUNCTION AND HAEMATOLOGICAL AND METABOLIC PROFILE IN A 26 PATIENTS COHORT SURVIVING FIFTEEN YEARS AFTER HEART TRANSPLANTATION</b> Manuel Batista; António Canotilho; André Soeiro; André Antunes; Pedro Correia; Carlos Branco; Filipe Soares; Gonçalo Coutinho; David Prieto; Pedro Antunes	72
CO-COR-10	<b>ANTIBODY-MEDIATED REJECTION OF CARDIAC ALLOGRAFT – A CHALLENGING CLINICAL CASE</b> Catarina Martins da Costa; João Calvão; Ana Filipa Amador; Teresa Pinho; Pedro Pereira; João Pinheiro Torres; Roberto Pinto; Sandra Amorim; Filipe Macedo	72

## TRANSPLANTE DE PÂNCREAS - Comunicação Oral

CO-PAN-01	<b>CHARACTERIZATION OF THE PANCREAS AFTER KIDNEY AND SIMULTANEOUS PANCREAS KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST IN THE SOUTH OF PORTUGAL ON 31 JANUARY 2021</b> Luis Ramalhete; Dario Ligeiro; Inês Aires; Cecília Silva; Fernando Caeiro; Patrícia Cotovio; Miguel Bigotte; Rita Magriço; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	73
CO-PAN-02	<b>HEMOGLOBIN A1C AFTER PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANTATION AS A PREDICTIVE MARKER FOR ENDOCRINE FUNCTION FAILURE IN PANCREATIC GRAFTS.</b> Emanuel Vígia; Luis Ramalhete; Rita Ribeiro; Inês Barros; Beatriz Chumbinho4; Edite Filipe; Ana Pena; Luis Bicho; Ana Nobre; Sofia Carrelha; Mafalda Sobral; Jorge Lamelas; João Santos Coelho; Hugo Pinto Marques; Paula Pico; Susana Costa; Fernando Rodrigues; Américo Martins; Miguel Bigotte; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Fernando Caeiro; Inês Aires; Cecília Silva; Fernando Remédio; Aníbal Ferreira; Jorge Paulino Pereira; Fernando Nolasco	73
CO-PAN-03	<b>O IMPACTO DA PERDA DO ENXERTO RENAL E/OU PANCREÁTICO NA SOBREVIVÊNCIA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE SIMULTÂNEO PÂNCREAS-RIM</b> Lucia Villanueva; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Erika Bevilaqua Rangel; Miguel Bonfitto; Adriano Mizara Gonzales; Roberto Meirelles; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana	73
CO-PAN-04	<b>PREGNANCY AFTER COMBINED KIDNEY AND PANCREAS TRANSPLANTATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE</b> Joana Tavares; Mariana Coroado; Marina Reis; Sofia Pedroso; Jorge Malheiro; Manuela Almeida; Leonídio Dias; La Salete Martins; António Castro Henriques; António Braga; António Cabrita	73

## ENFERMAGEM - Comunicação Oral

CO-ENF-01	<b>RESILIÊNCIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL</b> Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Izabel Alves das Chagas Valóta; Marcelo José dos Santos; Ana Lucia Siqueira Costa Calache; Luis Manuel Blanco Donoso	74
-----------	--	----

## OUTROS - Comunicação Oral

CO-OUT-01	<b>CULTURA PRIMÁRIA DE CÉLULAS MUSCULARES LISAS DE AORTA ABDOMINAL HUMANA OBTIDAS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA: MODELO PARA ESTUDAR DOENÇAS VASCULARES</b> Carlos Alexandre Curylofo Corsi; Claudia Tarcila Gomes Sares; Jessyca Michelon Barbosa; Fabíola Mestriner; Rodolfo Borges Dos Reis; Paulo Roberto Evora; Mauricio S. Ribeiro; Christiane Becari	75
-----------	--	----

## IMUNOBIOLOGIA - Comunicação Oral

CO-IMU-01	<b>EPLET-BASED VIRTUAL PRA INCREASES TRANSPLANT PROBABILITY IN HIGHLY- SENSITIZED PATIENTS</b> Sandra Tafulo; Jorge Malheiro; Leonídio Dias; Manuela Almeida; La Salete Martins; Sofia Pedroso; Ermelinda Osório; Luísa Lobato; António Castro-Henriques	76
CO-IMU-02	<b>PROSPECTIVE EVALUATION OF TRANSPLANT IMMUNOLOGICAL RISK WITH A RAPID OPTIMIZED FLOW CYTOMETRIC CROSSMATCH</b> Cristiana Teixeira; Luis Ramalhete; Dario Ligeiro	76
CO-IMU-03	<b>RECLASSIFICATION OF SENSITIZED PATIENTS BASED ON CALCULATED PANEL REACTIVE ANTIBODY SCORE</b> Luis Ramalhete; Maria Isabel Silva; Dario Ligeiro	76
CO-IMU-04	<b>A REEVALUATION OF TRANSPLANT NON-ACCEPTABLE MISMATCHES SCHEME WITH PERSISTENT AND FLOATING ANTI-HLA ALLOREACTIVE ANTIBODIES.</b> Luis Ramalhete; Dario Ligeiro	76

## COORDENAÇÃO - Comunicação Oral

CO-COORD-01	<b>REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOAÇÃO DE PELE PARA TRANSPLANTE</b> Agata Nunes Brito; Marcelo Jose dos Santos	77
CO-COORD-02	<b>CO-COORD-02 - ANÁLISE DOS ESCAPES EM UM HOSPITAL NOTIFICADOR NA REGIÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS</b> Jéssica Monique Bellini; Marcelo Bonvento; Elaine Cantarella Lima; Eliana Carla De Souza Santos; Jerusa Gonçalves Duarte Martins; Carla Caroline da Silva Alves	77

<b>Nº Ref. TRANSPLANTE DE CORAÇÃO - Comunicação Breve</b>		<b>Pag.</b>
<b>CB-COR-01</b>	<b>CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN THE HEART TRANSPLANT POPULATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE</b> Catarina Brízido; Marina Santos; Bruno Rocha; Christopher Strong; Sérgio Maltês; António Tralhão; Carlos Aguiar; Miguel Mendes	79
<b>CB-COR-02</b>	<b>THREE YEAR RESULTS OF IVABRADINE TREATMENT IN A COHORT 46 HEART TRANSPLANTED PATIENTS</b> Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Filipe Soares; Pedro Correia; Gonçalo Coutinho; David Prieto; Pedro Antunes	79
<b>Nº Ref. TRANSPLANTE DE PULMÃO - Comunicação Breve</b>		
<b>CB-PUL-01</b>	<b>TRANSPLANTE BIPULMONAR EM DOENTE COM SILICOSE E DPOC</b> Zenito Cruz; Ana Rita Costa; João Eurico Reis; Paulo Calvino; José Fragata	80
<b>CB-PUL-02</b>	<b>UM “PRESENTE” DO DADOR</b> Rebeca Martins Natal; Mariana Cabral; João Eurico Reis; Luísa Semedo; Paulo Calvino; José Fragata	80
<b>Nº Ref. TRANSPLANTE DE RIM - Comunicação Breve</b>		
<b>CB-RIM-01</b>	<b>TRATAMENTO CLÍNICO COM REGRESSÃO DE LESÃO POR LACAZIOSE EM PACIENTE DE CENTRO TRANSPLANTADOR DA AMAZÔNIA</b> Guilherme Rodrigues Schwambach; Pedro Henrique Silva e Souza; Caroline Pagung; Guilherme Nunes Barbosa; Cheyza Oliveira Silva; Jarinne Nasseralla; Ana Karoline Nóbrega Cavalcanti; Alessandro Prudente	81
<b>CB-RIM-02</b>	<b>IINFECÇÃO COVID-19 EM DOENTES TRANSPLANTADOS RENAI: CARACTERIZAÇÃO E OUTCOMES</b> Afonso Santos; Luís Leite de Sousa; Rita Calça; Anna Lima; Célia Nascimento; Cristina Jorge; Teresa Adragão; Margarida Bruges; Domingos Machado; André Weigert	81
<b>CB-RIM-03</b>	<b>INFEÇÃO SARS-COV2 NO PERÍODO PÓS-TRANSPLANTE RENAL IMEDIATO</b> Luís Leite de Sousa; Anna Lima; Afonso Santos; Célia Nascimento; Cristina Jorge; Teresa Adragão; Margarida Bruges; Domingos Machado; André Weigert	81
<b>CB-RIM-04</b>	<b>A PANDEMIA PELA COVID-19 E EXCESSO DE MORTALIDADE NA POPULAÇÃO TRANSPLANTADA D E RIM DE UM CENTRO BRASILEIRO</b> Julia Taddeo; Roberto Mayer; João Filipe Costa Alves Pereira; Marina Pontello Cristelli	81
<b>CB-RIM-05</b>	<b>HIGHLY-SENSITISED PATIENTS ON THE KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST: NORTH PORTUGUESE REGION CHARACTERIZATION</b> Luís Araújo; Sandra Tafulo; Cecília Mendes; Ermelinda Osório	82
<b>CB-RIM-06</b>	<b>HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO MALIGNA E MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA NO TRANSPLANTE RENAL</b> Carolina Ormonde; Sara Querido; Nuno Rombo; Rita Roque; Belarmino Clemente; André Weigert	82
<b>CB-RIM-07</b>	<b>SOBREVIDA DO ENXERTO A LONGO PRAZO EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL CONFORME TIPO DE DADOR</b> Júlia Taddeo; Cláudia Loures; Renato Demarchi Foresto; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Lúcio Roberto Requião Moura; Helio Tedesco Silva; José Medina Pestana	82
<b>CB-RIM-08</b>	<b>QUAL O IMPACTO DA SOBRECARGA HÍDRICA APÓS TRANSPLANTE RENAL?</b> Catarina Mateus; Rita Vicente; Sara Querido; Carla Rocha; Cristina Jorge; Margarida Bruges; Teresa Adragão; André Weigert	82
<b>CB-RIM-09</b>	<b>GASTROINTESTINAL TUBERCULOSIS: A CHALLENGING CASE</b> Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Marta Neves; Hugo Silva; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Guerra	83
<b>CB-RIM-10</b>	<b>AN UNUSUAL INFECTION IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT - A DIAGNOSIS THAT TICKS OFF</b> Joana Tavares; Ana Domingos; Luísa Lemos; Josefa Cahombo; Jorge Malheiro; Sofia Pedroso; Manuela Almeida; La Salette Martins; Leonídio Dias; António Castro Henriques; António Cabrita	83
<b>CB-RIM-11</b>	<b>THE OTHER SIDE OF IMMUNOSUPPRESSION- MUTIPLE PATHOGENS AT THE SAME TIME IN A SINGLE HOST</b> Catarina Marouço	83
<b>CB-RIM-12</b>	<b>TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO – DADOR VIVO OU CADÁVER?</b> Catarina Neves; Ana Luísa Correia; Rita Leal; Lídia Santos; Luís Rodrigues; Maria Marques; Catarina Romãozinho; Carmen Carmo; Clara Gomes; Arnaldo Figueiredo	83
<b>CB-RIM-13</b>	<b>BELATACEPT COMO TERAPEÚTICA DE MANUTENÇÃO: A RESPOSTA NUM CASO DE MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA APÓS UMA REJEIÇÃO MEDIADA POR ANTICORPOS</b> Mariana Sousa; Gonçalo Cruz; Catarina Eusébio; Pedro Bravo; Catarina Oliveira	84

Nº Ref.	COORDENAÇÃO - Comunicação Breve	Pag.
CB-COORD-01	<b>IMPLEMENTATION AND CERTIFICATION OF ISO 9001 2015 SEAL IN HUMAN TISSUE BANK HCFMRP-USP</b> Carlos Alexandre Curylofo Corsi; Mitsuhsa Shoji; Kátia Gabriel Scarpelini; Rodolfo Leandro Bento; Alan Vinicius Assunção-Luiz; Álefe Saloum Cintra; Christiane Becari; Luís Gustavo Gazoni	85
CB-COORD-02	<b>DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CIHDOTT DO INTERIOR PAULISTA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.</b> Elaine Cantarella Lima; Jéssica Monique Bellini; Marcelo Bonvento; Carla Caroline da Silva Alves; Eliana Carla de Souza Santos; Jerusa Gonçalves Duarte Martins	85
CB-COORD-03	<b>SEGURANÇA DO PACIENTE E AÇÕES DE BIOVIGILÂNCIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE</b> Patricia Treviso; Janine Schirmer; Karina Dal Sasso Mendes; Andresa Thomé Silveira; Sabrina Alves Fernandes; Bartira De Aguiar Roza	85
CB-COORD-04	<b>PANORAMA DAS DOAÇÕES EFETIVAS DE ÓRGÃOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A PANDEMIA DA SARS-COV-2</b> Arthur Henrique Weiler Furlanetto; Rodrigo Batista Warpechowski; Carolina de Mello Viera; Giulia Filippi Mota; Letícia Mariel König de Souza; Daiane Saute Kochhann; Dagoberto França a Rocha	85
CB-COORD-05	<b>NOTIFICAÇÕES DE MORTE ENCEFÁLICA DE PACIENTES COM COVID-19 NO SUL DO BRASIL</b> Regimara Dos Anjos; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Marcelo José Dos Santos	86



Nº Ref.	E-Post	Pag.
EP-001	<b>UMA ANÁLISE DE SÉRIES DE TEMPO PARA TRANSPLANTES INTERVIVOS E FALECIDOS NO BRASIL</b> Tallys Kalyinka Feldens; Paulo de Andrade Jacinto	88
EP-002	<b>CONHECIMENTO DE MÉDICOS SOBRE MORTE ENCEFÁLICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E FATORES ASSOCIADOS.</b> Tauana Vasconcelos; Mayra Gonçalves Meneguetti; Carlos Alexandre Curylofo Corsi; Rodrigo Galvão Bueno Gardona; Carla Caroline da Silva Alves; Jessyca Michelon Barbosa; Maria Auxiliadora Martins	88
EP-003	<b>RECUSAS DE DOAÇÕES DE ÓRGÃOS EM UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS NO BRASIL</b> Barbara Rossana Gimenez Hidalgo; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Marcelo José dos Santos	88
EP-004	<b>RECUSAS EM DOAR TECIDOS EM UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS NO BRASIL</b> Barbara Rossana Gimenez Hidalgo; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Marcelo José dos Santos	88
EP-005	<b>DISTINÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE TRANSPLANTAÇÃO DE BRASIL E PORTUGAL: UMA ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS</b> Glaziele Rodrigues Garcia; Giovanna dos Santos Bruni; Laura Hackenhaar Heck; Paula Daronco Berlezi; Rebeca Delatorre Fonseca; Samara Trevizan; Giseli Costella; Loiva Beatriz Fernandes Letner dos Santos Filha; Mylena Sturza Goethel; Vírginia Leonardi Dambros	89
EP-006	<b>OXIDATIVE STRESS AND MITOCHONDRIAL BIOENERGETICS IN THORACIC PERIAORTIC VERSUS SUBCUTANEOUS FAT IN A MOUSE MODEL OF DIABETES</b> Aryane Pinho; Inês Baldeiras; Diana Santos; Ermelindo Leal; Ana Burgeiro; Eugenia Carvalho	89
EP-007	<b>IMPAIRED OXIDATIVE STRESS AND ANTIOXIDANT DEFENSES IN EAT FROM CARDIAC DISEASE PATIENTS</b> Diana Santos; Ana Burgeiro; Ana Catarina Fonseca; Inês Baldeiras; Manuel J. Antunes; Eugénia Carvalho	89
EP-008	<b>INFECTIONS IN HEART TRANSPLANT RECIPIENTS: A SINGLE-CENTER STUDY</b> Francisco Almeida; Mariana Guedes; Diana Pissara; Raquel Duro; Sandra Amorim; Paulo Pinho; José Pinheiro Torres; Lurdes Santos	89
EP-009	<b>AN UNUSUAL MANIFESTATION OF REJECTION</b> Carlos Xavier Correia de Resende; Pedro Diogo; Sandra Amorim; Gonçalo Pestana; José Pinheiro Torres; Paulo Pinho; José Silva Cardoso; Filipe Macedo	90
EP-010	<b>MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO</b> Ana Rita Raposo; Armanda Lobarinhas	90
EP-011	<b>PADRÕES DE RISCO PARA DESCONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM PÓS TRANSPLANTE RENAL</b> Renata de Mello Magdalena Breitsameter; Andrea Carla Bauer; Alessandra Rosa Vicari; Monique Santos Freitas; Carla Elisabete da Silva Oliveira	90
EP-012	<b>EFETIVIDADE DO TELEATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO TRANSPLANTE RENAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19</b> Renata de Mello Magdalena Breitsameter; Monique Santos Freitas; Carla Elisabete da Silva Oliveira; Andrea Carla Bauer; Alessandra Rosa Vicari	90
EP-013	<b>A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: FORTALECENDO O PROCESSO DE DOAÇÃO/ TRANSPLANTE</b> Patricia Betyar Goes Santos	91
EP-014	<b>A ENFERMAGEM E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL</b> Andréa Maria Pedrosa Gomes; Ananyr Porto Fajardo; Cristine Maria Warmling	91
EP-015	<b>CAMPANHA SETEMBRO VERDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM PARCERIAS COM O BANCO DE OLHOS E CIHDOTTS DE SÃO LUÍS-MA</b> Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima; Polianna Costa Bortolon Melo; Kenya Mara Veras Santos; Priscila Monteiro de Almeida; Regina de Fátima Cruz De Moraes; Ângela Inês Brito Veiga; Luiza Maria de Nóvoa Moraes; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira; Leonardo Rosário Furtado Oliveira Lima; Lorena Monteiro Borges	91
EP-016	<b>QUEM ENXERGA E QUEM VÊ: CAUSAS PARA NÃO AUTORIZAÇÃO DA DOAÇÃO DE CÓRNEAS, 2020</b> Núbia Regina Pereira da Silva; Cristina Maria Douart Loyola; Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho; Marcos Antônio Barbosa Pacheco; Roberta Jansen de Mello Farias Guimarães; Rafael Mondego Fontenele; Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima; Polianna Costa Bortolon Melo1; Ângela Inês Brito Veiga; Luiza Maria de Nóvoa Moraes	91
EP-017	<b>MANUAL EDUCATIVO PARA RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: ESTUDO METODOLÓGICO</b> Alexandra Dias de Almeida; Ana Rafaela Filippini Lopes; Cristina Maria Galvão; Karina Dal Sasso Mendes	92
EP-018	<b>TRANSPLANTE DE CÓRNEA: A NOSSA REALIDADE...</b> Hélder Rui Lopes	92
EP-019	<b>CRIAÇÃO DA DISCIPLINA "DOAÇÃO E TRANSPLANTE" NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HU-UFMA</b> Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima; Polianna Costa Bortolon Melo; Kenya Mara Veras Santos; Priscila Monteiro de Almeida; Regina De Fátima Cruz de Moraes1; Ângela Inês Brito Veiga; Luiza Maria de Nóvoa Moraes; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira; Leonardo Oliveira Lima; Lorena Monteiro Borges	92

Nº Ref.	E-Post	Pag.
EP-020	<b>PERFUSÃO HIPOTÉRMICA COM OXIGENAÇÃO NO ENXERTO DE FÍGADO – RELATO DO PRIMEIRO CASO PORTUGUÊS</b> João Simões; João Afonso; Júlio Constantino; Pedro Oliveira; Ricardo Martins; António Pinho Emanuel Furtado; Guilherme Tralhão; Dulce Diogo	92
EP-021	<b>SARCOMA DE KAPOSÍ APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO</b> Catarina Cordeiro; Susana Nobre; Sandra Ferreira; Maria José Julião; Catarina Cunha; Manuel Brito; Isabel Gonçalves	93
EP-022	<b>LIVER TRANSPLANTATION DURING COVID-19 PANDEMIC: A SINGLE CENTER EXPERIENCE</b> Renata Marcolino Nogueira; Victor Hugo Ribeiro Vieira; Marcela Arruda Saboia Nogueira dos Santos; Lucas Demétrio Domingues de Souza; Thiago Pereira Bellinha; Lúcio Auler; Renato Toledo; Gustavo Torres; Laura Cristina Machado Pinto; Livia Barroso Victor Bianchine de Moura; Luciana Carius; Cristiane Carius; Lucas Jaegger; Ludmilla Silva Oliveira; Livia Guimarães; Caroline Baldin; Joyce Roma; Márcia Halpern; Elizabeth Balbi; Lúcio Filgueiras Pacheco Moreira	93
EP-023	<b>CHANGES IN LIVER BIOPSY IN POST LIVER TRANSPLANTATION COVID-19 INFECTION: CASE REPORT</b> Laura Cristina Machado Pinto; Elizabeth Balbi; Marcia Halpern; Luciana Pereira Carius; Livia Victor; Erico Pessoa Canal; Ludmilla Oliveira; Livia Guimarães; Vitor Hugo Oliveira; Lucas Demétrio; Thiago Belinha; Marcela Arruda; Renata Marcolino Nogueira; Geysa Bigi Maya Monteiro; Carlos Frederico Ferreira Campos; Lucio Filgueiras Pacheco Moreira	93
EP-024	<b>REPERFUSÃO PORTAL PELA VEIA GÁSTRICA ESQUERDA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO DE PACIENTES COM TROMBOSE DE VEIA PORTA – CASUÍSTICA DE 8 PACIENTES EM UM ÚNICO CENTRO</b> José Huygens Parente Garcia; Carlos Eduardo Lopes Soares; Madalena Maria Silva Coutinho; Alexia Rangel de Castro; Kevyn Alisson Nascimento Gurgel; Clébia Azevedo de Lima; Gustavo Rego Coelho	93
EP-025	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA VULNERABILIDADE DO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO</b> Carla Anjos; Beatriz Miguel	94
EP-026	<b>AVALIAÇÃO DE ALOANTICORPOS CITOTÓXICOS E DE IGG LIGANTE NÃO-ATIVADORA DO COMPLEMENTO POR CITOMETRIA DE FLUXO.</b> Alice Lima; Luis Ramallete; Dario Ligeiro	94
EP-027	<b>KEY FACTORS FROM THE OFFERING SCHEME FOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT LISBON CENTRES</b> Luis Ramallete; Ana Teixeira; Cristiana Teixeira; Dulce Roldão; Maria Isabel Silva; Maria Ascensão Matos; Paula Almeida; Pedro Mendonça; Pedro Venturini; Olga Abade; Dario Ligeiro	94
EP-028	<b>LONG WAITING PATIENTS OF THE ACTIVE SOUTH REGION KIDNEY TRANSPLANT LIST</b> Luis Ramallete; Dario Ligeiro	94
EP-029	<b>DIFFERENT SENSITIZATION GROUPS ARE SHAPED BY CELLULAR TESTING AND IMMUNOASSAY ALLOREACTIVE SCREENING</b> Luis Ramallete; Maria Isabel Silva; Maria Ascensão Matos; Dario Ligeiro	95
EP-030	<b>EDUCAÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO SOBRE A DOAÇÃO E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS HUMANO</b> Carlos Alexandre Curylofo Corsi; Elton Carlos de Almeida; Marcelo José dos Santos; Alan Vinicius Assunção Luiz; Natássia Condilo Pitta; Kátia Gabriel Scarpelini; Rodolfo Leandro Bento; Tauana Vasconcelos; Jessyca Michelon Barbosa; Marelaine Prandi; Luís Gustavo Gazoni Martins	95
EP-031	<b>INTERVENÇÕES MUDIÁTICAS E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS - UMA ANÁLISE PARA O BRASIL</b> Tallys Kalynka Feldens; Paulo de Andrade Jacinto	95
EP-032	<b>PROGRAMA DE EXTENSÃO PARA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTES DE TRANSPLANTE DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL BRASILEIRA</b> Larissa Fassarella Marquiere; Victória Flor Bretas; Leandro César Silva Contarini; Bárbara Lima Cruz; Ingrid Aline Muniz; Ricardo Santiago Gomez; Carolina Nemésio de Barros Pereira; Cláudia Lopes Brilhante Bhering1; Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu; Danilo Rocha Dias; Caroline Christine Santa Rosa; Elen Marise Castro Oliveira; Fabiano Araújo Cunha; Felipe Paiva Fonseca; Francine Benetti; Marcos Daniel Septimio Lanza1; Patrícia Valente Araújo Jacques Gonçalves; Rafael Paschoal Esteves Lima; Ricardo Rodrigues Vaz; Thaís Yumi Suzuki; Warley Luciano Fonseca Tavares; Ana Maria Rebouças Rodrigues; Humberto Correa de Almeida; Fabiana Barbosa Amaral Pereira Guimarães; Mauricio Aquino De Castro; Frederico Santos Lages; Ênio Lacerda Vilaça; Leandro Napier de Souza; Maria Elisa de Souza E Silva	95
EP-033	<b>TRANSPLANTES EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL</b> Glaziele Rodrigues Garcia; Giseli Costella; Loiva Beatriz Fernandes Letner dos Santos Filha; Mylena Sturza Goethel; Virginia Leonardi Dambros; Giovanna dos Santos Bruni; Laura Hackenhaar Heck; Lucas Kuelle Matte; Paula Daronco Berlezi; Rebeca Delatorre Fonseca; Samara Trevisan	96
EP-034	<b>EXPANDIR HORIZONTES: TRANSPLANTE RENOPANCREÁTICO EM DOENTE COM INFEÇÃO VIH</b> Rui Barata; Patrícia Alves; Cecília Silva; Joana Dias; Miguel Bigotte Vieira; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Inês Aires; Ana Pena; Mário Góis; Helena Viana; Fernando Caeiro; Francisco Remédio; Anibal Ferreira1; Américo Martins; Fernando Nolasco	96
EP-035	<b>INFECÇÃO POR ASPERGILLUS EM DOENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE PULMONAR</b> Mariana Cabral; Rebeca Natal; Luisa Semedo; Paulo Calvino; João Cardoso; José Fragata	96
EP-036	<b>TRAQUEOSTOMIA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO</b> Maria Inês de Sousa Moreira; Zenito Cruz; João Eurico Reis; Luísa Semedo; Paulo Calvino; José Fragata	96

Nº Ref.	E-Post	Pag.
EP-037	<b>TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA DEISCÊNCIA DE FERIDA NO TRANSPLANTE PULMONAR</b> Miguel Neves; João Gomes; João Maciel; Paulo Calvinho; José Fragata	97
EP-038	<b>SEROPREVALENCE FOR SARS-COV-2-SPECIFIC ANTIBODIES IN KIDNEY TRANSPLANT OUTPATIENTS IN SAO PAULO, BRAZIL AS OF SEPTEMBER 2020: A SINGLE CENTER, PROSPECTIVE, CROSS-SECTIONAL STUDY</b> Mariana Pontello Cristelli; Carlos Fortaleza; Laila Almeida Viana; Nathália Silva Guerra; Marcos Taver Costa Dantas; Caio Zito; Suelen Martins; Kamilla Linhares; Bianca Cassão; Vega Azevedo; Monica Nakamura; Daniel Wagner Santos; Lucio Roberto Requião Moura; Renato Demarchi Foresto; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana	97
EP-039	<b>COVID-19 EM TRANSPLANTADOS RENAIIS – EXPERIÊNCIA DO CHUSJ</b> Filipa Ferreira; Ana Teresa Nunes; Manuela Bustorff; Francisco Gonçalves; Pedro Gonçalves; Núria Paulo; Ana Rocha; Inês Ferreira; Isabel Tavares; Joana Santos; Susana Sampaio	97
EP-040	<b>NEFROPATIA HEREDITÁRIA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO APÓS TRANSPLANTE RENAL</b> Francisco Gonçalves; Odete Pereira; Isabel Tavares	97
EP-041	<b>DECLÍNIO DA FUNÇÃO RENAL APÓS DOAÇÃO DE RIM: QUE FATORES SÃO PREDITORES?</b> Filipe Marques; Cláudia Costa; Maria João Melo; Joana Gameiro; Sara Gonçalves; João Gonçalves; Alice Santana; José Guerra	98
EP-042	<b>HIPERTENSÃO NO DADOR VIVO – ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E OUTCOMES</b> Filipe Marques; Cláudia Costa; Maria Joao Melo; Joana Gameiro; Iolanda Godinho; Estela Nogueira; Alice Santana; José Guerra	98
EP-043	<b>POST-TRANSPLANT NEPHROTIC SYNDROME: BESIDES THE OBVIOUS</b> Ana Cunha Rodrigues; Sara Fernandes; Ana Teresa Nunes; Manuela Bustorff; Roberto Silva; Susana Norton Sampaio; Manuel Pestana	98
EP-044	<b>COMPARING SCORES FOR PREDICTING KIDNEY TRANSPLANTATION OUTCOMES</b> Bruno Lima; Teresa Henriques; Helena Alves	98
EP-045	<b>HNF1B-ASSOCIATED DISEASE IN TWO KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS</b> Joana Tavares; Ana Lopes; Ana Castro; Manuela Almeida; Andreia Campos; Sofia Teixeira; Jorge Malheiro; Jorge Dores; José Manuel Ferreira; Leonídio Dias; António Castro Henriques; António Cabrita	99
EP-046	<b>COVID -19 EM DOENTE TRANSPLANTADOS RENAIIS: A EXPERIENCIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO</b> Catarina Marouço; Nuno Fonseca; Tiago Pereira; Filipa Cardoso; Miguel Verdelho; Rita Magriço; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	99
EP-047	<b>SARCOMA DE KAPOSÍ COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA</b> Rita Veríssimo; Patrícia Valério; Sara Querido; Célia Nascimento; Cristina Jorge; Margarida Bruges; Teresa Adragão; André Weigert	99
EP-048	<b>KIDNEY ALLOCATION RULES SIMULATOR</b> Bruno Lima; Teresa Henriques; Helena Alves	99
EP-049	<b>ENTEROCOLITE ASSOCIADA AO RITUXIMAB: RARO MAS POTENCIALMENTE FATAL</b> Filipa Ferreira; Ana Teresa Nunes; Manuela Bustorff; Isabel Tavares; Ana Rocha; Inês Ferreira; Joana Santos; Susana Sampaio	100
EP-050	<b>SARS-COV2 INFECTION CURE CRITERIA IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: ARE THEY CORRECT?</b> Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva; Marta Neves; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Oliveira Guerra	100
EP-051	<b>NEPHROTIC-RANGE PROTEINURIA DURING PREGNANCY IN A PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT</b> Ana Domingos; La Salette Martins; Sofia Correia; António Braga; Leonídio Dias; António Cabrita	100
EP-052	<b>COVID-19 REINFECTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT</b> Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; Marta Neves; Hugo Silva; João Albuquerque Gonçalves; Estela Nogueira; Sara Albuquerque Gonçalves; Alice Santana; José Guerra	100
EP-053	<b>NOCARDIOSIS INFECTION PRESENTING AS PULMONARY NODULES IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT: A CASE REPORT</b> Sara Fernandes; Ana Rodrigues; Manuela Bustorff; Ana Teresa Nunes; Susana Sampaio Norton; Manuel Pestana	101
EP-054	<b>ATYPICAL LOCALIZATION OF COMMON INFECTIONS IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT</b> Catarina Marouço; Fernando Caeiro; Patrícia Cotovio; Miguel Bigotte Vieira; Cecília Silva; Inês Aires; Aníbal Ferreira; Rita Magriço; Francisco Remédios; Fernando Nolasco	101
EP-055	<b>COVID-19 IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS – A SINGLE CENTRE OBSERVATIONAL STUDY FROM PORTUGAL</b> Carolina Branco; Inês Duarte; Líliliana R Santos; Hugo Silva; Alice Santana; Lurdes Alvoeiro; José Oliveira Guerra; António Pais de Lacerda	101
EP-056	<b>UMA NOVA PERSPECTIVA NA ABORDAGEM DO STRONGYLOIDES NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL</b> Celine Machado; Ana Mil-Homens	101

Nº Ref.	E-Post	Pag.
EP-057	<b>ANGIOTOMOGRAFIA NA AVALIAÇÃO VASCULAR DO RECEPTOR ANTES DO TRANSPLANTE RENAL: REVISÃO DE LITERATURA.</b> Marcelo Lopes de Lima; Helena da Cunha Lopes de Lima; Grazielle Ambrosio; Renan José Rigonato; Brunno Raphael Iamashita Voris; Mariana da Cunha Lopes de Lima; Marilda Mazzali	102
EP-058	<b>C3 GLOMERULOPATHY RECCURRANCE AFTER KIDNEY TRANSPLANT - WHAT IS THE OPTIMAL TREATMENT?</b> Catarina Marouço; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Patrícia Cotovio; Miguel Bigotte Vieira; Inês Aires; Rita Magriço; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	102
EP-059	<b>NEFROPATIA DE C3 COM FALÊNCIA DO ENXERTO NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL</b> Bárbara Ribeiro; João Pedro Oliveira; Pedro Reis Pereira; Manuela Almeida; Jorge Malheiro; La Salete Martins; Leonídio Dias	102
EP-060	<b>MALACOPLAQUIA NO ENXERTO RENAL</b> Iolanda Godinho; Sara Gonçalves; Ariana Azevedo; Maria João Melo; Hugo Silva; Marta Neves; João Gonçalves; Estela Nogueira; Alice Santana; Lurdes Correia; José Guerra	102
EP-061	<b>AVALIAÇÃO ECONÓMICA DO TRANSPLANTE RENAL VERSUS HEMODIÁLISE</b> Vânia Peralta; Ana Graça; Fernando Rodrigues	103
EP-062	<b>STRONGYLOIDES STERCORALIS: UM CASO RARO DE TRANSMISSÃO ENTRE DADOR E RECETOR</b> Rui Barata; Rita Abrantes; Ana Messias; Miguel Bigotte Vieira; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Cecília Silva; Inês Aires; Fernando Caeiro; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco	103
EP-063	<b>BUSCA ATIVA POR POTENCIAIS DOADORES DE Córnea EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFMA</b> Polianna Costa Bortolon Melo; Luiza Maria De Nóvoa Moraes; Kenya Mara Veras Santos; Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima; Priscila Monteiro de Almeida; Regina De Fátima Cruz De Moraes; Ângela Inês Brito Veiga; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira; Leonardo Furtado Oliveira Lima; Lorena Monteiro Borges; Núbia Regina Pereira da Silva	103
EP-064	<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EM UM CENTRO DE TRANSPLANTE BRASILEIRO: 22 ANOS DE ATIVIDADES</b> Victor Hugo Fernandes; Stephanie Miyoshi; Larissa Polis; Mair Pedro de Souza; Anderson Simioni; Vergílio Colturato	103
EP-065	<b>THE HEMATOPOIETIC RECOVERY AFTER ALLOGENEIC BONE MARROW TRNSPLANT</b> Raquel Rodrigues; Fatima Amado; Filipa Bordalo; Sara Ferreira; Sérgio Lopes; Catarina Pinho; Susana Roncon	104



**XIX Congresso Luso Brasileiro  
de Transplantes**

**Portugal 2021**

**Comunicação Oral**

**CO-RIM-01**

**HOSPITALIZED AND OUTPATIENT KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS WITH COVID-19**

**Inês Duarte; Carolina Branco; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; Marta Neves; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva<sup>1</sup>; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Guerra**

**Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte**

Introduction: As the number of COVID-19 infection raises, it is expected that more kidney transplant (KT) recipients will be affected. More information is needed about the clinical factors that determine severe presentation in KT recipients with COVID-19. Methods: This is a retrospective observational single-center analysis of 18 KT recipients with confirmed SARS-CoV-2 infection between March and November of 2020. We compared clinical characteristics of COVID-19 infections between hospitalized and outpatient KT recipients. Results: Ten patients (55.5%) needed hospitalization and 8 patients (44.4%) were managed as outpatient. Mean age was 45.3 ± 13.1 years and 61.1% were male. Hypertension was present in 72.2%, diabetes in 33.3% and obesity in 22.1% of patients. Eleven patients (61.1%) had an identifiable sick contact. Hospitalized patients were older (52 ± 12.2 vs 37 ± 9.3 years; p value = 0.011), had lower baseline glomerular filtration rate (GFR) [39.0 ml/min/1.73m<sup>2</sup> (IQR 28.0 – 43.0) vs 59.0ml/min/1.73m<sup>2</sup> (IQR 41.3 – 101.0), p value= 0.021] and longer time since transplant (12.9 ± 6.9 vs 5.9 ± 6.5 years). Immunosuppression alteration occurred in 90.0% of hospitalized patients vs 37.5% in outpatient (p value= 0.043). In hospitalized patients, 8 (80.0%) had acute kidney injury of which 2 patients needed renal replacement therapy. Recovery of renal function was seen in 7 patients (70.0%). Only one patient remained on hemodialysis. Hospitalized patients had a longer time to infection cure (35.6 ± 17.7 vs 21.6 ± 10.6 days). Conclusion: Clinical severity in KT recipients with hospitalization requirement was related with the presence of comorbidities such as older age, lower GFR and longer time since transplant. Hospitalized patients had longer time to infection cure. Hospitalized KT recipients required close monitoring for clinical deterioration until symptom resolution. Further research is needed to determine the optimal management of COVID-19, particularly regarding immunosuppression management and antiviral therapy.

**CO-RIM-02**

**KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS WITH DIABETES MELLITUS HAVE WORSE OUTCOMES FOR COVID-19 THAN NON-DIABETICS**

**Débora Dias de Lucena<sup>a</sup>; Isabella Aguiar de Brito<sup>1</sup>; Marina Pontelli Cristelli<sup>2</sup>; José Omar Medina-Pestana<sup>2</sup>; Hélio Tedesco Silva Jr<sup>2</sup>; Érika Bevilaqua Rangel<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup> Universidade Federal de São Paulo; <sup>2</sup> Hospital do Rim e Hipertensão de São Paulo**

Introduction: COVID-19 infection has resulted in higher rates of hospitalization and greater disease severity in people with diabetes (DM). However, the impact of DM on kidney transplant recipients remains unclear.

Aims: To evaluate whether kidney transplant recipients with DM have worse outcomes of COVID-19 when compared to non-diabetics, as well as to identify the factors that adversely impact on the prognosis of COVID-19 in DM setting.

Methods: 574 kidney transplant recipients affected by COVID-19 were evaluated for the risk of a worse prognosis related to DM, considering demographic and laboratory data. Results: In our population, 60% were male, 64.6% were white, the average age was 51.5 years and 187 (32.6%) had DM. The main symptoms of Covid-19 were: cough (60.6%), chills (59.5%), fever (58.5%), dyspnoea (49.3%), myalgia (46%), diarrhea (32.6%), anosmia (31.2%) and headache (24.4%). DM was associated with the following outcomes: acute respiratory distress syndrome (ARDS) (P=0.0001), use of supplemental oxygen (P=0.0001), admission to the intensive care unit (ICU) (P=0.0001), mechanical ventilation (MV) (P=0.0001), acute kidney injury (P=0.0001), hemodialysis (HD) (P=0.006) and death (P=0.0001). Among diabetics, the factors related to the risk of death were age (P=0.0001), C-reactive protein (CRP) (P=0.006) and lactate dehydrogenase (LDH) (P=0.033); for the risk of ICU admission, we found age (P=0.0001), smoking (P=0.016), CRP (P=0.02), LDH (P=0.004), aspartate transaminase (AST) (P=0.021) and alanine transaminase (ALT) (P=0.037); for the risk of acute kidney injury, age (P=0.001) and creatinine at admission (P=0.023) were identified. Glycemic control was not related to the worse outcomes of COVID-19. Conclusions: Kidney transplant patients with DM had the worse outcomes when affected by COVID-19. Importantly, inflammatory markers may be a useful tool for risk-stratifying kidney transplant recipients with DM during COVID-19 progression.

**CO-RIM-03**

**THE IMPACT OF COVID-19 IN A RENAL TRANSPLANT UNIT**

**Joana Tavares; João Pedro Oliveira; Bárbara Ribeiro; Pedro Reis Pereira; Jorge Malheiro; Sofia Pedroso; Manuela Almeida; La Salate Martins; Leonídio Dias; António Castro Henriques; António Cabrita**

**Serviço de Nefrologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Introduction: Kidney transplant recipients are highly susceptible to infections, namely to viral infections SARS-CoV2. We aim to study, one year later, the impact of this pandemic in our transplant unit. Methods: We retrospectively reviewed all kidney transplant patients, from our program, with a laboratory-confirmed COVID-19 infection from March 1st, 2020 to February 4th, 2021. Transplant characteristics, comorbidities, symptoms, hospital admission, oxygen need, escalation of care, acute kidney injury, renal replacement therapy and, ultimately, death were registered. Results: A hundred and fourteen, out of the 1784, patients from our program were positive for SARS-CoV2. The majority (61%) were male, with a mean age of 52,9 ± 13,8 years old. Age-standardized incidence of COVID-19 in our transplant population was of 6,5% (95% CI:5,4-7,8%), similar to the general Portuguese population, SMR 0.869 (95% CI:0.717-1.044). However, the crude incidence of death age and sex- standardized was of 8,4% (95% CI:3,6-16,6%), representing a SMR of 4,5 (95% CI:1,9-8,8) comparatively with the general population. Out of the 114 patients, 7 patients got COVID-19 secondary to nosocomial transmission, and 28 patients of the remaining (26%) needed hospital admission. Immunosuppression regimen was changed in all patients of the inpatient group and in 59% of the whole population. The median time of hospital stay was 14 (IQR 7-31) days. Fever and respiratory symptoms were more frequent in the inpatient group. Oxygen therapy was performed in 73% of the patients and 42% needed invasive mechanical ventilation. More than half (61%) of the patients developed acute kidney injury, with 20% of them needing renal replacement therapy. No risk factors for adverse outcomes were identified. Conclusion: COVID-19 incidence in kidney transplant recipients, although comparable to the general population, seems to be associated with a higher mortality rate. Inpatient recipients, not surprisingly, had the poorest outcomes

**CO-RIM-04**

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DA PANDEMIA SARS-COV 2 NOS DOENTES TRANSPLANTADOS NUMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL**

**Rui Filipe Nogueira; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Ana Belmira; Elisa Almeida; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>; Rui Alves**

**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**

Introdução: O impacto da pandemia por SARS-Cov 2 nos doentes submetidos a transplante de órgão sólido tem sido alvo de estudo. As séries publicadas descrevem uma maior gravidade da doença, com uma necessidade de internamento e taxa de óbitos superior à da população geral. Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Recolha dos casos positivos para SARS-Cov 2 com base na notificação por parte dos doentes ou familiares. Consulta dos dados demográficos, relativos ao transplante e comorbilidades, com base no processo único dos doentes. Resultados: Foram identificados 56 casos de infeção por SARS-Cov 2 nos doentes transplantados na nossa unidade de transplantação renal, desde o início da pandemia. Os doentes tinham uma idade média de 55,7 ± 11,9 anos, a maioria do género masculino (55,4%). Treze doentes (23,2%) eram diabéticos. Quatro doentes (7,1%) tinham transplante renal de dador vivo e 7,1% estavam no seu segundo transplante renal. Tinham um tempo médio de transplante de 109,3 ± 90,6 meses e uma creatinina sérica basal média de 1,65 ± 0,8 mg/dl. Foi usada timoglobulina como agente de indução em 16,1% e o esquema imunossupressor de manutenção mais utilizado (60,7%) era composto por prednisolona, inibidor da calcineurina e anti-metabolito. Os sintomas mais comuns foram: febre (41,1%), tosse (39,3%), mialgias (23,2%) e dispneia (23,2%). Foi necessário internamento hospitalar em 42,9% dos casos, admissão em UCI em 8,9% e VMI em 5,4%. Faleceram 7 doentes (12,5%). A função renal final foi sobreponível, em média, à basal. Um dos doentes teve alta em hemodiálise. Discussão: A pandemia por SARS-Cov 2 tem causado, nos doentes transplantados na nossa unidade, doença com gravidade inferior à reportada na maioria das séries de casos publicadas. Isto pode dever-se ao facto de a maioria destas casuísticas relatarem o panorama pandémico na Itália e EUA, países mais afetados pela pandemia desde o seu início.

**CO-RIM-05**

Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Helen Fagundes; Suelen Martins; Kamilla Linhares; Bianca Cassão<sup>1</sup>; Vega Azevedo; Monica Nakamura; Daniel Wagner Santos; Lucio Roberto Requião Moura; Renato Demarchi Foresto; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana

**Hospital do Rim**

Background: Brazil is one of the epicenters of the pandemic by COVID-19. Populations that accumulate comorbidities, such as solid organ transplant recipients, are at risk of worse outcomes. Methods: This single-center prospective cohort study reports all kidney transplant recipients with confirmed COVID-19 between 03/20/2020 and 02/10/2021. Outcomes were adjudicated until 03/10/2021 or the date of death. Results: Among the 10,210 recipients in follow-up, there were 1,133 patients with confirmed COVID-19. The majority was middle-aged with one or more comorbidities. Acquisition was deemed nosocomial in 56 (5%) patients; 559 (49%) patients identified a close confirmed contact, and 518 (46%) were not aware of the source of contagion. The most frequent initial symptoms were cough (57%), fever (52%), dyspnea (37%), diarrhea (29%) and anosmia (29%). From all patients, 39% required interruption of at least one of the immunosuppressive drugs, and 26% required complete suspension except steroids. Forty-two percent were treated at home, 58% required hospitalization. Among the hospitalized, 62% needed intensive care, 76% presented allograft dysfunction and 45% needed dialysis. The global mortality rate was 24%. Overall 28-day fatality rate was 16% and, among hospitalized patients, 28%. Among the 864 survivors, there were 30 (3.4%) graft losses. Conclusions: This prospective cohort analysis confirms the high impact of COVID-19 on the population of kidney transplant recipients. They are patients with high use of health resources and who have a high rate of early mortality.

**CO-RIM-06****PANDEMIA SARS-COV 2 NO TRANSPLANTE RENAL - NÃO HÁ DUAS SEM TRÊS**

Rui Filipe Nogueira; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Ana Belmira; Elisa Almeida; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves

**Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**

Introdução: A pandemia de SARS-Cov 2 tem tido um impacto crescente na população portuguesa, atingindo o seu pico durante a 3ª vaga de casos (início de 2021) e colocando os recursos de saúde sob grande pressão. Apresentamos uma breve análise do impacto da pandemia na população de doentes transplantados na nossa Unidade de Transplantação Renal, ao longo das três vagas da pandemia. Métodos: Estudo descritivo e retrospectivo. Recolha dos casos positivos para SARS-Cov 2 com base na notificação por parte dos doentes ou familiares. Consulta dos dados demográficos, relativos ao transplante e comorbilidades, com base no processo único dos doentes. Resultados: Foram identificados 56 casos de infeção por SARS-Cov 2 nos doentes transplantados na nossa unidade de transplantação renal, desde o início da pandemia. Os doentes tinham uma idade média de 55,7 ± 11,9 anos, a maioria do género masculino (55,4%). O crescimento do número de casos foi particularmente acentuado na 3ª vaga, tendo sido registados mais casos nesta que na 1ª e 2ª vagas juntas (34 casos vs 22 casos). A proporção de doentes assintomáticos manteve-se constante ao longo das 3 vagas (14,3% vs 13,3% vs 14,7%). A taxa de internamentos disparou a partir da 2ª vaga (46,7%), mantendo-se sobreponível na 3ª (44,1%). A taxa de mortalidade duplicou da 2ª para a 3ª vaga (6,7% vs 14,7%). Discussão: O impacto crescente da pandemia de SARS-Cov 2, ao longo das 3 vagas verificadas, na população portuguesa refletiu-se também nos doentes transplantados renais na nossa unidade. Este efeito fez-se notar, não só no número total de casos identificados como também na taxa de internamentos e de óbitos, medidores da gravidade da doença em questão.

**CO-RIM-07****DESENVOLVIMENTO DE UM MODELO PARA PREDIÇÃO DA FUNÇÃO RETARDADA DO ENXERTO APÓS TRANSPLANTE RENAL COM DOADOR FALECIDO**

Raquel Martins E Quinino; Fabiana Agena; Elias David-Neto

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP (HCFMUSP)**

INTRODUÇÃO: a função retardada do enxerto (FRE) apresenta várias definições, sendo a mais simples e objetiva a necessidade de diálise na primeira semana após o transplante. A ocorrência de FRE está associada a vários fatores de risco relacionados ao doador, receptor, manutenção do doador e preservação do órgão, e causa impacto na sobrevida do enxerto, incidência de rejeição aguda, permanência hospitalar e custos. Nesse estudo propomos um modelo para prever a FRE após o transplante. MÉTODOS: foram analisados retrospectivamente pacientes submetidos a transplante com doador falecido no Serviço de Transplante Renal do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo, no período compreendido entre 01 de janeiro de 2010 e 30 de junho de 2019. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, Modelo e Validação, através de amostragem aleatória simples. Foi realizada análise estatística por regressão logística para identificação das variáveis relacionadas à diálise e o método Árvore de Classificação para desenvolvimento do modelo preditivo. RESULTADOS: foram analisados 833 pacientes, sendo 625 no grupo modelo e 208 no grupo validação. As variáveis relacionadas à diálise foram tipo de diálise pré-transplante, tempo de diálise e índice de massa corpórea (IMC) do receptor, idade, creatinina final e diurese do doador, tempo de isquemia fria e número de incompatibilidades no sistema HLA. Foi desenvolvida uma árvore de classificação e uma calculadora de probabilidade de diálise, o modelo apresentou uma boa capacidade preditiva (área sob a curva ROC de 0,766), como também o grupo validação (área sob a curva ROC de 0,704). CONCLUSÕES: desenvolvemos um modelo para FRE baseado em Árvore de Classificação a partir de 8 variáveis, com boa predição e comparável a outros modelos descritos na literatura. Nosso modelo permite identificar os pacientes de maior risco no momento do transplante, o manejo adequado desses pacientes e inclusão em ensaios clínicos.

**CO-RIM-08**

Cláudia Costa; Filipe Marques; Maria João Melo; Joana Gameiro; Marta Neves; Ariana Azevedo; Alice Santana<sup>1</sup>; José Guerra<sup>1</sup>

**Hospital Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte**

Introduction: Living kidney donor (LKD) transplantation is the gold standard treatment for end-stage renal disease. When compared to deceased donor, LKD transplantation is associated with superior survival, graft function, and quality of life. However, awareness has increased about the long-term risks for living kidney donors (LKDs). Objectives: To analyze the evolution of LKDs' renal function according to their age at time of donation ( $\leq$  or  $>50$  years old). Secondary analyzed outcomes were the prevalence of hypertension and major cardiovascular events after transplantation in the two groups. Methods: A retrospective analysis of 97 LKDs admitted to a Nephrology and Renal Transplantation Department in Portugal, between November 2002 and June 2018. Results: Mean age was 45 ± 9.8 years and the majority of patients were female (n=63, 64.9%) and Caucasian (n=87, 89.7%). Mean baseline estimated glomerular filtration rate (eGFR) was 107.5 ± 13.2 mL/min/1.732. The majority of patients were  $\leq 50$  years (n=69, 71.1%); these had higher baseline eGFR (110.4 ± 12.2 vs 100.4 ± 13.1 mL/min/1.732, p=0.001), and developed less frequently hypertension after donation (17.3% vs 50.0%, p=0.002). Additionally, older patients developed more frequently major cardiovascular events (10.7% vs 0%, p=0.023). There was no significant difference regarding the decrease of donors' eGFR throughout follow-up comparing younger and older groups: at the time of discharge there was a decrease of 35.6% vs 37.0% (p=0.612), respectively; at 2 years of 30.3% vs 35.8% (p=0.063); at 5 years 29.9% vs 33.3% (p=0.337) and at 10 years 31.0% vs 29.3% (p=0.770). Conclusion: Older donor age was not associated with a higher decrease in renal function throughout follow-up, therefore should not be a limitation for organ donation. However, the higher prevalence of hypertension and cardiovascular events in the  $>50$  years old cohort should be considered when selecting these donors and closer monitoring should be undertaken.

## CO-RIM-09

Ricardo Martins Garcia; Renato Demarchi Foresto; Maria Amélia Aguiar Hazin; Ana Paula Aquino Moraes; Julia Bernardi Taddeo; Bianca Cristina Cassão; Claudia Rosso Felipe; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Lucio Roberto Requião Moura; Jose Medina Pestana; Helio Tedesco Silva

Hospital do Rim

Objetivo: Avaliar o impacto do Kidney Donor Profile Index (KDPI) alto na função renal e na sobrevida do enxerto em um ano pós transplante. Métodos: Esta coorte retrospectiva analisou 3.059 pacientes submetidos a transplante renal de doador falecido entre janeiro de 2013 e dezembro de 2017 em nosso centro. Pacientes foram divididos em 4 grupos conforme KDPI: Grupo A-KDPI 0-35% (n = 561), Grupo B-KDPI 36-50% (n = 361), Grupo C-KDPI 51-85% (n = 1.289), e Grupo D-KDPI > 85% (n = 848). A taxa de filtração glomerular (TFG) foi estimada pela fórmula CKD-EPI. Os dados de TFG de pacientes que não atingiram 1 ano de seguimento pós- transplante foram imputados com o último valor observado em caso de óbito e definido como 0 em caso de perda do enxerto. Resultados: O tempo de isquemia fria mediano foi semelhante em todos os grupos (23h; p=0,513). A incidência de DGF foi maior nos grupos com KDPI maior (A=50,6%, B=59,3%, C=62,7% e D=62,0%; p<0,001). A TFG mediana foi decrescente conforme o KDPI (A=64,8; B=53,3; C=46,9; D=39,1ml/min/1,73m<sup>2</sup>; p<0,001). Rejeição aguda comprovada por biópsia (A=9,1%, B=9,8%, C=8,4%, D=9,1%, p=0,736) e sobrevida do enxerto (A=93,6%, B=91,1%, C=92,7%, D=90,0%, p=0,051) foram semelhantes entre os grupos. Na análise multivariada, KDPI elevado relacionou-se a TFG <50ml/min/1,73m<sup>2</sup> (OR 1,23; IC 95% 1,02-1,026; p<0,001). Conclusão: Esta coorte com tempo de isquemia fria e incidência de DGF e elevadas, a TFG ao final de 1 ano de transplante foi menor entre aqueles com KDPI elevado. A sobrevida do enxerto foi semelhante entre os grupos.

## CO-RIM-10

OUTCOMES OF LAPAROENDOSCOPIC SINGLE-SITE SURGERY IN LIVING-DONOR NEPHRECTOMY, RESULTS AT 5-YEAR FOLLOW-UP

João Pedroso Lima; Roberto Jarimba; Edgar Tavares Da Silva; Paulo Azinhais; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Catarina Romãozinho; Lídia Santos; Arnaldo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introduction: Conventional laparoscopic nephrectomy (CLN) is the current standard for donor nephrectomy. With the ongoing trend of minimally invasive surgery, laparoendoscopic single-site donor nephrectomy (LESS-LDN) presents as a feasible alternative, with studies reporting less postoperative pain, shorter postoperative hospital stay and better cosmetic results with laparoendoscopic single-site procedures. Objectives: To compare intraoperative and postoperative results at 5-year follow-up of both surgical techniques. Methods: We gathered data regarding demography, nephrectomy technique, intraoperative time, days of postoperative hospitalization and complications of the living donor nephrectomies performed in our institution, from 01-01-2009 to 31-12-2015. Information regarding graft function, graft loss and recipient death were collected until 31-12-2020. Results: In the 7 years reported, 45 donor nephrectomies were performed, of which 32 (71,1%) were CLN and 13 (28,9%) were LESS-LDN. Mean age was 43,98 years [24-61 years]. Gender distribution was 62,2% (n=28) for female and 37,8% (n=17) for male patients. When comparing between CLN and LESS-LDN groups, there was statistically significant difference in the operative time (89,79±25,64min for CLN vs 135,71±31,68min for LESS-LDN, p<0,01, after subtraction of waiting time for recipient preparation – mean 38,52 minutes), in drainage placement (93,5% for CLN vs 15,4% for LESS-LDN, p<0,01) and in intraoperative hemorrhage (114ml for CLN vs 37ml for LESS-LDN, p=0,03). Warm ischemia time was similar between both techniques (159±67 seconds for CLN vs 202±78 seconds for LESS-LDN, p=0,216). There was only one Clavien-Dindo>3 complication, in the CLN group. We found no statistically significant difference in hospital stay between groups (4,78 days for CLN vs 5,08 days for LESS-LDN, p=0,582). No difference was detected between both groups regarding immediate diuresis, recipient serum creatinine at 1 and 12 months or graft loss at 5 year follow-up. Conclusions: In the era of minimally invasive surgery, LESS-LDN represents a potential technique with similar outcomes and safety.

## CO-RIM-11

IMPACTO DA PANDEMIA POR SARS-COV-2 NOS TEMPOS DE ATUAÇÃO EM TRANSPLANTAÇÃO RENAL - ESTUDO TRANSVERSAL

João Lorigo; Edgar Silva; João Lima; Roberto Jarimba; Edson Retroz; Pedro Moreira; Lorenzo Marconi; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo

Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Anualmente, cerca de 500 rins são transplantados em Portugal por ano. A pandemia por SARS-Cov-2 apresentou novas dificuldades em todas as áreas de atuação hospitalar. Devido a ela, houve necessidade de aumentar os procedimentos para colheita e transplante, nomeadamente, com a realização do teste COVID a doadores e receptores, bem como reorganização dos circuitos dos doentes. Objetivo: Comparar os tempos de ventilação assistida do doador e de isquemia fria do enxerto até ao transplante no ano prévio ao início da pandemia com o primeiro ano após a mesma. Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo transversal, que incluiu todos os doentes submetidos a transplante renal num hospital central durante o período pandémico atual (15 de março de 2020 a 16 de janeiro de 2021) e os doentes transplantados no período correspondente do ano precedente (141 doentes), assim como os respetivos 80 doadores. Resultados: Durante o período prévio à implementação de medidas em resposta às necessidades pandémicas, foram transplantados 85 doentes, contrastando com 56 doentes no mesmo período após início da pandemia. No primeiro período verificou-se um tempo médio de ventilação assistida do doador de 61,5 horas, tendo este período sofrido um aumento para 82,6 horas (p=n.s.). Quanto ao tempo de isquemia fria do órgão, verificou-se um tempo médio de 18,5 horas previamente à pandemia e 17,2 horas após o início desta (p=n.s.). Conclusão: A pandemia por COVID colocou enormes necessidades e desafios a todos. Em meio hospitalar assistimos ao aumento das necessidades humanas, logísticas e materiais de forma a garantir a prestação de bons cuidados em saúde. Este estudo mostra que tais medidas foram bem sucedidas e que embora o tempo entre o início da ventilação do doador e a colheita tenha aumentado, o tempo de isquemia, com impacto na função posterior do órgão, se mantiveram sobreponíveis.

## CO-RIM-12

CO-RIM-12 - AS BIÓPSIAS DE ENXERTOS RENAIIS SÃO SEGURAS? - ESTUDO TRANSVERSAL

João Lorigo; Edgar Silva; Manuel Lopes; Vasco Quaresma; Edson Retroz; Pedro Moreira; Lorenzo Marconi; Pedro Nunes; Belmiro Parada; Arnaldo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: Por melhorias na terapêutica imunossupressora e um refinamento na técnica cirúrgica, a sobrevida dos enxertos aumentou. A biópsia pré implante pode ser útil a prever resultados funcionais e embora alguns estudos tenham realçado as suas vantagens, poucos estudaram os seus riscos. Objetivo: Comparar as complicações peri-operatórias num grupo de doentes submetidos a transplante renal que receberam um enxerto biopsado no período entre a colheita e o transplante com um grupo de doentes em que tal não ocorreu. Materiais e Métodos: Foi realizado um estudo transversal, que incluiu todos os doentes submetidos a transplante renal no ano de 2020 num hospital central com unidade de transplantação renal (n=84). A população apresentou uma média de idade de 47,5±12,7 anos, sendo composta por 50 homens e 34 mulheres. Os dados clínicos foram recolhidos a partir dos registos hospitalares. Na biópsia utilizou-se uma técnica de duplo core com agulha 18G, por punção polar. Resultados: Trinta doentes (35,71% do total) receberam um enxerto biopsado. Observou-se uma queda média da hemoglobina pós operatória de cerca de 2,16 mg/dl, sendo essa redução mais notória no subgrupo de doentes cujo enxerto foi biopsado (2,54 mg/dl vs 1,95 mg/dl; p<0,05). Nesse grupo, o número de transfusões necessárias durante o internamento foi também maior (2,4 U vs 1,13 U, p<0,05). Em 22,61% dos doentes constatou-se formação de hematoma peri-enxerto. A sua dimensão foi significativamente maior nos doentes biopsados (21,43 mm de maior eixo vs. 9,91 mm; p<0,05). Já o valor da creatinina sérica no momento da alta foi semelhante entre os dois grupos, com um valor médio de 1,84 mg/dl. Conclusão: Apesar das já demonstradas vantagens da biópsia pré transplante, esta não se configura isenta de riscos. Este estudo demonstrou associação significativa entre o procedimento e maior risco de hemorragia peri operatória e necessidade transfusional durante o internamento.



**CO-RIM-13**

**INTOLERÂNCIA AO ENXERTO RENAL APÓS FALÊNCIA: A EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DE UMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL**

Carolina Ormonde<sup>1</sup>; Sara Querido<sup>2</sup>; André Weigert<sup>2</sup>

1 - Hospital do Divino Espírito Santo; 2 - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Introdução: Os doentes que, devido a falência de enxerto renal, retornam a outros tratamentos de substituição da função renal, colocam problemas específicos na prática clínica. Alguns desenvolvem síndrome de intolerância ao enxerto (SIE) que confere um estado de inflamação crónica, associado a elevada morbidade. Esta síndrome está pouco estudada, pelo que o objetivo deste trabalho foi avaliar a sua incidência, características clínicas e complicações associadas, numa Unidade de Transplantação Renal (UTR) em Portugal. Métodos: Estudo observacional, retrospectivo e descritivo. Inclusão dos doentes transplantados renais com falência do enxerto 6 ou mais meses após o transplante, entre 2008 e 2018, numa UTR em Portugal. Excluíram-se doentes que tivessem realizado nefrectomia por outras causas que não SIE. Os dados foram obtidos através do processo clínico e a análise estatística feita com recurso a SPSS Statistics. Resultados: Do total de 160 doentes com falência do enxerto renal no período estudado, 39.4% (n=63) desenvolveram SIE. O tempo mediano para o seu desenvolvimento após perda do enxerto foi de 7.1 meses (4.2-13.0). As manifestações clínicas de SIE foram: em 54.0% (n=34) dor ou aumento da dimensão do enxerto; febre e hematúria em 30.2% (n=19); e anorexia/astenia em 15.9% (n=10). Em todos os casos foi realizada nefrectomia. Surgiram complicações em 16 procedimentos (25.4%): 10 (15.9%) complicaram com hemorragia e 8 (12.7%) com infeção da loca cirúrgica. Uma doente (1.6%) necessitou de cuidados intensivos por síndrome de dificuldade respiratória aguda e 2 doentes (3.2%) faleceram na sequência das complicações. Conclusão: A incidência de SIE no nosso centro foi comparável às poucas séries descritas na literatura. A maioria ocorreu no primeiro ano após o regresso à diálise. A SIE é uma entidade clínica com elevada morbidade e com necessidade de nefrectomia para resolução. Contudo, a nossa série, tal como outras, revela que a intervenção cirúrgica acarreta riscos consideráveis.

**CO-RIM-14**

**PREDICTORS OF DELAYED GRAFT FUNCTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS THROUGHOUT 3 DECADES: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

Carolina Figueiredo<sup>1,2</sup>; Mariana Fernandes<sup>3</sup>; Filipe Mira<sup>1,2</sup>; Clara Pardinhas<sup>1,2</sup>; Rita Leal<sup>1,2</sup>; Luís Rodrigues<sup>1,2</sup>; Mariana Guedes Marques<sup>1,2</sup>; Lídia Santos<sup>1,2</sup>; Catarina Romãozinho<sup>1,2</sup>; Carlos Bastos<sup>4</sup>; Helena Sá<sup>1,2</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>4,5</sup>; Rui Alves<sup>1,2</sup>

1 - Serviço de Nefrologia, CHUC; 2 - Clínica Universitária de Nefrologia, FMUC; 3 - Departamento de Matemática, Universidade de Aveiro; 4 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal, CHUC; 5 - FMUC

Introduction: Delayed graft function (DGF), defined as the need for dialysis within one week post-transplantation, is associated with poorer kidney graft survival. We aimed to identify risk factors for DGF throughout 3 decades and evaluate their effect on graft survival. Patients and Methods: Retrospective study including 3081 kidney transplants performed at our transplantation unit between January 1st, 1989 and December 31st, 2018. Data regarding donor and recipient demographics, time on dialysis, immunization, panel reactive antibody test (PRA), Human Leucocyte Antigens (HLA) matching, cold ischemia time, hemodynamic parameters, immunosuppression and graft function evolution and survival were collected. Patients were divided in 3 decades (1: 1989-1998, n=724; 2: 1999-2008, n=972; 3: 2009-2018, n=1385). Results: On a first analysis, we used Kruskal-Wallis test or X2 test to compare recipient, donor and perioperative characteristics between decades, and we found no statistical differences among them. The incidence rate of DGF was 16 (n=493): 14% in decade 1; 19.3% in decade 2 and 15% in decade 3. On univariate analysis, almost all the variables studied were statistically significant as predictors of DGF. However, when we performed a multivariate analysis including the variables statistically significant on the univariate analysis, using binary logistic regression, we found that in the first decade the predominant risk factors for DGF were pre-transplant dialysis time and cold-ischemia time, whilst in the following decades donor characteristics, as well as recipient's weight became more relevant. Conclusion: The observed shift from donor-unrelated variables in the first decade into donor parameters in the second and third decades as the main determinants of DGF highlights the impact of broaden acceptance criteria for donor selection. Nevertheless, the increase in expanded criteria donors did not translate into poorer overall results.

**CO-RIM-15**

**KIDNEY TRANSPLANTATION FOLLOWING CARDIOCIRCULATORY DEATH DONORS: A 3-YEAR SINGLE CENTER EXPERIENCE**

Vanessa Rebelo Dos Santos<sup>1</sup>; Sara Fernandes<sup>1</sup>; Carlota Ramos<sup>1</sup>; Carlos Miranda<sup>1</sup>; Lucas Batista<sup>1</sup>; João Coutinho<sup>1</sup>; José Guerra<sup>2</sup>

1 - Department of Surgery, Northern Lisbon University Hospital Centre; 2 - Department of Nephrology and Kidney Transplantation, Northern Lisbon University Hospital Centre

Donation after cardiocirculatory death (DCD) has been used as a route to increase the number of organs for transplantation. We present the first three years of our experience of kidney transplantation following DCD, between october 1, 2017 and september 30, 2020. Of the 197 kidneys harvests, 22 (11.2%) were from DCD donors. However, only 39 kidneys were harvested. The average age of donors was 47.4 (24 to 68) years and mean serum creatinine of the donors was 1.33 mg/dL. Trauma related death was seen in just one of the donors and the cause of death of the remaining 21 donors was associated with medical causes. During this period 244 kidney transplants were performed and 26 (10.7%) of them were from DCD donors. The average age of the recipients was 45 (24 to 62) years. The mean cold ischemia time was 16.9 (range 2.5 to 24.2) h. The mean WIT 1 was 196.6 (range 126 to 292) min, and the WIT 2 was 30.6 (range 23 to 39) min. Excellent graft function (EGF) was observed in 11.5% (n=3), intermediate early graft function (IGF) in 7.7% (n=2) and delayed graft function (DGF) in 73.1% (n=19). There were 2 cases of primary graft nonfunction (7.7%). Acute graft rejection was observed in 5 patients (19.2%) and 2 of them had graft failure. At 12-month follow-up, the mean serum creatinine of the remaining DGF group was 1.4 (0.88-2.18) mg/dL. Other common complications were new onset diabetes after transplantation in 26.9% (n=7) and urinary tract infection in 42.3% (n=11). This resulted in an increase of 12.6% in kidney harvesting and 11.9% in kidney transplants in our center. Kidney transplantation from DCD increases the incidence of renal transplantation, has comparable recipient and graft survival rates to those from brain dead donors (DBD) and thus, should be encouraged.

**CO-RIM-16**

**MORTALIDADE EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE RENAL – EVOLUÇÃO AO LONGO DE TRÊS DÉCADAS**

Sara Cardoso Fernandes; Ana Carina Ferreira; Miguel Bigotte Vieira; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Inês Aires; Marília Possante; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco

Hospital Curry Cabral

Introdução: A morte com enxerto funcionante corresponde a 9–30% das perdas de enxerto. A patologia cardiovascular é a causa mais frequente; contudo, a mortalidade por infeções ou neoplasias tem aumentado. Objectivo e Métodos: Estudo retrospectivo para avaliação da evolução das causas de morte dos doentes transplantados nas últimas 3 décadas (1989 – 2020). Analisaram-se dados epidemiológicos e clínicos, assim como terapêutica imunossupressora e causas de morte. Resultados: Estudamos 214 óbitos, com follow-up mediano de 100 meses. Cerca de 70% (n=149) eram do sexo masculino, com idade média à data de transplante de 53.2±10 anos. Relativamente às causas de morte, 24,4% (n=52) dos doentes morreu de causa infecciosa, 20,5% (n=44) de neoplasia e 17,8% (n=38) de patologia cardiovascular, sem diferenças ao longo das 3 décadas estudadas. Em 27,2% (n=58) dos casos não se identificou a causa de morte, tendo-se assumido a causa cardiovascular como mais frequente na maioria dos casos. Não houve relação entre causa de morte e idade do doente, tempo em diálise ou etiologia da DRC. Contudo, verificou-se associação entre hipertensão arterial prévia e morte cardiovascular (p=0,04); e entre terapêutica de indução (p=0,05) e função renal à data de óbito (p=0.007) e morte por causa infecciosa. No pós-transplante imediato, a mortalidade cardiovascular foi a mais frequente. O uso de azatioprina associou-se a neoplasia e infeção; a combinação tacrolimus e MMF associou-se a maior mortalidade cardiovascular – 74% dos doentes que faleceram por esta causa estavam sob este regime. Conclusão: Apesar de não haver variação significativa das causas de morte ao longo das décadas, verificou-se maior prevalência da morte por causa infecciosa e neoplásica, ao contrário do que está descrito na literatura, que estabelece a morte cardiovascular como mais frequente. A imunossupressão, função renal e HTA foram os fatores que se associaram a diferentes causas de morte na nossa população.

## CO-RIM-17

Anna Lima<sup>2</sup>; Afonso Santos<sup>2</sup>; Luís Leite De Sousa<sup>1</sup>; Célia Nascimento<sup>1</sup>; Cristina Jorge<sup>1</sup>; Margarida Bruges<sup>1</sup>; Teresa Adragão<sup>1</sup>; Domingos Machado<sup>1</sup>; André Weigert<sup>1</sup>

1 - Serviço de Nefrologia - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Nefrologia - Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca

**Introdução:** A sobrevida do enxerto e do doente submetido a transplantação renal (TR) depende de diversos fatores. O objetivo deste trabalho é descrever as características clínicas dos doentes com sobrevida do enxerto renal superior a 20 anos seguidos num centro de transplantação renal. **Métodos:** Estudo retrospectivo observacional. Foram incluídos doentes submetidos a TR até 31 de dezembro de 2000. **Resultados:** Foram realizadas 416 TR até 2000, tendo 24,3% doentes (n=101) mantido sobrevida do enxerto superior a 20 anos. Neste grupo a maioria dos transplantes foi de dador falecido (75,2%, n=76). A mediana da idade dos dadores foi 24 anos (4 – 62 anos), sendo a causa de morte mais frequente o traumatismo crânio-encefálico. A mediana de idades dos recetores foi de 37,7 anos (15,3 – 66,7 anos), 67,3% (n=68) do sexo masculino. A maioria dos doentes encontrava-se sob hemodialise à data do transplante (94,1%, n=95), sendo a mediana do tempo em diálise 3,5 anos (0,1 – 13,4 anos). As causas mais comuns de DRC foram glomerulonefrite crónica (33,7%, N=34), vasculopatias (11,9%, n=12) e nefrite intersticial (11,9%, n=12). Cerca de metade dos doentes apresentava ≤ 3 incompatibilidades (46,5% n=47). Cerca de 39,6% (n=40) dos doentes perderam seguimento após esse marco, sendo as causas mais comuns a morte (55%, n=22) e a perda do enxerto (40%, n=16). As principais causas de morte foram neoplasia (22,7%, n=5) e infeção (18,2%, n=4). Praticamente metade dos doentes que mantém seguimento apresentam TFG superior a 60ml/min/1,73m<sup>2</sup> (47,5%, n=29). **Conclusão:** A transplantação renal é compatível com longas sobrevidas dos doentes e enxertos, conforme evidenciado em um quarto dos doentes transplantados até 2000. Contudo, esses dados não podem ser extrapolados para a população transplantada atual dadas as diferenças relativas aos critérios de seleção de dadores e recetores, bastante mais abrangentes do que no início da TR em Portugal.

## CO-RIM-18

**TRANSPLANTE RENAL APÓS OS 60 ANOS – ANÁLISE RETROSPECTIVA DE UM CENTRO TERCIÁRIO**

Joana Marques; Patrícia Alves; Catarina Marouço; Filipa Cardoso; Patrícia Cotovio; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Inês Aires; Marília Possante; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Miguel Vieira; Fernando Nolasco

Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** Com o aumento da sobrevida do número de idosos em diálise tem vindo a aumentar. **Objetivo:** Avaliar o impacto da idade na sobrevida, outcomes e a ocorrência de eventos nos doentes submetidos a transplantação renal (TR). **Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes submetidos a TR entre 1/1/2014 e 30/6/2016 - observação de 5 anos. Apresentamos as variáveis contínuas como média(±DP) ou mediana(intervalo interquartil) consoante a normalidade; as categóricas como frequências. Realizámos as comparações com teste-t ou teste de Wilcoxon(rank-sum). Dividimos a população em 2 grupos: grupo A(GA)<60 e B(GB)>60anos. Definimos como momentos de análise o 1º e 2ºanos e o final do follow-up(FFU). Para as comparações usámos o teste X2. **Resultados:** Estudámos 146 doentes, com idade de 48±12,2anos e follow-up de 64.5[56-72]meses;78% leucodérmicos,67% homens. Incluíram-se 117 (80%)doentes no GA e 29(20%) no GB. Sem diferença entre grupos quanto: etiologia da DRC, transplante prévio, tempo e tipo de diálise, serologias, comorbilidades cardiovasculares ou tempo follow-up (65vs62meses;p=0.25).O GB recebeu mais enxertos de critérios expandidos (67.9%vs30.5%;p<0.001) e de dadores mais velhos (60.8±9.8vs44.0±15.9anos;p<0.001). Sem diferenças no PRA ou imunossupressão. Sem diferença na função imediata do enxerto ou rejeição precoce. O GB apresentou TFG inferior à data de alta (39.0[32.0,57.0]vs51.5[40.0,79.0];p=0.029) e 1ºano (47.0[30.0,71.8]vs58.0[44.0,84.0];p=0.015) mas sem diferença aos 2 anos e no FFU. A perda do enxerto no 1ºano foi superior no GB (7.7%vs0%;p=0.009); sem diferença nos restantes momentos da análise. O GB apresentou mais infeções por qualquer agente no 1ºano (88.0%vs59.1%;p=0.007); sem diferença nos momentos posteriores. A infeção a BK foi superior no GB em qualquer momento da análise (p=0.003/0.011/<0.001). A DM pós-transplante no 1ºano e no FFU foi mais frequente no GB(48.0%vs21.6%;p=0.009; e 40.0%vs18.9%;p=0.028).O GB apresentou mais neoplasias no FFU(20%vs4.5%;p=0.011). Sem diferença na mortalidade entre grupos no FFU(12.0%vs6.7%doentes;p=0.39). **Conclusão:** Apesar do carácter retrospectivo da análise podemos concluir que a TR em recetores com>60 anos associa-se a resultados favoráveis, devendo ser considerada como opção terapêutica.

## CO-RIM-19

**SIROLIMO (SRL) VERSUS EVEROLIMO (EVR) VERSUS MICOFENOLATO (MPA) EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL RECEBENDO INDUÇÃO COM GLOBULINA ANTI- TMÓCITO (R-ATG) E MANUTENÇÃO COM TACROLIMO E PREDNISONA**

Hélio Tedesco Silva; Guilherme Yokoyama; Claudia Rosso Felipe; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Nayara Tenório; Valentine Lima; Vega Azevedo; Juliana Rezende; Renato Demarchi Foresto; Monica Nakamura; Yasmim Dreige Dreige; Julia Taddeo; Jose Medina Pestana1

Hospital do Rim

**Objetivo:** comparar eficácia e segurança do SRL versus EVR versus MPA em receptores de transplante renal. **Métodos:** estudo unicêntrico, prospectivo e randomizado em receptores de transplante renal recebendo indução com r-ATG 3 mg/kg (dose única) e manutenção com tacrolimo e prednisona. Pacientes randomizados receberam SRL (3 mg 2 vezes ao dia ajustado para manter concentração entre 4-8 ng/ml), EVR (3 mg 2 vezes ao dia ajustado para manter concentração entre 4-8 ng/ml) ou MPA (720 mg 2 vezes ao dia). Todos os pacientes receberam tratamento preemptivo para infeção por CMV. O resultado primário foi a incidência de infeção por CMV em 12 meses. **Resultados:** Foram incluídos 267 receptores de transplante renal recebendo SRL (n=87), EVR (n=91), ou MPA (n=89). A incidência de infeção por CMV foi menor nos grupos SRL e EVR comparado com o grupo MPA (8,0% vs. 6,6% vs. 43,8%), mas não houve diferença na proporção de pacientes com imunidade celular específica para CMV baseado no teste de Quantiferon (41,2% vs. 56,2% vs. 45,0%) ou na viremia por BKV (4,3% vs. 9,2% 11,5%). Não houve diferença na incidência de rejeição aguda comprovada por biópsia (12,6% vs. 8,8% vs. 8,9%), incidência de DSA de novo (2,8% vs. 0% vs. 1,3%), perda do enxerto (2,3% vs. 2,2% vs. 0%) ou óbito (0% vs. 1,1% vs. 3,3%). Em 12 meses, não houve diferença na função renal ao final de 1 ano de seguimento (79,3 vs. 76,7 vs. 75,6 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) ou na classificação de Banff de biópsias protocolares. **Conclusão:** estes resultados confirmam e expandem observações prévias em relação à eficácia dos inibidores da mTOR e à menor incidência de infeção por CMV.

## CO-RIM-20

**MODIFIED FRAILITY INDEX (MFI-11): A SIMPLE TOOL TO ACCESS FRAILTY IN OLDER KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST POPULATION**

Mariana Sousa<sup>1</sup>; Jorge Malheiro<sup>2</sup>; Sandra Tafulo<sup>3</sup>; Manuela Almeida<sup>2</sup>; Sofia Pedroso<sup>2</sup>; Josefina Santos<sup>2</sup>; La Salette Martins<sup>2</sup>; Leonídio Dias<sup>2</sup>

1 - Hospital Garcia de Orta; 2 - Centro Hospitalar do Porto; 3 - Instituto Português do Sangue e Transplantação

**Background:** There are insufficient predictive tools that identify older kidney candidates who would benefit most from transplant. Modified Frailty Index (mFI-11) is a deficit accumulation measure of frailty (score 0-11). Even though it's not validated in KT population, it's a simple and non-subjective tool to access frailty and is well validated in older and surgical populations. The aim of this study was to evaluate associations between MFI-11 and the outcomes of wait-listed older candidates for KT. **Methods:** We retrospectively analyzed candidates with ≥ 65 years old that were approved for KT between 2012-2014. The follow-up us until September 2020. We access mFI-11 at time of the entry on waiting list. It was correlated with the outcomes: death or definitive contraindication (DC) while on the waiting-list and KT outcomes. **Results:** Sixty candidates were included with a mean age of 67.4 years old. In the period of follow-up, 39% of the candidates died or had a DC for transplant. These patients had higher mFI-11 (2.88 vs 2.05 p value= 0.030). Patients that were transplanted (59%) had lower mFI-11 (2.05 vs 2.85 p value= 0.033). Patients with MFI-11 index > 2 had higher probability of death or DC (hazard ratio (HR): 7.727; p value <0.001) and less probability of KT (HR: 0.450) when adjusted to age, sex, calculated panel-reactive antibody, and time between dialysis initiation and KT waiting list. Analyzing the subpopulation that was transplanted (28 patients) there is also a significant association between MFI-11 index> 2 and lower global renal graft survival in 5 years (MFI-11 index >2: 40% vs ≤2: 94%; log-rank p value 0.009). **Conclusions:** MFI-11 could be a useful tool to evaluate older candidates to kidney transplant. A higher score, in these population, was associated with a worse outcome, both while on the waiting-list and after KT.

## CO-RIM-21

## REJEIÇÃO MEDIADA POR ANTICORPOS CRÓNICA ATIVA EM TRANSPLANTADOS RENAIIS – PREDITORES DE PROGNÓSTICO

Ana Luísa Correia; Carolina Pimenta; Catarina Neves; Luís Rodrigues; Rita Leal; Maria Guedes Marques; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**Introdução e objetivos:** A rejeição mediada por anticorpos crónica ativa (RACCA) é uma causa importante de perda do enxerto em doentes transplantados renais. No entanto, não existe consenso relativo à melhor estratégia terapêutica ou quais os fatores que condicionam o prognóstico. O objetivo foi avaliar os fatores de risco para disfunção terminal do enxerto nestes doentes. **Métodos:** Estudo retrospectivo que incluiu todos os doentes com diagnóstico histológico de RACCA entre janeiro de 2010 e dezembro de 2019. **Resultados:** Foram incluídos 28 doentes, 18 do género masculino (64,3%) com idade média de 44,7±13,1 anos, com predomínio de transplante de dador cadáver (75%). O número médio de compatibilidades HLA foi de 2,5±1,5. O diagnóstico foi feito 93,4±63,3 meses após o transplante, a TFG estimada à data da biopsia foi em média 30,6±18,8mL/min/1,73m<sup>2</sup>. Foi realizada terapêutica com rituximab em 5 doentes, 4 fizeram imunoglobulina humana e nos restantes (N=19, 68%) foi apenas incrementada a imunossupressão de base. A sobrevida do enxerto após a biopsia foi de 37,7±41,1 meses e 22 doentes (78,6%) perderam o enxerto. Objetivou-se uma correlação inversa entre o tempo até à biopsia e a sobrevida do enxerto (p 0,017) e uma correlação direta entre a TFG estimada à data da biopsia e a sobrevida do enxerto (p 0.001). Nenhuma variável semi-quantitativa da classificação de Banff se correlacionou com o prognóstico do enxerto, mas doentes com maior grau de ci/ct apresentaram menor TFG (p 0,01). Nenhuma terapêutica instituída mostrou impacto no prognóstico do enxerto (p > 0,8). **Conclusão:** Doentes com diagnóstico de RACCA apresentaram elevadas taxas de perda de enxerto (78,6%), apesar da terapêutica instituída, principalmente com a disfunção crónica do enxerto já está instituída. A classificação de Banff apresenta limitações na capacidade de prever o desfecho do enxerto, pelo que deve ser sempre integrada com outros fatores clínicos e analíticos.

## CO-RIM-22

## KIDNEY RE-TRANSPLANTATION OUTCOMES: A CASE-CONTROL STUDY

Clara Pardinhas; Rita Leal; Carolina Figueiredo; Teófilo Yan<sup>2</sup>; Rui Nogueira; Luís Rodrigues; Maria Guedes; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Rui Alves; Arnaldo Figueiredo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Hospital Amato Lusitano

**Introduction:** Second kidney transplant (KT) is associated with a higher immunological risk than first KT. Since 20% of patients on the waiting list are waiting for a second graft, it is important to evaluate re-transplantation outcomes. Our aim was to compare major clinical outcomes such as acute rejection, graft and patient survival, between paired recipients of the same donor receiving a first or second kidney transplant. **Patients and Methods:** We performed a retrospective study that included recipients of a second KT between January 2008 and June 2020. Afterwards, we selected the paired recipient of the same donor, if it was a first KT. Demographic, clinical and histocompatibility characteristics were collected from our center database. Follow-up time was defined at 31st December 2020 with a mean follow-up time of 84 ± 46 months. **Results:** Of the 111 recipients of a second KT, 63 were included with the corresponding 1st KT pair, in a total of 126 recipients. Recipients of a second KT were significantly younger, but we found no difference in race, gender, or previous dialysis technique. As expected, second KT recipients had higher cytotoxic PRA previous (p< 0.01) but similar HLA mismatch. The recipients of a second KT waited a longer time for the transplant (p<0.01). We found no difference in primary dysfunction nor delayed graft function between groups. Despite non-significant, recipients from a second KT had more acute rejection (22,2% vs 13%, p=0.13) events but similar prevalence of death censored graft loss. Acute rejection was a significant risk factor for death censored graft loss for both first and second (p<0.001) KT. Mortality rate was similar between groups. **Conclusion:** Recipients of a second KT present similar graft outcomes as their first KT counterparts, despite their immunological challenges. The optimization of HLA sensitization might improve clinical outcomes in these patients.

## CO-RIM-23

## USEFULNESS OF PROTOCOL RENAL ALLOGRAFT BIOPSIES

Patrícia Alves; Miguel Vieira; Mário Góis; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Patrícia Cotovio; Inês Aires; Helena Sousa; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco

Hospital Curry Cabral

**Background:** Performing early renal allograft protocol biopsies may be clinically useful in identifying early acute rejection. It can also be useful in detecting non immunological changes like recurrence of primary disease, calcineurin inhibitor toxicity, interstitial fibrosis/tubular atrophy (IFTA) or other chronic lesions. Recent evidence supports the use of protocol biopsies, although this approach is not consensual. We aim to assess the safety and efficacy of protocol biopsies in kidney transplant recipients in improving medium-term outcomes of renal allograft. **Methods:** Retrospective, observational cohort including all adult kidney transplant recipients who underwent protocol biopsy between 2013-2016. Patients with a clinical indication for biopsy were excluded. Medium-term outcomes of patients with subclinical rejection or borderline changes on protocol biopsy (group 1) were compared to those without immunological changes (group 2). **Results:** The cohort included 96 patients, mean follow-up of 65 months. Protocol biopsy was performed, on average, 2 weeks after kidney transplant, with no major complications. Subclinical rejection was identified in 8 (8.3%) patients and borderline changes were present in 5 (5.2%) patients, adequate treatment was implemented in these patients. Non Age, gender, race, number of HLA-DR antigen mismatches and sensitization measured by panel reactive antibody were similar between groups 1 and 2. Induction immunosuppression regimen with basiliximab (vs. anti-thymocyte globulin) was associated with increased incidence of subclinical rejection on protocol biopsies (p=0,01). At the end of follow-up there was no difference between group 1 and group 2 in terms of number of subsequent rejection episodes, glomerular filtration rate, graft survival or mortality. **Conclusion:** Protocol biopsy allowed early successful treatment of subclinical rejection and borderline changes in 13 patients. These patients had similar medium-term outcomes to those without immunological changes on protocol biopsy.

## CO-RIM-24

## KIDNEY RE-TRANSPLANTATION: NOT TOO OLD FOR A SECOND CHANCE

Clara Pardinhas<sup>1</sup>; Rita Leal<sup>1</sup>; Carolina Figueiredo<sup>1</sup>; Teófilo Yan<sup>2</sup>; Luís Rodrigues<sup>1</sup>; Maria Guedes<sup>1</sup>; Lídia Santos<sup>1</sup>; Catarina Romãozinho<sup>1</sup>; Rui Alves<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Hospital Amato Lusitano

**Introduction:** Kidney re-transplantation outcomes in the elderly are not well established. Our aim was to compare major clinical outcomes between patients older and younger than 60 years old at re-transplantation, and between first and second KT for recipients older than 60 years old. **Methods:** We performed a retrospective, longitudinal study, that included all patients submitted to a second KT between January 2008 and December 2019. We defined two groups according to recipient's age at re-transplant, older and younger than 60 years-old, and compared major clinical outcomes such as biopsy proven acute rejection, death-censored graft survival and patients' survival. Afterwards, we selected KT patients older than 60 years, and compared the same outcomes for patients with first and second KT. **Results:** We included 109 patients with a second KT, 13 older than 60-years-old (group 1), and 96 younger than 60-years-old (group 2). Recipients from the group 1 had significantly more expanded-criteria donors. HLA mismatch and PRA (%) were similar for both groups. Regarding biopsy proven acute rejection, there were no events for older patients compared to 21 patients for the younger group. Death censored graft survival was similar for both groups with similar 1 year and 5 years graft survival. Regarding differences between re-transplantation (group 1, N=13) and first kidney transplant (group 2, N=390) in patients older than 60-year-old, PRA was significantly higher in group 1 but there were no differences in HLA matching. At follow-up, the mean time post-transplant for group 1 was 47±39.68 and for group 2 was 63 ±39.9 months. There were no differences regarding acute rejection episodes or death censored graft survival was similar at 1 and 5 years. **Conclusion:** In our study, major clinical outcomes were comparable to their younger counterparts with a second graft and to older patients with a first graft.

**CO-RIM-25****KIDNEY GRAFT FUNCTION BEFORE PREGNANCY AS A PREDICTOR OF GRAFT, MATERNAL AND FETAL OUTCOMES IN PREGNANT RENAL TRANSPLANT RECIPIENTS**

Filipe Mira<sup>1</sup>; Joana Oliveira<sup>2</sup>; Filipa Sousa<sup>2</sup>; Dora Antunes<sup>2</sup>; Ana Figueiredo<sup>1</sup>; Andreia Borges<sup>1</sup>; Maria São José Pais<sup>2</sup>; Ana Galvão<sup>1</sup>; Paulo Moura<sup>2</sup>; Rui Alves<sup>1</sup>

1 - Nephrology Department, Coimbra University Hospital; 2 - Obstetrics A Department, Coimbra University Hospital

Background: Maternal and fetal complications have a higher chance to occur in pregnant kidney transplant recipients. Since these are considered high-risk pregnancies, they require a multidisciplinary approach to facilitate the detection of adverse events. Identifying factors that would affect fetal, maternal and graft outcomes is essential to further stratify the risk of pregnant kidney transplant recipients. Methods: All pregnancies in kidney transplant recipients followed in a single tertiary center for 30 years (1989 to 2019) were included. Patient data collection included previous transplant details as well as blood and urine tests performed before pregnancy. Impact of graft function on fetal, maternal and graft outcomes was evaluated. Results: There were 41 pregnancies among 34 patients with a mean gestational age of 35±3 weeks. In most patients, a caesarean section was performed (69.4%). Among all pregnancies, 5 were unsuccessful (12.2%). 4 patients suffered an acute graft dysfunction (9.8%) during pregnancy and 12 (29.3%) had a serious maternal hypertensive disorder (preeclampsia, eclampsia or HELLP syndrome). Graft function before pregnancy (serum creatinine, glomerular filtration rate and proteinuria) showed significant correlation with most adverse outcomes. Conclusion: A proteinuria >669 mg/g, serum creatinine >1.75 mg/dL and glomerular filtration rate <36.2 ml/min/1.73m<sup>2</sup> before pregnancy were correlated to a higher chance of graft dysfunction during pregnancy. Similar values of proteinuria were also correlated with an increased risk of serious maternal hypertensive disorders and pregnancy failure. Therefore, in patients with increased proteinuria and chronic graft dysfunction, follow-up should be stricter to allow for rapid detection of complications.

**CO-RIM-26****GRAVIDEZ APÓS TRANSPLANTE: AVALIAÇÃO DOS DESFECHOS MATERNOs, FETAIS E RENAIs - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO TERCIÁRIO.**

Joana Marques; Filipa Cardoso; Patrícia Cotovio; Fernando Nolasco

Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Central

Introdução: O transplante renal(TR), ao melhorar a função reprodutiva e restaurar a fertilidade, confere uma nova esperança para as mulheres com DRC que desejam engravidar. Apesar da maioria das gestações serem bem-sucedidas, a gravidez pós-transplante pode acarretar riscos para o enxerto, a mãe e o feto. Objetivo: Analisar o impacto do TR nos resultados obstétricos e neonatais, e o efeito da gravidez na função do enxerto(FR). Métodos: Análise retrospectiva das gravidezes pós-TR ou renopancreático ocorridas na nossa unidade entre 2009-2019. Avaliaram-se variáveis demográficas, evolução da FR, resultado da gestação e complicações materno-fetais. Os valores são apresentados como média±DP. Resultados: Registaram-se 12 gestações em 9 mulheres transplantadas— 6(66,7%) renais e 3(33,3%) renopancreáticas. As gestantes tinham 34,6±4,6anos e 62,3±26,8meses de transplante, com tempo de interrupção do MMF preconcepção de 12,7±12,8meses. A maioria das gravidezes foi espontânea(8;67%) e evolutiva(7;58%);4 resultaram em abortos espontâneos precoces e uma em interrupção por malformações fetais. Cinco ocorreram em nulíparas(41,7%). Todas foram unifeais. A creatinina preconcepção era de 1,1±0,35mg/dL; uma apresentava proteinúria>150mg/dL. Três gestações complicaram-se de diabetes gestacional do primeiro trimestre(33% todas em TR), 2 de cistite(22%),1 oligoamnios, 1 HTA gestacional e 1 pré-eclampsia(11%). A duração das gestações que resultaram em nados vivos foi de 34,3±3,7semanas. Em 4 casos o parto decorreu por cesariana (3 por sofrimento fetal). O peso dos recém-nascidos foi de 1,995±939,4gramas; 4 necessitaram de cuidados em UCI. Uma doente sem proteinúria apresentou agravamento desta no pós-parto imediato(+2702mg) com melhoria aos 6 meses(500mg). As restantes mantiveram FR aos 3,6 e 12 meses; sem episódios de rejeição aguda ou DSAs de novo. Conclusão: Apesar do carácter observacional, podemos concluir que gestações bem-sucedidas após o transplante são possíveis. No entanto, face ao elevado risco de complicações, é fundamental o trabalho em equipa multidisciplinar, com especial enfoque na prevenção e gestão das complicações obstétricas e neonatais, e na monitorização da FR da grávida.

**CO-RIM-27****BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA NO TRANSPLANTADO RENAL - UM ELEFANTE NO MEIO DA SALA?**

Ana Domingos<sup>1</sup>; Luisa Costa<sup>2</sup>; Josefa Cahombo<sup>3</sup>; Marina Reis<sup>3</sup>; Mariana Sousa<sup>4</sup>; Jorge Malheiro<sup>5</sup>; Manuela Almeida<sup>5</sup>; La Salette Martins<sup>5</sup>; Leonídio Dias<sup>5</sup>; António Cabrita<sup>5</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve; 2 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 3 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho; 4 - Hospital Garcia de Orta; 5 - Centro Hospitalar e Universitário do Porto

Estratégias sistemáticas de rastreio e tratamento de bacteriúria assintomática (BUA) no pós-transplante renal (TR) são uma prática comum, ainda que cada vez mais controversa. Vários estudos têm sido conduzidos de forma a avaliar a sua pertinência. Realizámos um estudo retrospectivo incluindo 95 pacientes admitidos para TR entre Janeiro e Dezembro de 2018 e com posterior follow-up de um ano. Tornaram-se elegíveis aqueles com episódios de pielonefrite aguda (PNA) e/ou BUA após 2 meses de TR (24) e foram excluídos os pacientes com cateteres vesicais ou duplo J, cateterização intermitente, perda de enxerto ou submetidos a manipulação urológica. Avaliámos se a ocorrência de PNA ao primeiro ano (após os 2 meses e remoção dos cateteres urinários) foi influenciada por episódios prévios de BUA, tratada ou não. Outcomes secundários incluíram, entre outros, a ocorrência de hospitalização, lesão renal aguda (LRA), bacteriémia e se os agentes isolados nas PNA foram previamente isolados em BUA. Ocorreu PNA em 6 de 24 pacientes elegíveis (25%) e 33.3% das BUAs foram tratadas. Ao comparar os grupos com e sem o evento “PNA”, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas quanto ao sexo, idade, regime de imunossupressão, tipo de dador, creatinina ao fim de um ano, número total de BUA ou número de BUAs tratadas. O tratamento das BUAs não se relacionou de forma estatisticamente significativa com a ocorrência de PNA, LRA, bacteriémia, hospitalização ou creatinina ao fim de 1 ano de follow-up. A maioria dos agentes isolados nas PNA foram previamente encontrados em BUA, sendo a Klebsiella Pneumoniae o mais comum. As guidelines actuais não recomendam estratégias sistemáticas de rastreio e tratamento para BUAs, após o segundo mês de TR. Apesar deste estudo ter limitações, os nossos resultados sugerem que o tratamento da BUA não apresenta benefícios quanto à ocorrência de PNA (nem de outros outcomes secundários).

**CO-RIM-28****NO CYTOMEGALOVIRUS RECURRENCE AFTER CONVERSION TO SIROLIMUS: A PROSPECTIVE AND RANDOMIZED STUDY**

Laila Almeida Viana; Geovana Basso; Marina Pontello Cristelli; Yasmim Cardoso Dreige; Renata Cristina Pereira De Sousa Aucilino; Daniel Wagner Santos; Marcus Taver Costa Dantas; Monica Nakamura; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana.

Hospital do Rim

Abstract: Recurrent cytomegalovirus (CMV) infection occurs in 30-35% of kidney transplant recipients after completion of treatment and/or preemptive therapy. There is no consensus on the ideal strategy to manage these patients. While the use of mTOR inhibitors is associated with lower incidence of first episode of CMV infection, its efficacy/safety for the prevention of CMV recurrence is unknown. This study investigates whether a conversion to sirolimus after the first episode of CMV infection/disease is associated with reduced incidence of CMV infection/disease recurrence. Methods: This proof of concept prospective trial included low immunological risk CMV positive kidney transplant recipients receiving a single 3 mg/kg dose of antithymocyte-globulin, tacrolimus, antiproliferative (azathioprine or mycophenolate), and prednisone. Right after completion of the treatment of the first episode of CMV infection/disease patients were randomized to be converted (SRL) or not (CTR) from the antiproliferative to sirolimus. A sample size of 72 patients was calculated to demonstrate a 75% reduction in the incidence of recurrent CMV infection (90% power, 95% confidence level). Results: We randomized 72 patients (35 SRL and 37 CTR). In the SRL there were no episodes of recurrent CMV infection compared to 14 patients in CTR group (0% vs. 37.8%, [0.280.390.54 95% CI], p<0.001). Two patients in the CTR group presented 3 or more recurrent CMV infection episodes. There were no differences in the incidence of acute rejection after conversion (10.8% vs. 11.4%, p=0.934), drug discontinuation (20% vs. 16%, p=0.66), renal function (56.1 [IQR 34.5] vs. 50.0 [IQR 22.2] ml/min, p=0.105), and graft (97.1% vs. 100%, p=0.486) and patient (97.3% vs. 91.4%, p=0.350) survival at 12 months. Conclusion: These data suggest that conversion from antiproliferative to sirolimus after the first episode of CMV infection/disease is an effective and safe strategy for the prevention of recurrent CMV infection after kidney transplantation.

## CO-RIM-29

## NEOPLASIAS APÓS O TRANSPLANTE RENAL - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Luisa Costa<sup>1</sup>; Ana Domingos<sup>2</sup>; Mariana Sousa<sup>3</sup>; Marina Reis<sup>4</sup>; Josefa Cahombo<sup>4</sup>; La Saete Martins<sup>5</sup>; Jorge Malheiro<sup>5</sup>; Manuela Almeida<sup>5</sup>; Sofia Pedroso<sup>5</sup>; Pedro Vieira<sup>6</sup>; António Cabrita<sup>5</sup>; Leonídio Dias<sup>5</sup>

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve; 3 - Hospital Garcia de Orta; 4 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho; 5 - Centro Hospitalar Universitário do Porto; 6 - Hospital Central do Funchal

Introdução: O transplante renal (TR) é o tratamento preferencial da doença renal crónica terminal, uma vez que confere a melhor qualidade de vida e maior sobrevida. No entanto, uma das complicações associadas ao TR é o aumento do risco de neoplasias. Assim, pretendemos analisar a incidência e os fatores de risco de neoplasias após o TR, e seu impacto na sobrevida do enxerto e do doente. Métodos: Análise retrospectiva que incluiu doentes adultos submetidos a TR isolado, entre 1983 e 2017, numa unidade de transplante de um centro. Resultados: No período referido, 2.273 doentes, com média de idade de 43,4 ± 12,8 anos, foram submetidos a TR. Durante um acompanhamento médio de 11,3 ± 7,8 anos, foram diagnosticadas 270 neoplasias em 234 doentes, tendo-se verificado uma taxa de neoplasias de 10.7/1000 doentes-ano (IC 95%: 9,5-12,0). 88 dos diagnósticos corresponderam a cancro da pele não melanoma (CPNM). Os fatores de risco para o desenvolvimento de CPNM foram a idade na data do transplante, o sexo masculino, a terapêutica imunossupressora de indução incluindo globulina antitímocito e a rejeição aguda no primeiro ano; para os restantes tumores, os fatores de risco identificados foram a idade na data do transplante e o dador cadáver. Em relação aos tipos de neoplasias pós TR, as mais frequentes foram, por ordem decrescente, os CPNM, tumores hematológicos, incluindo doenças proliferativas pós-transplante, carcinoma de células renais, cancro de mama, cancro de estômago, neoplasia do colon, cancro do pulmão e da bexiga. Verificou-se uma incidência cumulativa de morte em 3 anos de 40,1% nos doentes com outros tumores que não CPNM, superior à encontrado nos CPNM (p < 0,001). Conclusão: A incidência de neoplasias após TR é considerável, estando associada a importante morbimortalidade. A consciência deste problema no período pós-transplante é crucial.

## CO-RIM-30

## RISK OF RECURRENCE AND SURVIVAL OF DIALYZED AND TRANSPLANT PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA OF NATIVE KIDNEYS

Jorge Correia; Bernardo Teixeira; Gonçalo Mendes; Sofia Mesquita; Avelino Fraga; Miguel Silva- Ramos

Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introduction: Kidney transplantation (KT) requires immunosuppression, traditionally regarded a risk factor for tumor progression in all malignancies and, based on the Cincinnati registry, a waiting period before transplantation was mandatory. However, there is growing evidence that this increased risk is restricted to particular cancers, whereas others like renal cell carcinoma (RCC) aren't influenced. We aimed to compare the risk of recurrence of RCC of native kidneys and death in patients with end-stage renal disease (ESRD), according to their dialysis or transplantation status. Methods: Retrospective analysis of all ESRD patients diagnosed with RCC between 2010 and 2019 in our center, and stratification according to their dialysis (D) or KT status. Patients' characteristics were compared, and survival assessed by Kaplan-Meier and Cox proportional hazards model. Results: 22 KT and 18 D patients were followed for a median of 41 months [IQR 22-71]. KT had a lower ASA score (p<0.001) and lower tumor grade (p=0.014), while all other characteristics were similar. The risk of RCC recurrence was similar between them (HR=0.402;p=0.458). All recurrences were on the contralateral kidney, without impact on patient or graft survival. In multivariable Cox regression analysis, no predictor was significantly associated with the risk of recurrence, including presence of KT. No cancer-related deaths were seen during follow-up. KT had a lower survival compared to D patients (HR=0.343;p=0.202). 5-year overall survival was 91% and 72% for KT and D, respectively (p=0.181). In multivariable analysis, the presence of a renal transplant had no effect on survival (p=0.167). Time on dialysis was the only independent predictor of overall survival (HR=1.058;p=0.049). Conclusions: Most RCCs in KT are low-grade and exhibit favorable pathological characteristics. Immunosuppression doesn't seem to have impact on outcomes, but an increased time on dialysis seems to be associated with worse survival. Waiting time for low stage/grade RCC could be reduced.

## CO-RIM-32

## RELAÇÃO ENTRE ANTICORPOS ANTI-AT1R NO SORO PRÉ-TRANSPLANTE E EVOLUÇÃO DO TRANSPLANTE RENAL

Tathyane Chaves Faria<sup>1</sup>; Renato De Marco<sup>1</sup>; Karina Lumi Mine<sup>1</sup>; Hélio Tedesco-Silva<sup>2</sup>; José O Medina-Pestana<sup>2</sup>; Maria Gerbase-Delima<sup>1</sup>

1 - Instituto de Imunogenética (IGEN), Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP), São Paulo, SP, Brasil; 2 - Hospital do Rim, Fundação Oswaldo Ramos, São Paulo, SP, Brasil

Diversos estudos relatam associação entre a presença de anticorpos anti-AT1R (Ac AT1R) pré-transplante (Tx) renal e rejeição mediada por anticorpos. Por outro lado, resultados são escassos sobre a relação entre esses anticorpos e outros desfechos do Tx renal. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre a presença de Ac AT1R em amostras de soro pré-Tx e ocorrência de rejeição aguda celular (RAC), assim como função renal (FR) e sobrevidas do enxerto e do paciente, em longo prazo. Foram incluídos no estudo 106 receptores adultos de rins de doadores falecidos. Todos foram primeiros Tx realizados em um único centro, com prova-cruzada CDC negativa e na ausência de DSA HLA-A,-B ou -DR com MFI ≥1500. Nenhum receptor apresentava cPRA ≥80% e 85% dos Tx não apresentavam incompatibilidades HLA-DR. Ac AT1R foram determinados pelo método de ELISA (EIA- AT1RX, OneLambda®). Todas as rejeições foram comprovadas por biópsia e classificadas como celulares. A FR foi analisada pela taxa de filtração glomerular estimada, calculada pela fórmula resumida do MDRD e as curvas de sobrevida foram construídas pelo método de Kaplan-Meier e comparadas pelo teste de Log Rank. Dentre os receptores, 21,7% apresentaram níveis de Ac AT1R <10 U/mL, 60,4%, de 10 a 17 U/mL e 17,9%, >17 U/mL. A presença de Ac AT1R (≥10 ou >17 U/mL), não se relacionou com idade (p=0,46) ou sexo do receptor (p=0,39). A ocorrência de RAC não diferiu entre os receptores sem ou com Ac AT1R (p=0,15). Também não houve diferença entre os grupos em relação à FR 4 anos pós-Tx (p=0,37) e às sobrevidas do enxerto censurada para óbito (p=0,33) e do paciente (p=0,49). Em conclusão, não houve associação entre a presença de Ac AT1R no pré-Tx e ocorrência de RAC, FR 4 anos pós-Tx, ou sobrevida, em 5 anos, do enxerto ou do paciente.

## CO-RIM-33

### NÍVEIS CIRCULANTES DE P-SULFATO DE CRESOL E SULFATO DE INDOXILO ASSOCIAM-SE A ALTERAÇÕES DO MICROBIOMA INTESTINAL EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL

Susana Sampaio<sup>1,2,3,4</sup>; Ricardo Araujo<sup>1,2,5</sup>; Ana Merino-Ribas<sup>1,2,6,7,8</sup>; Janete Quelhas-Santos<sup>1,2,3</sup>; Luisa Barreiros<sup>9,10</sup>; Marcela A Segundo<sup>9</sup>; Manuel Pestana<sup>1,2,3,4</sup>; Benedita Sampaio-Maia<sup>1,2,11</sup>

1 - i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde, Universidade do Porto, Portugal; 2 - INEB - Instituto de Engenharia Biomédica, Universidade do Porto, Portugal; 3 - Faculty of Medicine, University of Porto, Portugal; 4 - Department of Nephrology, São João Hospital Center, EPE, Porto, Portugal; 5 - Medical Biotechnology, Flinders University of South Australia, Australia; 6 - Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; 7 - Nephrology Department, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain; 8 - Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona, Spain; 9 - LAQV, REQUIMTE, Departamento de Ciências Químicas, Faculdade de Farmácia, Universidade do Porto, Portugal; 10 - Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto, Portugal; 11 - Faculty of Dental Medicine, University of Porto, Portugal.

**Introdução:** A doença Renal Crónica (DRC) caracteriza-se pela acumulação de toxinas urémicas (TU) identificadas como indutoras de stress oxidativo, inflamação e disfunção endotelial cujos níveis circulantes correlacionam-se com eventos cardiovasculares e mortalidade na DRC. Alterações do microbioma intestinal (MI) foram reconhecidas na patogénese da DRC. Poucos estudos avaliaram o MI em receptores de Transplante Renal (RTR) mas foram observadas alterações na composição pré e pós transplante (TR) com aumento de patogénios oportunistas. A existência do microbioma sanguíneo (MS) assim como a comparação com MI e microbioma oral (MO) ainda não foi descrito. **Métodos:** Estudo prospetivo observacional em RTR antes e 3 meses após (T0 e T3) TR (n=6). Avaliados os microbiomas de fezes, saliva e sangue por sequenciação da nova geração 16sRNA e doseamento de TU plasmáticas por cromatografia líquida de elevada performance com deteção por fluorescência (HPLC). **Resultados:** No T0 e T3 o habitat era no MI - Bacteroidetes e Firmicutes; MO - Proteobacteria, Bacteroidetes, Fusobacteria e Firmicutes; MS - Proteobacteria, Firmicutes e Actinobacteria. Houve aumento no índice de Shannon para saliva (4.5-4.7), fezes (4.4-4.7) e diminuição no sangue (3.4-3.3) T0 e T3, respetivamente. No MI aumento de Parabacteroides e certos Bacteroides T3; no MO observaram-se diferenças na Escherichia, Granulicatella, Streptococcus, Gemellaceae e Bradyrhizobiaceae não classificadas (NC). No MS redução nas LeptothrixMicromonosporaceae NC e aumento de Parabacteroides e Bradyrhizobiaceae NC com recuperação da função renal (FR). Observou-se redução nos níveis circulantes de p-sulfato de cresol e sulfato de indoxilo após recuperação da FR. Com a redução das TU, observamos alterações significativas nas bactérias produtoras de P-cresol ou indol como as Bacteroides no MI mas, não no MO e MS. **Conclusões:** Este estudo demonstra evidência da existência do MS nos RTR diferindo dos perfis de MO e MI, em resposta à recuperação da FR. As TU parecem estar associadas alterações do MI

## CO-RIM-34

### OBESITY IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: IMPACT IN FIRST YEAR POST-TRANSPLANT COMPLICATIONS

Inês Duarte; João Bernardo; Iolanda Godinho; Ariana Azevedo; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva; Marta Neves; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Guerra

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

**Background:** Obesity prevalence has been increasing in the general population and among kidney transplant recipients. However there is conflicting information about the impact of obesity on medical and surgical complications after kidney transplant. **Methods:** In this single-center observational study we analyzed 1-year outcomes in all kidney transplant recipients from 2014 to 2020 based on BMI at the time of transplant. Patients were divided into 2 groups: non-obese (BMI<30kg/m<sup>2</sup>) and obese (BMI≥30kg/m<sup>2</sup>) for subsequent statistical analysis. **Results:** Among 346 patients included, 16,2% (n=56) were obese and 83,8% (n=290) were non-obese. Both groups had similar distribution of gender, age and baseline hypertension or cardiovascular comorbidities. As expected, previous Diabetes mellitus was more prevalent in the obese group (20% vs 8%, p=0.01). Regarding first week graft function, obese patients had increased delayed graft function (graft delayed function 29% vs 15%, p=0.026). Among post-transplant surgical complications lymphocele was significantly increased in the obese group (27% vs 8%, p<0.001). Infections were also more frequent in obese patients (42% vs 26%, p=0.02). Length of hospital stay, hospital readmission, rejection, renal function at one year, or death, were not significantly different between groups. There was a trend towards an increase in new onset Diabetes after transplantation in obese patients but this difference was not statistically significant (23% vs 19%, p=0.4). Multivariable Cox regression identified obesity as an independent predictive factor of late graft function, lymphocele and infections. **Conclusions:** We found that obesity is associated with increased risk of early graft dysfunction, lymphocele and infections. Thus in obese patients a higher clinical suspicion should exist for these complications.

## CO-RIM-35

### FOLLOW-UP APÓS NEFRECTOMIA PARA TRANSPLANTE DE DADOR VIVO

Ana Luísa Correia; Catarina Neves; Rita Leal; Luís Rodrigues; Maria Guedes Marques; Lídia Santos; Catarina Romãozinho; Arnaldo Figueiredo; Rui Alves  
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O transplante renal de dador vivo está associado a excelentes outcomes com baixa incidência de complicações para o dador, no entanto, a identificação de fatores de risco pós doação permanece essencial. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da doação de rim na taxa de filtração glomerular (TFG) e que fatores influenciam o seu declínio. Estudo retrospectivo que incluiu dadores submetidos a nefrectomia entre 1 de janeiro de 2000 e dezembro de 2019. Realizada colheita de dados demográficos e clínicos. Incluídos 86 dadores com idade média de 46,7±9,07 anos, 60 (69,8%) eram do sexo feminino e em 42 casos (48,8%) a doação foi de pais para filhos. Em 93% dos casos a nefrectomia foi realizada por laparoscopia. Registaram-se complicações minor no pós-operatório imediato em 10 dadores (12%). O tempo médio de follow-up foi de 105,6 ± 65,4 meses, sendo que para 35 doentes (41%) o follow-up foi superior a 10 anos. Não se registaram óbitos ou evolução para DRC-5 em nenhum doente. A TFG média estimada no momento da doação foi de 103,6±14,6mL/min/1,73m<sup>2</sup>. Verificou-se um declínio médio da TFG ao 1º ano de 37±12mL/min/1,73m<sup>2</sup>, assistindo-se a uma estabilização da mesma e até ligeira melhoria ao 5º e 10º ano de follow-up. Na avaliação dos fatores de risco para uma maior redução da TFG ao 1º ano pós doação, verificamos que a TFG no momento da doação foi o único fator que se associou a uma redução da TFG>30mL/min ao primeiro ano. Neste estudo retrospectivo concluímos que a nefrectomia para transplante de dador vivo é segura, tendo-se verificado uma redução da TFG no 1º ano mas com posterior estabilização, sendo a função renal de base o principal fator capaz de prever a variação da TFG após doação. Assim, uma seleção criteriosa dos dadores leva a excelentes resultados.

**CO-FIG-01**

**SAFETY AND EFFECTIVENESS OF DIRECT ACTING AGENTS FOR HCV TREATMENT AFTER LIVER TRANSPLANTATION IN RIO DE JANEIRO (BRAZIL)**

Laura Cristina Machado Pinto<sup>1</sup>; Elizabeth Balbi<sup>2</sup>; Marcia Halpern<sup>2</sup>; Luciana Pereira Carius<sup>2</sup>; Joyce Roma<sup>2</sup>; Lucio Filgueiras Pacheco Moreira<sup>2</sup>; Hugo Perazzo<sup>1</sup>

1 - Fundação Oswaldo Cruz FIOCRUZ Instituto Nacional de Infectologia (INI); 2 - Hospital Quinta Dor

Introduction: Data concerning HCV treatment using direct acting agents (DAAs) after liver transplantation (LT) remain scarce in Brazil. Aims: To describe safety and effectiveness of HCV treatment using DAAs in LT recipients in a single center from Rio de Janeiro (Brazil). Methods: This retrospective observational study included adults with HCV infection treated by interferon-free regimens after LT. Recurrent infection in the graft was defined by liver biopsy or persistent elevated aminotransferases, in the absence of vascular and biliary tract complications. Presence of cirrhosis was defined by histological analysis of the graft. Patients were treated from August/2015 to December/2019 according to the Brazilian guidelines. Sustained virological response (SRV) was defined by undetectable HCV-RNA 12 weeks after the end-of-treatment and reported as per-protocol. Results: 116 patients, 63% male, median age 62 (IQR, 57-66) years, 75% genotype 1 and 62% with hepatocellular carcinoma (HCC) before LT were included. The overall SVR rate was 96.6% (95%CI, 91.1-98.7). There was no significant difference in SVR rates according to clinical/demographic characteristics, HCV genotype or presence of cirrhosis in the graft. SVR rates were similar in individuals with or without history of HCC before LT [95.8% (95%CI 87.6-98.7) vs 97.7% (95%CI, 85.0-99.7%)], p=0.588. Asthenia was the most frequent adverse event [23.3% (95%CI 16.4-32.0)] and no serious adverse events were observed. The use of ribavirin independently associated with incidence of at least one adverse event [OR=8.71 (95%CI 3.17-23.99)]. Conclusion: HCV treatment with DAAs were safe and highly effective after LT in a real life cohort in Brazil.

**CO-FIG-02**

**HYPOTHERMIC OXYGENATED PERFUSION - EXPERIÊNCIA INICIAL**

Júlio Constantino; Pedro Oliveira; Ricardo Martins; António Pinho; Emanuel Furtado; José Guilherme Tralhão; Dulce Diogo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Em transplantação hepática, a necessidade de utilização de dadores de critérios expandidos pode reduzir a sobrevivência do enxerto e do receptor através do aumento das complicações imediatas e tardias. A última década assistiu a um renovado interesse na preservação dos órgãos com estratégias de perfusão. A Hypothermic Oxygenated Perfusion (HOPE) tem sido extensamente estudada, com resultados promissores quanto à menor incidência de complicações imediatas, possibilidade de recondicionamento, melhoria dos resultados a médio prazo e ainda sugerindo melhorar a sobrevivência dos doentes com CHC. Este trabalho reporta os resultados preliminares da experiência com HOPE num centro Português de transplantação hepática. A indicação para uso da HOPE foi alargada, para introdução à técnica. Num período de 5 meses, foi usado HOPE de forma eficiente em 8 casos. Analisamos dados de dadores e receptores, dos enxertos e do intra e pós-transplante imediato. Dadores: idade média 67 anos, IMC médio de 26,2 kg/m<sup>2</sup>, scores de risco elevados (DRI médio 1,693 e metade dos doentes com D-MELD > 1600). Receptores: MELD-Na médio de 23 pontos; fatores de risco: 3 casos de ACLF, 4 casos de TVP, 1 re-transplante; 5 doentes priorizados com pedido urgente de fígado. Não ocorreram síndrome pós-reperusão, nem casos de PNF; verificou-se um óbito por perda do enxerto (complicações vasculares) e sépsis (excluído). Os valores médios de pico de ALT/AST foram 623/783 U/L, respectivamente; os valores médios de bilirrubina e INR ao 7º dia foram 2,9 mg/dL e 1,28. Verificou-se um aumento do TIF (60-70'); no entanto 120' do TIF corresponderam a "isquemia oxigenada". Não existe ainda intervalo temporal para avaliar complicações tardias. Da experiência inicial salientamos a facilidade de implementação da técnica e bom funcionamento do enxerto no pós-operatório imediato em doentes graves. Aguardamos o alargamento da série, bem como estudos futuros que permitam verificar as múltiplas vantagens descritas na literatura.

**CO-FIG-03**

**A INFLUÊNCIA DA LESÃO DA VIA BILIAR NO DESENVOLVIMENTO DE ESTENOSSES BILIARES NÃO ANASTOMÓTICAS PÓS-TRANSPLANTE**

José Alberto Silva<sup>1</sup>; Dulce Diogo<sup>1,2,3,4</sup>; Rui Caetano Oliveira<sup>2,5</sup>; Pedro Oliveira<sup>1</sup>; Ricardo Martins<sup>1,2,3,4</sup>; José Guilherme Tralhão<sup>1,2,3,4</sup>; Maria Augusta Cipriano<sup>2,5</sup>; Emanuel Furtado<sup>2,4</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Centro Hospitalar e Universitário da Universidade de Coimbra; 3 - Serviço de Cirurgia; 4 - Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos; 5 - Serviço de Anatomia Patológica

As estenoses biliares não anastomóticas (EBNA) são uma complicação frequente pós-transplante hepático (TH), com uma incidência elevada na nossa unidade. Este estudo pretende determinar qual a associação entre as alterações anatomopatológicas da via biliar do enxerto e o desenvolvimento de EBNA. Estudo prospetivo realizado entre 01/08/2016 e 30/04/2018; foram colhidas amostras de via biliar (VB): VB1 (n=76) – VB do enxerto durante o tempo de isquémia (TI) fria e VB 2 (n=75) - VB do enxerto, colhido imediatamente antes realização da anastomose biliar. As amostras foram avaliadas segundo os critérios histológicos de Hansen e Op den Dries. Compararam-se as características histológicas das VB e o desenvolvimento de EBNA, com um follow-up mínimo de 6 meses pós-TH. Avaliou-se ainda a relação entre os TI e a histologia do enxerto pós-reperusão com as lesões histológicas da VB. Estudo estatístico – margem de erro de 5%. O desenvolvimento de EBNA depende da inflamação da parede ductal da VB1 (p=0,020). A necrose mural (NM) (p <0,001), a lesão das glândulas peribiliares profundas (GPP) (p=0,075) e a hemorragia da parede ductal (p=0,006) da VB2 surgiram mais frequentemente para graus de hemossiderose mais elevados. A lesão das GPP (p=0,082) e a NM (p=0,022) surgiram principalmente quando houve lesão de isquémia/reperusão (I/R). O aumento do TI quente, relacionou-se com a lesão das GPP (p=0,076) e lesão do plexo vascular peribiliar (p=0,096), em VB2. Nesta série, a lesão histológica da VB que ocorre durante o TI fria influencia o desenvolvimento de EBNA. Verifica-se ainda a influência da hemossiderose, lesão de I/R e do TI quente nas lesões histológicas da VB. A identificação de fatores de risco (modificáveis) para EBNA, é determinante para a melhoria dos resultados em TH.

**CO-FIG-04**

**IMPACTO DA RECONSTRUÇÃO DA ARTÉRIA HEPÁTICA DO ENXERTO NO DESENVOLVIMENTO DE ESTENOSSES BILIARES**

Ana Rita Aguiar<sup>1</sup>; Dulce Diogo<sup>1,2</sup>; Bárbara Paiva<sup>1</sup>; José Tralhão<sup>1,3</sup>; Emanuel Furtado<sup>2</sup>; Ricardo Martins<sup>1,2</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

As estenoses biliares (EB) constituem uma complicação frequente após transplante hepático (TH). A nossa unidade apresenta uma taxa elevada (38,1%) de EB. O presente estudo tem como objetivo determinar se as variantes da artéria hepática (AH) e a necessidade de reconstrução arterial na banca tem influência no desenvolvimento de EB pós-TH. Estudo retrospectivo e longitudinal. Entre 1/05/2012 e 31/12/2017 foram realizados 299 TH em receptores adultos. A amostra é de 116 TH, agrupada em casos (n=29) e controlos (n=85). O grupo de casos (GCA) incluiu os TH onde se realizou reconstrução da AH e no grupo controlo (GCO) foram incluídos TH sem necessidade de reconstrução arterial. Foram colhidas e analisadas variáveis do receptor, dador, enxerto, procedimento cirúrgico e período pós-operatório. Foram comparadas as variáveis por grupos com o desenvolvimento de EB (follow-up mínimo de 6 meses). Estudo estatístico - nível de significância de 5%. O GCA revelou uma incidência total de EB pós-TH de 68,2%, superior à observada no GCO, 32,1% (p=0,018), sobretudo à custa de uma maior incidência de estenoses anastomóticas. O GCA também apresentou maior incidência de trombose intraoperatória da AH (p=0,042) e de complicações arteriais pós- TH (p=0,015), maior frequência de índices de resistência da AH <0,5 (p=0,015) e ainda uma taxa de re-transplante superior (p<0,001). Verificou-se uma incidência de 22,4% de variações anatómicas da AH nos enxertos utilizados durante este período. O tipo de variação anatómica mostrou associação com a necessidade de reconstrução da AH na banca (p<0,001). Nesta série, a reconstrução da AH influencia o desenvolvimento de EB pós-TH, o desenvolvimento de complicações arteriais e a taxa de re-TH, provavelmente por modificação do fluxo na AH no pós-TH. Não foram identificadas outras casuísticas na literatura.

## CO-FIG-05

### UTILIZAÇÃO DE PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DA ESTENOSE BILIAR PÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO

João Simões<sup>1,2</sup>; Alfredo Gil Agostinho<sup>2,3</sup>; Pedro Oliveira<sup>2,4</sup>; Ricardo Martins<sup>1,2,4</sup>; António Pinho<sup>1,2,4</sup>; Emanuel Furtado<sup>1,2,4</sup>; José Guilherme Tralhão<sup>1,2,4</sup>; Paulo Donato<sup>2,3</sup>; Dulce Diogo<sup>1,2,4</sup>

1 - Serviço de Cirurgia Geral; 2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Imagem Médica; 4 - Unidade de Transplantação Hepática de Adultos

As estenoses biliares (EB) são frequentes após transplante hepático (TH), podem ser anastomóticas (EBA) ou não anastomóticas (EBNA). Associam-se a maior incidência de colangite e sépsis; podem levar a perda de enxerto e re-TH. Os procedimentos iterativos (por CPRE e CPT) apresentam taxas de recidiva significativas nas EBNA. As próteses biliares biodegradáveis (PBDG) não são litogénicas e emergem como terapêutica para o tratamento das EB benignas. Objectivo: avaliar o resultado da aplicação de PBDG por punção percutânea, nos doentes com EB após TH. Estudo prospectivo unicêntrico; doentes tratados entre 11/ 2019 e 02/2021 (14 doentes); cinco mulheres e nove homens; mediana de idade - 57 anos. Oito casos de EBNA e seis de EBA, com mediana de diagnóstico de 46 semanas. Até ao procedimento, os doentes realizaram até oito CPRE, e até dez CPT. Todos os doentes realizaram dilatação, entre uma a seis sessões. Registou-se um máximo de quatro episódios de colangite. Houve colangite em 78,5% dos doentes. Biópsia hepática: dificuldade de fluxo biliar em 92% dos doentes. Cinco doentes colocaram duas PBDG; nove doentes colocaram uma; mediana de internamento de cinco dias. Registaram-se complicações em três doentes (21%): dois casos de colangite e um de toracalgia. Três doentes apresentaram episódio de colangite (re-internamento após a alta). Observou-se redução das enzimas de colestase durante o follow-up. Os exames de imagem de controlo revelou diminuição ou ausência de dilatação da árvore biliar em nove doentes. Um doente necessitou de uma segunda PBDG; um doente foi listado para re-TH por colangiopatia multifatorial. Nenhum doente necessitou de revisão cirúrgica por EBA nem de re-TH por recidiva da EBNA. A utilização de PBDG é promissora no tratamento das EB pós-TH reduzindo a necessidade de revisão cirúrgica e de re-TH. O aumento do tempo de follow-up é indispensável para avaliar os resultados a longo prazo.

## CO-FIG-06

### POST LIVER TRANSPLANTATION DELIRIUM ASSESSMENT USING CAM-ICU-7 SCALE: A RETROSPECTIVE COHORT

Filipe S. Cardoso<sup>1</sup>; Amanda Ewasiuk<sup>2</sup>; Beverley Kok<sup>2</sup>; Constantine Karvellas<sup>2</sup>  
1 - Hospital Curry Cabral; 2 - University of Alberta

Background: Post liver transplantation (LT) delirium in the intensive care unit (ICU) has been associated with worse clinical outcomes. Validated tools to daily assess the presence of delirium are important but may be difficult to implement. We sought to study the application of previously derived Confusion Assessment Method (CAM)-ICU-7 delirium severity scale in patients who underwent LT. Methods: Retrospective cohort including consecutive patients who underwent elective or semi-elective LT and were admitted to ICU within 24 hours of the operation from June 2013 to June 2016 at a tertiary care center. Delirium was assessed using the CAM-ICU-7 scale (0 to 7 points) twice daily on days one and 3 post ICU admission, with the highest score being considered. Primary endpoint was hospital mortality. Secondary endpoint was length-of-hospital stay. Results: Among all patients, 135/199 (67.8%) were men and mean (SD) age was 53.0 (12.1) years. On days one and 3 post LT, mean (SD) Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) scores were 9.8 (3.3) and 6.6 (4.3), respectively. On days one and 3 post LT, mean (SD) CAM-ICU-7 delirium scores were 1.9 (1.3) and 1.6 (1.8), respectively. Therefore, on days one and 3 post LT, 38/150 (25.3%) and 26/95 (27.4%) patients had delirium. While the presence of delirium on day 3 post LT was associated with higher hospital mortality (11.5% vs. 0%; P=0.019), it was not associated with length-of-hospital stay (29.2 vs. 34.4 days; P=0.36). Following adjustment for Glasgow Coma Scale and mechanical ventilation, serum creatinine level (mg/dL) on day 3 post LT was independently associated with higher odds of delirium (aOR=1.01; P=0.028). Conclusions: Using CAM-ICU-7, delirium was diagnosed in about a fourth of patients who underwent LT. The presence of delirium on day 3 post LT was associated with higher hospital mortality.

## CO-FIG-07

### HEMOSSIDEROSE DO ENXERTO COMO POSSÍVEL ETIOLOGIA DE ESTENOSSES BILIARES NÃO ANASTOMÓTICAS

Inês Brasil<sup>1</sup>; Rui Caetano Oliveira<sup>2</sup>; Maria Augusta Cipriano<sup>2</sup>; Dulce Diogo<sup>3,4</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, CHUC; 3 - Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica e de Adultos; 4 - Serviço de Cirurgia, CHUC

As estenoses biliares não anastomóticas (EBNAs) são uma complicação frequente após transplante hepático, condicionando aumento da morbimortalidade, a necessidade de re-transplante e com uma incidência elevada no nosso centro (16,7%). A sua etiologia é multifatorial e não está inteiramente esclarecida. Em estudos prévios desenvolvidos neste centro, a hemossiderose do enxerto surge como uma possível variável, não descrita na literatura, associada ao desenvolvimento de EBNAs. O presente estudo tem como objetivo determinar se existe associação entre a hemossiderose do enxerto e o desenvolvimento de EBNAs. Através de um estudo longitudinal e retrospectivo, foram identificados 67 enxertos com hemossiderose na biópsia pós-reperusão, num período de 5 anos (01/01/2013 a 31/12/2018) e avaliar o desenvolvimento de EBNA. Foram excluídos os casos com tempo de seguimento inferior a 12 meses com complicações arteriais pós-transplante. Foram ainda analisadas variáveis dos dadores (idade, causa de morte); dos receptores (idade, causa do transplante, MELDNa), dos enxertos (histologia da biópsia hepática pós-reperusão, tempos de isquémia, necessidade de reconstrução arterial na back table) e pós-transplante (infecção por CMV, complicações arteriais), para análise e exclusão da variáveis confundentes. O estudo estatístico foi realizado, considerando uma margem de erro de 5%. Nesta série, verificámos que 32,7% dos doentes enxertos com hemossiderose (independente do grau histológico), desenvolveram ENA, o que corresponde ao dobro da incidência de EBNAs neste centro. Das restantes variáveis estudadas, apenas a idade do dador apresentou diferença com significado estatístico entre grupos (p=0.033). Nesta série, tal como noutras casuísticas deste centro, a presença de hemossiderose do enxerto na biópsia hepática pós-reperusão, emerge como uma variável (não descrita na literatura) com potencial influência no desenvolvimento de EBNAs. Consideramos a hipótese da implicação de mecanismos inflamatórios nesta provável associação. A identificação de fatores de risco para EBNA, é determinante para a melhoria dos resultados em transplantação hepática.

## CO-FIG-08

Susana Nobre<sup>4</sup>; João Pimentel<sup>1</sup>; Ricardo Martins<sup>2</sup>; Dulce Diogo<sup>2</sup>; Emanuel Furtado<sup>2</sup>; Rui Caetano<sup>3</sup>; Maria Augusta Cipriano<sup>3</sup>; Isabel Gonçalves<sup>4</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2 - Unidade de Transplantação Hepática de Adultos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 - Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática Pediátrica, Departamento Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Colestase intrahepática familiar progressiva (Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis - PFIC) abrange um grupo de doenças raras autossómicas recessivas que cursam com colestase intrahepática e se manifestam, habitualmente, na infância. Estima-se que ocorram entre 1/50.000-1/100.000 nascimentos, sendo responsáveis por 10-15% das causas de colestase e 10-15% dos transplantes hepáticos (TH) pediátricos. Conhecem-se seis tipos, consoante o gene envolvido: PFIC1(ATP8B1), PFIC2(ABCB11), PFIC3(ABCB4), PFIC4(TJP2), PFIC5(NR1H4), PFIC6(MYO5B). Na maioria, ocorre progressão para cirrose, sendo o TH a única opção curativa. Caracterizou-se a série de doentes pediátricos com PFIC submetidos a TH, em Portugal. Analisaram-se dados clínicos, laboratoriais, imagiológicos, histopatológicos e relacionados com o TH. Entre 1994-2020, foram transplantados nove doentes, cinco do sexo masculino, dois com PFIC1, quatro PFIC2, um PFIC3, um PFIC4, um PFIC5. A apresentação da doença ocorreu antes dos quatro meses em sete casos, maioritariamente como colestase. Cinco apresentaram prurido grave, todos evoluíram para cirrose, oito com hipertensão portal, um desenvolveu síndrome hepatopulmonar(PFIC5) e dois, carcinoma hepatocelular (CHC) (PFIC2, PFIC4). A histologia demonstrou sinais de colestase severa, associados a graus variáveis de fibrose portal e cirrose. Os marcadores imuno-histoquímicos(BSEP, MDR3) foram, maioritariamente, concordantes com a patologia de base. O TH realizou-se entre os três e os dezasseis anos. Todos melhoraram do prurido. Não se detetou recorrência da PFIC ou CHC. Os doentes com PFIC1 mantiveram as manifestações extra-hepáticas, desenvolveram esteatose e disfunção crónica do enxerto. Um deles foi re-transplantado e ambos têm derivação biliar externa. Embora raras, as PFICs devem ser consideradas no diagnóstico diferencial de colestase em idade pediátrica. A má qualidade de vida, evolução cirrótica ou ocorrência de neoplasias malignas tornam o TH uma opção terapêutica. O rastreio de neoplasias deve ser sistemático. Ainda que associado a melhoria clínica na maioria dos casos, o TH não resolve as manifestações extra-hepáticas, podendo ocorrer esteatose hepática(PFIC1) ou recorrência da doença no enxerto(PFIC2).



**CO-FIG-09**

**O ACESSO AO TRANSPLANTE HEPÁTICO - A “SORTE” DE POUCOS....**

José Cunha Marques<sup>1</sup>; Isabel Fonseca Silva<sup>1</sup>; Judit Gandara<sup>1</sup>; Sofia Ferreira<sup>1</sup>; Vitor Lopes<sup>1,2</sup>; Diana Valadares<sup>1,2</sup>; Filipe Nery<sup>1,2,3</sup>; Jorge Daniel<sup>1,2</sup>; Helena Pessegueiro Miranda<sup>1,2,3</sup>

**1 - Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; 3 - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto**

Na doença hepática avançada a ausência de oportunidade de realizar um transplante hepático (TH) pode resultar na morte do doente. A referenciação do doente e o registo numa lista ativa para TH são decisivos. Contudo, o percurso da avaliação, exclusão ou inclusão numa lista dependem de múltiplos fatores, de difícil otimização. A mortalidade em lista ativa é citada como um parâmetro de qualidade em transplantação. Porém, reflete de modo incompleto as dificuldades no percurso até ao transplante. Avaliamos a atividade de primeira consulta presencial de pré-transplante (A) e de referenciação telefónica/mail (B), comparando os anos de 2019 com 2020, bem como em doentes em lista ativa ou drop-out por progressão de carcinoma hepatocelular durante os anos de 2019 e 2020. Foram realizadas 291 primeiras consultas (A) e 109 consultas (B). No grupo A, a referenciação foi por MELD elevado em 91 doentes, por carcinoma hepatocelular (CHC) em 77 e por exceção de MELD (não CHC) em 82 dos casos. A referenciação do grupo B incluiu 109 doentes, 64 por acute-on-chronic-liver-failure (ACLF). A mortalidade no grupo A foi de 18.3% nos 257 doentes não transplantados, e no grupo B de 34,6% nos doentes com dados acessíveis. Dos doentes em lista ativa nos dois anos 22 faleceram em lista e 7 por progressão tumoral foram retirados de lista (drop-out), tendo, entretanto, falecido 3 deles. Para além da mortalidade em lista ativa habitualmente divulgada na atividade de transplantação, a mortalidade real em doentes com doença hepática avançada e referenciados para transplante hepático é muito elevada. Confirma-se assim, o transplante hepático como único tratamento que pode melhorar a mortalidade na doença hepática avançada, embora seja uma solução para a minoria dos doentes elegíveis.

**CO-FIG-10**

**IMPACTO DA FARMACOGENÉTICA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO SOB TACRÓLIMUS**

Patrícia Paiva<sup>1,2,3</sup>; Olívia Simões<sup>4</sup>; Dulce Diogo<sup>5</sup>; António Martinho<sup>4</sup>

**1 - Unidade de Farmacologia Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Instituto de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra; 3 - Centro Académico Clínico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 4 - Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra, IPST, IP; 5 - Unidade de Transplantação Hepática de Adultos, Serviço de Cirurgia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

O tacrólimus é um agente imunossupressor, amplamente metabolizado no fígado, principalmente a nível do citocromo P450-3A4, apresentando uma estreita janela terapêutica, podendo o doente estar sub-exposto (risco aumentado de rejeição) ou sobre-exposto (risco de toxicidade). Pretende-se desenvolver um projeto, cujo objetivo será identificar o envolvimento dos polimorfismos dos genes CYP no processo de metabolização do tacrólimus, em doentes submetidos a transplante hepático. O polimorfismo do gene CYP3A5-rs776746 foi identificado por sequenciação direta do ADN após amplificação. Este polimorfismo foi avaliado em 25 doentes transplantados entre 2019-2021, sendo 88% (22 doentes) do género masculino e com idade de 54,08±17,42 anos. O doseamento de tacrólimus e creatinina aos 3 meses foi de 7,71±4,10 e de 1,08±0,52mg/dl, respetivamente. Considerando que os genótipos 1 e 3 deste polimorfismo, classificam os doentes como metabolizadores fracos (3/3) - por ausência da expressão da proteína, intermédios (1/3) e rápidos (1/1) - quando a proteína está expressa, verificou-se que 21 transplantados (84%) possuíam o genótipo 3/3 e somente um único doente, deste grupo, possuía o genótipo 1/1. Foram identificados 3 doentes, classificados como metabolizadores intermédios, por serem heterozigóticos (genótipo 1/3). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (p-value>0,05) quando relacionamos os 3 grupos entre si. O número reduzido de hetero e homozigóticos torna os resultados estatísticos não conclusivos. Se ao nível do transplante renal parece ter-se reunido consenso sobre as implicações do genótipo do CYP3A5 na metabolização do tacrólimus com consequentes recomendações sobre o necessário ajuste de dose, no transplante hepático, esta relação afigura-se bastante mais complexa dada a presença de duas entidades distintas e metabolicamente participantes: o doente e o dador. Este trabalho constitui uma primeira abordagem à tentativa de construção de um perfil farmacogenético de doentes e dadores que nos permitam melhor entender a dinâmica da metabolização de fármacos imunossupressores no transplante hepático.

**CO-FIG-11**

**ANÁLISE DE ÍNDICES DE RISCO DRI, KDRI E SOFA PARA AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO INICIAL DO ENXERTO HEPÁTICO.**

Fabio Silveira<sup>1</sup>; Fabio Porto Silveira<sup>2</sup>; Cassia Regina Sbrissia Silveira<sup>1</sup>; Ricardo Teles Schulz<sup>2</sup>

**1 - Hospital do Rocio - Centro Digestivo e Transplante de Órgãos / Brasil; 2 - Hospital São José - Centro Digestivo e Transplante de Órgãos / Brasil**

Introdução. As características clínicas dos doadores de órgãos, numericamente representadas pelo índice de risco do doador de fígado (DRI), índice de risco do doador de rim (KDRI) e pela avaliação sequencial de falência orgânica (SOFA) podem auxiliar na decisão da utilização de um doador de critérios expandidos no contexto do transplante de fígado, frente ao risco de disfunção inicial de funcionamento (DGF) ou não funcionamento primário do enxerto (PNF). Objetivo: avaliar o DRI, KDRI e SOFA como escores prognósticos de desenvolvimento de DGF e PNF. Método. Avaliação banco de dados de 186 transplantes de fígado em adultos realizados no Hospital do Rocio, Paraná, Brasil. Correlação linear e significância estatística entre os índices de cada evolução clínica do funcionamento do enxerto foram analisados. Determinação do melhor ponto de corte de cada índice foi buscado. Resultados. Doadores com 39,63±15,28 anos; 73,12% do sexo masculino; 93,96% utilizada solução de preservação HTK; tempo de isquemia fria de 432,27±94,99 minutos. DRI de 1,38±0,31; KDRI de 0,98±0,33 e SOFA de 9,65±2,25. O KDRI e DRI apresentaram correlação forte (Pearson de 0,75). Receptores com 50,77±11,80 anos e MELD 22,25±7,52. Em relação ao funcionamento do enxerto, normal em 82,26%, DGF em 11,83% e PNF em 5,91% dos casos. A média do DRI e KDRI entre os grupos de função normal, DGF e PNF não apresentou diferença estatística. Diferença (p 0,03) no SOFA (9,73±2,30 vs 8,68±1,91 vs 10,45±1,75 respectivamente). Conclusão. O DRI, KDRI e o SOFA não se mostraram eficazes para prever desenvolvimento de DGF. SOFA demonstrou ser um fator de risco para desenvolvimento de PNF.

**CO-FIG-12**

**INFEÇÃO POR SARS-COV-2 NUMA POPULAÇÃO DE TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS**

Marli Ferreira<sup>1</sup>; Diana Mendes Oliveira<sup>1</sup>; Judit Gandara<sup>1</sup>; Sofia Ferreira<sup>1</sup>; Vitor Lopes<sup>1,2</sup>; Jorge Daniel<sup>1,2</sup>; Helena Pessegueiro Miranda<sup>2,3</sup>

**1 - Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) - Universidade do Porto; 3 - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP) - Universidade do Porto**

A infeção por SARS-COV-2, declarada pandemia em março de 2020, caracteriza-se por uma miríade de sintomas, desde ligeiros até doença grave, com necessidade de suporte em cuidados intensivos. Avaliamos as manifestações desta infeção em 46 transplantados hepáticos com pesquisa de SARS-COV-2 positiva em zaragatoa da nasofaringe, desde o início da pandemia (março de 2020) até 31/01/2021. A maioria dos casos (78%) ocorreu nos últimos 3 meses. São 60.8% homens, com mediana de idades de 55, submetidos a transplante hepático entre 1986 e 2020. A doença prévia era polineuropatia amiloidótica familiar (PAF) em 32.6%, cirrose alcoólica em 30.4%, cirrose de causas diversas em 30.4% e carcinoma hepatocelular em 6.5% dos casos. Na maioria dos doentes o transplante tinha ocorrido há mais de 10 anos (58.7%). Quando do diagnóstico a imunossupressão eram os inibidores da calcineurina (58.6%), quase exclusivamente o tacrólimus. Em 28,2% dos casos associava-se o micofenolato de mofetil (MMF). Apenas 9 doentes mantinham corticoterapia. As comorbilidades mais frequentemente encontradas foram diabetes mellitus tipo 2 (26%), hipertensão arterial (21.7%) e o IMC era superior a 25kg/m2 em 47.8% dos doentes. A doença foi ligeira em 93.5% dos casos. Os sintomas mais relatados foram febre (26%) e tosse (23.9%), mas 30.4% dos doentes mantiveram-se assintomáticos. O MMF foi suspenso em 6 casos e apenas 2 doentes realizaram dexametasona. Ocorreu um óbito numa doente com infeção COVID-19 grave e sepsis associada. A incidência cumulativa da infeção por COVID-19 na nossa população de transplantados hepáticos em seguimento ativo na unidade (n=729) foi de 63%, e na quase totalidade dos doentes a sintomatologia foi ligeira. Os resultados da infeção por COVID-19 em transplantados hepáticos são ainda discordantes. Na nossa pequena amostra, seguida desde o início da pandemia em Portugal, os resultados observados podem não vir a ser confirmados no futuro, atendendo à evolução da mesma.

## CO-FIG-13

### SARS-COV2 E O TRANSPLANTADO HEPÁTICO

Beatriz Chumbinho; Élia Mateus; Margarida Direitinho; Fátima Ventura; João Santos Coelho; Rui Perdigoto; Américo Martins; Fernando Nolasco

#### CHULC

Introdução: Os receptores de órgãos sólidos representam uma população de risco para doenças infecciosas devido ao estado permanente de imunossupressão. No entanto, dados recentes sugerem que a resposta imune constitui o principal factor na patogénese da lesão pulmonar a COVID-19 e que a terapêutica imunossupressora pode ter um efeito protector. Adicionalmente, vários estudos demonstraram o benefício da terapêutica com corticosteróides na diminuição da mortalidade em doentes infectados com COVID-19 em estado crítico. O objectivo deste estudo é descrever retrospectivamente a população de doentes transplantados hepáticos do nosso centro relativamente ao curso da infecção pelo vírus Sars-COV 2. Todos os doentes actualmente seguidos em consulta foram avaliados recorrendo à plataforma SINAVE e ao processo clínico informático, utilizando ainda entrevistas telefónicas complementares. Resultados: De 1309 doentes, 104 (8%) foram diagnosticados com COVID-19 entre Março/2020 e Fevereiro/2021. Hipertensão Arterial (39 – 38%), Diabetes Mellitus (35 – 37%) e Polineuropatia Amiloidótica Familiar (32 – 31%) foram as comorbilidades mais prevalentes. 29 doentes (28%) permaneceram assintomáticos; a sintomatologia mais frequente nos restantes foi respiratória (tosse seca) e constitucional (astenia, febre). A grande maioria dos doentes foi acompanhada em ambulatório (87 – 84%). Dos 17 (16%) com necessidade de internamento hospitalar, 3 (3%) foram admitidos em Unidade de Cuidados Intensivos. A terapêutica imunossupressora foi alterada em 15 (14%) doentes; o ajuste mais frequente foi a suspensão do antimetabólito. 5 doentes (5%) faleceram decorrente de complicações relacionadas com COVID-19. Não foram registados episódios de rejeição aguda do enxerto. Discussão: Uma proporção significativa dos doentes transplantados apresentou doença assintomática ou ligeira. As taxas de internamento e de mortalidade foram inferiores às que têm vindo a ser reportadas (16% vs 66-82%; 5% vs 19-22%). São necessários estudos adicionais para determinar factores de risco para infecção e doença grave por COVID-19 em doentes submetidos a transplante hepático.

## CO-FIG-14

### A PANDEMIA POR SARS-COV-2 NA REFERENCIAÇÃO DE DOENTES A UMA UNIDADE DE TRANSPLANTE HEPÁTICO

Isabel Fonseca Silva<sup>1</sup>; José Cunha Marques<sup>1</sup>; Judit Gandara<sup>1</sup>; Sofia Ferreira<sup>1</sup>; Vítor Lopes<sup>1,2</sup>; Diana Valadares<sup>1,2</sup>; Filipe Nery<sup>1,2,3</sup>; Jorge Daniel<sup>1,2</sup>; Helena Pessegueiro Miranda<sup>1,2,3</sup>

1 - Unidade de Transplantação Hepática e Pancreática, Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto; 3 - Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto

A referenciação para transplante hepático (TH) é hoje um procedimento habitual em doentes com doença hepática avançada ou aguda. Contudo, desde a referenciação ao transplante, existe um percurso complexo de avaliação, exclusão ou inclusão em lista ativa para TH. A alocação dos órgãos é um processo difícil, agravado em contexto de uma diminuição da doação. A infecção por SARS-CoV-2, declarada pandemia em março de 2020, tem tido impacto na doação, bem como no acesso de doentes a cuidados médicos. Avaliámos a atividade de primeira consulta presencial de pré-transplante (A) e de referenciação telefónica/mail (B), comparando os anos de 2019 com 2020. Foram realizadas 291 primeiras consultas (A) e 109 consultas telefónicas (B). No grupo A, 91 doentes foram referenciados por MELD elevado, 77 doentes por carcinoma hepatocelular (CHC) e 82 doentes por exceção de MELD (não CHC). A etiologia alcoólica estava presente em 57.4% dos doentes referenciados. Comparando os anos de 2019 e 2020, neste último, observou-se uma maior referenciação de doentes com MELD elevado e exceções de MELD (não CHC), observou-se ainda uma diminuição da referenciação por CHC. A referenciação do grupo B incluiu 109 doentes, 64 por acute-on-chronic-liver-failure (ACLF), dos quais 32,8 % foram por hepatite aguda alcoólica. Em 2020 parece existir um ligeiro aumento de referenciações por ACLF. Avaliando o grupo A, a mortalidade nos 257 doentes que não foram transplantados, foi de 18.3%. Neste grupo, ao comparar o ano de 2019 com 2020, a mortalidade nos doentes não transplantados foi inferior neste último. No grupo B a mortalidade foi de 34,6% nos doentes com dados acessíveis. Relativamente ao grupo B, a mortalidade foi superior no ano de 2020. O efeito da pandemia no acesso ao transplante hepático parece, assim, implicar uma maior gravidade à data da referenciação, embora seja ainda precoce a avaliação desse impacto.

## CO-FIG-15

### AVALIAÇÃO DOS ANTICORPOS ANTI-SARS COV2 EM TRANSPLANTADOS HEPÁTICOS.

Suzana Calretas<sup>1</sup>; Joana Espirito Santo<sup>1</sup>; Ana Torres Oliveira<sup>1</sup>; Suzana Silva<sup>1</sup>; João Madaleno<sup>1</sup>; Dulce Diogo<sup>1</sup>; José Guilherme Tralhão<sup>1</sup>

1 - Unidade de Transplantação Hepática de Adultos - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Introdução: O tempo tem permitido melhor conhecimento do impacto da infecção por COVID-19 nos doentes transplantados, embora muitas questões permaneçam por esclarecer. Objetivo: avaliar o grau de imunidade adquirida pela infecção por SARS-CoV 2 num grupo de doentes de uma unidade de transplantação hepática. Material e métodos: estudo retrospectivo; coligidos dados dos doentes infetados entre Março de 2020 e Fevereiro de 2021 e posteriormente colhidas serologias. Resultados: dos 25 doentes que estiveram infetados, 3 faleceram e 2 não colheram serologias (N=20). Treze do género masculino, 7 do género feminino, idade média de 49 anos (18-58); tempo médio entre o transplante e a infecção de 8.3 anos (4.5 meses e 22.5 anos); principal motivo de transplante: cirrose alcoólica (4), amiloidose hereditária associada à transtirretina (4), carcinoma hepatocelular (3) e atresia congénita das vias biliares (3). Catorze dos 20 tiveram infecção sintomática. Onze dos doentes infetados desenvolveram anticorpos anti-SARS-CoV-2 IgG (anti-NP); tempo médio de transplante 8.2 anos (138-8182 dias); destes, 8 tiveram sintomas; o tempo entre a infecção e a serologia foi em média de 95 dias; três doentes estavam com imunossupressão tripla com tacrolimus (Tak), micofenolato de mofetil (MMF) e prednisolona; 2 com Tak em monoterapia; os restantes estavam sob ciclosporina (1), Tak+MMF (1), Tak+MMF+sirolimus (1), everolimus (1), MMF (1) e Tak+prednisolona (1). Dos 9 que não desenvolveram imunidade, o tempo médio de transplante foi de 8.3 anos (137-6560 dias); 6 estiveram sintomáticos e o tempo entre a infecção e a realização da serologia foi, em média, de 113 dias. Destes 9 doentes, 7 estavam sob IMS dupla com Tak+MMF, 1 sob ciclosporina em monoterapia e 1 sob Tak+prednisolona. Conclusões: este estudo está limitado pela dimensão da amostra; contudo, não parecem haver diferenças relevantes entre o grupo de doentes que adquiriram imunidade para o SARS-CoV2 e os que não a desenvolveram.

## CO-FIG-16

### INFECÇÃO POR SARS-COV-2 NUMA UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO HEPÁTICA PEDIÁTRICA

Rita Marchante Pita<sup>1</sup>; Fernanda Rodrigues<sup>2</sup>; Susana Nobre<sup>1</sup>; Isabel Gonçalves<sup>1</sup>

1 - Unidade de Transplantação Hepática, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE, Coimbra, Portugal; 2 - Unidade de Infecologia e Serviço de Urgência, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra EPE, Coimbra, Portugal

Introdução: A infecção por SARS-CoV-2 em idade pediátrica é habitualmente ligeira. Nos doentes imunodeprimidos especula-se sobre o risco de infeções mais frequentes/graves. Contudo, dados de incidência, clínica e prognóstico são limitados e não consensuais. Estima-se uma incidência <1% em transplantados hepáticos (adultos e crianças) e algumas séries relatam mortalidade de 16-19% em adultos, sem registo nas séries pediátricas. Pretende-se caracterizar os casos de infecção por SARS-CoV-2 nos doentes transplantados hepáticos com idade <18 anos, em Portugal. Métodos: Estudo observacional, retrospectivo, de março 2020-2021, em crianças e adolescentes seguidos numa unidade de hepatologia e transplantação hepática pediátrica (UHTHP). Com recurso à plataforma TraceCOVID e aos processos clínicos identificaram-se os doentes que efetuaram PCR em tempo real (RT-PCR) para SARS-CoV-2, identificaram-se os casos positivos e nestes, analisaram-se dados demográficos, clínica, tratamento e serologias. Identificaram-se também os casos com contacto positivo de risco e RT-PCR negativa. Resultados: Das 101 crianças seguidas na UHTHP foram rastreadas 50 (50% sexo masculino) e realizados 102 testes (sintomas=15; contacto positivo=13; eletivos=74). Sete crianças foram diagnosticadas com COVID-19, com idade mediana de 12,9 anos e tempo pós-transplante de 7,2 anos. Houve contexto familiar em 6 crianças e 3 estavam sintomáticas (doença ligeira). A imunossupressão foi reduzida em 2 casos. As serologias, realizadas em 2 casos, foram positivas num (D27 pós-infecção) e negativas noutra (D104). Nenhuma necessitou de internamento. Em nenhum caso houve evidência de disfunção do enxerto. Nove crianças com contacto de alto risco (família n=5; escola n=5) não desenvolveram doença. Conclusão: Pela necessidade de imunossupressão crónica, seria expectável que doentes transplantados fossem mais suscetíveis à infecção e/ou doença mais grave. Contudo, tal como noutras séries, a maioria foi assintomática e não se detetou disfunção do enxerto. Houve crianças com contacto de alto risco que não desenvolveram doença.

## CO-PUL-01

João Eurico Reis; Ana Sofia Santos; Paulo Calvinho; Luísa Semedo; João Eurico Cardoso; José Fragata

Hospital de Santa Marta

O Transplante pulmonar decorre da doação de órgãos, que é escassa sendo o condicionamento ex-vivo (EVLP) uma estratégia para aumentar o pool de doadores. Descrevemos o primeiro caso de Transplante pulmonar em Portugal após EVLP. Dadora: 60 anos, morte cerebral por AVC Hemorrágico, com sinais de edema pulmonar bibasal. O ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>=311mmHg e os pulmões tinham má compliance por edema. Foi considerado não terem condições para implante directo, mas sim candidatos a EVLP. A receptora: Doente com fibrose quística, 49 anos, colonizada com Pseudomonas Aeruginosa e infecções prévias por Candida Lusitanae, entre outros microorganismos. Após 3 horas de isquemia fria os pulmões foram colocados no sistema de EVLP e submetidos a condicionamento (90min), seguido da fase de avaliação com melhoria da compliance pulmonar e da resistência vascular. O ratio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> superior a 550mmHg. No teste de colapso verificou-se melhoria do edema, mas com colapso menor que o habitual. Tempo total de EVLP de 165min e pulmões considerados viáveis para implante. Após o implante do 1º pulmão e durante a 2ª pneumectomia foi instituído ECMO VA central por hipoxemia refratária. O implante do 2º pulmão decorreu sem complicações e retirado o suporte de ECMO. À chegada à UCI a doente apresentava PGD3 mas teve evolução favorável e foi extubada às 24h. Pós-operatório complicado com pneumonia a Cândida Lusitanae com necessidade de ventilação mecânica e traqueostomia por desmame ventilatório prolongado. Acabou por remover a traqueostomia ao dia 47 pós transplante e teve alta sem necessidade de oxigenoterapia. Este caso permitiu o contacto com uma nova tecnologia, que apesar de um pós-operatório complexo, provavelmente não relacionado com o EVLP, teve um bom resultado final. O uso desta tecnologia permitirá, aumentar o número de órgãos disponíveis (diretamente e indiretamente) e bem como incrementar a probabilidade de um doente em lista de espera ser transplantado.

## CO-PUL-02

## TRANSPLANTE PULMONAR: NEOPLASIA NO PULMÃO NATIVO

Carlos Figueiredo<sup>1</sup>; João Gomes<sup>3</sup>; Dionísio Maia<sup>1</sup>; João Eurico<sup>2</sup>; Paulo Calvinho<sup>2</sup>; Luísa Semedo<sup>1</sup>; José Fragata<sup>2</sup>

1 - Pneumologia Hospital Santa Marta (CHULC); 2 - Cirurgia Cardio-Torácica Hospital Santa Marta (CHULC); 3 - Cirurgia Geral (CHULC)

Introdução: Apesar da melhoria dos cuidados pós transplante pulmonar, o aumento do número de transplantes e da sobrevida dos doentes levou a um aumento do número absoluto de complicações detetadas, nomeadamente, a neoplasia pulmonar. Casos Clínicos: Descrevemos 3 casos de neoplasia no pulmão nativo pós-transplante uni-pulmonar. Caso1- Mulher de 66 anos, não fumadora, submetida a transplante uni-pulmonar esquerdo por fibrose pulmonar idiopática em Novembro de 2015. Ao 44º mês pós-transplante detetou-se um nódulo pulmonar no LID (pulmão nativo), tendo realizado ressecção atípica com diagnóstico de tumor neuroendócrino de grandes células (pT1N0M0). Atualmente no 64º mês pós-transplante sem recidivas. Caso2- Homem de 68 anos, ex-fumador (40 UMA), submetido a transplante uni-pulmonar direito por DPOC em Setembro de 2014. Ao 50º mês pós-transplante foi detetado nódulo pulmonar único no LSE. Realizou lobectomia com diagnóstico de carcinoma epidermóide (pT1bN0M0). Atualmente no 78º mês pós-transplante sem recidivas. Caso3- Homem de 62 anos, ex-fumador (40 UMA), submetido a transplante uni-pulmonar esquerdo por DPOC em Janeiro de 2012. Ao primeiro mês pós-transplante detetada em broncofibroscopia de vigilância lesão no brônquio lobar superior direito, cuja biópsia revelou carcinoma pavimento-celular. Foi submetido a lobectomia superior direita, complicada com fístula broncopleurar e necessidade de re-intervenção cirúrgica. Estadiamento patológico TisN0M0. Ao 21º mês pós-transplante faleceu por complicações decorrentes de pneumonia e tromboembolismo pulmonar. Conclusões: Existe um risco aumentado de neoplasia pulmonar no pós-transplante, pelos fatores de risco prévios (tabaco e exposição profissional) e pela imunossupressão. É importante a vigilância clínica e imagiológica apertada para a deteção precoce de neoplasia pulmonar (potencial curativo cirúrgico). A decisão da terapêutica oncológica é complicada pela necessidade de imunossupressão no pós-transplante pulmonar.

## CO-PUL-03

## RE-TRANSPLANTE PULMONAR - A EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

Ana Rita Costa; João Maciel; Ana Raquel Magalhães; Luísa Semedo; Paulo Calvinho; José Fragata

Hospital de Santa Marta - CHULC

Introdução: O número de transplantes pulmonares em Portugal tem vindo a aumentar significativamente nos últimos anos. A principal causa de morte pós transplante é a disfunção crónica do enxerto, apresentando dois fenótipos: síndrome da bronquiolite obliterante (BOS) e síndrome restritiva. Com o aumento do número de transplantes surgiu a necessidade de iniciar a re-transplantação pulmonar em Portugal. Métodos: Análise retrospectiva dos re-transplantes pulmonares realizados em Portugal, nomeadamente variáveis peri-operatórias do primeiro transplante e do re-transplante. Resultados: Em Maio de 2018 realizou-se o primeiro re-transplante pulmonar, num total de 6, representando 2.1% dos transplantes realizados. 4 doentes eram do sexo masculino (66.7%), com idade média de 27 anos (13-43). A indicação mais frequente para re-transplante foi a BOS (83.3%), tendo existido um caso de disfunção precoce do enxerto (PGD). O intervalo entre o primeiro transplante e o re-transplante variou entre 14 dias e 44 meses. Houve necessidade de oxigenação por membrana extra-corporal (ECMO) como ponte para transplante em 3 doentes (50%). Todos os re-transplantes foram bilaterais, 2 dos quais lobares. Em 5 doentes (83.3%) houve necessidade de ECMO intra-operatório, e em 2 existiu necessidade de manutenção do ECMO no pós-operatório. Ocorreu PGD em 3 doentes no pós re-transplante. Verificou-se mortalidade operatória de 2 doentes (PGD e um caso de BOS). A sobrevida situa-se entre 5 e 34 meses. Discussão: Os doentes re-transplantados são maioritariamente jovens com o diagnóstico de BOS, necessitando frequentemente de ECMO intraoperatório. Apesar da pequena casuística, os nossos resultados estão em linha com a literatura, com a BOS em doentes jovens revelando melhores resultados comparativamente a transplantes realizados na PGD, esta última considerada, em muitos centros, contraindicação para transplante. Conclusão: O re-transplante pulmonar pode oferecer uma segunda hipótese em doentes jovens com disfunção do enxerto, sendo o tempo desde o primeiro transplante ao diagnóstico um relevante fator prognóstico.

## CO-PUL-04

## ECMO COMO PONTE PARA TRANSPLANTE EVOLUÇÃO E RESULTADOS

João Eurico Reis; Dionísio Maia; Ana Rita Costa; Paulo Calvinho; Luísa Semedo; Joao Cardoso; José Fragata

Hospital de Santa Marta

Introdução: Os doentes, em lista para transplante pulmonar, têm como último recurso a utilização de ECMO como “ponte” enquanto esperam por um órgão. Esta técnica está associada a um período peri-operatório mais complexo e a piores resultados, continuando a surgir nas guidelines como contra-indicação relativa para transplante. Materiais e Métodos: Análise retrospectiva dos processos dos doentes transplantados no nosso centro entre 2001 e Dezembro 2020. Resultados e Discussão: Neste período foram realizados 282 Transplantes dos quais 11 (4%) tiveram ECMO como “ponte” para transplante. Sete (63%) dos doentes eram do sexo feminino, com idade média de 38,5±17 anos, [14-61]. As indicações para transplante foram em 5 casos Fibrose pulmonar idiopática, 3 Re-transplante, 2 Fibrose Quística e 1 Bronquiectasias. Foram realizados 8 transplantes bi-pulmonares e 3 uni-pulmonares. Os 3 primeiros casos (2010–2016 – Era 1) foram colocados em ECMO após longos períodos de ventilação mecânica invasiva (VMI) sendo a mortalidade peri-operatória de 100%. Desde então (2017-2020 – Era 2) houve uma mudança de paradigma, tentando canular os doentes com ECMO-VV, acordados e com reabilitação motora, antes de ser necessária a VMI. Dos 8 doentes deste período, 5 (63%) não estavam ventilados quando canulados e 6 (75%) estavam com ECMO “awake”; 6 (75%) deles com canula única jugular “Avalon”. O tempo mediano de ECMO ponte foi 7 dias [3-36]. Em 3 doentes o ECMO-VV foi convertido a ECMO-VA no intra-operatório. Apenas 1 doente saiu do transplante sem ECMO. Destes 8 doentes 5 estão vivos, com uma sobrevida ao 1º mês de 75% e 62,5% aos 2º anos pós- txp, tendo um deles já 33 meses de sobrevida. Conclusões: Com o aumento da experiência e do volume de transplantes realizados e com a mudança do “timing” da colocação do ECMO, verificámos que esta técnica permite obter resultados aceitáveis e deve ser oferecida a doentes selecionados.

**CO-PUL-05****TRANSPLANTE PULMONAR NA HIPERTENSÃO PULMONAR PRIMÁRIA****Joao Santos Silva; Sofia Santos Silva; Luisa Semedo; Paulo Calvinho****H Santa Marta, CHULC**

Introdução: O transplante pulmonar é uma terapêutica de última linha na hipertensão pulmonar primária no seu estado terminal em terapêutica médica máxima. Objetivo: Esta apresentação tem como objetivo a descrição da atividade de um centro e exposição dos resultados da transplantação pulmonar na hipertensão pulmonar. Resultados: Desde o início do programa de Transplantação Pulmonar até ao final do ano de 2020 foram transplantados 280 doentes, dos quais 5 por Hipertensão Pulmonar, 2 no ano de 2019 e 3 no ano de 2020. Foi utilizado ECMO para suporte intraoperatório em todos os doentes e 3 deles necessitaram de continuação no pós-operatório durante uma média de 10 dias (min 7, max 13). Dos 5 doentes, 2 necessitaram de reoperação por hemorragia. Em termos de outcome a longo prazo, 2 doentes faleceram no pós-operatório, um aos 19 dias e outro aos 112 dias de internamento. Os restantes 3 doentes tiveram alta hospitalar ao dia 75, 50 e 34 dias. Conclusão: O presente trabalho pretende descrever a experiência dos primeiros 5 casos de Hipertensão Pulmonar. O transplante pulmonar é uma terapêutica válida na fase terminal desta doença, associado a maior complexidade e necessidade de ECMO e maior taxa de morbimortalidade.

**CO-COR-01**

**CHALLENGES FACED WHILE ON HEART TRANSPLANT WAITING LIST: AN EXEMPLARY CASE**

Sérgio Maltês<sup>1</sup>; Bruno Rocha<sup>1</sup>; Gonçalo Cunha<sup>1</sup>; Catarina Brízido<sup>1</sup>; Christopher Strong<sup>1</sup>; António Tralhão<sup>1</sup>; André Weigert<sup>2</sup>; João Sequeira Duarte<sup>3</sup>; Carlos Aguiar<sup>1</sup>; Miguel Mendes<sup>1</sup>; José Pedro Neves<sup>4</sup>

1 - Departamento de Cardiologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; 2 - Departamento de Nefrologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; 3 - Departamento de Nefrologia, Hospital de Egas Moniz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal; 4 - Departamento de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal

Background: Heart Transplant (HT) remains the gold standard treatment for selected patients with advanced heart failure (HF). However, the increasing number of HT candidates and limited donor supply has led to extended waiting list times. Thus, patients may be at risk of progressive clinical deterioration and delisting due to development of HT contraindication(s). We report a complex case of advanced HF and the challenges faced while on HT waiting list. Case report: A 38-year old male, blood type O was initially diagnosed with a laminopathy-related dilated cardiomyopathy at 33-years following cardiac investigation due to an abnormal routine ECG. While initial symptoms were only mild, he quickly progressed to NYHA class III and was admitted twice for decompensated HF in the following two years. Thereafter, he was listed for HT. Three months after listing, a new HF admission occurred leading to sustained inotrope-dependence, cardiac cachexia, severe amiodarone-induced hyperthyroidism and right-ventricle dysfunction prohibitive of left ventricle assistance device (LVAD) consideration. Patient also developed acute-on-chronic kidney disease with sustained anuria needing continuous hemodiafiltration. Therefore, he was deemed in need for a combined kidney and heart transplant. Finally, more than eight months after initial listing and during nationwide confinement due to COVID-19 pandemic, combined heart-kidney transplantation was successfully performed. He was finally discharged two months after transplantation after experiencing a long and gruesome hospitalization. Conclusion: Our case details how rapidly-progressive advanced HF may be and the challenges that it imposes on HT waiting-list patients. Timely referral for advanced HF therapies is paramount. Given long waiting times, LVAD eligibility must also be assessed in all advanced HF patient before right ventricular dysfunction ensues. Whichever the case, on thing remains clear: many are the challenges faced while on HT waiting lists.

**CO-COR-02**

**SIMULTANEOUS HEART AND KIDNEY TRANSPLANTATION IN EIGHT CASES: EVOLUTION OF LEFT VENTRICLE EJECTION FRACTION, PSAP, KIDNEY FUNCTION, AND METABOLIC PROFILE.**

Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Pedro Correia; Filipe Soares; David Prieto; Gonçalo Coutinho; Manuel Antunes; Alfredo Mota; Arnaldo Figueiredo; Filipe Mira; Rita Leal; Rui Alves; Pedro Antunes

1 - Centro de Cirurgia Cardiotorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Urologia e Transplantação Renal - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Nefrologia - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

INTRODUCTION: For patients with terminal heart and renal failure, the best treatment option would be transplantation of both organs(HKTx). MATERIAL AND METHODS: From Nov2003-Mar2021 399 heart transplants(HTx) were performed. In 9 patients(2.2%), HKTx were performed. We present data from 8 patients: demographics, waiting list time(WLT), cardiomyopathy etiology, priority degree, cardiovascular risk factors(CVRF), donor characteristics, surgical data, immunosuppression(IS), complications, kidney function, blood glucose, A1cHb, total-cholesterol(TC), HDL, triglycerides(TG) and uricemia, PSAP and LVEF in the 1st, 2nd and 3rd year post-HKTx and the mortality. RESULTS: Male predominance(7/87.5%), age-61.8±5.5years and BMI-24.63kg/m2. WLT-79.6±45.9days. Cardiomyopathy(Nº): dilated(4), valvular(2), ischemic(1) and restrictive(1). Priority grades: V(5)/VI(3). CVRF:Dyslipidemia(7), Diabetes(5), Hypertension(5), Smoking(3). ICD-carriers(3), CRT-D(3), Peripheral vascular disease(3). MeanPSAP:44.55±23.52mmHg. MeanGFR:18.8±5.1ml/min/1.73m2(hemodialysis-HD):2. Donors: 6 male, age 43.33±8.2years, BMI-28.08±3.46kg/m2, all brain dead: brain trauma(4), hemorrhagic stroke(3), Anoxia(1). Local donors(2/25%). Bivaval technique was used. Three patients had previous cardiac surgery. No complications occurred. Total-ischemia time: 95.40±46.30minutes. Mechanical ventilation:167.00±335.98hours. Two patients required inotropes≥1week. All received induction-IS: basiliximab(6), thymoglobuline(2) and triple scheme: CsA+MMF+Prd(5) and FK+MMF+Prd(3). Length-of-stay:39.5±47.4days. Two kidney grafts lost function: transplantectomy/HD(1), Death from BVD(1). Intercurrences(Nº): Infections(25), CMV-Infection(8), Neoplasms(2), Seizures(1) and Aluminum Poisoning(1). No cellular/antibody-mediated rejection/vasculopathy/valvulopathy. During follow-up good cardiac graft function was achieved:

LVEF(%) in the 1st Month and 1st, 2nd and 3rd year: 70.40±10.28, 67.20±3.34(P=0.49), 68.20±4.32(P=0.55 ), 70.00±5.88(P=0.86).

PSAP(mmHg): 34.00±12.38, 26.40±5.17(P=0.22), 23.80±3.56(P=0.14), 22.25±5.59(P=0.19 ).

Kidney graft function was: GFR(ml/min/1.73m2): 18.27±5.66, 54.40±17.03(P=0.02), 55.12±17.93(P=0.03) and 57.96±22.65(P=0.94). Creatinine(mg/dl): 3.70±1.47, 1.42±0.47(P=0.06), 1.40±0.42(P=0.07), 1.40±0.60(P=0.17).

No significant differences in metabolic profile unless in HbA1c(%): 5.55±0.45, 5.88±0.40(P=0.05), 6.28±0.78(P=0.02), 6.20±0.42(P=0.02). The median survival was 1027.66±621.60days. 2 patients(25%) died: early cardiac graft dysfunction(22 days), epithelioid sarcoma(5 years). CONCLUSIONS: Compared to HTx, HKTx patients were older, had longer WLT, longer inotropic and mechanical ventilation times and longer length-of-stay. Two renal grafts lost function due to cardiac dysfunction. Infection was a frequent complication and good cardiac and reasonable renal grafts function and metabolic control were achieved.

CO-COR-03

PROGNOSTIC IMPACT OF EARLY POST-HEART TRANSPLANTATION DIALYSIS

Manuel Batista; António Canotilho; André Soeiro; Pedro Correia; David Prieto; Gonçalo Coutinho; Pedro Antunes

Centro de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Portugal

INTRODUCTION: Several peri-operative factors affect short- and long-term prognosis after heart transplantation (HTx). OBJECTIVES: Characterize a 23 patients' cohort needing dialysis soon after HTx and its impact on survival, graft function, kidney function, hemoglobin levels and metabolic profile. MATERIAL AND METHODS: From Nov2003-Dez2021, 395 HTx(391 patients) were performed. We selected those needing dialysis in the first 30 days after HTx(23 patients, 5,8%)Group-A and the others Group-B(N=372). We present recipients and donors demographic, surgical, complications, mortality and survival data. In group-A we evaluated graft function, hemodynamics, cardiac allograft vasculopathy(CAV) and Acute cellular rejection(ACR)>2R, and also Hemoglobin levels, kidney function, blood lipids and A1c-hemoglobin(A1c-Hb) at 30-days, 1-, 3- and 5-years after HTx. RESULTS: Both groups were comparable except for Re-transplantation(P<0.0001) and ICD(P<0.0001), more frequent in group-A. All donors were brain-dead. Both groups were comparable except for older donors in group-A(P=0.049). Group-A had more transplant-associated surgeries, namely tricuspid valve(26.1vs7.9%(P=0.003)), combined heart-kidney transplantation(HKTx-13vs1.3%(3vs5 patients;P<0.0001)), patients with ICD(100vs49.5%(P<0.0001), Mechanical ventilation(MV) time(148.85±191.45vs21.25±26.01hours(P<0.0001)), surgical complications(65.2vs17%(P<0.0001), namely bleeding(13vs4.6%(P=0.072) and Right ventricle dysfunction(RVD)(34.8vs3.8%(P<0.0001), mechanical circulatory support(MCS)34.8vs3.8%(P<0.0001) and longer hospital stay(P<0.0001). Regarding group-A, 30-days serum creatinine and GFR-MDRD were, respectively, 2.03±1.09mg/dl and 52.15±31.86ml/min/1.73m<sup>2</sup> with no differences during follow-up. Three patients kept on dialysis. We found a significant increasing in A1c-Hb at 5-y(P=0.044) and HDL at 1-y follow-up(P=0.044). CAV and ACR>2R were rare events. Major clinical events during follow-up were mainly infections (11, 4, 5, and 9 patients). Sixteen patients died: 7(30 days). Thirty-day and 1-,3- and 5-year survival (Group-AvsB) were, respectively: 69.6vs96.2, 43vs89, 43vs84 and 21.5vs79.3%(P<0.0001). CONCLUSIONS: **Our early-post-HTx dialysis patients profile was: Higher priority, namely re-transplantation; more transplant-associated surgeries, and combined HKTx; older donors; more surgical and pos-op complications and hospital stay. Dialysis had a very significant impact on prognosis, mortality and survival. Survivors had good graft function, and hemodynamics and reasonable kidney function, hemoglobin levels and metabolic profile.**

CO-COR-04

ONE YEAR RESULTS OF LIRAGLUTIDE TREATMENT IN 10 DIABETIC HEART TRANSPLANTED PATIENTS

Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Filipe Soares; Pedro Correia; Gonçalo Coutinho; David Prieto; Pedro Antunes

1 - Centro de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Portugal

INTRODUCTION: Diabetes is a major risk factor for cardiovascular disease. In heart transplantation(HTx), diabetes was also associated with acute rejection, excessive body-weight/obesity and shorter survival. Liraglutide(GLP-1 analogue), besides lowering glucose levels it was also associated with slight reductions in weight, blood pressure, blood lipids and albuminuria. Data of liraglutide use in HTx are not available. OBJECTIVES: We aim to analyze the effects/safety of liraglutide, in stable HTx patients with insulin-treated diabetes, on metabolic profile, kidney function, urine albumin/creatinine ratio, weight, blood pressure, heart rate and graft function, after 1-year treatment. MATERIAL AND METHODS: From Nov2003-Dec2020, 395HTx(391pts) were performed. We include 10 stable HTx patients with insulin-treated diabetes. Patient characteristics and post-transplant medication were investigated. Metabolic profile: glucose, A1cHb, Total-cholesterol(TC), HDL, Triglycerides(TG); uricemia; Kidney function: creatinine, Glomerular filtration rate(GFR-MDRD), urine albumin/creatinine ratio; weight and body mass index(BMI); blood pressure (systBP and diastBP), heart rate(HR) and graft function(left ventricle ejection fraction(LVEF), right ventricle function(s')) were evaluated at baseline, 3-months(3M) and 1-year treatment. Endomyocardial biopsy was performed to evaluate rejection. Side effects and impact on hematological, liver, and thyroid function tests were investigated. RESULTS: 8 male patients(80%), mean±SD age:65,2±5,71years. Myocardiopathy(N%): ischemic(6/60%), dilated(2/20%), restrictive(1/10%), Chagas(1/10%). Liraglutide was started 1879,44±1231,30days(78-3992) (5,4±3,3years) after HTx. We have found significant reductions in A1cHb after 3M: (8,6±1,17vs7,3±1,33vs7,3±1,02%(P=0.08); Improvement of kidney function: reduction of 1-year creatinine(1,74±0,77vs1,80±0,87vs1,63±0,80 mg/dl)(P=0.007), increase of GFR- MDRD(43,63±16,80vs43,66±19,75vs49,87 ±24,15ml/min/1,73m<sup>2</sup>)(P=0.022); Reduction of body weight(87,45±10,98vs84,50±11,79vs85,31±11,09kg)(P=0.002) and BMI(31,06±2,27vs29,96±2,77vs30,27±3,66kg/m<sup>2</sup>)(P=0.002) after 3M. Non-significant reductions in glucose(144,22±54,07vs113,33±33,13vs134,50±37,48 mg/dl)(P=0.762), uricemia(6,51 ±1,69vs6,2±0,92vs5,6±0,91mg/dl)(P=0.115), TC(211±33,46vs201,77±49,94vs189±43,67mg/dl)(P=0.250) and TG(256,33±168,36vs199,66±89,08vs159,71 ±97,38 mg/dl)(P=0.393). No significant difference was found in all the other variables. Two patients had side effects(N): diarrhea(2), palpitations(1); No significant impact on hematological, liver and thyroid function tests or rejections occur. CONCLUSIONS: Liraglutide proved to be safe and effective, reducing A1cHb, body weight and BMI and improving kidney function. Other benefits were non-significant reductions in TC, TG and uricemia.

## CO-COR-05

### TRANSPLANTE CARDÍACO APÓS PONTE COM HEARTMATE 3™: PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NACIONAL

Christopher Strong; Catarina Brízido; Bruno Rocha; António Tralhão; Sara Ranchordas; Márcio Madeira; Marta Marques; Miguel Abecassis; José Pedro Neves; Carlos Aguiar

Hospital de Santa Cruz - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental

Face à escassez de oferta de órgãos para transplante, a possibilidade de implantação de um dispositivo de assistência ventricular esquerda de longa duração (DAVE-LD) como ponte para transplante cardíaco (TC) constitui uma alternativa lifesaving para doentes, elegíveis, com insuficiência cardíaca (IC) avançada, que poderiam não suportar o tempo em lista de espera. O HeartMate 3™ (HM3), DAVE-LD de última geração, pode fazer esta ponte, melhorando a classe funcional NYHA, a qualidade de vida e a sobrevida. O objectivo deste trabalho é relatar a experiência de centro único nos dois casos de doentes submetidos a TC após um período de ponte com HM3, ambos vivos à data actual de follow-up. A primeira doente, 53 anos, com HM3 implantado na sequência de um enfarte agudo do miocárdio, com evolução em INTERMACS 3, teve 516 dias de suporte. Como intercorrências, a destacar três infecções associadas ao dispositivo, que motivaram internamento. Foi submetida a cirurgia de explantação do sistema e TC, com duração de 258 minutos, complicada de acidente vascular cerebral isquémico no pós-operatório imediato. A destacar também episódio de rejeição aguda cardíaca, com duração total de internamento de 40 dias. O segundo doente, 42 anos, com HM3 implantado no mesmo contexto, 498 dias de suporte. Como intercorrências duas infecções associadas ao dispositivo com necessidade de internamento. A cirurgia de TC teve a duração de 286 minutos, sem complicações no pós-operatório, com alta ao fim de 16 dias. Apesar do período de suporte com HM3 não ter sido isento de complicações, aumentou significativamente a sobrevida destes dois doentes. Poderá tornar-se cada vez mais frequente a cirurgia de TC em doentes com DAVE-LD, impondo-se a necessidade de revisão dos graus de apelo nacionais de modo a integrarem as particularidades destes doentes.

## CO-COR-06

### A ERA DA ASSISTÊNCIA VENTRICULAR - HEARTMATE 3. EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO PORTUGUÊS

Marta Marques; Sara Ranchordás; Tiago Nolasco; Christopher Strong; Márcio Madeira; Paulo Oliveira; Bruno Rocha; Catarina Brízido; Helena Brandão1; Carlos Aguiar; Miguel Abecassis; José Pedro Neves

Hospital de Santa Cruz - CHLO

A insuficiência cardíaca (IC) é a principal causa de morte do mundo. Decorridos 35 anos do primeiro transplante cardíaco em Portugal, a carência de dadores e aumento dos doentes em estádios avançados de IC obriga à procura de estratégias alternativas, como o suporte circulatório mecânico, não só como ponte para transplante bem como ponte para decisão ou terapêutica de destino. A complexidade tecnológica, os requisitos e indicações para implantação deste tipo de assistência têm-se revelado os maiores desafios. A classificação INTERMACS estabeleceu critérios específicos e objectivos a nível internacional. HeartMate 3 é a assistência ventricular esquerda de média e longa duração de última geração. A primeira implantação foi realizada na Alemanha em 2014. O nosso centro iniciou a implantação destes dispositivos em março de 2017. Em 4 anos, 6 doentes foram submetidos a este tipo de intervenção, 5 do sexo masculino, com idade média de 60 anos. Em 2 doentes foram realizados procedimentos concomitantes – plastia tricúspide e encerramento de foramen ovale patente, 1 doente necessitou de assistência ventricular direita no pós-operatório. O tempo médio de internamento em UCI foi de 22 dias (9-45) e o tempo de internamento hospitalar pós procedimento de 39 dias (22-74). A morbilidade perioperatória incluiu infecção do local de saída da driveline em 2 doentes, complicações hemorrágicas em 2 doentes, infecções nosocomiais em 3 doentes. A mortalidade peri-operatória foi de 1 doente (morte após 45 dias), os restantes doentes encontram-se vivos (follow up médio 571 dias). Um doente foi transplantado um ano e 9 meses após a implantação. Os doentes são seguidos em consulta de ambulatório pela equipa de Insuficiência Cardíaca e pela Perfusão. Dois doentes submetidos à implantação de HeartMate 3 no estrangeiro são seguidos no nosso centro, sendo que um deles foi entretanto submetido a transplante cardíaco.

## CO-COR-07

### SUCCESSFUL CARDIAC RESYNCHRONIZATION THERAPY AFTER HEART TRANSPLANTATION

Sandra Amorim; Raquel Garcia; Paulo Araujo; Roberto Pinto; Jose Silva-Cardoso; Jose Pinheiro- Torres; João Carlos Silva; Filipe Macedo1; Paulo Pinho

Centro Hospitalar Universitário de São João

Case report: A 54-year-old male patient underwent biatrial heart transplant on 01/25/09 due to dilated cardiomyopathy. ECG showed LBBB with normal LVEF. Coronary angiography in 2012 was normal and serial EMB did not show significant rejection (grade 1R). In 2015, LVEF progressively decreased despite HF therapy and in 2016 he LVEF was 33%, with functional moderate MR. Coronariography showed 40% stenosis of LAD. EMB didn't show signs of cellular rejection, but was C4d positive. IV methylprednisolone for was done and changed azathioprine for MMF 1,5 g bid. Anti-HLA class II DSAs were positive (MFI+ 4000). Transient improvement in LVEF to 45% was observed. In 2017 LVEF deteriorated again to 33% and LV enlarged (63 mm). Coronary angiography showed 60% of medium LAD. EMB didn't show cellular rejection and C4d was negative. No significant ischemia was found on SPECT. Cardiac MR showed moderate impairment of global systolic function (LVEF 36%) and an anomalous movement of the interventricular septum and marked intraventricular dyssynchrony. In 2019 he was in NYHA class II, LBBB with QRS 165 ms, LVEF of 30%. Implantation of resynchronization therapy (CRT-D) was done: defibrillation lead was implanted on the RV, atrial lead was implanted in the RA through the left cephalic vein. Approach to the coronary sinus was through the left subclavian vein. The access was difficult caused by a very posterior position and very rotated and tortuous coronary sinus path. A LV lead was positioned with a pacing threshold of 1.5 V/0.6 ms. QRS decreased to 149 ms. Left subclavian vein thrombosis occurred, successfully treated with rivaroxaban. He returned to NYHA class I and had recovery LVEF to 43%, with mild MR. Conclusion: CRT for the allograft recipient is possible and can be successfully used in posttransplant allograft failure, associated with LV dysfunction and intraventricular dyssynchrony.

## CO-COR-08

### INSUFICIÊNCIA CARDÍACA AVANÇADA (INTERMACS I-IV) EM DOENTES CANDIDATOS A TRANSPLANTE CARDÍACO: CONSEGUIMOS MELHORAR O PROGNÓSTICO?

Carlos F.D.Rodrigues<sup>6</sup>; João Pedro Pais<sup>1</sup>; Telma Alves<sup>2</sup>; Adriana Girão<sup>2</sup>; Luís Neto Fernandes<sup>3</sup>; Sofia Martinho<sup>4</sup>; Susana Costa<sup>4</sup>; Carolina Lourenço<sup>4</sup>; Manuel Batista<sup>2</sup>; Fátima Franco<sup>4</sup>; David Prieto<sup>3</sup>; Pedro Antunes<sup>3</sup>; Lino Gonçalves<sup>4</sup>

1 - Serviço de Medicina Interna da Unidade Local de Saúde do Alto Minho; 2 - Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; 4 - Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 5 - Serviço de Cirurgia Cardioráquia e Transplantação de Órgãos Torácicos do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra; 6 - Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar do Baixo Vouga

A insuficiência cardíaca (IC) avançada em doentes dependentes de inotrópicos e/ou frequentemente internados está associada a elevada mortalidade intra-hospitalar. Apesar dos notáveis avanços na terapêutica da IC com fração de ejeção reduzida, esta população é habitualmente refratária à introdução da terapêutica modificadora de prognóstico tendo como alternativa viável a assistência ventricular e/ou transplantação cardíaca. ste trabalho visou avaliar o prognóstico dos doentes com IC avançada (INTERMACS I-IV) internados na Unidade de IC de um hospital terciário, e investigou a relação entre a gravidade da IC e os resultados de morte ou transplante cardíaco. Foram selecionados doentes com idade <65 anos, internados entre Janeiro de 2010 e Dezembro de 2020 e sem comorbilidades que contraindicassem transplantação, o que resultou em 175 doentes, 42 mulheres e 133 homens, com uma idade média de 52 anos (±10). A etiologia mais prevalente foi isquémica (30,3 %), a fração de ejeção do ventrículo esquerdo média da população foi 27 % (±10), e o NT-proBNP médio 14069 pg/ml (±17370). Um total de 73 doentes (42 %) foi transplantado. A mortalidade intra-hospitalar foi de 55,5 % nos doentes INTERMACS I, 25 % nos II e cerca de 17 % INTERMACS III e IV. Por outro lado, o transplante foi mais frequente nos INTERMACS II (75 %), seguido dos III (52,17 %), dos I (44,44 %), e finalmente dos IV (36,07 %). A análise estatística dos resultados revelou diferença significativa entre a classe INTERMACS e os outcomes de morte ou transplantação (p=0,001 e p=0,043, respetivamente). Apesar de atual, esta série confirma a elevada mortalidade dos doentes em INTERMACS I e II, e reforça a necessidade de intervenção mais precoce nestes doentes, eventualmente com dispositivos de assistência ventricular como ponte para transplante ou terapêutica de destino.

## CO-COR-09

### GRAFT STATUS, MAJOR CLINICAL EVENTS, KIDNEY FUNCTION AND HAEMATOLOGICAL AND METABOLIC PROFILE IN A 26 PATIENTS COHORT SURVIVING FIFTEEN YEARS AFTER HEART TRANSPLANTATION

Manuel Batista; António Canotilho; André Soeiro; André Antunes<sup>1</sup>; Pedro Correia; Carlos Branco; Filipe Soares; Gonçalo Coutinho; David Prieto; Pedro Antunes

Centro de Cirurgia Cardiorábrica e Transplantação de Órgãos Torácicos - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Portugal

**INTRODUCTION:** Data on patients surviving 15-years after heart transplantation (HTx) are rare. **OBJECTIVES:** To characterize a 26-patients' cohort surviving at least 15-years after HTx (>15yHTx). **MATERIAL AND METHODS:** From Nov2003-Dec2020, 395HTx(391pts) were performed and all were prospectively followed by a multidisciplinary team. 26 patients survived at least for 15-years. Demographic data, myocardiopathy etiology, surgical data, and hospital stay were described. We investigate left ventricle ejection fraction (LVEF%), right ventricle function (s',m/s), cardiac output (CO-l/min), cardiac index (CI-l/min/m<sup>2</sup>), pulmonary vascular resistance (PVR-WU), pulmonary artery systolic pressure (PSAP-mmHg), cardiac allograft vasculopathy (CAV) and Acute cellular rejection (ACR) >2R and Major clinical events, and compare Hematological parameters, kidney and liver function, blood lipids, uric acid, glucose and A1c-hemoglobin, Body mass index (BMI), Hypertension and diabetes pre- and >15yHTx. Finally, we evaluate phosphocalcium metabolism, thyroid function, Ferritin, Folic acid and B12-vitamin profile at 15-years follow-up. **RESULTS:** Recipients: male prevalence (23/88, 5%), mean-age: 50,5 ± 12,3 years and BMI: 23,7 ± 3,53 kg/m<sup>2</sup>. Waiting-list-time: 56,23 ± 42,85 days. Actual age: 66,30 ± 12,34 years. Most frequent etiologies (N/%) : dilated (13/50%) and ischemic (7/26,9%) myocardiopathy. Donors: All brain-dead, 18 (69,2%) male, mean age: 32,92 ± 10,70 years and BMI: 24,93 ± 3 kg/m<sup>2</sup>. Causes of death (N/%) : stroke (10/38,4%), brain trauma (16/61,6%). Surgical data: Bicaval technique in all. Cold and total ischemic time and cardiopulmonary bypass time were, respectively: 43,46 ± 29,14 / 86,19 ± 30,79 / 91,69 ± 10,20 min. Mechanical ventilation: 14,19 ± 2,68 hours. Need-for-inotropes >24h (4/15,4%), Perioperative complications (3/11,5%). Hospital stay: 15,92 ± 6,36 days. All had basiliximab-induction and triple-maintenance immunosuppression. 15-year follow-up: LVEF, S', CO and CI: 64,86 ± 6,47%; S': 0,10 ± 0,01 m/s; 5,21 ± 1,27 l/min and 2,86 ± 0,72 l/min/m<sup>2</sup>, respectively. PSAP and PVR pre vs >15HTx: 47,38 ± 18,37 vs 27,14 ± 5,63 mmHg (P < 0.001) and 3,36 ± 1,98 vs 1,76 ± 0,79 UW (P = 0.003), respectively. ACR >2R (10/38,4%), CAV (11/42,3%), Serious infections: 40 (17pts) (65,3%), Cancer: 25 (11pts) (42,3%), CMV- reactivation/ Infection (4/15,3%). We found significant reductions in hemoglobin (P = 0.017) and Platelets (P = 0.009), significant increase in creatinine (P = 0.01) and reduction in GFR-MDRD (P = 0.012). A trend toward reduction in A1c-Hemoglobin (P = 0.06), significant reductions in Total-Bilirubin (P = 0.045), Albumin (P = 0.05), TGO/ASP (P = 0.027) and TGP/ALT (P = 0.027). Significant increase in hypertension (P < 0.0001), dyslipidemia (P < 0.0001) and BMI (P = 0.001) and non-significant in diabetes (P = 0.180) was found. Hypothyroidism (14/53,8%), hyperparathyroidism (16/61,5%), folic acid (9/34,6%) and D-Vitamin (25/96,2%) deficit were common. **CONCLUSIONS:** Long-term survival after HTx is possible, with a multidisciplinary approach, addressing not only graft function, but also associated co-morbidities, that should be tracked and addressed to achieve a good outcome.

## CO-COR-10

### ANTIBODY-MEDIATED REJECTION OF CARDIAC ALLOGRAFT – A CHALLENGING CLINICAL CASE

Catarina Martins da Costa; João Calvão; Ana Filipa Amador; Teresa Pinho; Pedro Pereira; João Pinheiro Torres; Roberto Pinto; Sandra Amorim; Filipe Macedo

Centro Hospitalar São João

Antibody-mediated rejection (AMR) develops when recipient antibodies are directed against HLA antigens on the endothelial layer of the allograft. Though it represents more than 50% of rejections 7 years after transplant, AMR is still far from completely understood. Here we present a case of a 55-year-old woman submitted to heart transplant in 2008. She had history of cellular rejections (grade 1R, one grade 2R in 2013), but none with clinical compromise. Last echocardiogram (August 2019) showed normal biventricular function. In February 2020, she presented with pulmonary edema, BNP of 2300 ng/L and severe biventricular function (LVEF of 24%, severe RV dysfunction, moderate tricuspid regurgitation). Corticotherapy pulses were performed, azathioprine was switched to MMF and cyclosporine to tacrolimus. Coronary angiography did not show vasculopathy. Endomyocardial biopsy (EMB) showed interstitial lymphocytic infiltrate without myocyte damage (1R) but positive C4d. Additionally, serum donor specific antibodies (DSA) were highly elevated (class I and II), making the diagnosis of pathological AMR. Plasmapheresis sessions followed by IVIg were performed (5 sessions; 120g IVIg). Meanwhile, severe pancytopenia developed, and MMF therefore suspended. One month later, systolic dysfunction persisted; DSA evaluation and EMB were repeated, with similar findings. New corticotherapy pulses and trial of rituximab (600mg) were performed with significant clinical recovery, BNP decrease to 232 ng/ml and improvement of LVEF to 46%, persisting right ventricular dysfunction with mild tricuspid regurgitation. Fifteen days later a new course of IV Ig (100g) and Rituximab (600mg) was done, leading to recovery of left ventricular function to 52% and mild RV dysfunction. On January 2021 she died by sepsis after severe COVID-19 pneumonia. Serial echocardiograms showed normal biventricular function. Diagnosis and optimal therapy of AMR is still a matter of debate. In this case, administration of IVIg and rituximab lead to clinical recovery and absence of relapse during the follow-up.



## CO-PAN-01

### CHARACTERIZATION OF THE PANCREAS AFTER KIDNEY AND SIMULTANEOUS PANCREAS KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST IN THE SOUTH OF PORTUGAL ON 31 JANUARY 2021

Luis Ramalheite<sup>1</sup>; Dario Ligeiro<sup>1</sup>; Inês Aires<sup>2</sup>; Cecilia Silva<sup>2</sup>; Fernando Caeiro<sup>2</sup>; Patrícia Cotovio<sup>2</sup>; Miguel Bigotte<sup>2</sup>; Rita Magriço<sup>2</sup>; Aníbal Ferreira<sup>2</sup>; Fernando Nolasco<sup>2</sup>

1 - Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal; 2 - Department of Nephrology, Curry Cabral Hospital, Hospital Centre of Central Lisbon, Lisbon, Portugal

Introduction: Despite of all the efforts in the attempt of increasing / expanding the pancreas donor pool, these allografts are a relatively scarce resource. While the multiplicity of factors to be considered in the evaluation of the potential pancreas allograft donor are relatively identified, it is also fundamental the knowledge of the characteristics of the patients in the waiting list, so that we can optimized the usage of this relatively scarce resource. Materials and Methods: This study is a quantitative approach to identify and describe the profile of patients placed on the southern Portugal waiting list for pancreas after Kidney (PaK) and simultaneous pancreas Kidney (sPK) transplantation, at 31/01/2021. The survey was conducted in the Lusot database and enrolled a total of 14 actively listed patients (1 PaK and 13 sPK). Results: The mean age of the enrolled patients was 43 years (40.5-47.5, Q1-Q3), 50% are male; 85.7 % perform hemodialysis and 14.2% perform peritoneal dialysis as renal replacement therapy, 28.6% had a previous transplant (2 sPK, 2 kidney alone, 1 with a functioning graft). The list is composed by 57% and 43% of patients of the blood group O and A respectively. In total 11 patients (79%) had at least a sensitizing event (blood transfusions (n=6), pregnancies (n=7) and previous transplant (n=4)). In terms of alosensitization the vPRA HLA-ABCDRDQ with an MFI>1000 is 98.02%, 42.56-99.95% for median and Q1- Q3 respectively, and most probably due to these burdens the median waiting time is of 943 days with a Q1- Q3 of 602-1478 days. Conclusions: Considering the actual composition of our pancreas waiting list, the large majority of patients have a very low probability of transplant, thus its fundamental to identify solutions that will providing the best clinical solution to our patients.

## CO-PAN-02

### HEMOGLOBIN A1C AFTER PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANTATION AS A PREDICTIVE MARKER FOR ENDOCRINE FUNCTION FAILURE IN PANCREATIC GRAFTS.

Emanuel Vigia<sup>1</sup>; Luis Ramalheite<sup>2</sup>; Rita Ribeiro<sup>3</sup>; Inês Barros<sup>4</sup>; Beatriz Chumbinho<sup>4</sup>; Edite Filipe<sup>4</sup>; Ana Pena<sup>4</sup>; Luis Bicho<sup>4</sup>; Ana Nobre<sup>4</sup>; Sofia Carrelha<sup>4</sup>; Mafalda Sobral<sup>4</sup>; Jorge Lamelas<sup>4</sup>; João Santos Coelho<sup>4</sup>; Hugo Pinto Marques<sup>4</sup>; Paula Pico<sup>4</sup>; Susana Costa<sup>4</sup>; Fernando Rodrigues<sup>4</sup>; Américo Martins<sup>4</sup>; Miguel Bigotte<sup>4</sup>; Rita Magriço<sup>4</sup>; Patrícia Cotovio<sup>4</sup>; Fernando Caeiro<sup>4</sup>; Inês Aires<sup>4</sup>; Cecilia Silva<sup>4</sup>; Fernando Remédio<sup>4</sup>; Aníbal Ferreira<sup>4</sup>; Jorge Paulino Pereira<sup>3</sup>; Fernando Nolasco<sup>4</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 - Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa- Área da Transplantação, IPST-IP, Lisboa, Portugal; 3 - Nova Medical School; 4 - CHULC

Background: Pancreas transplantation is the only treatment that establishes normal glucose levels and normalizes glycosylated hemoglobin levels in type 1 diabetic patient. Survival of the pancreatic grafts exceed in the fifth year post-transplant 60%. The aim of our study was evaluate clinical, biochemical and immunological variables of the donor and recipient in order to discover a biomarker of pancreatic graft dysfunction. Methods: The study used information regarding 30 patients (29 simultaneous kidney pancreas transplantation and 1 pancreas retransplant; 8 with pancreatic dysfunction, 22 without). Overall, 35 features were evaluated and features were scored according to Relief method, resulting in the usage of 27 features. In this work, 2 machine learning algorithms were used: Tree and Random Forest. Tree is a simple algorithm that splits the data into nodes by class purity. It's a precursor to Random Forest that is an ensemble learning method used for classification and regression. The resampling method used in both methods as the LOOCV validation. Due to the low number of dysfunctional patients, the distance between the transplant and the dysfunction wasn't considered. Results: The AUC and classification accuracies were 0.78, 0.88 and 0.87, 0.83 for Tree and Random Forest models, respectively. In the case of the Tree model resulted in the misclassification of 4 patients. In the Decision Tree Diagram presented, the HbA1c at 6 months post-transplant >5.6 combine with hospital readmission rate >4 allows the correct classification of 95% of non-dysfunction patients. In conclusion, despite the very preliminary nature of this pilot study, these models point to a new category of patients that are more likely to have early loss of endocrine function and recurrence of diabetes mellitus. In this group of patient's surveillances should be tighter and immunosuppression assess more closely. These models should be further validated in a larger cohort of patients.

## CO-PAN-03

### O IMPACTO DA PERDA DO ENXERTO RENAL E/OU PANCREÁTICO NA SOBREVIDA DOS PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE SIMULTÂNEO PÂNCREAS-RIM

Lucia Villanueva; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Erika Bevilacqua Rangel; Miguel Bonfitti; Adriano Mizara Gonzales; Roberto Meirelles; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana

Hospital do Rim

Introdução: O transplante simultâneo pâncreas-rim é uma modalidade terapêutica estabelecida para pacientes portadores de doença renal crônica em estágio terminal com diagnóstico de diabetes.<sup>3</sup> 4Guessner et al, reportaram numa base de dados da IPTR (International Pancreas Registry) que o status dos enxertos teria o maior impacto na sobrevida do paciente submetido à transplante duplo. Objetivo: A perda do enxerto renal impacta na sobrevida do paciente submetido à transplante duplo. Metodologia: Estudo retrospectivo, descritivo, de tipo observacional que analisa a base de dados do transplante simultâneo de pâncreas-rim, realizados no Hospital do Rim entre Dezembro de 2000 e Dezembro de 2015. Nesse período foram realizados 471 transplantes de pâncreas-rim, sendo excluídos 39 pacientes por não preencherem os critérios de inclusão, com um total de 432 pacientes. Neste estudo, empregou-se para análise de sobrevivência o modelo de fragilidade de Cox. Para todos os testes estatísticos foram utilizados um nível de significância de 5%. As análises estatísticas foram realizadas com o uso do software estatístico SPSS 20.0 e STATA 12. Resultados: Neste estudo, observou-se que ajustado pela idade do receptor, o risco de óbito em pacientes com perda de enxerto renal é de 20,5 vezes maior, o RR de óbito em pacientes com perda de enxerto pancreático é de 3,53 vezes e a chance de óbito com perda de ambos os enxertos é 18,98 vezes maior do que quando comparado com os pacientes com enxertos funcionantes. Conclusão: A perda do enxerto renal, implica num impacto na sobrevida do paciente com um risco de 20,5 vezes maior de óbito quando comparado com aquele paciente com ambos os enxertos funcionantes.

## CO-PAN-04

### PREGNANCY AFTER COMBINED KIDNEY AND PANCREAS TRANSPLANTATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE

Joana Tavares<sup>1</sup>; Mariana Coroado<sup>2</sup>; Marina Reis<sup>1</sup>; Sofia Pedroso<sup>1</sup>; Jorge Malheiro<sup>1</sup>; Manuela Almeida<sup>1</sup>; Leonídio Dias<sup>1</sup>; La Salete Martins<sup>1</sup>; António Castro Henriques<sup>1</sup>; António Braga<sup>2</sup>; António Cabrita<sup>1</sup>

1 - Serviço de Nefrologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2 - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia - Centro Hospitalar Universitário do Porto

End stage renal disease, a severe complication of type 1 diabetes mellitus (DM), leads to a pituitary- gonadal axis disruption and infertility. After pancreas-kidney (PK) transplant fertility is rapidly restored allowing recipients to have children of their own. These pregnancies are frequently complicated with adverse maternal and perinatal outcomes. We aim to present our experience in order to improve knowledge in this field. We have retrospectively reviewed all patients from our PK transplant program and collected information about pregnancies and resulting miscarriages or live births. We have registered if there was a pre- conceptional counselling and also if it was spontaneous or after assisted reproductive technology (ATR). Both maternal and neonatal complications were registered. Nine female patients were pregnant, with only five resulting live births. One of the pregnancies occurred abroad so we don't have any information and one patient is currently pregnant with 12 weeks. All pregnancies were planned, and at the time of conception, all our female recipients had at least 3 years of transplant and had changed the immunosuppression regimen. Still 30% had a miscarriage. From our four successful pregnancies 3 out 4 resulted from ATR. Maternal complications included gestational DM, proteinuria, hypertensive disorders of pregnancy and acute kidney injury. In all patients it was performed a caesarean section. Preterm birth (< 37 gestational weeks) and low birth weight (<2500g) were universal in our population. One of the children was diagnosed with type 1 DM at the age of 5. As for our male recipients, five had had successful live births. None of them changed the immunosuppressors. Only one couple had resort to ATR leading to a twin gestation. Although associated to an increased risk, pregnancies after PK transplant can be successful. A pre- conception counselling as well as a close follow-up by a dedicated and multidisciplinary team is essential.

## CO-ENF-01

**RESILIÊNCIA EM PACIENTES TRANSPLANTADOS DE ÓRGÃOS FRENTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL**

Rafael Rodrigo da Silva Pimentel<sup>1</sup>; Izabel Alves das Chagas Valóta<sup>1</sup>; Marcelo José dos Santos<sup>1</sup>; Ana Lucia Siqueira Costa Calache<sup>1</sup>; Luis Manuel Blanco Donoso<sup>2</sup>

1 - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), São Paulo, Brasil; 2 - Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, Espanha.

Introdução: Os transplantados frente a pandemia de COVID-19, vivenciam várias incertezas que podem desenvolver estressores. Apesar de enfrentarem as situações estressantes, alguns transplantados, superam benéficamente estas adversidades, ao desempenhar a sua resiliência. Objetivo: Avaliar o nível de resiliência em pacientes transplantados de órgãos frente a pandemia de COVID-19. Método: Estudo transversal, realizado com pacientes transplantados de órgãos sólidos no Brasil. Os critérios de inclusão foram: pacientes que realizaram o transplante de órgãos há pelo menos três meses no país. Foram excluídos do estudo: pacientes que tiveram a perda do enxerto. A coleta de dados ocorreu por meio de divulgação em redes sociais e páginas da internet entre janeiro e março de 2021, com os seguintes instrumentos: questionário de dados sociodemográficos e clínicos e a escala de resiliência de Wagnild e Young. A organização dos dados foi realizada após a importação das planilhas do Microsoft Excel 2013 do REDCap. A análise ocorreu por meio de estatística descritiva. Resultados: Participaram do estudo 366 transplantados de órgãos. A idade média dos transplantados foi de 42,04 anos (DP: 22,44), variando entre 18 e 77 anos, em sua maioria do sexo feminino 219 (60,0%), de cor branca 228 (62,3%), católicos 161 (44,0%), com ensino superior completo 183 (50,0%) e do estado de São Paulo 158 (43,2%). Quanto ao tempo de realização do transplante a maioria 179 (49,0%) realizou o procedimento entre 1 e 5 anos. Destacam-se os transplantes de rins 232 (63,4%), fígado 85 (23,2%) e coração 25 (7,0%). Os transplantados apresentaram um nível de resiliência médio de 140, considerada como “resiliência moderadamente baixa a moderada”. Conclusão: Os resultados demonstram que a pandemia de COVID-19 impactou nos níveis de resiliência dos transplantados de órgãos sólidos, o que indica para os profissionais de saúde uma necessidade de suporte e realização de programas de estímulo da resiliência.

## CO-OUT-01

**CULTURA PRIMÁRIA DE CÉLULAS MUSCULARES LISAS DE AORTA ABDOMINAL HUMANA OBTIDAS DE DOADORES EM MORTE ENCEFÁLICA: MODELO PARA ESTUDAR DOENÇAS VASCULARES**

Carlos Alexandre Curylofo Corsi<sup>1</sup>; Claudia Tarcila Gomes Sares<sup>2</sup>; Jessyca Michelon Barbosa<sup>1</sup>; Fabíola Mestriner<sup>1</sup>; Rodolfo Borges Dos Reis<sup>2</sup>; Paulo Roberto Evora<sup>3</sup>; Mauricio S. Ribeiro<sup>1</sup>; Christiane Becari<sup>1</sup>

1 - Divisão de Cirurgia Vascular, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP; 2 - Divisão de Urologia, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP; 3 - Divisão de Cirurgia Cardíaca, Departamento de Cirurgia e Anatomia, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP

Introdução: Cultura de células primárias são importantes ferramentas para elucidar os mecanismos fisiológicos, farmacológicos e patológicos no sistema vascular. No presente estudo foi padronizado o protocolo de isolamento e crescimento de cultura primária das células musculares lisas (VSMCs) oriundas de aortas abdominais humanas. Metodologia: VSMCs foram obtidas de 10 amostras de aortas obtidas de pacientes diagnosticados com morte encefálica (ME) pós traumática ou hipóxia, doadores de órgãos e tecidos, após autorização familiar para pesquisa. O anel aórtico foi retirado do paciente após ablação cirúrgica para remoção e captação dos rins. O tecido foi imerso em solução de Custodiol® e mantido a 2-8°C. Em fluxo laminar o tecido foi fragmentado e incubado em placas de cultura pré-revestidas com gelatina 0,1% e meio de cultura (DMEM/GlutaMAX/10% soro fetal bovino, L-Glutamina, solução antimicrobiana e antifúngica). As placas foram incubadas em estufa a 37 °C com 5% de CO<sub>2</sub>. A aorta foi retirada após 24 horas de incubação, e o meio de cultura trocado a cada 6 dias. O crescimento celular foi confirmado por análise morfológica. A cultura primária das VSMCs foram mantidas, em média, por 25 dias. Resultados e Discussão: Foram observados a partir do quinto dia de incubação, o desenvolvimento de VSMCs subconfluentes, mioblastos proliferativos e multinucleados. A partir do 12º dia as células apresentaram diferenciação e a maturação celular com projeções longas de citoplasma e membranas conectoras às células adjacentes características típicas das VSMCs. No 20º dia as células estavam adequadas para a realização dos experimentos de interesse ou congelamento das mesmas. Conclusão: A padronização estabelecida permitiu o crescimento das VSMCs e replicabilidade do ensaio in vitro, estabelecendo assim um protocolo que mimetize ambientes fisiológicos para melhor compreensão do sistema vascular. O uso dessas células destina-se a novas oportunidades de investigação, bioengenharia de tecidos e tratamentos farmacológicos futuros.

**CO-IMU-01****EPLET-BASED VIRTUAL PRA INCREASES TRANSPLANT PROBABILITY IN HIGHLY-SENSITIZED PATIENTS**

Sandra Tafuol<sup>1</sup>; Jorge Malheiro<sup>2</sup>; Leonídio Dias<sup>2</sup>; Manuela Almeida<sup>2</sup>; La Salette Martins<sup>2</sup>; Sofia Pedroso<sup>2</sup>; Ermelinda Osório<sup>1</sup>; Luísa Lobato<sup>2</sup>; António Castro-Henriques<sup>2</sup>

**1 - Instituto Português de Sangue e da Transplantação; 2 - Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Background: The reduced access of highly-sensitized (HS) patients to kidney transplantation (KTx) is one of the major challenges for transplant community. Therefore, the aim of our study was to estimate the impact of three different vPRA calculations, assessed traditionally and using eplet-based analysis, in donor offers. Methods: At 01-01-2020, 157 HS patients are waitlisted for deceased donor KTx and were included in this study. Total vPRA (vPRAt) was calculated considering all patient allosensitization history, using 1k MFI cut-off. Current vPRA (vPRAc) refers only to the last year SAB assays, using 1k MFI cut-off. For eplet vPRA (vPRAe) every SAB assay was analyzed by HLAMatchmaker and HLAfusion software. Matching runs have been performed taking vPRA calculation as unacceptable antigens (UAs). Results: All patients had at least one previous sensitizing event and patients with 100% vPRA were predominantly candidates for retransplantation ( $p < 0.001$ ), had higher PRA-CDC ( $p < 0.001$ ), and longer dialysis vintage waiting time ( $p < 0.001$ ). Inter-group movement analysis between vPRA measures showed that 70 (45%), 124 (79%) and 80 (51%) patients were reclassified to a lower group when considering vPRAt to vPRAc, vPRAt to vPRAe and vPRAc to vPRAe, respectively. The median percentage of change in estimated number of match runs needed for 95% probability of finding an acceptable donor was significantly more pronounced by increasing vPRAt intervals, when considering the reclassification from vPRAt to vPRAe ( $P < 0.001$ ) or vPRAc to vPRAe ( $P = 0.045$ ), while from vPRAt to vPRAc it was not ( $P = 0.899$ ). Conclusions: Our study demonstrated that the use of total or current vPRA calculations are impairing HS patients, by decreasing transplant probability, leading to dramatically longer waiting times, when compared to eplet based vPRA.

**CO-IMU-02****PROSPECTIVE EVALUATION OF TRANSPLANT IMMUNOLOGICAL RISK WITH A RAPID OPTIMIZED FLOW CYTOMETRIC CROSSMATCH**

Cristiana Teixeira; Luis Ramalhete; Dario Ligeiro

**Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal**

The deceased donor transplantation allocation scheme calls always a negative cytotoxic CDC crossmatch (CxM) with a recent serum from priority recipients. Although a low sensitivity testing, a positive CxM is highly correlated with graft immune injury and is a transplant contraindication. An efficient detection of low titer donor specific antibodies (DSA) is achievable with flow cytometric crossmatching (FCxM). Evaluation of FCxM testing and patient history is important to stratify transplant immunological risk (TIR) and immunosuppressive conditioning. Here, we report the results of an optimized FCxM protocol with pronase treatment for increased sensitivity and specificity. Available since September 2020, this FCxM testing allows a prospective TIR evaluation of renal comorbidity groups (retransplants, PRA+, high clinical priority), multiorgan recipients, and cardiothoracic transplantation. Among 37 organ donors, were performed 400 FCxM tests (69.0% renal, 5.75% renopancreatic, 0.5% reno-hepatic, 16.0% pulmonary and 8.75% cardiac). T/B cell positive FCxM occurred in 29 (7.25%) and 29 (7.25%) tests positive only for B cells and therefore inferred as anti-HLA class II reactive sera. Noteworthy, only 9 (1.4%) sera tested CxM positive, revealing CDC low sensitivity. Due to non-permissive mismatch scheme for renal transplantation, FCxM was performed exclusively with DSA+ anti-HLA-C and immunodominant DQ<8000MFI ( $n=170$ ). From these, we found only 26 (15.3%) positive sera and noted an association with higher MFI for anti HLA-C DSA and as expected anti-DQ DSA are mainly B cell FCxM positive. Regarding, non-renal patients, there were 18 sera with broader pre-DSA specificities and 4 were FCxM positive with anti HLA-A/B DSA reactivity. There were 6 renal transplants with a FCxM positive and 5 developed a de novo and larger DSA reactivity including anti-HLA-ABDR. Of note, the single patient DSA non-reactive after transplantation was HIV seropositive. In conclusion, a shorter and optimized FCxM testing provides important information for prospective TIR assessment and transplantation decision.

**CO-IMU-03****RECLASSIFICATION OF SENSITIZED PATIENTS BASED ON CALCULATED PANEL REACTIVE ANTIBODY SCORE.**

Luis Ramalhete; Maria Isabel Silva; Dario Ligeiro

**Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa-Área da Transplantação, IPST-IP, Lisboa, Portugal**

Background: Candidates for deceased donor kidney transplantation are tested for panel reactive antibody with a complement-dependent cytotoxic cellular assay (CDC-PRA). Medium and highly sensitized patients (PRA=50-80% and >80%, respectively) have additional scoring and the later are prioritized for regional allocation. Additionally, there is a non-permissible mismatch run based on pre-formed donor specific antibodies determined in HLA single antigens immunoassays. Assessment of this factor in allocation could be established with a calculated PRA (cPRA) from immunoassay reactivity profile normalized for antigen frequency in donor population. The higher the cPRA, the less chance of getting a negative non-permissible virtual crossmatch (negative vCxM). Here, we present the cPRA status of the national waiting list and evaluation of transplant probabilities for high cPRA patients. Methods: The study was conducted in the 2019 national waiting list ( $n=1852$ ). cPRA were calculated against 2668 representative individual of the Portuguese population, typed for HLA-A, B, C, DRB1, DQB1 loci. Probability of a negative vCxM was calculated for assessed blood group compatible donors from 2017-18 ( $n=687$ ) at the 3 territorial allocation regions South, Center and North. Results: We found 86 (4.6%), 38 (2.0%) and 34 (1.8%) patients at South, Center and North wait lists with an extreme 100% cPRA. These had 1.3% and 8.9% probability of a negative vCxM with the regional and national donor pools, respectively. Highly sensitized patients (>100% to 98% cPRA) were 154 (8.3%), 84 (4.5%) and 87 (4.7%) at each region and probability of a negative vCxM match was 44.3% and 68.0% with regional and national donors. Conclusions: There were 483 (26%) waitlisted with a cPRA>98% and consequently low probability of a negative vCxM in the matching with a deceased donor. A procedure balancing the cPRA impact in the national kidney allocation program should be placed to ensure equitable and timely access to transplants.

**CO-IMU-04****A REEVALUATION OF TRANSPLANT NON-ACCEPTABLE MISMATCHES SCHEME WITH PERSISTENT AND FLOATING ANTI-HLA ALLOREACTIVE ANTIBODIES.**

Luis Ramalhete; Dario Ligeiro

**Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal**

The national run match for deceased renal allocation excludes recipients with pre-formed donor specific anti-HLA antibodies detected by highly sensitive Luminex based single antigen immunoassays (LSA). Testing is performed at least once a year and HLA-A,B and DR single antigens reactive >1000MFI and DQ >8000MFI are non-permissible mismatches for transplantation. This is a conservative restriction and highly limiting of transplantation likelihood, in particular for patients reactive to high frequency HLA antigens (antigens with frequency above 10% in the population). These are just 12 antigens for ABDR, however, when pooled, the calculated PRA (cPRA) is 99.6%. When assessed candidates from the south regional waiting list ( $n=1028$ ), we noted that 18,3%, 17.3-22.9 (median, Q1-Q3), show reactivity to these highly frequent antigens, and consequently, are excluded even from wet crossmatching with a large pool of available donors. Here, we evaluated the historical profile of these patients in order to define persistent/high reactive alloantibodies from floating/low reactivity (not endorsed at half of testing and <3000 MFI). Patients showing a persistent alloreactive profile to common antigens were only 8.1%, 6.4-9.2,  $p=0.0002$ . Moreover, 33.2% of patients showed high cPRA (98-100%) for default LSA cut-off of the allocation scheme (>1000MFI). With a >2000 MFI cut-off, high cPRA patients were 24.1% and with a >3000MFI there is a further decrease to 20.1%. In conclusion, definition of persistent/high reactive pre-formed allo-antibody profiles could benefit the non-permissive mismatch scheme for renal transplantation. A more progressive scheme defining the windows of non-permissive mismatch antigens could be useful to rescue many virtual crossmatch positive patients to the transplant list for further evaluation. The transplant immunological risk of these patients would still be comprehensively evaluated with a prospective CDC and high sensitivity flow cytometry crossmatch with current sera.

**CO-COORD-01****REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA DOAÇÃO DE PELE PARA TRANSPLANTE****Agata Nunes Brito; Marcelo Jose Dos Santos****1 - Escola de Enfermagem da USP**

**OBJETIVO:** Conhecer as representações sociais de familiares de doadores de órgãos a respeito da doação de pele e analisar as convergências e divergências das representações sociais entre os familiares que consentiram e os que recusaram a doação de pele para transplante. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa, realizado com 20 familiares de doadores de órgãos, em situação de morte encefálica, que autorizaram ou não a extração de pele para transplantes. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, os dados foram obtidos por meio de entrevista gravada, transcrita e submetida à Técnica de Análise do Discurso do Sujeito Coletivo fundamentada pela Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. **RESULTADOS:** Após análise dos dados, emergiram quatro Ideias Centrais e seus respectivos Discursos do Sujeito Coletivo: "Os meios de circulação da informação como elementos para a construção da representação da doação de pele"; "As representações da doação de pele"; "Influências da representação da doação de pele na tomada de decisão"; "Propostas de dissipação do conhecimento sobre a doação de pele para a (re)construção de representações sociais". **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Este estudo evidencia a importância que os meios de comunicação têm na construção da representação social da doação de pele e que no imaginário dos familiares que consentiram e que não autorizaram a extração desse tecido, a doação de pele é composta, tanto por representações positivas, quanto negativas. As representações podem ter pesos distintos e influenciar na tomada de decisão. Esta investigação, destaca, ainda, de modo inédito, a representação de animalização do doador que pode ser motivo de recusa para a doação de pele. Campanhas educativas realizadas por órgãos governamentais e profissionais de saúde esclarecendo que a doação de pele pode salvar vidas e que a extração dos enxertos desse tecido não altera a aparência do doador falecido, podem ser os primeiros passos para a mudança desse cenário, pois, contribuem para a (re)construção de representações mais positivas quanto à doação de pele.

**CO-COORD-02****ANÁLISE DOS ESCAPES EM UM HOSPITAL NOTIFICADOR NA REGIÃO DE UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS****Jéssica Monique Bellini; Marcelo Bonvento; Elaine Cantarella Lima; Eliana Carla De Souza Santos; Jerusa Gonçalves Duarte Martins; Carla Caroline Da Silva Alves****Organização de Procura de Órgãos de Ribeirão Preto**

O transplante de órgãos aparece como única alternativa para o tratamento e recuperação dos pacientes em muitas patologias, contudo, o déficit da quantidade de órgãos em relação à quantidade de pacientes em fila é um limitador dessa terapia. Cientes que uma das estratégias para equiparação dessa equação é promover o diagnóstico de morte encefálica a todos os pacientes que apresentarem critérios objetivou-se nesse estudo analisar os escapes, possíveis Morte Encefálica (ME) que não foram identificadas, no principal hospital notificador da área de abrangência de uma Organização de Procura de Órgãos (OPO). No hospital analisado ocorreram 1045 óbitos no ano de 2020, foram excluídos da análise todos os pacientes que tiveram diagnóstico de Morte Encefálica (ME), filtrado os demais (998) com relação à avaliação da Escala de Coma de Glasgow (ECG) de entrada e por diagnósticos que mais comumente ocasionam ME. Foi avaliada então a última evolução médica dos 98 prontuários elegíveis. Os pacientes analisados possuíam idade entre 11 meses e 91 anos, média de 59 anos, a causa mais frequente para a lesão neurológica foi parada cardiorrespiratória (21,4%). Dos óbitos analisados 49 (50%) tinham algum critério que indicaria uma possível ME. Dentre esses se destacaram os casos em que o paciente possuía ECG igual a três, causa neurológica definida e ausência de um ou mais reflexos de tronco, mas haviam sido classificados como paliativos (18,4%), seguido pelos óbitos com critérios de ME, contudo, instáveis hemodinamicamente para abertura do protocolo (16,3%) e óbitos com critérios de ME em que não foi aberto o protocolo (14,3%). Foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre ECG de entrada e a evolução para ausência de reflexos de tronco, o que pode indicar que a identificação precoce dos pacientes com base nesse critério pode contribuir para a diminuição dos escapes e consequente aumento das doações.



**Resumos  
do  
XIX Congresso Luso Brasileiro  
de Transplantes**

**Portugal 2021**

**Comunicação Breve**

**CB-COR-01**

**CORONAVIRUS DISEASE 2019 (COVID-19) IN THE HEART TRANSPLANT POPULATION: A SINGLE-CENTER EXPERIENCE**

**Catarina Brízido<sup>1</sup>; Marina Santos<sup>2</sup>; Bruno Rocha<sup>1</sup>; Christopher Strong<sup>1</sup>; Sérgio Maltês<sup>1</sup>; António Tralhão<sup>1</sup>; Carlos Aguiar<sup>1</sup>; Miguel Mendes<sup>1</sup>**

**1 - Hospital de Santa Cruz; 2 - Hospital Dr. Nélio Mendonça**

**BACKGROUND:** The worldwide spread of the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic created unprecedented challenges for the medical community. Data on the clinical course of SARS-CoV-2 infection in transplant patients, namely heart transplant recipients, are scarce, and immunosuppression-related issues present the main concern in this population. **PURPOSE:** To describe our experience with heart transplant patients who developed SARS-CoV-2 infection. **METHODS:** From the beginning of the COVID-19 pandemic, 6 patients were diagnosed with COVID-19 infection (between August/2020 and January/2021). Data on demographic features, last follow-up characteristics, immunosuppressive therapy, onset presentation and need for hospitalization were collected. **RESULTS:** The median age was 49 years (IQR 30-40) and half were female. All patients but one were at least 1 year past heart transplantation at the time of diagnosis and all were on triple immunosuppressive therapy. Two patients were asymptomatic, two had mild symptoms and two required hospitalization: the first presented with severe acute respiratory distress syndrome requiring prolonged mechanical ventilation and was discharged after 86 days, the other was admitted to a general ward for gastrointestinal symptoms and other medical complications for 35 days. While ambulatory patients' medication remained unchanged, hospitalized patients had their immunosuppressive therapy down titrated. At follow-up, one patient died, and all other patients were alive without signs of graft rejection. **CONCLUSIONS:** In this small cohort of heart transplant recipients infected by SARS-CoV-2, a third was asymptomatic and a third required hospitalization. Although no formal recommendations exist for immunosuppression management during COVID-19 infection, this therapy was down titrated in patients requiring hospitalization.

**CB-COR-02**

**THREE YEAR RESULTS OF IVABRADINE TREATMENT IN A COHORT 46 HEART TRANSPLANTED PATIENTS**

**Manuel Batista; André Soeiro; António Canotilho; André Antunes; Carlos Branco; Filipe Soares<sup>1</sup>; Pedro Correia; Gonçalo Coutinho<sup>1</sup>; David Prieto; Pedro Antunes**

**Centro de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra - Portugal**

**INTRODUCTION:** Patients after heart transplantation (HTx) present with sinus tachycardia due to graft denervation. Ivabradine, an If channel antagonist, regulates pacemaker activity in the sinoatrial node, without the systemic side effects of beta-blocker therapy. Data on Ivabradine use in HTx patients are scarce. **OBJECTIVES:** We aim to analyze the effects of Ivabradine after HTx on heart rate (HR), blood pressure (systBP, diastBP), left ventricular mass (LVM) and LVM indexed to body surface area (LVM-Index), Relative wall thickness (RWT), left ventricle ejection fraction (LVEF) and right ventricle function (s') at baseline and after 36 months treatment. **MATERIAL AND METHODS:** From Nov2003-May2017, 336 patients were submitted to HTx in our center and followed by a multidisciplinary team. Forty-six patients (13,6%) with symptomatic sinus tachycardia were treated with Ivabradine. HR, systBP, diastBP, LVM, LVM-Index, RWT, LVEF and s' were investigated at baseline (time0) and 36 months (time36) after Ivabradine treatment. **RESULTS:** Mean age was 54,08±12,76 years and 36 patients (78,6%) were male. The main causes of myocardopathy were: ischemic (37,5%) and dilated (33,3%). Ivabradine was started 1551,8±1123days (min 117, max 4737) (4,3±3 years) after HTx. We found significant reduction in HR after three years of treatment (HR0 vs HR36): 105,34±10,82 vs 75,34±9,3 bpps (P<0.0001). We could not find any significant difference in all the other evaluated measures, namely: diastBP 82,63±10,6 vs 80,1±10,3mmHg (P=0.201); systBP 129,4±25,7 vs 136,7±17,3mmHg (P=0.54); LVM, 180,83±50,45 vs 182,17±44,76g (P=0.955); LVM- Index 95,85±24,03 vs 96,59±22,26g/m<sup>2</sup>(P=0.815); RWT 0,36±0,10 vs 0,37±0,05 (P=0.840); LVEF 66,22±6,5 vs 65,96±6,49% (P=0.803), and s' 0,10 vs 0,11m/s (P=0.126). Eleven patients (23,91%) had side effects (diarrhea (4), dizziness (2), tremor (2), bradycardia(2), syncope (1). In the latter the drug was stopped. **CONCLUSIONS:** Symptomatic sinus tachycardia treatment with Ivabradine is effective and safe in stable HTx patients. After three-year treatment we could not find any significant impact on the measured values.

**CB-PUL-01****TRANSPLANTE BIPULMONAR EM DOENTE COM SILICOSE E DPOC****Zenito Cruz; Ana Rita Costa; João Eurico Reis; Paulo Calvinho; José Fragata****Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central**

**Introdução:** O transplante pulmonar é um tratamento bem estabelecido para casos específicos de doenças respiratórias em estadios terminal. A silicose é uma pneumoconiose rara, representando uma indicação pouco frequente para transplante (3.5% dos transplantes em Portugal). Perante a complexidade acrescida do transplante nestes casos, pela presença de adenopatias calcificadas no eixo traqueobroncovascular, o transplante bipulmonar é muito raro. **Objetivo:** Descrição de um caso de transplante bipulmonar num doente com o diagnóstico de silicose e DPOC. **Caso clínico:** Apresenta-se o caso de um homem de 51 anos, ex-decapador de ferro, ex-fumador (CT 30UMA), com o diagnóstico de silicose e DPOC tabágica. Encontrava-se em lista de espera para transplante pulmonar, com indicação para transplante unipulmonar, desde 2016. A componente enfisematosa agravou em lista com o aumento da insuflação (06/2016 volume residual 256% e em 09/2019 412%). Foi submetido a transplante bipulmonar em 10/2020 e, apesar do laborioso isolamento das estruturas hilares pela presença de adenopatias calcificadas, o tempo total de cirurgia foi 5h30min. Extubado cerca de 15h após o transplante, permaneceu 7 dias na unidade cuidados intensivos, suspendendo oxigenoterapia ao 9º dia. O pós-operatório foi complicado por tromboembolismo pulmonar segmentar e derrame pleural direito, infeção pulmonar a candida albicans, aspergillus brasiliensis e MSSA, e estenose do brônquio lobar médio, submetido a tratamento endobrônquico. O doente teve alta ao 74º dia de pós-operatório, com sobrevida atual de 5 meses, sem queixas. **Conclusão:** O transplante pulmonar em doentes com silicose constitui um desafio cirúrgico, particularmente pela presença de exuberantes adenopatias calcificadas que dificultam a disseção das estruturas. A realização de um transplante bipulmonar deve ser ponderada caso a caso, sendo habitualmente realizado em centros de alto volume. A experiência da equipa cirúrgica permite a realização desta intervenção sem condicionar o tempo operatório, sendo particularmente importante a bilateralidade nos casos de associação diagnóstica com DPOC.

**CB-PUL-02****UM “PRESENTE” DO DADOR****Rebeca Martins Natal1; Mariana Cabral2; João Eurico Reis2; Luísa Semedo2; Paulo Calvinho2; José Fragata2****1 - Hospital Sousa Martins, Unidade Local de Saúde da Guarda; 2 - Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central**

**Introdução:** Apesar de Portugal ser um país de média-baixa incidência desde 2016, a tuberculose e a resistência aos antibióticos devem ser considerados quando se trata de infeções em imunodeprimidos. **Descrição do caso:** homem, 65 anos, não fumador, com exposição a pássaros; IMC 24.4Kg/m<sup>2</sup>; cirurgia a descolamento de retina; IGRA negativo. Diagnóstico de NSIP fibrótica, em 2017, medicado com micofenolato de mofetil (MMF) e deflazacort, com dispneia de esforço de agravamento progressivo e múltiplas infeções respiratórias no último ano, sob OLD. O transplante unipulmonar direito, em 2019, decorreu sem ECMO, com “cell-saver” (244mL de recuperação); tempo de isquémia de 4h45m. Bacteriologia negativa dos aspirados brônquicos do dador e recetor. Ausência de complicações pós-transplante e com alta hospitalar após 1 mês, imunodeprimido com tacrolimus, MMF e prednisolona (indução prévia com basiliximab), e com profilaxias (anfotericina B lipídica inalada e sulfametoxazol/trimetoprim). Regressou três semanas depois, com neutropenia febril e empiema direito, tendo-se colocado dreno torácico e iniciado terapêutica empírica de largo espectro e filgastim. Ao D13, mantinha febre e estudo sético até à data negativo, mas nova TC torácica revelou derrame pleural loculado à direita e loca no mediastino anterior. Realizada drenagem por VATS com saída de líquido pleural sero-purulento e líquido mediastínico purulento, que vieram BAAR positivos. Iniciou terapêutica antibiótica, com posterior substituição da isoniazida por levofloxacina, por resistência à primeira. Persistia, em nova imagem, o abscesso mediastínico, assim como a febre e desorientação, com posterior agravamento clínico e laboratorial, tendo-se realizado toracotomia para desbridamento pleural e limpeza da loca mediastínica - procedimento complicado por 2 episódios de instabilidade hemodinâmica severa, com posterior dependência de ventilação invasiva e suporte inotrópico. Acabou por falecer 13 dias depois com disfunção multiorgânica. **Conclusão:** Este caso alerta para a possibilidade de se “transplantar” uma tuberculose latente de um dador saudável, que num recetor imunodeprimido pode ser letal.



**CB-RIM-01**

**IMPACTO DA PANDEMIA POR SARS-COV-2 NA ATIVIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL NUM CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO**

Claudia Santos<sup>1</sup>; Pedro Pereira<sup>1</sup>; Teresa Pina Vaz<sup>1</sup>; Geraldo Oliveira<sup>2</sup>; Paulo Dinis<sup>1</sup>; Carlos Silva<sup>1</sup>; João Silva<sup>1</sup>

1 - Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Serviço de Urologia; 2 - Centro Hospitalar Universitário de São João, EPE, Serviço de Nefrologia

Introdução: O número de doentes que esperam um transplante renal tem aumentado progressivamente apesar do aumento do número de colheitas e transplantes. O balanço é claramente negativo e o aparecimento da COVID 19 em 2020 agravou fortemente este desequilíbrio. Objetivos: Avaliar o impacto da COVID 19 na atividade de colheita e transplantação no CHUSJ. Material e Métodos: Foram analisados os registos cirúrgicos do Hospital no que concerne à atividade de colheita e transplantação renal (Nº de colheitas, transplantes e sua proveniência – dador vivo, dador em morte cerebral e paragem cardiocirculatória) no período de 2017-2020. Foram analisados os relatórios anuais do Gabinete de Coordenação de Colheitas e Transplantação para obtenção das colheitas efetuadas noutras instituições. Resultados: Houve 60 colheitas em 2017 (42 em dadores em morte cerebral (DMC) e 18 de dadores em paragem cardiocirculatória(DPC)). Em 2018, 42 colheitas (25 DMC/17 DPC) e 47 colheitas em 2019 (33 DMC/14 DPC). Em 2020 assistiu-se a uma redução marcada, com 25 colheitas (22 DMC/3 DPC). O número de transplantes entre 2017 e 2020, foi respetivamente de: 78, 75, 77 e 36. Destes, 21, 26, 20 e 5 corresponderam a rins provenientes de DPC e 10, 6, 11 e 1 a dadores vivos, sendo os restantes provenientes de DMC. Discussão/ Conclusão: A pandemia teve um impacto negativo marcado na colheita e transplantação. Houve uma redução de mais de 50% nas colheitas, sendo que os DPC praticamente desapareceram. Assistimos também a uma redução drástica na transplantação proveniente de dadores vivos. A saturação do sistema de saúde e as novas regras para lidar com o SARS-CoV-2 tiveram um impacto sem precedentes. Esta é uma nova realidade à qual teremos que nos adaptar e arranjar estratégias para a retoma da atividade de transplantação, num contexto em que a escassez de órgãos já era o fator limitante mais importante.

**CB-RIM-02**

**INFECÇÃO COVID-19 EM DOENTES TRANSPLANTADOS RENAIIS: CARACTERIZAÇÃO E OUTCOMES**

Afonso Santos<sup>1</sup>; Luís Leite de Sousa<sup>2</sup>; Rita Calça<sup>2</sup>; Anna Lima<sup>1</sup>; Célia Nascimento<sup>2</sup>; Cristina Jorge<sup>2</sup>; Teresa Adragão<sup>2</sup>; Margarida Bruges<sup>2</sup>; Domingos Machado<sup>2</sup>; André Weigert<sup>2</sup>

1 - Serviço de Nefrologia - Hospital Fernando Fonseca; 2 - Serviço de Nefrologia - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental

Introdução: O impacto da infecção por SARS-CoV-2 em doentes transplantados renais não é ainda totalmente conhecido. Apresentamos a caracterização de uma coorte de transplantados renais com infecção COVID-19. Métodos: Incluíram-se os doentes em seguimento num centro de transplantação renal com documentação de infecção COVID-19 entre Maio-2020 e Fevereiro-2021. Foram analisados dados demográficos, clínicos e laboratoriais. Definiu-se LRA de acordo com os critérios KDIGO e a gravidade da doença de acordo com os critérios do National Institute of Health. Resultados: Foram analisados 77 doentes transplantados renais com infecção COVID-19. A mediana de idades foi de 57,7 (AIQ 49,7-64,9) anos; 53,2% (n=41) do sexo masculino; 14,3% (n=11) de raça negra; 87% (n=67) hipertensos; 28,6% (n=22) diabéticos; 39% (n=30) com dislipidemia; 48,1% (n=37) com IMC>25Kg/m2. A mediana do tempo de vida do enxerto à data do diagnóstico foi de 9,3 (AIQ 3,8-12,3) anos, sendo que 10,4% (n=8) apresentaram infecção nos primeiros 6 meses pós-transplantação. Do total de doentes analisados, 57,1% (n=44) apresentaram doença grave ou crítica, sendo que 63,6% (n=49) foram internados, e destes, 18,4% (n=9) admitidos em UCI. Em 72,7% (n=56) foi ajustada imunossupressão: suspensão/redução de dose de anti-metabolito (62,3%, n=48), aumento de dose de corticosteroide (61%, n=47) ou suspensão/redução de dose de inibidor da calcineurina (9%, n=7). LRA ocorreu em 33,8% (n=26) dos doentes, dos quais 23,1% (n=6) necessitaram de TSFR; com uma mortalidade global de 13% (n=10). Entre os doentes que não sobreviveram, a mediana de idades foi superior (p=0,01) e a dislipidemia foi uma co-morbilidade mais frequente (p=0,03). Conclusões: A infecção por SARS-CoV-2 em transplantados renais pode ter uma evolução clínica heterogênea. A necessidade de internamento e mortalidade neste subgrupo de doentes foi superior à da população geral, com a idade e a dislipidemia associadas a um pior prognóstico vital.

**CB-RIM-03**

**INFECÇÃO SARS-COV2 NO PERÍODO PÓS-TRANSPLANTE RENAL IMEDIATO**

Luís Leite de Sousa<sup>1</sup>; Anna Lima<sup>2</sup>; Afonso Santos<sup>2</sup>; Célia Nascimento<sup>1</sup>; Cristina Jorge<sup>1</sup>; Teresa Adragão<sup>1</sup>; Margarida Bruges<sup>1</sup>; Domingos Machado<sup>1</sup>; André Weigert<sup>1</sup>

1 - Serviço de Nefrologia - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental; 2 - Serviço de Nefrologia - Hospital Fernando da Fonseca

INTRODUÇÃO: A pandemia por SARS-CoV2 causou um profundo impacto negativo na atividade de transplantação a nível mundial. Uma das problemáticas é a gestão da imunossupressão. Descrevemos a experiência da gestão de 5 casos no período pós-transplante imediato com COVID-19. MÉTODOS: Recolhidas informações dos registos clínicos de 5 receptores de rim de dador cadáver internados numa Unidade de Transplante Renal. RESULTADOS: Os doentes apresentavam idade média de 54 anos, 3 do género feminino. Tempo médio entre transplante e diagnóstico de infeção foi 15,8 dias. Dois doentes realizaram esquema de indução de risco imunológico baixo: um desenvolveu doença grave, enquanto o outro desenvolveu doença crítica com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). Os restantes três doentes realizaram esquema de indução de risco imunológico elevado: um desenvolveu doença ligeira, outro desenvolveu COVID-19 grave com necessidade de ventilação não-invasiva e o terceiro desenvolveu doença crítica, com necessidade de VMI. Todos cumpriram Remdesivir e Dexametasona e suspenderam anti-metabolito, com exceção do doente com doença ligeira. Os dois doentes críticos tiveram sobreinfeção bacteriana e fúngica. Relativamente aos “outcomes”, documentamos agravamento da função renal em contexto de COVID, tendo sido necessária Hemodiálise em apenas um doente, que veio a falecer por choque séptico. Os restantes recuperaram, com creatinina média à data de alta inferior ao nadir médio pré-COVID-19 (1.34mg/dL vs 1.45mg/dL). CONCLUSÃO: Apesar de não existir consenso no manejo de doentes transplantados com COVID-19, a maioria dos autores optou pela redução/suspensão do anti-metabolito e, em casos extremos, pela redução do inibidor de calcineurina. Nos nossos casos, a terapêutica de indução não parece ter sido o único fator influenciador da gravidade da doença. São necessários estudos adicionais para clarificar os fatores de risco de progressão da doença COVID-19 e qual a imunossupressão mais adequada nestes doentes.

**CB-RIM-04**

**CUIDADO FARMACÊUTICO: BUSCA CONSTANTE DO SERVIÇO PELO PACIENTE TRANSPLANTADO**

Raquel da Silva Gomes, Katherine Xavier Bastos, Cinthya Cavalcante de Andrade, Francisca Miranda Lustosa

Hospital Universitário Walter Cantídio - fortaleza - Ceara - Brasil

Introdução: No pós-transplante hepático, a adesão à terapia imunossupressora é fundamental para que não haja a rejeição do enxerto. Os pacientes devem seguir uma rotina que requer cuidados específicos, uso de imunossupressores e outros medicamentos para doenças crônicas, requerendo um acompanhamento farmacêutico. A consulta farmacêutica é uma ferramenta importante para a adesão à farmacoterapia. Diante do exposto, o objetivo do estudo é demonstrar o número de pacientes com problemas relacionados aos medicamentos que buscaram o farmacêutico no ambulatório do transplante hepático de um hospital. Material e Método: Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo e retrospectivo, realizado no ambulatório de transplante hepático do Hospital Universitário Walter Cantídio, através da consulta farmacêutica, no período de outubro de 2018 a março de 2019. Os dados foram extraídos da ficha de seguimento farmacoterapêutico dos pacientes e sistema informatizado Master®. Resultados: No período do estudo foram realizadas 259 consultas farmacêuticas, destas 64 correspondiam a pacientes que estavam até o terceiro mês pós transplante, e os demais superavam os três meses iniciais. Os dados mostram que 100% dos problemas relacionados aos medicamentos foram prevenidos ou resolvidos. Discussão e Conclusões: Os resultados obtidos corroboram com os dados de outros estudos em que foi demonstrado que o farmacêutico foi capaz de prevenir e resolver resultados negativos relacionados à farmacoterapia. Assim conclui-se que o farmacêutico foi capaz de intervir melhorando a adesão e a gestão do autocuidado bem como implementou estratégias de uso racional de medicamentos, promoção à saúde, prevenção de agravos, proporcionando melhoria da qualidade da atenção ao transplantado.

Palavras Chave: consulta farmacêutica, transplante hepático e problema relacionado a medicamento.

**CB-RIM-05**

**HIGHLY-SENSITISED PATIENTS ON THE KIDNEY TRANSPLANT WAITING LIST: NORTH PORTUGUESE REGION CHARACTERIZATION**

**Luís Araújo; Sandra Tafulo; Cecília Mendes; Ermelinda Osório**

**Instituto Português de Sangue e da Transplantação**

Highly-sensitised (HS) patients experience prolonged waiting times in waiting list for deceased donor (DD) kidney transplantation (KT). For this reason allocation algorithms worldwide include special programs to overcome, in some extent, this problem. Portugal allocation system is regional and doesn't include a special program for these particularly difficult patients. As such, the aim of our work was to evaluate HS population within the northern region. At 08-02-2021, 762 patients are waitlisted for DD kidney transplantation, 639 patients registered in Centro Hospitalar Universitário do Porto, 6 with high urgency (HU) status, and 450 patients registered in Centro Hospitalar São João, 1 as HU. High levels of sensitization represented 30,05% (229) patients, considering virtual PRA (vPRA) higher than 98%. It is noteworthy that 133 (58,08%) have a vPRA of 100%, being particularly difficult to find a compatible donor. The major factor contributing to sensitization was previous transplantation with 67,69% (155) retransplants in HS cohort, that rises to 79,70% (106) when considering only vPRA=100%. The mean age is 52,78 years with 126 (55,02%) females and 103 (44,98%) males. Blood group distribution is 105 (45,85%), 88 (38,43%), 25 (10,92%) and 11 (4,80%) for O, A, B and AB, respectively. Regarding age, there is no pediatric patient within HS cohort although we are aware that some HS pediatric patients failed to be transplanted while in this subgroup, but remain in waiting list. On the other hand, the north list of HS includes 39 (17,03%) senior patients (> 65 years). Finally, concerning time on renal replacement therapy, as expected, was higher on HS patients (7,84 years), when comparing to the all cohort (4,47 years). The present analysis and characterization of our waitlist is of particular importance to establish an efficient national highly-sensitised patients program, improving transplantability within HS patients.

**CB-RIM-06**

**HIPERALDOSTERONISMO PRIMÁRIO: UMA CAUSA RARA DE HIPERTENSÃO MALIGNA E MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA NO TRANSPLANTE RENAL**

**Carolina Ormonde<sup>1</sup>; Sara Querido<sup>2</sup>; Nuno Rombo<sup>2</sup>; Rita Roque<sup>2</sup>; Belarmino Clemente<sup>2</sup>; André Weigert<sup>2</sup>**

**1 - Hospital do Divino Espírito Santo;**

**2 - Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental**

Introdução: A microangiopatia trombótica (MAT) é uma entidade clínica rara na transplantação renal que acarreta um prognóstico reservado, quer para o enxerto, quer para o doente. As causas de MAT nos transplantados renais podem ser múltiplas, desde as mais típicas na população em geral (púrpura trombocitopénica trombótica e síndrome hemolítico-urémico) como específicas do transplante (rejeição mediada por anticorpos ou inibidores da calcineurina). Os autores apresentam um caso raro e inesperado de MAT numa doente transplantada renal (TR). Caso: Uma doente de 47 anos foi avaliada na consulta de pós-transplantação renal por anemia. Tratava-se de uma TR com rim de cadáver há 12 anos, em contexto de doença renal poliquística autossómica dominante. No período pós TR, há a salientar disfunção crónica do enxerto por anterior rejeição mediada por anticorpos e doença a CMV prévia. Apresentava ainda hipertensão resistente e hipocaliemia de causa indeterminada. Estava medicada com quatro anti-hipertensores e sob imunossupressão tripla com tacrolimus, everolimus e prednisolona. A avaliação da anemia na consulta levou ao diagnóstico de MAT e a uma extensa investigação etiológica posterior. A difícil marcha diagnóstica conduziu ao inesperado achado de hiperaldosteronismo primário por adenoma da suprarrenal. Apenas após a adrenalectomia houve resolução do quadro de MAT, o que corrobora a hipótese de MAT secundária a hipertensão maligna por hiperaldosteronismo primário. Conclusão: A MAT secundária a hipertensão maligna é rara, ainda mais em receptores de enxerto renal. Nestes doentes o diagnóstico de MAT pode constituir um desafio pela multiplicidade de etiologias e fatores confundidores. Os autores reportam um caso único de MAT secundária a hipertensão maligna por hiperaldosteronismo primário.

**CB-RIM-07**

**SOBREVIDA DO ENXERTO A LONGO PRAZO EM RECEPTORES DE TRANSPLANTE RENAL CONFORME TIPO DE DOADOR**

**Júlia Taddeo; Cláudia Loures; Renato Demarchi Foresto; Laila Almeida Viana; Marina Pontello Cristelli; Lúcio Roberto Requião Moura; Helio Tedesco Silva; José Medina Pestana**

**Hospital do Rim**

Objetivo: descrever os dados históricos de sobrevida do enxerto em receptores de transplante renal em um centro único e comparar conforme tipo de doador. Métodos: coorte retrospectiva de todos os receptores de transplante renal de um centro único comparando a sobrevida em 1, 5 e 10 anos de seguimento de receptores transplantes de rins de doador vivo e falecido durante o período de Janeiro/2000 a Dezembro/2020. Foi realizada análise adicional da sobrevida do enxerto conforme tipo de doador por períodos (2000-2005; 2006-2010; 2011-2015; 2016-2020). Resultados: Foram incluídos na análise 16.051 receptores de transplante renal, 9.771 com doador falecido e 6.280 com doador vivo. Ao final de 1 ano, a sobrevida do enxerto foi de 96,2% para doador vivo e de 88,7% para doador falecido. Ao final de 5 anos, a sobrevida dos enxertos de doador vivo foi de 87,2% e de doador falecido, de 72,5%. Após seguimento de 10 anos, a sobrevida dos enxertos provenientes de doador vivo foi de 73,2% e para doador falecido, de 53,7%. Comparando o primeiro período (2000-2005) com o último período (2016-2020), houve um ganho de sobrevida do enxerto ao final de 1 ano tanto para doador falecido (77,4% vs. 92,0%) quanto para doador vivo (93,9% vs. 98,3%). Conclusão: Estes resultados refletem o aprimoramento global do cuidado ao paciente transplantado nos últimos 20 anos, traduzido em ganho de sobrevida, principalmente nos enxertos de doador falecido, com redução da diferença em relação ao transplante com doador vivo.

**CB-RIM-08**

**QUAL O IMPACTO DA SOBRECARGA HÍDRICA APÓS TRANSPLANTE RENAL?**

**Catarina Mateus<sup>1</sup>; Rita Vicente<sup>2</sup>; Sara Querido<sup>1</sup>; Carla Rocha<sup>1</sup>; Cristina Jorge<sup>1</sup>; Margarida Bruges<sup>1</sup>; Teresa Adragão<sup>1</sup>; André Weigert<sup>1</sup>**

**1 - Centro Hospitalar Lisboa Ocidental - Hospital de Santa Cruz;**

**2 - Hospital do Espírito Santo de Évora**

Introdução: Um balanço hídrico adequado no pós-transplante renal (TR) é importante para uma boa função do enxerto renal. O objetivo dos autores foi avaliar o efeito da sobrecarga hídrica no TR. Métodos: Estudo retrospectivo, unicêntrico, que inclui os doentes submetidos a TR de dador cadáver entre 2017 e 2020. Excluíram-se os doentes com TR prévio; ocorrência de complicações cirúrgicas, rejeições ou infeções graves. Foram estudadas as características do recetor e dador, tempo de isquémia fria, parâmetros vitais e creatinina sérica aos 3 meses pós TR. Foi calculada a diferença de peso ( $\Delta P$ ) entre o valor máximo no pós-TR imediato e o peso à data da alta. Resultados: Foram incluídos 55 doentes, com idade média  $53 \pm 13$  anos; 43 (72,8%) eram homens. A média das idades dos dadores foi de  $56 \pm 14$  anos. A média de incompatibilidades foi de  $3,1 \pm 1,5$ ; 7 doentes (12,7%) tinham pelo menos 1 anticorpo específico do dador (DSA), a média do histórico de anticorpos com reatividade contra painel foi  $9 \pm 18\%$ ; 32 doentes (58,2%) fizeram esquema de imunossupressão com basiliximab e 23 (41,8%) fizeram timoglobulina. A media do tempo de isquémia fria foi  $14 \pm 6$  horas; 13 (23,6%) realizaram hemodiálise no pós-TR. A  $\Delta P$  média foi  $6,3 \pm 2,8$  Kg. A média da creatinina sérica aos 3 meses foi  $1,44 \pm 0,33$  mg/dl. Num modelo de regressão linear, um aumento do valor de  $\Delta P$  associou-se a pior valor de creatinina aos 3 meses, ajustando para a idade do dador, incompatibilidades, tempo de isquémia fria e idade do recetor [ $F(5,26) = 3,449$ ;  $p = 0,016$ ;  $R^2 = 0,283$ ]. Conclusão: Na nossa amostra, o  $\Delta P$  associou-se a pior função renal aos 3 meses. Uma monitorização rigorosa do balanço hídrico no pós-TR precoce é fundamental para otimizar a função do enxerto renal.

**CB-RIM-09**

**GASTROINTESTINAL TUBERCULOSIS: A CHALLENGING CASE**

**Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Marta Neves; Hugo Silva; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Guerra**

**Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte**

Introduction: Gastrointestinal (GI) tuberculosis represents the sixth most frequent extra-pulmonary TB in general population and is observed in 11% of patients. It has multiple clinical presentations requiring a high diagnostic suspicion. Immunosuppressed patient may have a silent clinical presentation delaying the diagnosis. We present a case of gastrointestinal tuberculosis, in a kidney transplant recipient, with an atypical presentation, reinforcing the need to be alert for this pathology. Case report: Female, 53 years old, black race, with a history of pulmonary tuberculosis in 2005 and chronic kidney disease due to hypertensive nephroangiosclerosis. She was on hemodialysis since the age of 38 years. Kidney transplant occurred in 2010. Induction immunosuppression (IS) was with thymoglobulin and maintenance IS was with mycophenolate, prednisolone and tacrolimus. She had immediate kidney function with serum creatinine of 1.4mg/dL at discharge. As post-transplant complications, she had multiple urinary tract infections and human immunodeficiency virus 1 infection diagnosed in 2013, treated and controlled with persistent negative viral load. Ten years after transplantation she presented a positive occult blood stool test at a routine colon cancer screening. She denied fever, weight loss, anorexia, nausea, vomiting, night sweats or other symptoms. She had no anemia or elevated inflammatory parameters. Chest X-ray showed no alteration. Colonoscopy revealed a friable, ulcerated and vegetated lesion with 6cm of diameter in the cecum. Biopsy confirmed the diagnosis of gastrointestinal tuberculosis with granulomatous colitis positive for acid- alcohol resistant bacilli (BAAR). Patient was started on isoniazid, pyrazinamide, ethambutol and rifampicin and on a 3-month follow-up, she was still asymptomatic and with a stable kidney function. Conclusion: The diagnosis of gastrointestinal tuberculosis is challenging in immunosuppressed patients. This case examples one form of asymptomatic gastrointestinal tuberculosis where routine follow-up and screening was fundamental for rapid diagnosis and treatment initiation.

**CB-RIM-10**

**AN UNUSUAL INFECTION IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT - A DIAGNOSIS THAT TICKS OFF**

**Joana Tavares\*1; Ana Domingos\*1; Luísa Lemos<sup>1</sup>; Josefa Cahombo<sup>1</sup>; Jorge Malheiro<sup>1</sup>; Sofia Pedroso<sup>1</sup>; Manuela Almeida<sup>1</sup>; La Saleté Martins<sup>1</sup>; Leonídio Dias<sup>1</sup>; António Castro Henriques<sup>1</sup>; António Cabrita<sup>1</sup>**

**\*Shared co-first authorship; 1 - Serviço de Nefrologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto**

Lyme disease, a tick-borne disease caused by pathogenic species of Borrelia, is characterized by multiorgan involvement, but unspecific symptoms are also common. We describe a case report of a kidney transplant (KT) recipient with early disseminated Lyme disease. A 67-year old male, KT recipient of a second graft for 20 years, presented with a 4-month history of bilateral proximal muscle weakness and unintentional weight loss of 15 kilograms. Initial investigation has shown lumbosacral plexopathy with severe sensorimotor polyneuropathy. Corticosteroids were given, with no improvement. Later, reported a 2-week history of headache, spatial and temporal disorientation, phonophobia, lethargy and a 5-day history of fever. Neurologic examination showed tetraparesis and hyporeflexia. Blood worked revealed pancytopenia and elevated CRP. Chest X-ray showed diffuse ground-glass opacities; COVID-19 was excluded. Ceftriaxone plus azithromycin were initiated assuming a respiratory infection. Auto-immune, metabolic and neoplastic etiologies were excluded. Infectious screening revealed Borrelia-specific serum antibodies (IgM+IgG-), with a confirmatory Western-Blot. After these findings and although he was under antibiotics, a second lumbar puncture was performed and cerebrospinal fluid (CSF) analysis came negative. He demonstrated an overall improvement of both neurological and constitutional symptoms with a 21-day course of ceftriaxone. Plexopathies and peripheral neuropathies are common in Neuroborreliosis. The possibility of exposure, compatible manifestations, two-tiered serological testing and clinical improvement with ceftriaxone were consistent with the diagnosis. Note that the diagnosis of the neurological disease doesn't imply the presence of antibodies in the CSF analysis, plus this analysis was made after almost two-week of treatment. Due to the unspecific presentation we believe that Lyme disease can be underdiagnosed and especially in endemic regions it should be a differential diagnosis of fever in a KT recipient. Awareness of this disease with prompt referral and appropriate treatment might improve the outcomes and quality of life of such patients.

**CB-RIM-11**

**THE OTHER SIDE OF IMMUNOSUPPRESSION- MULTIPLE PATHOGENS AT THE SAME TIME IN A SINGLE HOST**

**Catarina Marouço**

**Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central**

Infectious diseases constitute the most common complication after renal transplantation and the second most common cause of death among renal transplant recipients. Immunosuppression is associated with atypical presentation and patients are prone to infections from unusual agents. We report the case of a 49-year-old Indian man with past history of living donor kidney transplant 7 years before. He presented to the emergency department due to prostration. At admission he showed polypnea and his arterial blood gas revealed severe metabolic acidemia with pH 7.15; pCO<sub>2</sub> 11.6; HCO<sub>3</sub> 4 mmol/L, glucose levels of 727 mg/dL with serum ketones of 5.8 mmol/L. Laboratory analysis showed leucocytosis with neutrophilia and a markedly elevated CRP of 69 mg/dL. Cultural specimens were negative. A chest CT scan showed bilateral consolidations in the lower lobes. Diabetic ketoacidosis with inaugural diabetes type II and bacterial pneumonia was admitted. His clinical condition continued to deteriorate despite antibiotic therapy with ceftriaxone. Bronchoscopy was performed and Bordetella bronchiseptica and Candida albicans were isolated from the lavage. Doxycycline and anidulafungin were initiated whereas mycophenolic acid was suspended. Due to dysphagia an upper endoscopy was performed and a CMV associated oesophagus ulcer was identified and confirmed through histology. He presented CMV viraemia of 2689 UI/ml and ganciclovir was started. Although clinical improvement was observed, a second CT scan showed multiple cavitations. Due to a new onset of fever, new cultures were obtained with identification of Pseudomonas aeruginosa in sputum. Piperacillin/tazobactam was started and maintained for 14 days and clinical improvement was observed. This case shows the wide variety of microorganisms that can cause simultaneous infection in an immunocompromised host. Even in the presence of mild symptoms, there should be a low threshold to further investigation as a high clinical suspicion is needed.

**CB-RIM-12**

**TRANSPLANTE RENAL PEDIÁTRICO – DADOR VIVO OU CADÁVER?**

**Catarina Neves<sup>1</sup>; Ana Luísa Correia<sup>2</sup>; Rita Leal<sup>2</sup>; Lídia Santos<sup>2</sup>; Luís Rodrigues<sup>2</sup>; Maria Marques<sup>2</sup>; Catarina Romãozinho<sup>2</sup>; Carmen Carmo<sup>1</sup>; Clara Gomes<sup>1</sup>; Arnaldo Figueiredo<sup>2</sup>**

**1 - Unidade de Nefrologia Pediátrica, Serviço de Pediatria Ambulatória, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Nas crianças e adolescentes com doença renal crónica terminal, o transplante renal é a terapêutica de eleição que proporciona melhor crescimento, desenvolvimento e qualidade de vida. A escolha do dador tem vital importância nesta faixa etária, dada a longa expectativa de vida destes doentes. Estudo retrospectivo analítico de todos os doentes com idade pediátrica (≤18 anos) transplantados renais de 1/janeiro/1999 a 31/dezembro/2018, comparando outcomes a curto e longo prazo (complicações cirúrgicas e médicas imediatas, rejeição aguda, sobrevivência do enxerto e do doente) entre transplantes de dador vivo (DV) e cadáver (DC). Resultados: No período estudado, realizaram-se 60 transplantes pediátricos, sendo 12 DV e 48 DC, 37 do sexo masculino (61,7%) e 5 foram segundos transplantes (8,3%). Não se verificaram diferenças relativamente ao género, raça e peso do recetor e dador, bem como idade do recetor e etiologia da doença renal. A maioria realizou imunossupressão de indução com basiliximab e manutenção com terapêutica tripla, sem diferenças entre os grupos. A maioria dos DV foram pre-emptive (58,3% vs 2,1%, p<0,001), tinham mais compatibilidades HLA (75,0% vs 18,8% com ≥3 compatibilidades, p=0,002), o dador era mais velho (38,4 anos vs 24,5anos, p=0,004) e o tempo de internamento foi menor (8 vs 14dias, p=0,009). Não houve diferenças estatisticamente significativas relativamente às complicações médico-cirúrgicas imediatas, rejeição aguda e sobrevivência do recetor. Verificamos que aos 13 anos pós- transplante 91.7% dos enxertos de DV estavam funcionantes versus 75% no DC, embora sem significado estatístico. Conclusão: Na nossa experiência, a transplantação com enxerto de DV em idade pediátrica conferiu as seguintes vantagens em relação ao DC: a maior possibilidade de ser pre-emptive, menor tempo de internamento, maior compatibilidade HLA com menor sensibilização para transplantes futuros e maior sobrevivência do enxerto.

**CB-RIM-13****BELATACEPT COMO TERAPEÚTICA DE MANUTENÇÃO: A RESPOSTA NUM CASO DE MICROANGIOPATIA TROMBÓTICA APÓS UMA REJEIÇÃO MEDIADA POR ANTICORPOS**

**Mariana Sousa; Gonçalo Cruz; Catarina Eusébio; Pedro Bravo; Catarina Oliveira**

**Hospital Garcia de Orta**

**INTRODUÇÃO:** A microangiopatia trombótica (MAT) de novo é uma complicação rara do transplante renal (TR). Os inibidores da calcineurina contribuem para a origem e agravamento da doença. A eliminação destes fármacos promove a resolução, porém acarreta um risco de rejeição elevado. O Belatacept pode ter um papel importante nestas situações. **CASO CLÍNICO:** Homem, 55 anos, melanodérmico, antecedentes pessoais de hipertensão arterial e doença renal crónica de etiologia indeterminada, submetido a TR de dador de cadáver após seis anos em hemodiálise. Apresentava 3/6 incompatibilidades HLA e anticorpos específicos do dador(DSA) anti- DQ7[intensidade de fluorescência média(MFI) 2053]. A imunossupressão de indução incluiu timoglobulina, micofenolato de mofetil, prednisolona e tacrolimus. Por nadir de creatinina sérica (sCr) foi 2,4 mg/dL, mantendo DSA Anti-DQ7(MFI <1088), sem sedimento urinário ativo ou proteinúria, realizou biopsia ao 23º dia pós-TR, que revelou rejeição aguda mediada por anticorpos (RAMA) com glomerulite(g3), capilarite peritubular(c2) e C4d na região dos capilares peri- tubulares(C4d1). Foi realizado plasmáferese, imunoglobulina, metilprednisolona e Rituximab. Verificou-se concomitantemente agravamento da anemia e trombocitopenia com aumento da lactato desidrogenase(LDH)e consumo de haptoglobina, sem esquizócitos. Excluiu-se púrpura trombocitopénica trombótica e alterações do complemento por quantificação e estudo genético. Constatada melhoria da FR com terapêutica instituída(nadir sCr 2.0mg/dL). Após 1 mês, novo agravamento da FR(sCr 3.2 mg/dL) com proteinúria de 1.2 g/24h, mantendo anemia e trombocitopenia. Níveis de tacrolimus adequados. Biopsia revelou microangiopatia trombótica, mantendo sinais de RAMA(g3 ptc2 C4d1). Assim, suspendeu-se tacrolimus e iniciou-se belatacept 10mg/kg com reversão da microangiopatia trombótica e melhoria da FR. **DISCUSSÃO:** O caso relatado é particularmente desafiante porque trata de um doente que desenvolve uma MAT provavelmente secundária ao tacrolimus em simultâneo com uma RAMA. O belatacept foi uma opção eficaz e segura contribuindo para uma melhor sobrevida do enxerto renal.

## CB-COORD-01

## IMPLEMENTATION AND CERTIFICATION OF ISO 9001 2015 SEAL IN HUMAN TISSUE BANK HCFMRP-USP

Carlos Alexandre Curylofo Corsi<sup>1</sup>; Mitsuhsia Shoji<sup>2</sup>; Kátia Gabriel Scarpelini<sup>1</sup>; Rodolfo Leandro Bento<sup>1</sup>; Alan Vinicius Assunção-Luiz<sup>3</sup>; Álefe Saloum Cintra<sup>3</sup>; Christiane Becari<sup>1</sup>; Luís Gustavo Gazoni<sup>1</sup>

1 - University of São Paulo (USP) Ribeirão Preto Medical School (FMRP), Brazil;

2 - Foundation Carlos Alberto Vanzolini, São Paulo, Brazil;

3 - University of São Paulo (USP) at Ribeirão Preto Nursing School, Brazil

**Introduction:** The Quality Management System has been a management technology applied to guarantee the quality of processes and products of a given organization. Thus, ISO 9001:2015 certification assists organizations that want to develop, implement, maintain, and improve a quality management system to enable process improvements and assessments to meet the needs of its customers. **Objective:** This experience report addresses the implementation and certification of the ISO 9001:2015 quality management seal at the Human Tissue Bank of the Ribeirão Preto Clinical Hospital (HCRP) at the University of São Paulo (USP) at Ribeirão Preto Medical School (FMRP) - Brazil. **Results and Discussion:** In 2018, the Human Tissue Bank, in partnership with HCRP, received consultancies from PRIMEMODE. The consulting consisted of visits that elucidated the processes to the employees of the Tissue Bank, enabling them to clarify the applicability of all items of the standard. In March 2019, the Tissue Bank received the audit visit and was certified with the ISO 9001:2015 Seal by the Carlos Alberto Vanzolini Foundation. The Tissue Bank aims to provide human tissues for transplantation and research from organ donors. It has a complex physical structure within the required health and legal standards. Also, now it has a quality management seal and an article on the subject published in the international magazine "Cell and Tissue Banking (volume 21, pages563–571[2020])".

**Conclusion:** The certification guarantees the process organization and the high quality standard of the supplied tissues.

## CB-COORD-02

## DIFICULDADES ENFRENTADAS PELAS CIHDOTT DO INTERIOR PAULISTA NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS.

Elaine Cantarella Lima; Jéssica Monique Bellini; Marcelo Bonvento; Carla Caroline da Silva Alves; Eliana Carla de Souza Santos; Jerusa Gonçalves Duarte Martins

## HCFMRP-USP

O processo de doação de órgãos depende de profissionais qualificados para exercer o seu papel. Dentre eles destacam-se os integrantes das Organizações de Procura de Órgãos (OPO) e das Comissões Intra-Hospitalares de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT). A OPO está subordinada à Central Estadual de Transplantes (CET), sendo responsável por organizar e apoiar ações relacionadas à doação de órgãos. Atuam em conjunto com as CIHDOTT, que foram criadas com o objetivo de aumentar a captação de órgãos, contribuindo com as atividades da CET (1-3). Algumas dificuldades na atuação das CIHDOTT podem ser observadas na prática profissional. Objetivando entender essas dificuldades foi aplicado por uma OPO um questionário online, no início de 2020, às CIHDOTT da sua área de abrangência abordando aspectos referentes ao processo de doação. Foram convidadas para responder o questionário as 17 CIHDOTT mais atuantes. Destas, 12 (70,6%) aceitaram o convite. Em relação aos aspectos profissionais, a maioria das CIHDOTT nove (75%), responderam não possuir carga horária dedicada exclusivamente às atividades. No que diz respeito aos aspectos operacionais, quando perguntado sobre a etapa mais complexa do protocolo de Morte Encefálica (ME), as respostas foram variadas, estando relacionadas à abordagem familiar, ao diagnóstico para determinação da Morte Encefálica e captação dos órgãos para transplante. Quantos aos aspectos referentes à cirurgia de captação de órgãos, as dificuldades mencionadas foram diversas, podendo-se destacar: questões burocráticas, o passo a passo a ser seguido durante a cirurgia, a espera pelas equipes de captação, a estrutura física da instituição e o acondicionamento dos órgãos. Os resultados evidenciam a necessidade da realização de educação permanente. Os profissionais devem possuir treinamento adequado para execução do processo, tempo para dedicação exclusiva e estrutura física apropriada. É importante destacar que as intervenções educativas proporcionam mudanças na prática profissional, possibilitando melhoria na condução de todo processo.

## CB-COORD-03

## SEGURANÇA DO PACIENTE E AÇÕES DE BIOVIGILÂNCIA NO PROCESSO DE DOAÇÃO E TRANSPLANTE

Patricia Treviso<sup>1</sup>; Janine Schirmer<sup>2</sup>; Karina Dal Sasso Mendes<sup>3</sup>; Andresa Thomé Silveira<sup>4</sup>; Sabrina Alves Fernandes<sup>4</sup>; Bartira de Aguiar Roza<sup>2</sup>

1 - UNISINOS; 2 - UNIFESP; 3 - USP; 4 - UFCSPA

Nas diferentes áreas e cenários de cuidado, a qualidade e a segurança tem sido foco de atenção, estudo e discussão, o mesmo tem ocorrido na área de doação e transplante de órgãos e tecidos. Neste contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem trabalhado fortemente em ações e estratégias à nível mundial, objetivando reduzir riscos e a ocorrência de incidentes, e eventos adversos. **Objetivo:** Identificar evidências na literatura sobre segurança do paciente e ações de biovigilância no processo de doação e transplante. **Método:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. Dados coletados por meio de consulta às bases de dados da LILACS, MEDLINE e Embase. A coleta dos dados foi realizada em janeiro de 2020. Foram incluídos estudos primários, sem restrição de idioma e nem de ano de publicação. **Resultados:** Analisados 13 artigos, nos quais se identificou a ocorrência de eventos adversos durante o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, e ações de biovigilância utilizadas ou referenciadas pelos autores, visando melhorar a segurança do paciente e profissionais envolvidos na doação e transplante. **Conclusão:** O processo de doação e transplante de órgãos e tecidos é permeado por riscos diversos, relacionados a situações como: assistência, preparo e administração de medicamentos, falha nas orientações pós-transplante, falhas na comunicação, falhas em registros, não seguimento de protocolos, entre outros. Enquanto que ações de biovigilância: realizar capacitações, implantar e/ou revisar protocolos, adotar adequado dimensionamento de pessoal, realizar notificação de eventos adversos ocorridos, com posterior análise do ocorrido. Destaca-se a importância do trabalho interprofissional, integrado e interligado, visando maior qualidade e segurança no processo de doação e transplante de órgãos e tecidos.

## CB-COORD-04

## PANORAMA DAS DOAÇÕES EFETIVAS DE ÓRGÃOS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL DURANTE A PANDEMIA DA SARS-COV-2

Arthur Henrique Weiler Furlanetto<sup>1</sup>; Rodrigo Batista Warpechowski<sup>1</sup>; Carolina de Mello Viera<sup>1</sup>; Giulia Filippi Mota<sup>1</sup>; Letícia Mariel König De Souza<sup>1</sup>; Daiane Saute Kochhann<sup>2</sup>; Dagoberto França da Rocha<sup>2</sup>

1 - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul;

2 - Organização de Procura de Órgãos 2

**INTRODUÇÃO:** O Rio Grande do Sul (RS) ocupa posição de destaque em doações e transplantes de órgãos no cenário nacional. No ano de 2019, o estado totalizou 243 doações efetivas, sendo o sétimo no ranking brasileiro. Entretanto, com o início da pandemia do SARS-COV2, o cenário do RS mudou, apresentando quedas nas doações de órgãos. **OBJETIVO:** Avaliar o impacto e demonstrar os resultados das notificações e doações de órgãos no RS diante da pandemia da COVID-19. **METODOLOGIA:** Estudo observacional, retrospectivo, baseado em dados da Secretaria da Saúde do RS sobre doações entre março e agosto de 2018, 2019 e 2020. Apresentaram-se achados dos respectivos períodos através de estatística descritiva - distribuição absoluta e relativa (n -%), relacionando-os aos meses de pico da pandemia. **RESULTADOS:** Em 2020, as doações efetivas no RS apresentaram declínio entre março e agosto, podendo relacionar-se com a pandemia. Nesse período, a diminuição foi de 36(n), representando uma diminuição de 29%, em relação à 2019. Durante junho, julho e agosto, período de pico da pandemia no RS, houve uma queda de 57% de doações efetivas comparadas ao intervalo em 2019 e uma redução de 47% comparada ao período em 2018. Também, o número de órgãos captados decresceu 148%, em comparação com 2019, e 89%, em comparação com 2018, nos meses de ápice da pandemia no Estado, o que, somando-se à redução no percentual de efetivação das notificações de morte encefálica(ME) no mesmos meses, ocasionou um decréscimo agravado no número de doações efetivas. **DISCUSSÃO/CONCLUSÃO:** Os resultados demonstram que a diminuição das doações, da efetivação das notificações de ME e do número de órgãos captados podem relacionar-se diretamente aos impactos da pandemia nas doações de órgãos no RS. Além disso, observou-se uma direta relação do período de pico da pandemia com os meses de menor número de doações.

**CB-COORD-05****NOTIFICAÇÕES DE MORTE ENCEFÁLICA DE PACIENTES COM COVID-19 NO SUL DO BRASIL**

Regimara dos Anjos<sup>1</sup>; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel<sup>2</sup>; Marcelo José dos Santos<sup>2</sup>

**1 - Organização de Procura de Órgãos - OPO Maringá, Paraná, Brasil;**

**2 - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EUSP), São Paulo, Brasil**

**Introdução:** A pandemia de COVID-19 provocou transformações em diversas áreas e aspectos em todo o mundo, ocasionando a sobrecarga dos serviços hospitalares e o esgotamento dos recursos, o que impactou diretamente na realização das doações e transplantes de órgãos e tecidos. **Objetivo:** Caracterizar as notificações de morte encefálica de pacientes com diagnóstico de COVID-19 no Brasil. **Método:** Pesquisa quantitativa e descritiva realizada com dados de uma Organização de Procura de Órgãos, localizada na cidade de Maringá, Paraná, Brasil. Os dados são referentes ao período de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021, sendo coletados em fevereiro de 2021, por meio de planilha do Excel 2013 e analisados com estatísticas descritivas. **Resultados:** Entre janeiro de 2020 e fevereiro de 2021 foram realizadas 270 notificações de morte encefálica (ME), dessas 19 (7,0%) foram notificações com diagnóstico positivo para a COVID-19. Dentre as notificações de ME com COVID-19, os pacientes tiveram a idade média de 54,73 anos (DP: 14,10), variando entre 28 e 77 anos, em sua maioria do sexo masculino 12 (63,1%), de cor branca 15 (79,0%), com peso médio de 80,0 kg, altura média de 1,70 e IMC de 28,0. A causa neurológica mais comum da ME foi o Acidente Vascular Encefálico em 7 (37,0%) dos casos, com tempo médio de internação de 10 dias e com o diagnóstico da COVID-19 realizado no hospital após a internação. As comorbidades mais comuns entre os pacientes foram a hipertensão arterial em 5 (26,3%) e a diabetes mellitus em 4 (21,0%) dos casos. **Considerações finais:** Os dados indicam que os pacientes de ME com COVID-19 são adultos jovens e com comorbidades prévias. Destaca-se que a identificação e acompanhamento dos casos de ME com COVID-19 são importantes para garantir a segurança dos possíveis receptores, além de, possibilitar uma atenção especial para esse perfil da população.



**Resumos**  
**do**  
**XIX Congresso Luso Brasileiro**  
**de Transplantes**  
**Portugal 2021**

**E - Pôster**

## EP-001

**UMA ANÁLISE DE SÉRIES DE TEMPO PARA TRANSPLANTES INTERVIVOS E FALECIDOS NO BRASIL**Tallys Kalyinka Feldens<sup>1</sup>; Paulo De Andrade Jacinto

Universidade Federal do Paraná

Este trabalho objetiva identificar dinâmicas de curto prazo na relação entre doadores de órgãos vivos, falecidos, e listas de espera. Para isso, são utilizadas ferramentas de série de tempo, estimando equações simultâneas dentro do formato VAR (Vetores Autorregressivos). Então, são demonstrados os impactos de impulso-resposta encontrados. Particularmente, foi encontrado um efeito substituição entre doadores vivos e falecidos, em que um aumento de doadores falecidos pode estar associado a uma diminuição de curto prazo de até 8% nos doadores vivos. Por fim, são discutidas algumas implicações deste mecanismo de substituição.

## EP-002

**CONHECIMENTO DE MÉDICOS SOBRE MORTE ENCEFÁLICA E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E FATORES ASSOCIADOS.**Tauana Vasconcelos<sup>1</sup>; Mayra Gonçalves Meneguetti<sup>2</sup>; Carlos Alexandre Curylofo Corsi<sup>1</sup>; Rodrigo Galvão Bueno Gardona<sup>2</sup>; Carla Caroline da Silva Alves<sup>1</sup>; Jessyca Michelson Barbosa<sup>1</sup>; Maria Auxiliadora Martins<sup>1</sup>

1 - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP); 3 - Universidade em Pato Branco

OBJETIVOS: avaliar o conhecimento de médicos sobre morte encefálica (ME) e doação de órgãos. MÉTODO: estudo transversal desenvolvido com médicos que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Os dados foram coletados pela plataforma virtual Google Forms<sup>®</sup> contendo 12 questões sobre o conhecimento. O instrumento foi construído e validado por 11 juízes, sendo a concordância inter avaliadores de um. Para avaliar os fatores associados ao bom conhecimento, computamos os acertos por questão, extraímos a média e posteriormente criamos uma variável dicotômica, obtendo bom conhecimento aqueles com acertos igual ou acima da média. Utilizamos o teste exato de Fisher. RESULTADOS: participaram do estudo 140 médicos, sendo que a maioria fizeram residência ou pós graduação 127 (90,7%) e 64 (45,7%) eram intensivistas. Dos respondentes, 125 (89,3%) consideram que não houve abordagem suficiente sobre ME no seu curso de graduação, porém, 86 (61,4%) já receberam treinamento, 63 (45%) já abriram mais de 10 protocolos de ME e 63 (45%) sentem-se seguros ao explicar sobre ME à família. Em relação ao conhecimento sobre ME a média de acertos das questões foi de 5,04 (IC 95%: 4,7-5,4), a mediana de acertos também foi cinco, sendo o mínimo um e o máximo dez. Dos participantes, 88 (62,9%) acertaram em média cinco questões. Houve associação da especialidade com o bom conhecimento, sendo que os intensivistas tiveram melhor conhecimento do que àqueles que não são ( $p = 0,042$ ). Não houve associação do melhor conhecimento com o fato de os médicos terem segurança ao explicar sobre ME à família e com já terem recebido treinamento sobre a temática. CONCLUSÃO: os médicos apesar de receberem treinamento sobre ME, abrirem protocolos de ME e sentirem-se seguros em explicar sobre ME à família, ainda tem baixo conhecimento sobre ME.

## EP-003

**RECUSAS DE DOAÇÕES DE ÓRGÃOS EM UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS NO BRASIL**

Barbara Rossana Gimenez Hidalgo; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Marcelo José Dos Santos

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Introdução: o transplante de órgãos é viável ao longo do tempo por evitar internações recidivas e proporcionar maior qualidade de vida ao transplantado. Atualmente, existe uma desproporção entre a oferta e a demanda por órgãos, sendo necessário um investimento neste processo. Objetivo: analisar as recusas de doações de órgãos realizadas em uma Organização de Procura de Órgãos (OPO) no Brasil. Método: estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com os dados de 2.236 doadores efetivos fornecidos pela OPO entre os anos de 2001 e 2020. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples. Resultados: a idade média dos doadores efetivos foi de 41,77 anos (DP:17,10), com variação de <1 e 82 anos, sendo maioria do sexo masculino 1.310 (58,59%) e com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico 1.155 (51,65%). No total, foram 290 (12,97%) órgãos recusados nas entrevistas familiares, nos quais os órgãos que tiveram maiores taxas de recusas foram o pâncreas 103 (35,52%) e os pulmões 95 (32,76%). Já em relação aos órgãos com menores recusas de doação, incluem-se o fígado 8 (2,76%) e os rins 9 (3,10%). Destaca-se a alta das recusas de coração, pulmões e pâncreas nos anos de 2008 e 2009, com 103 (35,52%). Quanto ao ano que obteve o maior número de órgãos recusados, evidencia-se 2009 com 57 (19,66%). Em relação a razão social, 1.228 (54,92%) dos hospitais pertenciam à administração pública. Discussão e Conclusão: as recusas de doações de órgãos diminuíram ao longo do período na OPO. Ressalta-se que a divulgação da necessidade das doações de órgãos é importante para que os números se mantenham, assim como a efetivação das entrevistas familiares. Faz-se importante mitigar as crenças e credências da família em relação a doação de algum órgão para que se reduza as recusas específicas dos mesmos.

## EP-004

**RECUSAS EM DOAR TECIDOS EM UMA ORGANIZAÇÃO DE PROCURA DE ÓRGÃOS NO BRASIL**

Barbara Rossana Gimenez Hidalgo; Rafael Rodrigo da Silva Pimentel; Marcelo José dos Santos

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Introdução: o transplante de tecidos é uma terapia específica para milhares de pacientes, porém ainda pouco disseminada no conhecimento da sociedade. Os transplantes de tecidos podem salvar vidas e sobretudo melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas.

Objetivo: analisar as recusas de doações de tecidos realizadas em uma Organização de Procura de Órgãos (OPO) no Brasil. Método: estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado com os dados de 2.236 doadores efetivos fornecidos pela OPO entre os anos de 2001 e 2020. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, com frequência absoluta e relativa. Resultados: foram avaliadas 2.236 doações efetivas. Os doadores apresentaram idade média de 41,77 anos (DP:17,10), com variação de <1 e 82 anos, sendo maioria do sexo masculino 1.310 (58,59%) e com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico 1.155 (51,65%). No total, foram 4.553 (40,72%) tecidos recusados nas entrevistas familiares. Os tecidos que tiveram maiores taxas de recusas foram os ossos 1.406 (30,88%) e a pele 1.358 (29,83%). Já em relação aos tecidos com menores recusas de doação, incluem-se as valvas 267 (5,86%) e as córneas 508 (11,16%). Destaca-se a alta das recusas de ossos, pele e córneas em 2018 e 2019, totalizando 512 (11,25%). Quanto ao ano que obteve o maior número de tecidos recusados, evidencia-se 2009 com 333 (7,32%). Em relação a razão social, 1.228 (54,92%) dos hospitais pertenciam à administração pública. Discussão e Conclusão: as recusas de doações de tecidos aumentaram ao longo dos anos. Faz-se importante mitigar as crenças, mitos e atitudes negativas da família em relação a doação de algum tecido para que se reduza as recusas específica dos mesmos. Os resultados fornecem aos gestores subsídios para formular ações e estratégias com o enfoque de reduzir a recusa desses tecidos.



## EP-005

**DISTINÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE TRANSPLANTAÇÃO DE BRASIL E PORTUGAL: UMA ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Glaziele Rodrigues Garcia; Giovanna dos Santos Bruni; Laura Hackenhaar Heck; Paula Daronco Berlezi; Rebeca Delatorre Fonseca; Samara Trevizan; Giseli Costella; Loiva Beatriz Fernandes Letner dos Santos Filha; Mylena Sturza Goethel; Virginia Leonardi Dambros

Universidade Luterana do Brasil

**INTRODUÇÃO:** Doadores falecidos são a principal fonte de órgãos sólidos para transplantes. Nesse cenário, Portugal e Brasil apresentam diferentes sistemas de captação de órgãos, visto que em Portugal todo cidadão falecido é considerado doador, exceto quando este tenha declarado em vida o contrário, enquanto no Brasil precisa-se de uma autorização da família para a doação. Essas distintas formas de captação podem refletir também em diferenças de números de doações entre os países. **OBJETIVO:** Avaliar comparativamente o número total de doadores falecidos e por milhão de população (pmp) entre Brasil e Portugal durante os anos de 2010 a 2019. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo extraído do banco de dados do IRODat, no qual foram analisados o número total de doadores falecidos e pmp no período de 2010 a 2019. A média de doadores foi avaliada comparativamente entre Brasil e Portugal. **RESULTADOS:** O número médio de doadores falecidos no Brasil, de 2010 a 2019, foi de 2.808, com desvio padrão (DP) de 600,22. A média pmp foi de 14,043 com DP de 2,53. Em Portugal, durante o mesmo período, o número médio foi de aproximadamente 316 doadores falecidos, com DP de 30,02. A média pmp foi de 30,38, com DP de 3,10. **CONCLUSÃO:** O Brasil apresenta maiores números absolutos de doadores falecidos em relação a Portugal. Contudo, a média pmp foi duas vezes maior em Portugal, o que demonstra significativa disparidade quanto à distribuição de órgãos entre os países. Essa distinção se deve principalmente à diferença entre os sistemas de doação, bem como suas crenças e diferenças culturais. Diante disso, fica evidente que o sistema de transplantes adotado pelo país impacta a vida de milhares de pessoas que dependem da doação.

## EP-006

**OXIDATIVE STRESS AND MITOCHONDRIAL BIOENERGETICS IN THORACIC PERIAORTIC VERSUS SUBCUTANEOUS FAT IN A MOUSE MODEL OF DIABETES**

Aryane Pinho<sup>1,2</sup>; Inês Baldeiras<sup>1</sup>; Diana Santos<sup>1,3</sup>; Ermelindo Leal<sup>1,3</sup>; Ana Burgeiro<sup>1</sup>; Eugenia Carvalho<sup>1,3</sup>

1 - Center for Neuroscience and Cell Biology, University of Coimbra, Rua Larga, Faculdade de Medicina, Polo I, 1º andar, 3004-504, Coimbra, Portugal; 2 - Departamento de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências e Tecnologia, University of Coimbra, Calçada Martim de Freitas, 3000-456, Coimbra, Portugal; 3 - Instituto de Investigação Interdisciplinar, University of Coimbra, Casa Costa Alemão, Rua Dom Francisco de Lemos, 3030-789, Coimbra, Portugal

Thoracic perivascular adipose tissue (tPVAT) displays a brown-like adipose tissue (BAT) phenotype. It regulates the vascular tone of the thoracic aorta. During pathophysiological conditions (e. g., diabetes), tPVAT-derived vasoactive factors, such as cytokines, adipokines and oxygen reactive species (ROS), are altered. In addition, tPVAT undergoes a brown-to-white transition under pathological states. tPVAT dysfunction is tightly linked to vascular dysfunction. tPVAT-specific oxidative stress and mitochondrial bioenergetics dysfunction may contribute to the impaired vasculature function. These alterations may promote the development of cardiovascular diseases (CVDs), such as atherosclerosis. Human biopsies are scarce, and they are normally collected from cardiac or heart failure patients that are not naïve to medications. Therefore, for these studies, we used healthy and streptozotocin (STZ)-induced diabetic mice to assess oxidative stress and mitochondrial bioenergetics in tPVAT in comparison with inguinal white adipose tissue (iWAT). We found that tPVAT exhibited higher mitochondrial respiration, however it had less oxidative stress than iWAT. Under diabetic conditions, both tissues showed a higher concentration of malondialdehyde, indicative of lipid peroxidation caused by ROS. There is no difference in the antioxidant defenses in tPVAT between groups of mice. High dependence on succinate oxidation and fatty acid  $\beta$ -oxidation (FAO) in tPVAT of diabetic mice for oxidative phosphorylation (OXPHOS) capacity was observed when uncoupling protein-1 (UCP-1) was inhibited by guanosine 5'-diphosphate (GDP). Within this context, it has been described that mitochondrial succinate oxidation increases the production of mitochondrial ROS and there is a greater dependence on FAO as an oxidative fuel for the cardiac mitochondria in diabetic animals. Altered mitochondrial metabolism and UCP-1 activity are critical considerations in the development of efficient therapies for patients with diabetes and CVDs. Our observations are particularly important in the context of vascular disease, in the field of heart transplantation, and especially important during this COVID-19 pandemic.

## EP-007

**IMPAIRED OXIDATIVE STRESS AND ANTIOXIDANT DEFENSES IN EAT FROM CARDIAC DISEASE PATIENTS**

Diana Santos<sup>1</sup>; Ana Burgeiro<sup>1</sup>; Ana Catarina Fonseca<sup>1</sup>; Inês Baldeiras<sup>1</sup>; Manuel J. Antunes<sup>2</sup>; Eugénia Carvalho<sup>1</sup>

1 - Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra (CNC), Coimbra, Portugal; 2 - Clínica Universitária de Cirurgia Cardiorrástica, Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

Cardiac transplantation remains the definitive intervention when medical therapy is no longer feasible. Unfortunately, an increased number of transplants fail due to the development of cardiac allograft vasculopathy (CAV). CAV is triggered by an inflammatory response that, interestingly, only affects the donor vessels. The imbalance between reactive oxygen species (ROS) production and antioxidant defense system, contributes to potentiate inflammatory status. Glutathione peroxidase (GPx) prevents oxidative damage. The reduced (GSH) and oxidized (GSSG) glutathione forms maintain and regulate the cellular redox status. Superoxide dismutase (SOD) and catalase can also neutralize ROS. Epicardial adipose tissue (EAT) is a metabolically active organ located around the heart and coronary arteries. EAT can be directly involved in cardiac disease, due to secretion of molecules involved in endothelial function and inflammation. The goal of this study was to evaluate redox status on EAT from cardiac disease patients. Subcutaneous adipose tissue (SAT) and EAT biopsies were collected from patients undergoing cardiac surgery at the Cardiothoracic Surgery Department at Coimbra Hospital. The GSH and GSSG levels were evaluated by HPLC and enzymatic activities of GPx and Gred were assessed by spectrophotometry. Gene expression and protein levels of SOD and catalase were evaluated by RT-qPCR and western blot. Our results, show increased levels of GSH ( $p < 0,001$ ), GSH/GSSG ratio ( $p < 0,001$ ) and decreased activity on GPx ( $p = 0,001$ ) in EAT compared to SAT. This reflects an increased oxidative state in EAT from cardiac disease patients. Additionally, both SOD1 ( $p = 0,017$ ) and catalase ( $p = 0,002$ ) levels were decreased in EAT, showing that antioxidant defenses are compromised in these patients. Small amounts of EAT are infiltrated in the recipient coronary arteries, even after cardiac transplantation. Therefore, a better understanding of immune and metabolic dysfunction in EAT from cardiac disease patients, is crucial to understand CAV progression.

## EP-008

**DISTINÇÃO ENTRE OS SISTEMAS DE TRANSPLANTAÇÃO DE BRASIL E PORTUGAL: UMA ANÁLISE DOS ÚLTIMOS 10 ANOS**

Glaziele Rodrigues Garcia; Giovanna dos Santos Bruni; Laura Hackenhaar Heck; Paula Daronco Berlezi; Rebeca Delatorre Fonseca; Samara Trevizan; Giseli Costella; Loiva Beatriz Fernandes Letner dos Santos Filha; Mylena Sturza Goethel; Virginia Leonardi Dambros

Universidade Luterana do Brasil

**INTRODUÇÃO:** Doadores falecidos são a principal fonte de órgãos sólidos para transplantes. Nesse cenário, Portugal e Brasil apresentam diferentes sistemas de captação de órgãos, visto que em Portugal todo cidadão falecido é considerado doador, exceto quando este tenha declarado em vida o contrário, enquanto no Brasil precisa-se de uma autorização da família para a doação. Essas distintas formas de captação podem refletir também em diferenças de números de doações entre os países. **OBJETIVO:** Avaliar comparativamente o número total de doadores falecidos e por milhão de população (pmp) entre Brasil e Portugal durante os anos de 2010 a 2019. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo extraído do banco de dados do IRODat, no qual foram analisados o número total de doadores falecidos e pmp no período de 2010 a 2019. A média de doadores foi avaliada comparativamente entre Brasil e Portugal. **RESULTADOS:** O número médio de doadores falecidos no Brasil, de 2010 a 2019, foi de 2.808, com desvio padrão (DP) de 600,22. A média pmp foi de 14,043 com DP de 2,53. Em Portugal, durante o mesmo período, o número médio foi de aproximadamente 316 doadores falecidos, com DP de 30,02. A média pmp foi de 30,38, com DP de 3,10. **CONCLUSÃO:** O Brasil apresenta maiores números absolutos de doadores falecidos em relação a Portugal. Contudo, a média pmp foi duas vezes maior em Portugal, o que demonstra significativa disparidade quanto à distribuição de órgãos entre os países. Essa distinção se deve principalmente à diferença entre os sistemas de doação, bem como suas crenças e diferenças culturais. Diante disso, fica evidente que o sistema de transplantes adotado pelo país impacta a vida de milhares de pessoas que dependem da doação.

## EP-009

## AN UNUSUAL MANIFESTATION OF REJECTION.

Carlos Xavier Correia De Resende; Pedro Diogo; Sandra Amorim; Gonçalo Pestana; José Pinheiro Torres; Paulo Pinho; José Silva Cardoso; Filipe Macedo  
Centro Hospitalar Universitário do São João

A 55 years old male with end stage ischemic heart failure underwent orthotopic heart transplantation 17 months before admission. He was admitted in our emergency department with sudden altered state of consciousness. At admission patient had a Glasgow Coma Score of 11 and was hemodynamically stable. Physical examination, EKG, brain computed tomography, transthoracic echocardiogram(TTE) and cerebrospinal fluid analysis were unremarkable. Blood samples showed mild anemia (10 g/dL), infra therapeutic level of cyclosporine(92 ng/L), no inflammatory parameters elevation, alcohol or toxic drugs detected. Due to his markedly agitation and confusion he was sedated and intubated. At second day of hospitalization the patient suffer a sudden cardiac arrest, EKG after ROSC documented ST elevation in pre cordial leads. After evaluation of rhythm monitoring, complete heart block could be identified before cardiac arrest. EKG 10 minutes after the event was normal. At the same day a new episode of complete heart block was documented with hemodynamic deterioration and a temporary pacemaker was implanted. Coronary angiography was performed showing markedly diffuse vasospasm of left anterior descending and circumflex arteries with complete resolution after nitrate intake. EMB was performed. On next days, a new episode of cardiac arrest was assisted preceded by ventricular tachycardia, again with documentation of transitory ST-T changes after ROSC. Given the suspicious of coronary vasospasm episodes, calcium channel and nitrate were initiated. EMB results showed ISHLT grade 2 and C4d positive humoral rejection with identification of anti-HLA class II donor specific. Patient was treated with intravenous methylprednisolone pulses with posterior oral prednisolone weaning scheme, keeping tacrolimus and MMF. With immunosuppressive treatment intensification, CCB and nitrate the patient was hemodynamically stable without new rhythm or EKG sudden changes. The diagnosis of acute allograft rejection causing coronary vasospasm and advanced rhythm disorders was assumed.

## EP-010

## MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO APÓS TRANSPLANTE CARDÍACO

Ana Rita Raposo; Armanda Lobarinhas

Hospital de Braga

Introdução: Os doentes submetidos a transplante cardíaco (TC) podem apresentar um descondicionamento cardiopulmonar grave decorrente da evolução da doença e do próprio procedimento cirúrgico. A reabilitação cardiopulmonar (RPC) assume um papel importante no tratamento após TC, visando promover um recondicionamento ao esforço, uma retoma gradual da atividade física e uma melhoria global da qualidade de vida do doente transplantado. Objetivos: Exposição das principais fases de um programa de RCP após TC; apresentação da evidência atual sobre os benefícios da RCP após TC. Materiais e Métodos: Revisão bibliográfica. Resultados: - Programa de RCP. A RCP após TC é uma recomendação de classe A e nível de evidência I. Deve ser iniciada precocemente na fase hospitalar e ter continuidade em regime de ambulatório. A RCP na fase hospitalar integra exercícios aeróbios em cicloergómetro, com progressão gradual, assim como exercícios de mobilização articular, exercícios de resistência dos grandes grupos musculares e exercícios de alongamento. Em todas os exercícios é importante que haja monitorização hemodinâmica e da percepção subjetiva ao esforço (escala de Borg). A realização de exercícios de aquecimento, é importante para evitar elevação dos níveis de adrenalina após o exercício, podendo resultar em níveis elevados de FC e PA, devido à resposta hormonal que afeta a regulação do sistema circulatório em indivíduos transplantados. Após a alta hospitalar, o doente irá cumprir um programa de exercícios individualizado, de acordo com o seu condicionamento físico atual. - Benefícios da RCP: Estudos demonstraram que programas de RCP com duração de 8 a 12 meses podem aumentar em até 50% a capacidade funcional de doentes submetidos a TC. A RCP está também relacionada com uma diminuição da PA e FC em repouso e durante o exercício submáximo e aumento da capacidade ventilatória e do VO2max durante o exercício. Conclusão: Doentes apresentam benefício em realizar programas de RCP após TC.

## EP-011

## PADRÕES DE RISCO PARA DESCONTINUIDADE DO ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM PÓS TRANSPLANTE RENAL

Renata de Mello Magdalena Breitsameter<sup>1,2</sup>; Andrea Carla Bauer<sup>1,2</sup>; Alessandra Rosa Vicari<sup>1,2</sup>; Monique Santos Freitas<sup>2</sup>; Carla Elisabete da Silva Oliveira<sup>1</sup>

1 - Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

2 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: O acompanhamento de enfermagem é uma prática institucional relevante no cuidado aos pacientes transplantados. De caráter educativo, a consulta visa estimular a adesão à terapia e, através de orientações sobre hábitos seguros e cuidados, reduzir complicações e reinternações. Objetivos: Avaliar padrões de risco para descontinuidade do acompanhamento de enfermagem a partir do levantamento de pacientes que faltam à primeira consulta de enfermagem pós alta. Método: estudo transversal. Os dados foram obtidos retrospectivamente, dos prontuários de pacientes submetidos a transplante renal entre os anos de 2018 e 2019, em um hospital universitário, da região sul do Brasil. Definiu-se como critérios de exclusão a realização de acompanhamento ambulatorial externo à instituição, além de enxertectomia, perda da função renal ou óbito antes da primeira alta hospitalar. Resultados: foram estudados 245 pacientes, sendo 13 excluídos. Na amostra geral, 57,75% dos pacientes eram masculinos, com idade média de 48 anos. Faltaram ao primeiro retorno de enfermagem 41(17,67%) pacientes, sendo 65,85% masculinos. Quanto à distância entre a residência e o Centro Transplantador, 31,70% dos faltantes residiam na região metropolitana em que se situa o Centro Transplantador. Quanto à mobilidade, 85,36% não possuíam restrições físicas. Foi observada a reinternação hospitalar entre o período de alta e o retorno ambulatorial em 6(17,07%) dos faltantes. O intervalo maior entre a data da última visita de enfermagem durante a internação e o retorno para acompanhamento ambulatorial foi visualizado no grupo faltante, tendo a média do intervalo aumentada em 2 dias. Conclusão: Observamos a necessidade de uma visita próxima à data de alta, dispensando maior atenção aos pacientes masculinos e que residem próximo ao Centro Transplantador. Enfatizando a importância e aderência ao acompanhamento da equipe multidisciplinar, com intuito de reduzir complicações e reinternações, ainda durante a internação para a realização do transplante

## EP-012

## EFETIVIDADE DO TELEATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO TRANSPLANTE RENAL DURANTE A PANDEMIA COVID-19

Renata de Mello Magdalena Breitsameter<sup>1,2</sup>; Monique Santos Freitas<sup>2</sup>; Carla Elisabete da Silva Oliveira<sup>1</sup>; Andrea Carla Bauer<sup>1,2</sup>; Alessandra Rosa Vicari<sup>1,2</sup>

1 - Hospital de Clínicas de Porto Alegre;

2 - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: A consulta de enfermagem por teleatendimento tem como objetivos auxiliar na educação do paciente, identificar situações de necessidade de consulta presencial, e estimular a adesão à terapia, buscando a redução de complicações e reinternações. Com a ocorrência da pandemia da covid-19, o teleatendimento surge como ferramenta na redução da exposição dos pacientes imunossupressos ao ambiente hospitalar, havendo a redução de custos com transporte e alimentação, e mantendo o vínculo com a equipe. Objetivos: Avaliar o papel do teleatendimento de enfermagem frente a ocorrência de reinternações no primeiro semestre pós transplante renal. Método: Estudo de caso-controle. Os dados foram obtidos retrospectivamente, dos prontuários de pacientes submetidos à transplante renal entre os meses de março a agosto de 2019 e março a agosto de 2020, em um hospital universitário da região sul do Brasil. Foram excluídos pacientes que foram a óbito, realizaram enxertectomia ou tiveram perda da função renal no período. Resultados: Foram incluídos 65 pacientes, houveram 5 exclusões. No grupo controle (n=53), 50,9% eram homens com idade média 45,9 anos (± 14,5) e média de 4,16 consultas presenciais de enfermagem. Nos pacientes submetidos ao teleatendimento (n=12), 49,1% eram homens com idade média de 40,5 anos (± 14,5) e média de 2,83 consultas presenciais e 1,5 teleatendimentos. Em relação a frequência de reinternações, não houve diferença entre o grupo controle e o de teleatendimento (1,28 vs 1,42 internações, p= 0,503), tendo como causa principal de reinternação as infecções em ambos. Conclusão: O número reduzido de transplantes ocorrido em 2020 é visto como uma limitação no estudo. A modalidade de teleatendimento não impactou a taxa e causa das reinternações. Análise de maior número de pacientes em teleatendimento é necessário para confirmar estes achados e já está sendo realizado.

## EP-013

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA: FORTALECENDO O PROCESSO DE DOAÇÃO/TRANSPLANTE**

Patricia Betyar Goes Santos

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITABUNA**

A Bahia possui um percentual de negativa familiar de 50%. Analisar a necessidade da educação em saúde em tempos de pandemia e seu fortalecimento no processo de doação/transplante é o objetivo desta pesquisa. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, quali-quantitativa, realizada em uma Instituição de saúde filantrópica. Os dados secundários foram coletados através dos prontuários dos potenciais doadores. Foram analisadas condições clínicas e os exames de teste rápido para COVID-19, IGG e IGM e RT-PCR qualitativo. Os objetos de estudo da pesquisa foram os potenciais doadores de órgãos e tecidos, conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), junto a Secretaria de Saúde Estadual. Com as ações de educação permanente foi identificado um aumento de 100% no número de doações de córnea e notificação de morte encefálica, mesmo durante a pandemia as notificações de morte encefálica se mantiveram estável, porém após seis meses de suspensão a retomada para doação de córneas por coração parado em setembro/2020, devido remanejamento dos enfermeiros envolvidos no processo e novas admissões houve uma queda de 50%, sendo primordial a continuidade dos treinamentos e sensibilização dos profissionais e comunidade para contribuir na redução das negativas e envolvimento dos profissionais. Educar para salvar vidas é fator relevante e desafiador para a comissão hospitalar de transplante.

## EP-014

**A ENFERMAGEM E A DOAÇÃO DE ÓRGÃOS: UMA ANÁLISE QUALITATIVA DO PROCESSO DE TRABALHO EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**Andréa Maria Pedrosa Gomes<sup>1</sup>; Ananyr Porto Fajardo<sup>2</sup>; Cristine Maria Warmling<sup>2,3</sup>

**1 - Grupo Hospitalar Conceição; 2 - Programa de Pós Graduação de Avaliação de Tecnologias Para o Sistema Único de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição; 3 - Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande Do Sul**

O Sistema Único de Saúde do Brasil possui um dos maiores programas públicos de transplantes do mundo, porém, no dia a dia dos serviços que atuam na captação de doadores, são inúmeras as dificuldades, em especial nesses anos de pandemia da Covid-19. Com o objetivo principal de compreender como as enfermeiras atuam na doação de órgãos em um hospital referência que atende vítimas de trauma e doenças neurovasculares com grande potencial para evoluir para o quadro de morte encefálica — por conseguinte, potenciais doadores de órgãos e tecidos — propõe-se um Estudo de Caso do tipo holístico com uma unidade de análise, múltiplos casos e abordagem qualitativa. Os cenários do estudo foram a Emergência e a Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital, onde atuam 40 enfermeiras. Foram realizadas entrevistas com 10 enfermeiras da UTI e 05 enfermeiras da emergência no período de novembro de 2019 até janeiro de 2020, sendo as entrevistas guiadas por um roteiro baseado nas seis dimensões do “agir em competência” da Ergologia, que tem como principal teórico o filósofo Yves Schwartz. A análise foi realizada por meio da Análise Textual Discursiva e os resultados apontaram que: não há um reconhecimento de protocolos institucionalizados para a doação de órgãos pelas enfermeiras; a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes foi identificada como referência institucional na orientação do processo de doação de órgãos; a divisão de trabalho das equipes de saúde provoca a dependência das enfermeiras da categoria profissional médica para dinâmicas de abertura e continuidade de processos de doação e a comunicação entre equipes torna-se ponto chave nesse sentido. O estudo contribui para o delineamento de futuros processos de gestão e educação permanente nesses ambientes e para potencializar a discussão sobre o agir em competência da enfermeira assistencial na doação de órgãos.

## EP-015

**CAMPANHA SETEMBRO VERDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM PARCERIAS COM O BANCO DE OLHOS E CIHDOTTS DE SÃO LUÍS-MA**Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima<sup>1</sup>; Polianna Costa Bortolon Melo<sup>1</sup>; Kenya Mara Veras Santos<sup>1</sup>; Priscila Monteiro de Almeida<sup>1</sup>; Regina de Fátima Cruz de Moraes<sup>1</sup>; Ângela Inês Brito Veiga<sup>1</sup>; Luiza Maria de Nóvoa Moraes<sup>1</sup>; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira<sup>1</sup>; Leonardo Rosário Furtado Oliveira Lima<sup>2</sup>; Lorena Monteiro Borges<sup>3</sup>

**1 - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; 2 - Hospital Municipal Miguel Couto; 3 - Centro Universitário Serra dos Órgãos**

**INTRODUÇÃO:** Uma das formas encontradas de propagar conhecimento sobre doação de órgãos e tecidos é colocar o tema em visibilidade para a sociedade. Em tempo de pandemia, para concretizar a realização desta campanha em 2020, resolvemos nos unir em parcerias com o Banco de Olhos do HU-UFMA e as demais Comissões Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTTS) da cidade de São Luís neste ano difícil, especialmente para transplantados e pacientes em lista de espera. **OBJETIVO:** Informar, sensibilizar, conscientizar e estimular a discussão sobre o assunto doação de órgãos e tecidos para transplantes junto à sociedade. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram idealizados 3 momentos para esta campanha: produções de vídeos informativos com pacientes e profissionais da saúde que trabalham nos setores relacionados ao processo de doação e transplante; um dia “D” em cada instituição com sua respectiva CIHDOTT abordando o tema sobre o processo doação e transplante e uma carreata em prol da doação de órgãos e tecidos na Avenida Litorânea com a equipe do Banco de Olhos do HU-UFMA e com todas as CIHDOTTS mobilizadas com o evento. **RESULTADOS:** Atividades desenvolvidas durante todo o mês de setembro enfatizando o processo doação e transplante: entrevistas em TVs, jornais e rádios; palestras em faculdades públicas e privadas; palestras em hospitais e UPAs; simpósios de Liga Acadêmica de Transplante em faculdade particular; palestras em centros religiosos, Live com profissional de referência de do estado de Santa Catarina. **CONCLUSÃO:** As dificuldades do ano difícil de pandemia, não inviabilizou nosso desempenho da campanha de doação de órgãos e tecidos e que o fato de mobilizar os demais profissionais do Banco de Olhos do HU-UFMA e das demais CIHDOTTS do estado, fez um diferencial que contribuiu para que o brilho do nosso setembro verde fosse mais intenso

## EP-016

**QUEM ENXERGA E QUEM VÊ: CAUSAS PARA NÃO AUTORIZAÇÃO DA DOAÇÃO DE CÓRNEAS, 2020**Núbia Regina Pereira da Silva<sup>1</sup>; Cristina Maria Douart Loyola<sup>2</sup>; Ruth Helena de Souza Brito Ferreira de Carvalho<sup>2</sup>; Marcos Antônio Barbosa Pacheco<sup>2</sup>; Roberta Jansen de Mello Farias Guimarães<sup>2</sup>; Rafael Mondego Fontenele<sup>3</sup>; Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima<sup>1</sup>; Polianna Costa Bortolon Melo<sup>1</sup>; Ângela Inês Brito Veiga<sup>1</sup>; Luiza Maria de Nóvoa Moraes<sup>1</sup>

**1 - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; 2 - Universidade Ceuma; 3 - Faculdade Edufor**

**INTRODUÇÃO:** A terceira causa de cegueira no mundo são problemas e doenças que acometem a córnea. No Maranhão, em 2019, havia 566 pacientes na lista de espera por transplante de córneas, época que o estado ocupava a 15ª posição no ranking brasileiro para este procedimento. Atualmente é importante ressaltar que a negativa familiar é a principal causa da não doação deste tecido. **OBJETIVO:** Compreender os fatores que influenciam no processo de não autorização de doação de córneas no Maranhão. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa, descritiva e analítica, que utilizou, como técnica de coleta de dados, entrevista com 14 familiares e análise documental de prontuários. As entrevistas foram interpretadas com análise temática e teoria das representações sociais. **RESULTADOS:** Foi percebido que a doação de córneas é influenciada por 2 momentos: antes e depois do óbito. Antes do óbito, são determinantes a humanização da assistência prestada ao paciente e a qualidade da relação com profissionais de saúde na obtenção da doação. Detecta-se que alguns familiares têm conhecimentos sobre campanhas de doação, mas existe desinformação de como é realizada a remoção da córnea. No pós-óbito é perceptível a dificuldade dos familiares em assumir a responsabilidade sobre o destino do corpo e optar sobre a doação. Além disso, é visível ansiedade dos familiares em iniciarem os ritos de separação e luto, tais como velório e sepultamento. **CONCLUSÃO:** Para aumentar as doações de córneas, acredita-se que é essencial a implementação de uma equipe multiprofissional e especializada nos hospitais, de modo que haja um acolhimento emocional humanizado dos familiares desde da internação até o momento da perda, com ênfase na importância das doações no momento da entrevista. Igualmente relevantes são campanhas públicas sobre doação e transplante de órgãos e tecidos, reforçando a simplicidade da técnica de remoção da córnea e o impacto positivo para o transplantado.

## EP-017

**MANUAL EDUCATIVO PARA RECEPTORES DE TRANSPLANTE DE FÍGADO: ESTUDO METODOLÓGICO**

Alexandra Dias de Almeida<sup>1</sup>; Ana Rafaela Filippini Lopes<sup>2</sup>; Cristina Maria Galvão<sup>1</sup>; Karina Dal Sasso Mendes<sup>1</sup>

1 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2 - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Objetivo: Construir e validar manual educativo para os receptores de transplante de fígado, provendo informação de qualidade contribuindo para o manejo do cuidado após a cirurgia. Métodos: Trata-se de estudo metodológico, cujo processo de validação foi composto pelas etapas: (1) busca na literatura especializada, (2) adaptação das informações ao público-alvo, (3) seleção das informações mais relevantes, (4) avaliação do manual educativo por comitê de juizes, e (5) avaliação do manual educativo pela população alvo. O processo de construção foi baseado em estudos que buscaram a necessidade de informações e nos materiais educativos da International Transplan Nurses Society. Revisão da literatura de estudos pertinentes foi realizada para complementar a elaboração do conteúdo. O índice de Validade de Conteúdo e o instrumento Suitability Assessment of Materials, foram utilizados para avaliação do conteúdo do manual. O material foi validado por cinco especialistas e por seis receptores de fígado. Resultados: O manual intitulado "Manual educativo para receptores de transplante de fígado" contém 60 páginas. Para o desenvolvimento do conteúdo procurou-se garantir uso de linguagem acessível, evitando-se linguagem técnica, além do uso de ilustrações. Os tópicos abordados se centraram nas responsabilidades do paciente, informações sobre o transplante, complicações do período pós-transplante, cuidados após a alta hospitalar, com destaque aos medicamentos necessários para o tratamento, finalizando com páginas em branco para o registro da prescrição médica. A validação pelos juizes a partir do IVC obteve concordância maior que 90% e o SAM do público-alvo foi 92,50% (ótimo) e 11,25% (adequado). As sugestões foram acatadas e modificadas no manual. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, sob o número CAAE 84805318.6.3001.5440. Conclusão: A elaboração deste manual tem a pretensão de fornecer material educativo apropriado aos receptores de transplante de fígado, com vistas a contribuir para a compreensão acerca do tratamento.

## EP-018

**TRANSPLANTE DE CórNEA: A NOSSA REALIDADE...**

Hélder Rui Lopes

**CHULC**

Introdução: Em 1905, realizou-se a primeira queratoplastia penetrante. Desde então surgiram inúmeros avanços ao nível das técnicas cirúrgicas, dos materiais e equipamentos, dos meios de conservação e da farmacologia originando a era das queratoplastias lamelares. Estas, permitem uma substituição seletiva das camadas da córnea afetadas com menores complicações e melhores resultados funcionais. Associado a esta realidade houve também alterações significativas na Enfermagem Perioperatória ao utente submetido a transplante de córnea. Objetivos: Dar a conhecer a atividade de transplantação de córnea de um hospital central Evidenciar os cuidados de enfermagem ao utente submetido a transplante de córnea. Metodologia: Trata-se de uma caracterização da atividade cirúrgica e das intervenções do enfermeiro no perioperatório ao utente submetido a transplante de córnea. Resultados: Através da nossa realidade, descrevemos a atividade de transplantação de córnea de 2016 a 2020, assim como, as intervenções do enfermeiro no perioperatório, sustentadas na melhor evidência científica possível, estabelecendo as respetivas pontes de comunicação, fulcrais para a continuidade dos cuidados, de forma a obter valor e ganhos em saúde. Conclusões: A prevalência da queratoplastia lamelar nos últimos 5 anos é um indicador de qualidade. A prática de cuidados perioperatórios está intimamente conexas à segurança, à capacitação, ao conhecimento e à satisfação do utente submetido a transplante de córnea de forma a obter valor e ganhos em saúde. Referências Bibliográficas: Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2012). Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados. Loures: Lusodidacta. Hjortdal, J. (2015). Corneal Transplantation. Charm: Springer International Publishing. Boynton GE, Woodward MA. (2015). Evolving Techniques in Corneal Transplantation. Curr Surg Rep: 3(2). Acedido a 9 de Março de 2021 em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4474142/Rothrock> (2008). Alexander: cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª Ed. Loures: Lusodidacta

## EP-019

**CRIAÇÃO DA DISCIPLINA "DOAÇÃO E TRANSPLANTE" NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HU-UFMA**

Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima<sup>1</sup>; Polianna Costa Bortolon Melo<sup>1</sup>; Kenya Mara Veras Santos<sup>1</sup>; Priscila Monteiro de Almeida<sup>1</sup>; Regina de Fátima Cruz de Morais<sup>1</sup>; Ângela Inês Brito Veiga<sup>1</sup>; Luiza Maria de Nóvoa Moraes<sup>1</sup>; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira<sup>1</sup>; Leonardo Oliveira Lima<sup>2</sup>; Lorena Monteiro Borges<sup>3</sup>

1 - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; 2 - Hospital Municipal Miguel Couto; 3 - Centro Universitário Serra dos Órgãos

INTRODUÇÃO: O processo de doação e transplante é complexo e envolve diferentes profissionais e setores durante um período de tempo de cerca de 12 a 72 horas. As primeiras atividades de transplantes no Brasil iniciaram na década de 60 e desde então vêm progredindo tanto em técnicas como em resultados. No Maranhão, o processo de doação e transplante foi iniciado em 2000 com a implantação da Central Estadual de Transplante. Porém, durante as últimas duas décadas, os avanços nessa área no nosso estado têm sido ínfimos. Destacando-se assim a necessidade de formar profissionais de saúde que atuem nessa área. OBJETIVO: Capacitar e qualificar profissionais de saúde para atuar na área do processo de doação e transplante, com assertividade, ética e responsabilidade. MATERIAIS E MÉTODOS: Um programa analítico do curso foi criado e aulas on-line na plataforma classroom foram oferecidas para 55 estudantes, durante 6 manhãs com a duração de 5 horas, totalizando uma carga horária de 30h. RESULTADOS: Os alunos foram avaliados pela participação nas aulas e por questionários aplicados pelos professores. O aproveitamento médio entre os alunos variou de 80 a 100%. CONCLUSÃO: Em função da ausência de uma disciplina direcionada ao processo de doação e transplante no curriculum dos profissionais de saúde, acreditamos ser de fundamental importância capacitar e qualificar estes profissionais para compor os serviços envolvidos nessa área. Além disso, com uma orientação técnica e científica adequada esse processo se tornará mais eficaz, o que resultará em melhores resultados aos pacientes que necessitam desse procedimento.

## EP-020

**PERFUÇÃO HIPOTÉRMICA COM OXIGENAÇÃO NO ENXERTO DE FÍGADO – RELATO DO PRIMEIRO CASO PORTUGUÊS**

João Simões<sup>1,2</sup>; João Afonso<sup>1,2</sup>; Júlio Constantino<sup>2,3</sup>; Pedro Oliveira<sup>1,2,3</sup>; Ricardo Martins<sup>1,2,3</sup>; António Pinho<sup>1,2,3</sup>; Emanuel Furtado<sup>1,2,3</sup>; Guilherme Tralhão<sup>1,2,3</sup>; Dulce Diogo<sup>1,2,3</sup>

1 - Serviço de Cirurgia Geral; 2 - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Unidade de Transplantação Hepática de Adultos

O recurso a dadores de critérios expandidos tem sido crescente nos últimos anos; a sua utilização está associada a maior taxa de função pobre do enxerto, com impacto negativo na recuperação dos recetores com pior prognóstico. Caso clínico: sexo masculino, de 49 anos, com diagnóstico de cirrose hepática de etiologia alcoólica (Child- Pugh C, MELDNa 27), trombose da veia porta com extensão à veia mesentérica superior (Yerdel grau 2) e síndrome hepatorenal tipo 1. Classificado como ACLF2, apresentava ainda antecedentes recentes de peritonite bacteriana espontânea. Internamento hospitalar pré-transplante durante 17 dias. Enxerto proveniente de pedido urgente, dador cadavérico isogrupal, sexo feminino, 66 anos. A causa de morte foi AVC isquémico, com 5 dias de internamento em unidade de cuidados intensivos. O D-MELD foi calculado em 1782. Durante preparação do enxerto, foi realizada perfusão hipotérmica com oxigenação. Foi realizada perfusão contínua de 2 litros de soluto, por canulação da veia porta, durante 123 minutos, com um fluxo portal máximo de 250 mL/min e pressão máxima 3mmHg. A temperatura do soluto durante o procedimento foi entre 4º e 10ºC e o fluxo de oxigénio foi de 15L/minuto. Realizado transplante hepático ortotópico pela técnica de piggyback. O tempo de isquemia fria foi de 420 minutos e o tempo de isquemia quente foi de 73 minutos. Os valores de enzimas hepáticas ao 7º dia pós transplante: ALT 94U/L, AST 106U/L e bilirrubina total 1,9mg/dL. O INR foi de 1,28. A biópsia hepática do enxerto pós-reperusão revelou lesões ligeiras de isquemia de perfusão/reperusão. O doente teve alta ao 25º dia pós-transplante, sem intercorrências. A perfusão hipotérmica com oxigenação é uma técnica segura, com potencial na preservação e recuperação do enxerto. No presente caso, a excelente função precoce do enxerto foi determinante para a evolução favorável de um recetor com múltiplas complicações da doença hepática de base.

## EP-021

## SARCOMA DE KAPOSI APÓS TRANSPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Catarina Cordeiro<sup>1</sup>; Susana Nobre<sup>1</sup>; Sandra Ferreira<sup>1</sup>; Maria José Julião<sup>2</sup>; Catarina Cunha<sup>3</sup>; Manuel Brito<sup>4</sup>; Isabel Gonçalves<sup>1</sup>

1 - Unidade de Hepatologia e Transplantação Hepática, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 3 - Serviço de Cirurgia e Queimados, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; 4 - Serviço de Oncologia, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

O Sarcoma de Kaposi (SK) surge associado ao HIV, mas também em imunodeprimidos após transplante de órgãos sólidos, sendo muito raro nas crianças. O prognóstico relaciona-se com o envolvimento sistémico. Relatamos 3 casos de SK após transplante hepático (TH) pediátrico. 1. TH aos 3 anos por colestease intra-hepática familiar. Cinco meses depois apresentou febre, polipneia, tosse, adenopatias e esplenomegalia. Anemia (9,2g/dl), trombocitopenia (55.000/uL), GGT 198U/L, AST/ALT 71/51U/L. Pela suspeita de PTLT, suspendeu tacrolimus e iniciou metilprednisolona. Teve melhoria transitória, seguida de deterioração clínica, pancitopenia, hepatoesplenomegalia, EBV positivo (100.500cópias/ml). Cumpria critérios de linfocitose hemofagocítica, tendo iniciado protocolo HLH 04. Biópsia ganglionar diagnosticou SK. Cargas virais HHV8 positivas. Iniciou sirolimus e valganciclovir com melhoria. Após 5 anos, boa função do enxerto, sem recidiva 2. TH aos 2 anos por cirrose biliar secundária. Disfunção do enxerto 2 anos depois, quadro de febre com conglomerado adenopático cervical. Anemia (10g/dl), trombocitopenia (50.000/uL), adenopatias cervicais volumosas com infiltração do cavum, hilo hepático, esplenomegalia e EBV positivo. Suspendeu tacrolimus e iniciou metilprednisolona. Medulograma revelou hemofagocitose. Biópsia ganglionar diagnosticou SK, doença de Castleman e linfoma plasmoblástico com infecção por HHV8 (19.900cópias/ml). Iniciou sirolimus e imunoterapia com melhoria progressiva. Cinco anos depois, sem doença com enxerto normal. 3. TH e re-TH aos 8 meses por ACLF. Após 6 meses, com diarreia e distensão abdominal. Anemia (9,1g/dl), trombocitopenia (45.000/uL), enzimas hepáticas normais, CMV positivo (1214cópias/mL). Iniciou ganciclovir. Progressiva deterioração, adenopatias cervicais e axilares, esplenomegalia e pancitopenia. Suspendeu tacrolimus. Biópsia ganglionar diagnosticou SK com infecção pelo HHV8 (24.800cópias/ml). Iniciou sirolimus com melhoria (seguimento de 3 semanas). Febre ou prostração associadas a adenopatias e citopenias graves, deve evocar um SK, além de PTLT no diagnóstico diferencial. Nos casos apresentados, a estratégia foi reduzir a imunossupressão e substituir o inibidor da calcineurina por um inibidor mTOR e, na ausência de resposta, iniciar quimioterapia.

## EP-022

## LIVER TRANSPLANTATION DURING COVID-19 PANDEMIC: A SINGLE CENTER EXPERIENCE

Renata Marcolino Nogueira; Victor Hugo Ribeiro Vieira; Marcela Arruda Saboia Nogueira dos Santos; Lucas Demétrio Domingues de Souza; Thiago Pereira Bellinha; Lúcio Auler; Renato Toledo; Gustavo Torres; Laura Cristina Machado Pinto; Livia Barroso Victor Bianchine de Moura; Luciana Carius; Cristiane Carius; Lucas Jaegger; Ludmilla Silva Oliveira; Livia Guimarães; Caroline Baldin; Joyce Roma; Márcia Halpern; Elizabeth Balbi; Lúcio Filgueiras Pacheco Moreira

## Hospital Quinta D'or

The first confirmed COVID-19 case in Brazil was on February 26, 2020, so far there are 10,869,227 cases and 262,770 deaths (2.4 % of lethality). Patients with liver diseases are immunocompromised and therefore more vulnerable to COVID-19, in theory, which can be often fatal. During 2020 medical Associations have recommended strategies to reduce COVID-19 risk on the management of patients with liver diseases, but caring for decompensated cirrhosis, HCC, or transplant patients, should continue with the same standard treatment. The purpose of this study is presenting our liver transplant serie between March, 2020 - February, 2021 in a Brazilian single center and the COVID-19 pandemic impact. During the period 29 liver transplantation in 28 patients were performed, in which, 8 were female patients and 20 were male. No living donor liver transplantation was performed. The median age was 52 years. The most common indication of transplant was HCC. The median MELD was 21. The mortality rate was 10,3% and just one patient confirmed COVID-19 during the immediate post operative period. This patient was infected during the hospitalization 14 days post liver transplantation and died 69 days after the procedure due to mesenteric ischemia secondary to fungal sepsis. Some strategies used to minimize infection risk: Performing SARS-COV-2 RT-PCR test on the liver donor and recipients and distinct hospital units to infected or suspicious patients. Conclusion: Our data demonstrates that liver transplantation during COVID-19 pandemic was safe to be performed, since the mortality rate did not altered comparing to the same period in the past years. The only infected patient have died of complication not related to the COVID-19.

## EP-023

## CHANGES IN LIVER BIOPSY IN POST LIVER TRANSPLANTATION COVID-19 INFECTION: CASE REPORT

Laura Cristina Machado Pinto; Elizabeth Balbi; Marcia Halpern; Luciana Pereira Carius; Livia Víctor; Erico Pessoa Canal; Ludmilla Oliveira; Livia Guimarães; Vitor Hugo Oliveira; Lucas Demétrio; Thiago Belinha; Marcela Arruda; Renata Marcolino Nogueira; Geysa Bigi Maya Monteiro; Carlos Frederico Ferreira Campos; Lucio Filgueiras Pacheco Moreira

## Hospital Quinta Dor

Introduction: Studies concerning the description and interpretation of liver histopathological alterations associated with COVID-19 infection are completely lacking and most are post-mortem autopsies. Aims: To report a case where the patient long-term post liver transplantation (LT), after recover COVID-19 infection, presented with elevated aminotransferases that requirement liver biopsy. Case Report: An 57 year male post LT in 2016 due HCV cirrhosis and hepatocellular carcinoma. HCV was success previous treated. The immunosuppression were based at tacrolimus (TAC) and mycophenolato sodium (MPS). He was admitted due to fever and dyspnea on 8 day of symptoms. The laboratory tests showed normal white blood cells and platelets count (WBC 4.800/mm, PLQ 166.000/mm), elevated C-reactive protein (15.2mg/dl), high D-dimer values (3.081ng/ml) and 1.5 times aminotransferases serum levels (AST 56U/L, ALT 52U/L). Naso-pharyngeal swab tested for SARS-COV-2 resulted positive. Chest CT showed peripheral ground-glass appearance and areas of consolidation. He received ceftriaxone, azithromycin, dexamethasone. We withdrawal the MPS and maintained the TAC. He needed supplemental oxygen with a reservoir mask for 6 days and he did not receive noninvasive positive pressure ventilation. In the subsequent days, he promptly recovered. However, on 12 day he evolved with important elevation the aminotransferases (AST 286U/L, ALT 861U/L), ALP and bilirubin were normal. The arterial doppler was normal. We suspect of the acute cellular rejection and we increased the corticosteroids doses, when finally made pulses with methylprednisolone 1g for three days. The liver biopsy was performed before the pulse with corticosteroids and the histopathological analysis showed macrovesicular steatosis, dilatation and congestion sinusoidal, dilatation portal and hepatic venules, with thickening of vascular wall, absence thrombosis. Conclusion: This report case about liver biopsy made after resolution COVID-19 infection in post LT patient due elevation aminotransferases serum levels. The analysis showed changes found in post-mortem autopsies post COVID-19, suggesting effect properly infection.

## EP-024

## REPERFUSÃO PORTAL PELA VEIA GÁSTRICA ESQUERDA NO TRANSPLANTE HEPÁTICO DE PACIENTES COM TROMBOSE DE VEIA PORTA – CASUÍSTICA DE 8 PACIENTES EM UM ÚNICO CENTRO

José Huygens Parente Garcia<sup>2</sup>; Carlos Eduardo Lopes Soares<sup>1</sup>; Madalena Maria Silva Coutinho<sup>2</sup>; Alexia Rangel de Castro<sup>1</sup>; Kevyn Alisson Nascimento Gurgel<sup>1</sup>; Clébia Azevedo de Lima<sup>2</sup>; Gustavo Rego Coelho<sup>2</sup>

## 1 - Universidade Federal do Ceará; 2 - Hospital Universitário Walter Cantídio

Introdução: A Trombose de Veia Porta (TVP) foi considerada contraindicação ao transplante durante muitos anos, devido a dificuldades técnicas e alta mortalidade. Atualmente, buscam-se alternativas viáveis e seguras para a realização de transplante hepático em pacientes com TVP. Dessa forma, visando um adequado fluxo sanguíneo para o enxerto, várias técnicas têm sido desenvolvidas, podendo citar shunts, enxertos vasculares e trombectomias, sendo esta última o principal método empregado, algumas vezes, porém, não se conseguindo o bom fluxo esperado. Materiais e métodos: Estudo retrospectivo com revisão dos prontuários de 8 pacientes submetidos à transplante hepático com realização de anastomose término-lateral entre veia porta (VP) e veia gástrica esquerda (VGE) como opção para melhor forma de reperfusão do enxerto nessas situações. Resultados: Entre os pacientes, 7 (88%) eram do sexo masculino. A média de idade foi de 58 ± 9,56 anos (40-69 anos). A mediana do MELD foi 20,5 ± 2,59 (18-24). Cirrose alcoólica foi o diagnóstico de quatro casos (50%). Cinco pacientes (63%) receberam situação especial, sendo o carcinoma hepatocelular (CHC) a causa em 4 casos (80%). Quatro pacientes (50%) apresentavam trombose de VP de grau III e quatro (50%) apresentavam trombose grau IV, na classificação de Yerdel. Desse total de casos, 6 (75%) evoluíram bem, sem complicações; 1 paciente apresentou, dois meses após o transplante, estenose em veia cava superior, que não mostrava relação com a anastomose realizada; e 1 caso resultou em óbito 8 meses após o transplante em virtude de recidiva de (CHC). Discussão e conclusão: De acordo com os dados apresentados, nos quais houve sucesso na realização da técnica empregada com 8 pacientes durante transplante hepático, conclui-se que a anastomose vascular entre VP e VGE é uma alternativa viável aos pacientes com trombose do sistema porta, garantindo eficiente fluxo sanguíneo de forma a assegurar a função do enxerto.

## EP-025

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DA VULNERABILIDADE DO DOENTE TRANSPLANTADO HEPÁTICO**

Carla Anjos; Beatriz Miguel

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central - Hospital Curry Cabral

As doenças hepáticas crônicas atingem cerca de 30 milhões de pessoas em todo o mundo. O transplante surge como o último recurso em situação de doença hepática avançada. Nos últimos vinte e cinco anos, as taxas de sobrevida melhoraram significativamente, atingindo índices de 96% e 71% aos 1 e 10 anos, respetivamente, após o transplante. A introdução de novos imunossuppressores, avanços nas técnicas cirúrgicas, o diagnóstico precoce e o tratamento de complicações, contribuíram para o progressivo sucesso. Com o aumento da sobrevida destes doentes, é essencial melhorar também a qualidade de vida dos mesmos, isto é, o bem-estar físico, psicológico e social. Este trabalho pretende demonstrar a importância do papel do enfermeiro nos cuidados pós transplante, relacionados com a gestão da doença crónica e gestão do regime terapêutico. Como metodologia foi realizada uma revisão integrativa da literatura, sendo os critérios de inclusão, artigos publicados entre 2010 e 2020, com idiomas de português, inglês e espanhol, na população adulta submetida a transplante hepático. O transplante representa a passagem de uma condição de sofrimento e ameaça à vida para uma situação mais saudável. Nesta transição o enfermeiro desempenha um papel importante, promovendo a assistência segura e efetiva dos doentes e seus familiares. Os ensinamentos sobre os cuidados a ter, tanto em relação ao regime terapêutico, quanto à observação de possíveis sinais de alerta que possam indicar algum tipo de problema com o enxerto, desempenham um papel fundamental. Estes ensinamentos, acarretam uma mudança de estilo de vida interferindo até nas crenças e valores. Neste sentido os enfermeiros promovem a aquisição de novos conhecimentos e habilidades que permitem uma gestão adequada do autocuidado, assim como a mobilização e/ou criação de estratégias facilitadoras da transição. Sendo que a forma como é efetuado o acompanhamento dos doentes tem um impacto significativo no sucesso da transplantação.

## EP-027

**KEY FACTORS FROM THE OFFERING SCHEME FOR KIDNEY TRANSPLANTATION AT LISBON CENTRES**

Luis Ramalhete; Ana Teixeira; Cristiana Teixeira; Dulce Roldão; Maria Isabel Silva; Maria Ascensão Matos; Paula Almeida1; Pedro Mendonça; Pedro Venturini; Olga Abade; Dario Ligeiro

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal

From 2015-19, centres of CHULC, CHULN-adult and paediatric, CHLO, HGO and HCVP, at Lisbon, performed 871 renal transplants (mean, range, 174, 168-185), including 30 (3,4%) paediatric and 21 (2,4%), high clinical priority. Transplant recipients (TR) and candidates in the waiting list (WL, n=1028, May 2020) mean age was found correlated (52.0, 41-61 vs. 52.0, 43-60) (mean, Q1-Q3, respectively). In addition, a small recipient-donor age difference (-3, -10 to +4) suggests a good balance scheme in terms of the age matching. Regarding blood group type, and despite the isogroup preference in the offering scheme, there were 6.7% non-isogroup transplants penalizing mostly O types (40.2% of TR vs 53.8% of WL) and B types (8.6% of TR vs 13.4% of WL). Relative frequencies of 0, 1, 2, 3, 4, 5 and 6 transplant mismatches for HLA-ABDR were 1.6, 5.5, 16.8, 25.8, 24.4, 19.2 and 6.7%, respectively. Considering PRA-CDC allo-sensitization, 3.1% TR were highly immunized (>80%), 6.3% were medium (50-80%) and 90.6% were non/low immunized (0-50%). Upon the WL, these fractions were 5.5, 7.5 and 87.1% respectively. All the above factors are in the run match determining 12.9 (10.9-15.1) as mean TR allocation point score. The unbalances were noted as a gender-bias with 65,4% male recipients, a proportion significantly higher than male frequency in the WL (57.4%) (p<0.0004). Probably due to pregnancy-induced sensitization female are less likely of having a kidney offered for transplant. The most significant factor for transplant offering was found the calculated PRA (cPRA) still unweighted in the allocation scheme. High cPRA TR (98-100%) were 6.8%, and the WL proportion is 33,1%, p<0.0001, medium (80-98%) TR were 10.9% versus WL 14.5%, p=0.016 and low (0-80%) TR were 80.6% versus WL 52.3%, p<0.0001. Overall, these factors determined 1828 days (1250-2559) as TR mean waiting time while the WL showed 1431days (829-2303).

## EP-026

**AValiação de aloanticorpos citotóxicos e de IGG ligante não-ativadora do complemento por citometria de fluxo.**

Alice Lima; Luis Ramalhete; Dario Ligeiro

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal

A determinação e caracterização de aloanticorpos constitui o principal imunodiagnóstico na transplantação. Os aloanticorpos pré-formados constituem o principal fator de risco imunológico do transplante e dirigem a escolha do par dador-recetor. A formação de anticorpos anti-dador de novo é um elemento do diagnóstico da disfunção do enxerto por agressão imunológica. A avaliação da aloreatividade pré/pós transplante é estabelecida a partir de um conjunto de testes celulares e/ou imunoenaios Luminex com painéis de antígenos do MHC. O teste celular padrão avalia a presença de anticorpos citotóxicos ativadores do complemento, dirigidos contra o dador (prova cruzada), ou quando estabelecido contra um painel de células representativas da diversidade imunogenética da população define a % de reatividade (perfil de imunização- PRA). O teste é específico para anticorpos citotóxicos, mas tem baixa sensibilidade e exige linfócitos viáveis com alta diversidade imunogenética. A prova cruzada anti-linfócito por citometria de fluxo avalia com alta sensibilidade a imunoglobulina IgG ligante às células B e T do dador. No formato padrão, permite inferir a presença de IgG anti-HLA-I/II, porém não a citotoxicidade. Num formato recente, em desenvolvimento no CSTL-T, é feita a incubação otimizada das células teste e soro do candidato com uma fonte de complemento bioativo. As células são depois caracterizadas por citometria de fluxo, é avaliada a IgG ligante do soro e estabelecida a frequência de células 7AAD+/- lisadas e viáveis respetivamente. A análise comparativa com controlos positivos e negativos permite estabelecer com objetividade e sensibilidade o ratio da citotoxicidade de um soro, a presença de IgG ligante não-citotóxica e reconhecer a citotoxicidade derivada de anticorpos não- IgG. A metodologia está a ser dirigida ao estudo dos candidatos que apresentam reatividade elevada nos imunoenaios, para determinar o perfil citotóxico dessa aloreatividade. Nos estudos post-transplante permitirá reconhecer anticorpos anti-dador de novo não-citotóxicos referidos como de menor patogenicidade para aloenxerto.

## EP-028

**LONG WAITING PATIENTS OF THE ACTIVE SOUTH REGION KIDNEY TRANSPLANT LIST**

Luis Ramalhete; Dario Ligeiro

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa, IPST-IP, Lisboa, Portugal

The current Portuguese kidney allocation scheme awards a score of 0.1 points for each month of renal substitution therapy, and this value is maintained in cases where the transplant does not work for a period < 90 days. In the period of 2015-2019 the median waiting time (WT) of transplanted patients in the south of Portugal was 1828 days (1250-2559, Q1-Q3). However, the active list includes a significant number of patients (n=102, (10.3%) at 06-02-2021) with twice and more the median waiting time (>10 years). When subgrouped by waiting time intervals (G1:>20 years, G2:15-20 years and G3:10-15 years), there were 9, 30 and 63 patients at G1, G2 and G3, respectively. In the overall group, females were 53.9% (G1:4, G2:14 and G3:34 patients), and 74.5% had at least one previous transplant (G1:7, G2:23 and G3:46 patients). Mean age among subgroups was found G1:55.5 (44-65), G2:53.7 (35-72) and G3:50.6 (26-68), (years, minimum- maximum). Blood group distribution among long waiters was found O=39.2%, A=35.3%, B=18.6% and AB=6.8% and not significantly different from the whole list. Of these, only 27.5% were classified highly sensitized PRA-CDC>80%, however, the valuation with HLA-ABCDRDQ single antigen testing unveils extremely high cPRA for all subgroups (G1:99.95%, G2:99.96% and G3:99.42%). Furthermore, it is important to note that 5 of these patients are classified with a SU clinical request for a national priority allocation. In conclusion, here we present a group of long waiters and notwithstanding high scores from WT (13.8, 11.9- 16.0; mean, Q1-Q3) and clinical priority continue excluded from donor's allocation lists due to high cPRA and subsequent positive virtual crossmatch by non-permissible mismatches run scheme. These are 10% of the current waiting list, however, the trending towards the current allocation scheme, which does not include a weighed factor for high cPRA impact is to increase these patients subgroup.

## EP-029

## DIFFERENT SENSITIZATION GROUPS ARE SHAPED BY CELLULAR TESTING AND IMMUNOASSAY ALLOREACTIVE SCREENING

Luis Ramalheite; Maria Isabel Silva; Maria Ascenção Matos; Dario Ligeiro

Centro de Sangue e Transplantação de Lisboa - Área da Transplantação, IPST-IP, Lisboa, Portugal

Pre-formed alloreactive antibodies are conventionally detected with low sensitivity cellular PRA-CDC. The portuguese allocation scheme uses PRA-CDC to establish the medium to highly sensitized status (PRA-CDC  $\geq 50\%$  and  $\geq 80\%$ , respectively) scored with 4 and 8 points respectively and regional preferential allocation for the latter. Immunoassays for HLA antigens have provided high sensitivity and classification of anti-HLA reactivity. The allocation run match takes immunoassays results to establish donor-recipient non-permissive mismatches by means of a virtual crossmatch (vCxM). The calculated PRA (cPRA) linked this feature is considered in the scheme. Here, we compare allosensitization grading in the South kidney transplant waiting list for both PRA-CDC and cPRA evaluations. This study was conducted with 1028 patients from the South region kidney active waiting list by May 2020. PRA-CDC was performed with a panel of mononucleated cells representative of HLA antigen diversity in the Portuguese population and scored as high ( $\geq 80\%$ ), intermediate (50-80%), low (1-50%) and no allosensitization (0%). cPRA was calculated for anti-HLA antibodies HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DQB1 with MFI  $>1000$  normalized for gene frequencies in 2668 Portuguese individuals from the bone marrow donors registry and classified as high ( $\geq 98\%$ ), intermediate (80-98%), low (1-80%) and no- allosensitization (0%). The highly sensitized PRA-CDC patients in the waiting list were 56 (5.8%), a low number when compared with the 341 (33.2%) with high cPRA. There were 77 (7.5%) patients with an intermediate PRA-CDC and 149 (14.5%) presented a cPRA in the same grade. The low/no sensitization CDC/cPRA grouping were 453(44.1%)/519(50.7%) and 425(41.5%)/113(11.3%) respectively. Allosensitization grouping with PRA-CDC and cPRA is significantly different. While there is a positive ordering at the national allocation scheme for high PRA-CDC, there is no balance for high cPRA patients with a low probability of a negative virtual crossmatch. These factors impact in the equity to the renal transplant access should be carefully reviewed.

## EP-030

## EDUCAÇÃO PARA CONSCIENTIZAÇÃO DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO SOBRE A DOAÇÃO E O TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS HUMANOS

Carlos Alexandre Curylofo Corsi<sup>1</sup>; Elton Carlos de Almeida<sup>2</sup>; Marcelo José dos Santos<sup>3</sup>; Alan Vinícius Assunção Luiz<sup>4</sup>; Natássia Condilo Pitta<sup>4</sup>; Kátia Gabriel Scarpelini<sup>1</sup>; Rodolfo Leandro Bento<sup>1</sup>; Tauana Vasconcelos<sup>5</sup>; Jessyca Michelin Barbosa<sup>5</sup>; Marelaine Prandi<sup>5</sup>; Luís Gustavo Gazoni Martins<sup>1</sup>

1 - Banco de Tecidos Humanos do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - HCFMRP/USP; 2 - Ministério da Saúde - Brasil; 3 - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EE/USP; 4 - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP; 5 - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP

Objetivo: Com objetivo de esclarecer e conscientizar sobre o processo de doação e transplante de órgãos e tecidos, fomentando a discussão sobre a temática no ambiente escolar e familiar, foram realizadas várias intervenções educativas com alunos do ensino médio (entre 15 e 18 anos) de escolas estaduais do interior de São Paulo, Brasil. Método: Trata-se de uma pesquisa-ação idealizada e executada por um grupo de alunos pós-graduandos da Universidade de São Paulo (USP) e profissionais do Banco de Tecidos Humanos (HCFMRP-USP), que juntos desenvolveram atividades educativas, conforme as necessidades verbalizadas pelo grupo de intervenção, sobre a temática envolvida. Um questionário de avaliação, previamente desenvolvido, foi entregue aos grupos para preenchimento, posteriormente elucidou-se o processo de morte encefálica, enfrentamento de morte, doação e transplante de órgãos e tecidos. Bonecos característicos aos órgãos, cartilhas com perguntas e respostas, desenhos para colorir e amostras de fragmentos de tecidos ósseos (cedidas com autorizações) também foram apresentados, mostrando a importância do processo de doação. Ao final o mesmo questionário foi entregue aos alunos, finalizando assim a atividade. Resultados: Na análise comparativa dos dados pré e pós intervenção, mais de 90% dos alunos mudaram de opinião declarando-se doadores de órgãos e tecidos e, além disso, declararam também que conversariam com seus familiares sobre o assunto. Discussão e Conclusão: Nota-se a importante mudança de tomada de decisão dos alunos quanto a perguntas contidas no pré e pós-questionário. Desta forma, conclui-se a importância de atividades educativas, por meio de metodologias ativas, para conscientização de escolares em fase de aprendizagem, ao compreenderem a doação como ato solidário e cidadão, capaz de mudar e/ou salvar vidas.

## EP-031

## INTERVENÇÕES MUDIÁTICAS E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS - UMA ANÁLISE PARA O BRASIL

Tallys Kalyinka Feldens; Paulo de Andrade Jacinto

Universidade Federal do Paraná

Este artigo analisa como as intervenções midiáticas na forma de campanhas publicitárias, novelas e notícias pela doação de órgãos possuem capacidade de elevar o nível de doação e reduzir a escassez de órgãos no Brasil. A partir de registros da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos (ABTO) e do uso de um painel de dados com informações de condições de ofertas, características demográficas e informações sobre as intervenções na forma de campanhas publicitárias, novelas e notícias e um estimador within, é possível observar que a doação de órgãos é sensível às novelas que abordam o tema. Campanhas publicitárias e notícias apenas apresentam efeitos sobre a doação de órgãos quando combinadas com as novelas.

## EP-032

## PROGRAMA DE EXTENSÃO PARA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA A PACIENTES DE TRANSPLANTE DE UMA UNIVERSIDADE FEDERAL BRASILEIRA

Larissa Fassarella Marquiere<sup>1</sup>; Victória Flor Bretas<sup>1</sup>; Leandro César Silva Contarini<sup>1</sup>; Bárbara Lima Cruz<sup>1</sup>; Ingrid Aline Muniz<sup>2</sup>; Ricardo Santiago Gomez<sup>2</sup>; Carolina Nemésio de Barros Pereira<sup>1</sup>; Cláudia Lopes Brilhante Bhering<sup>1</sup>; Mauro Henrique Nogueira Guimarães de Abreu<sup>1</sup>; Danilo Rocha Dias<sup>1</sup>; Caroline Christine Santa Rosa<sup>2</sup>; Elen Marise Castro Oliveira<sup>1</sup>; Fabiano Araújo Cunha<sup>1</sup>; Felipe Paiva Fonseca<sup>1</sup>; Francine Benetti<sup>1</sup>; Marcos Daniel Septímio Lanza<sup>1</sup>; Patrícia Valente Araújo Jacques Gonçalves<sup>1</sup>; Rafael Paschoal Esteves Lima<sup>1</sup>; Ricardo Rodrigues Vaz<sup>1</sup>; Thaís Yumi Suzuki<sup>1</sup>; Warley Luciano Fonseca Tavares<sup>1</sup>; Ana Maria Rebouças Rodrigues<sup>3</sup>; Humberto Correa de Almeida<sup>1</sup>; Fabiana Barbosa Amaral Pereira Guimarães<sup>4</sup>; Maurício Aquino de Castro<sup>1</sup>; Frederico Santos Lages<sup>1</sup>; Ênio Lacerda Vilaça<sup>1</sup>; Leandro Napier de Souza<sup>1</sup>; Maria Elisa de Souza E Silva<sup>1</sup>

1 - Universidade Federal de Minas Gerais; 2 - Faculdade de Minas - BH; 3 - Universidade Vale do Rio Verde; 4 - Universidade Vale do Rio Verde de Três Corações

O Programa de Assistência Odontológica a Pacientes de Transplante (PAOPT) oferece atendimento odontológico integral a pacientes de transplante de fígado, rins, medula óssea e com comprometimento gastrointestinal. Esses pacientes são encaminhados pelo Hospital das Clínicas regional pelo Sistema Único de Saúde. A assistência é prestada por acadêmicos sob supervisão docente e tem como objetivo principal eliminar os focos infecciosos bucais antes do transplante. Isso contribui para reduzir o risco de infecções e para manter e monitorar a saúde bucal dos pós-transplantados, especialmente os que requerem imunossuppressores. O programa iniciou em 2002 a partir de um projeto de extensão e hoje agrega cinco projetos. Desde então, já foram atendidos 998 pacientes, sendo 628 de medula óssea, 260 de fígado, 72 de rins e 38 com comprometimento gastrointestinal. Os prontuários de todos os pacientes compõem um banco de dados informatizado, o qual propicia a coleta de informações para a elaboração e aperfeiçoamento dos protocolos do programa e para a produção de conhecimento científico, que também é um importante objetivo do programa. São realizadas semestralmente dinâmicas de acolhimento com os pacientes, por meio de rodas de conversas, nas quais há o compartilhamento de saberes sobre saúde bucal e sua importância para a saúde geral; o esclarecimento de dúvidas e o incentivo ao cuidado bucal. Os pacientes também avaliam o atendimento a partir de suas expectativas e satisfação com a assistência oferecida, preenchendo voluntariamente formulários de linguagem acessível e fácil compreensão. No primeiro semestre de 2020, o programa envolveu 53 alunos de graduação e pós-graduação e 23 docentes. Com a pandemia, apenas urgências estão sendo atendidas presencialmente, mas atividades remotas estão sendo desenvolvidas com alunos, professores e pacientes. O PAAOPT oferece acolhimento humanizado e tratamento odontológico integral de qualidade. Assim, aumenta as chances de sucesso dos transplantes e promove qualidade de vida dos pacientes.

## EP-033

**TRANSPLANTES EM POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA ANÁLISE DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS NO BRASIL**

Glaziele Rodrigues Garcia; Giseli Costella; Loiva Beatriz Fernandes Letner dos Santos Filha; Mylena Sturza Goethel; Virginia Leonardi Dambros; Giovanna Dos Santos Bruni; Laura Hackenhaar Heck; Lucas Kuelle Matte; Paula Daronco Berlezi; Rebeca Delatorre Fonseca; Samara Trevisan

Universidade Luterana do Brasil

Introdução: O Brasil possui o maior sistema público de transplantes de órgãos do mundo, sendo regulamentado pela Lei nº 9.434/1997, no Decreto nº 2.268/1997 e na Portaria GM/MS 2.600/2009, que também determina uma lista de espera única e específica para cada órgão. OBJETIVOS: Analisar o número de transplantes em população pediátrica realizados no Brasil entre o período de 2015 a 2020. METODOLOGIA: Estudo transversal descritivo sobre o número de transplantes realizados em população pediátrica realizados no Brasil, entre os anos de 2015 a 2020, através dos dados apontados nos boletins anuais de Registro Brasileiro de Transplantes (RBT). RESULTADOS: Em 2015, dentre as 1077 crianças em lista de espera, 532 (49%) transplantaram, ocorrendo 316 (80%) transplantes renais, 176 (72%) hepáticos, 33 (42%) cardíacos e 7 (54%) pulmonares nesta população. Em 2016, ocorreram 527 (42,16%) transplantes pediátricos, sendo 310 (58,82%) renais, 180 (34,15%) hepáticos, 32 (6,07%) cardíacos e 5 (0,94%) pulmonares. Em 2017, foram realizados 565 (47,71%) transplantes, sendo 319 (56,46%) renais seguidos de 206 (36,46%) hepáticos, 38 (6,72%) cardíacos e 2 (0,35%) pulmonares. Em 2018, ocorreram 600 (46,91%) transplantes pediátricos, sendo 326 (54,33%) renais, 225 (37,50%) hepáticos, 36 (6%) cardíacos e 12 (2%) pulmonares. Em 2019, ocorreram 584 (53,43%) transplantes pediátricos, sendo 310 (63,08%) renais, 236 (40,41%) hepáticos, 32 (5,47%) cardíacos e 6 (1,02%) pulmonares. Em 2020, 486 crianças em lista (45,63%) transplantaram, sendo 242 (49,79%) transplantes renais, 200 (41,15%) hepáticos, 39 (8,02%) cardíacos e 5 (1,02%) pulmonares. CONCLUSÃO: O número total de transplantes pediátricos no Brasil apresentou queda progressiva durante os últimos cinco anos, evidenciando a necessidade de novas medidas para que a lista de espera dos órgãos seja suprida pela demanda de órgãos disponibilizados.

## EP-034

**EXPANDIR HORIZONTES: TRANSPLANTE RENOPANCREÁTICO EM DOENTE COM INFECÇÃO VIH**

Rui Barata; Patrícia Alves; Cecília Silva; Joana Dias; Miguel Bigotte Vieira; Rita Magriço; Patrícia Cotovio; Inês Aires; Ana Pena; Mário Góis; Helena Viana; Fernando Caeiro; Francisco Remédio; Aníbal Ferreira; Américo Martins; Fernando Nolasco

1 - Hospital Curry Cabral, Centro Hospital Universitário de Lisboa Central

A infecção pelo VIH foi, em tempos, considerada uma contraindicação para a transplantação renal. No entanto, atualmente o transplante renal nestes doentes é feito frequentemente, desde que a infecção esteja controlada. Os autores apresentam um caso de transplante renopancreático bem-sucedido. Mulher, 28 anos, com diabetes mellitus tipo 1 e DRC terminal por nefropatia diabética, em hemodiálise cerca de 1 ano antes do transplante. Tinha ainda infecção por VIH-1 controlada, medicada com dolutegravir e lamivudina. Foi submetida a transplante de dador cadáver, com 3 incompatibilidades HLA e PRA 0%. Não apresentava DSAs pré-formados. Protocolo de indução com timoglobulina, micofenolato de mofetil, tacrolimus e corticóides. A cirurgia decorreu sem intercorrências. No pós-transplante imediato apresentou diurese adequada, com descida rápida da retenção azotada (sCr 1 mg/dL ao 2º dia pós-transplante), com nadir de creatinina C de 0.9 mg/dL. Manteve-se euglicémica, sem necessidade de insulina desde a cirurgia, com doses normais de péptido C. Teve alta 14 dias pós-transplante, comosseamento de imunossupressão triplo (prednisolona, tacrolimus e ácido micofenólico). Cerca de um mês após transplante, discreto agravamento da função renal e aumento dos enzimas pancreáticos, sem aparecimento de DSAs, realizou pulsos de metilprednisolona. A biópsia de enxerto renal mostrou apenas discreta glomerulite discreta. Assistiu-se a normalização da função renal e dos enzimas pancreáticos. Quase 4 meses após o transplante, a doente apresenta sCr 1.16 mg/dL, sem necessidade de insulina. Refere-se o aparecimento de DSA de novo (B64, MFI 1628), e positividade de crossmatch por citometria de fluxo para linfócitos B. Dada a ausência de agravamento da função dos enxertos, optou-se por manter atitude de vigilância. A transplantação simultânea renopancreática representa, per si, um desafio complexo cirúrgico, imunológico e de risco infeccioso. A realização deste procedimento em doentes com infecção VIH aumenta mais esta complexidade, exigindo uma abordagem multidisciplinar, e avaliação criteriosa pré e pós-transplante.

## EP-035

**INFECÇÃO POR ASPERGILLUS EM DOENTE SUBMETIDA A TRANSPLANTE PULMONAR**

Mariana Cabral; Rebeca Natal; Luísa Semedo; Paulo Calvino; João Cardoso; José Fragata

Hospital de Santa Marta

INTRODUÇÃO: Os doentes submetidos a transplante pulmonar apresentam uma elevada incidência de infecção por *Aspergillus* em comparação com outros transplantes de órgãos sólidos. A maioria destas infecções ocorre nos primeiros meses pós transplante. DESCRIÇÃO DO CASO: Doente do sexo feminino, 61 anos, com o diagnóstico de pneumonite de hipersensibilidade, medicada com micofenolato de mofetil (MMF), rituximab e corticoterapia. Submetida a transplante bipulmonar sob ECMO em janeiro de 2020. Ficou imunossuprimida com tacrolimus, MMF e prednisolona não tendo feito terapêutica imunossupressora de indução; sob profilaxia com anidulafungina e depois com anfotericina B lipídica inalada. Foi realizada broncofibroscopia (BFO), em lavado broncoalveolar (LBA) tendo sido isolado *Aspergillus fumigatus* e, consequentemente, alterada terapêutica para voriconazol. Contudo, por persistência deste agente no LBA foi associada caspofungina. Devido à hepatotoxicidade, alterado voriconazol para isavuconazol. Posteriormente, foi isolado *A. fumigatus* quer no líquido pleural, quer no exsudado da ferida operatória da toracotomia. Por persistência do agente no líquido pleural, apesar da terapêutica antifúngica sistémica instituída, foram realizadas lavagens pleurais com voriconazol. As hemoculturas foram persistentemente negativas ao longo do internamento. Apesar de toda a terapêutica houve uma deterioração clínica da doente, vindo a falecer devido à infeção fúngica por *A. fumigatus*. CONCLUSÃO: Este caso pretende alertar para o facto da profilaxia antifúngica ser importante mas não impedir o desenvolvimento de doença e constituir um mau prognóstico devido a infeção por *Aspergillus*.

## EP-036

**TRAQUEOSTOMIA EM DOENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE PULMONAR - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO**

Maria Inês de Sousa Moreira<sup>1</sup>; Zenito Cruz<sup>2</sup>; João Eurico Reis<sup>2</sup>; Luísa Semedo<sup>1</sup>; Paulo Calvino<sup>2</sup>; José Fragata<sup>2</sup>

1 - Serviço de Pneumologia, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central; 2 - Serviço de Cirurgia Cardiotorácica, Hospital de Santa Marta, Centro Hospitalar e Universitário Lisboa Central

Introdução: O transplante pulmonar está indicado em doentes com patologia pulmonar em estadio terminal. Após o procedimento cirúrgico, há um grupo de doentes que necessitam de ventilação mecânica invasiva (VMI) prolongada. Quando o desmame ventilatório não é possível, a traqueostomia constitui uma importante arma terapêutica e um meio de evitar complicações derivadas de uma intubação orotraqueal prolongada. Objetivo: Caracterizar a população de doentes submetidos a transplantação pulmonar que necessitaram de ser traqueostomizados. Resultados: Foram identificados 201 doentes submetidos a transplante pulmonar entre 2014 e 2020. Desses, 26 foram submetidos a traqueostomia. 14 doentes eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino. 16 foram submetidos a transplante bipulmonar, 9 unipulmonar e 1 a bilobar. A média de idade dos doentes era de 49.8 anos, sendo a mínima 14 anos e a máxima 63 anos. Os diagnósticos mais comuns foram fibrose pulmonar (n=5; 19.23%), pneumonite de hipersensibilidade (n=5; 19.23%) e doença pulmonar obstrutiva crónica (n=3; 11.5%). A duração média de internamento foi de 100 dias (mínimo 27 e máximo 218 dias). Em média, os doentes foram traqueostomizados ao 16º dia de VMI pós operatória, sendo que a traqueostomia mais precoce foi ao 6º dia e a mais tardia ao 45º dia. De entre os doentes traqueostomizados, 9 faleceram durante o internamento, ainda com necessidade de VMI. De entre os doentes em que foi feito o desmame ventilatório (n=17), tal foi possível, em média, 30 dias após a realização da traqueostomia (o desmame mais precoce após 2 dias e o mais tardio após 197 dias). Nenhum dos doentes teve complicações derivadas da traqueostomia. Conclusão: Tal como em outras situações com necessidade de VMI prolongada, a traqueostomia surge como um método eficaz e seguro na gestão do doente submetido a transplante pulmonar com desmame ventilatório difícil e deve ser considerada precocemente nestes casos.



## EP-037

**TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA DEISCÊNCIA DE FERIDA NO TRANSPLANTE PULMONAR**Miguel Neves<sup>1</sup>; João Gomes<sup>2</sup>; João Maciel<sup>2</sup>; Paulo Calvinho<sup>2</sup>; José Fragata<sup>2</sup>

1 - Centro Hospitalar de Leiria;

2 - Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

**Introdução:** A toracotomia bilateral transesternal (incisão clamshell) é a abordagem standard para o transplante pulmonar bilateral. A deiscência da ferida operatória neste tipo de incisão pode causar empiema e ser potencialmente fatal. O seu tratamento é particularmente difícil no contexto de transplante pulmonar devido à intensa imunossupressão e a outras características variáveis e inerentes ao procedimento tais como o longo tempo operatório, a utilização de circulação extracorporeal ou a necessidade de suporte aminérgico. A terapia de pressão negativa é uma opção não invasiva e efetiva no tratamento da deiscência da ferida operatória, permitindo reduzir o edema e a tensão lateral, proteger da contaminação, controlar o exsudado e promover a formação de tecido de granulação.

**Objetivo:** Descrição de caso clínico com aplicação de terapia de pressão negativa para o tratamento de deiscência total e infetada de incisão clamshell em doente transplantado pulmonar. **Relato de caso:** Doente de 64 anos do sexo masculino com pneumonite de hipersensibilidade com insuficiência respiratória global, submetido a transplante pulmonar bilateral através de incisão clamshell. Pós-operatório complicado com infeção por E. coli e deiscência da ferida operatória da qual resultou exposição óssea. Submetido a desbridamento cirúrgico da ferida e aplicação de terapia de pressão negativa convencional em toda a ferida, seguida de encerramento secundário e terapia de pressão negativa incisional com bom resultado clínico e estético. **Discussão e Conclusão:** A terapia de pressão negativa é uma ferramenta útil, segura e eficaz no tratamento de deiscência de feridas operatórias após transplante pulmonar. Trabalhos são precisos para avaliar o benefício clínico e económico da aplicação terapêutica ou profilática de terapia de pressão negativa.

## EP-038

**SEROPREVALENCE FOR SARS-COV-2-SPECIFIC ANTIBODIES IN KIDNEY TRANSPLANT OUTPATIENTS IN SAO PAULO, BRAZIL AS OF SEPTEMBER 2020: A SINGLE CENTER, PROSPECTIVE, CROSS-SECTIONAL STUDY.**

Mariana Pontello Cristelli; Carlos Fortaleza; Laila Almeida Viana; Nathália Silva Guerra; Marcos Taver Costa Dantas; Caio Zito; Suelen Martins; Kamilla Linhares; Bianca Cassão; Vega Azevedo; Monica Nakamura; Daniel Wagner Santos; Lucio Roberto Requião Moura; Renato Demarchi Foresto; Helio Tedesco Silva; Jose Medina Pestana

**Hospital do Rim**

**Background:** Population-based data on the seroprevalence of antibodies against severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) are available worldwide. Kidney transplant recipients may be more exposed to the infection due to frequent medical visits and need for hospitalization. However, so far, publications evaluating this group of individuals are scarce. **Methods:** Cross-sectional prospective single center study including a sample of kidney transplant recipients of any age current living in the city of Sao Paulo, Brazil, who had a scheduled in-person outpatient visit between the 1st and 25th of September, 2020. The sample size of 401 was calculated with a confidence interval of 95.0% and absolute error of 2%. IgG anti-SARS-CoV-2 antibodies were investigated using the Abbott SARS-CoV-2 IgG Architect assay. **Results:** Of the 3,399 eligible patients, 416 were included for analysis. The patients were predominantly male, middle-aged, recipients from a deceased donor organ, and with long-term transplant, and lived in the Southern region, followed by the East and North regions. The overall seroprevalence for IgG anti-SARS-CoV-2 antibodies in the sampled population was 8.2%. Close to this period of time, the seroprevalence in the general population of Sao Paulo was between 17.9-26.2%. From the 34 IgG+ patients, eight had had a diagnosis of COVID-19. Thirteen patients manifested flu-like syndrome in the six months prior to the investigation without confirmation. The other 13 IgG+ individuals had no history of signs or symptoms suggestive of COVID-19 or suspected epidemiology. **Conclusions:** This first serological survey, conducted six months after the first confirmed case in the country, demonstrating a seroprevalence for IgG anti-SARS-CoV-2 of 8.2%, suggests that a high proportion of kidney transplant recipients were still vulnerable to COVID-19. Therefore, more aggressive preventive strategies, such as prioritizing for access to COVID-19 vaccination, deserve to be considered for this population.

## EP-039

**COVID-19 EM TRANSPLANTADOS RENAIIS – EXPERIÊNCIA DO CHUSJ**

Filipa Ferreira; Ana Teresa Nunes; Manuela Bustorff; Francisco Gonçalves; Pedro Gonçalves; Núria Paulo; Ana Rocha; Inês Ferreira1; Isabel Tavares; Joana Santos; Susana Sampaio

**Centro Hospitalar Universitário São João**

O primeiro caso de infeção por SARS-CoV-2 em Portugal foi diagnosticado a 2 de março 2020. Até 31 dezembro de 2020 foram identificados 51 casos de COVID-19 em transplantados renais (TR), num total de 1084 seguidos no nosso centro. A mediana de idades foi 55 anos, 23% com mais de 65 anos, 61% do género masculino e mediana de tempo desde o transplante de 113 meses, incluindo 6 casos no 1º ano pós-transplante. A maioria dos doentes estava sob imunossupressão tripla (n=47) com prednisolona, inibidor da calcineurina (85% tacrolimus) e antimetabolito (84% micofenolato de mofetil) ou everolimus (n=4). As comorbilidades mais prevalentes nos doentes infetados foram hipertensão arterial (76%), taxa de filtração glomerular estimada <60mL/min/1,73m<sup>2</sup> (51%), diabetes mellitus (25%) e doença cardiovascular (23%). A imunossupressão foi ajustada de acordo com a gravidade clínica, sendo o antimetabolito suspenso ou a dose diminuída em 63% dos doentes. Os sintomas mais frequentes foram febre, tosse e mialgias (~50%) e 49% dos casos apresentou doença ligeira. Dos doentes internados (n=30, mediana de tempo de internamento 18 dias), 6 apresentavam lesão renal aguda à admissão e 9 necessitaram de suporte ventilatório, 4 dos quais ventilação invasiva. Nos primeiros 5 casos foi administrada hidroxicloroquina e um total de 15 doentes receberam dexametasona. Três doentes faleceram e um doente iniciou hemodiálise por progressão de disfunção crónica do aloenxerto. Na nossa série e conforme descrito previamente, foi frequente a necessidade de suporte ventilatório e a ocorrência de LRA. No entanto, a letalidade foi inferior à geralmente descrita para os TR. O registo sistemático de todos os casos de infeção por SARS-CoV-2 é essencial para avaliar o impacto da COVID-19 nos TR, esclarecer as complicações a longo prazo nesta população, bem como monitorizar o impacto da vacinação na epidemiologia da doença.

## EP-040

**NEFROPATIA HEREDITÁRIA: DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO APÓS TRANSPLANTE RENAL**

Francisco Gonçalves; Odete Pereira; Isabel Tavares

**Centro Hospitalar Universitário de São João**

O diagnóstico etiológico da doença renal crónica é um fator determinante não só na avaliação do candidato para transplante renal (TR) e sua orientação após o mesmo, mas também na orientação dos familiares na presença de nefropatia hereditária. Descrevem-se 3 casos clínicos de nefropatia associada ao gene COL4A3, com padrão de hereditariedade autossómica dominante, cujo diagnóstico etiológico foi estabelecido com recurso a estudo genético realizado após o TR. **Caso 1:** Mulher, história de hipoacusia desde os 6 anos de idade e microhematúria desde os 15 anos. Evolução para doença renal estágio terminal (DRET) aos 31 anos, submetida a TR aos 35 anos de idade. O estudo genético 6 anos após TR confirmou nefropatia de colagénio tipo IV e permitiu realizar rastreio familiar. **Caso 2:** Homem, hematóproteinúria aos 18 anos de idade, progressão para DRET aos 25 anos, submetido a TR aos 36 anos. Presença de DRET em 2 irmãos motivou estudo genético 10 anos após TR, concluindo-se por nefropatia de colagénio tipo IV nos indivíduos afetados desta família. **Caso 3:** Mulher, hematúria e proteinúria sub-nefrótica aos 34 anos. Estabelecido o diagnóstico histopatológico de glomerulosclerose segmentar e focal. Submetida a TR aos 56 anos, 3 anos após progressão para DRET. Na presença de filha com microhematúria, foi possível estabelecer o diagnóstico genético da doente 1,5 anos após TR, aguardando-se de momento pesquisa da variante do gene COL4A3 na filha. Como ilustrado pelos casos descritos de diagnóstico de nefropatia COL4 após o TR, é fundamental reconsiderar a etiologia da DRC mesmo no período após transplante. Em casos selecionados, o estudo genético ultrapassa as limitações da biópsia renal e permite alcançar um diagnóstico etiológico mesmo após o TR, com implicações para a orientação do transplantado renal e da sua família.

## EP-041

**DECLÍNIO DA FUNÇÃO RENAL APÓS DOAÇÃO DE RIM: QUE FATORES SÃO PREDITORES?**

Filipe Marques; Cláudia Costa; Maria João Melo; Joana Gameiro; Sara Gonçalves; João Gonçalves; Alice Santana; José Guerra

1 - Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Após doação renal em vida, verifica-se redução da taxa de filtração glomerular (TFG), sendo que a maioria dos estudos refere declínios aproximados de 30% após o primeiro ano. O objetivo foi analisar a redução da TFG aos 2 anos pós-doação e identificar potenciais fatores preditores de maior declínio da TFG. Análise retrospectiva dos dados vivos num Hospital Terciário, entre 2002-2019, com mais de 2 anos de follow-up. Analisadas características demográficas, clínicas e laboratoriais (creatinina pré-doação, à data de alta e aos 2 anos). Aplicada fórmula CKD-EPI para cálculo da TFG. Considerou-se como eventos cardiovasculares major (ECVM): síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Definiu-se hipertensão arterial (HTA) como pressão arterial > 140/90mmHg. Analisados 74 doadores com idade média de 46,0±10,2anos, 87,8% caucasianos, 64,9% do género feminino, 6,7% hipertensos pré-doação e com IMC médio de 25,7±4,4Kg/m<sup>2</sup>. A TFG média pré-doação era 107,9±12,8ml/min/1,73m<sup>2</sup> e o declínio médio da TFG foi 35,6±12,6% à data de alta e 32,0±11,9%, aos 2 anos. 66,2% doentes apresentaram uma redução da TFG>30% aos 2 anos. No follow-up avaliado a sobrevida renal e global foram 100%. Doadores que apresentaram redução da TFG>30% eram predominantemente mulheres (75,5%vs44,0%, p=0,007), com IMC mais elevado (26,7±4,7vs24,1±3,2Kg/m<sup>2</sup>, p=0,028) e tendencialmente com idade mais avançada (47,4±8,6vs43,4±10,7anos, p=0,075). Verificou-se associação significativa entre redução da TFG>30% e presença de HTA no período pós-transplante (38,8%vs16,0%, p=0,045). Houve tendência para desenvolvimento de ECVM (0%vs6,3%, p=0,202), apesar da diferença não ser estatisticamente significativa. Redução da TFG>30% aos 2 anos correlacionou-se com desenvolvimento de HTA pós-doação e com tendência para desenvolvimento posterior de ECVM. Género feminino, IMC mais elevado e idade avançada associam-se a declínio da TFG>30% aos 2 anos, que justifica um seguimento regular. Contudo o número absoluto de eventos continua a ser reduzida e não se verificaram diferenças na sobrevida renal e global.

## EP-042

**HIPERTENSÃO NO DADOR VIVO – ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E OUTCOMES**

Filipe Marques; Cláudia Costa; Maria Joao Melo; Joana Gameiro; Iolanda Godinho; Estela Nogueira; Alice Santana1; José Guerra

1 - Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE

Após a doação renal, verifica-se uma redução média da taxa de filtração glomerular (TFG) aproximada de 30% após o primeiro ano. Declínio da TFG associa-se a aumento de risco para desenvolvimento de hipertensão arterial (HTA) na população geral. O objetivo deste trabalho foi analisar o desenvolvimento de HTA no período pós-doação, identificar potenciais fatores preditores para o seu desenvolvimento e o impacto nos outcomes a longo prazo (eventos cardiovasculares major (ECVM) e declínio da TFG). Análise retrospectiva de doadores entre 11/2002-06/2020. Analisadas características demográficas, clínicas e laboratoriais (creatinina pré-doação, à data de alta e anualmente durante follow-up). Aplicada fórmula CKD-EPI para cálculo da TFG. Excesso de peso definido como IMC>25Kg/m<sup>2</sup>. Considerou-se ECVM: síndrome coronário agudo, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular e doença arterial periférica. Definiu-se HTA como pressão arterial>140/90mmHg. Analisados 97 doadores com idade média de 45,6±9,8anos e período de follow-up 5,5±4,8anos. 89,6% caucasianos, 64,9% mulheres, 6,2% hipertensos pré-doação e IMC médio 25,3±4,1Kg/m<sup>2</sup>. TFG média pré-doação era 107,5±13,2ml/min/1,73m<sup>2</sup> e o declínio médio foi 36,0±12,1% à data de alta e 32,0±11,9%, 31,0±11,8%, 30,2±13,3%, aos 2, 5 e 10 anos respetivamente. A sobrevida renal e global foram 100%. 22% desenvolveram HTA (n=20). Estes doadores tinham idade mais avançada (50,4±9,7vs43,4±9,7anos, p=0,003), IMC mais elevado (26,9±4,6vs24,5±3,5Kg/m<sup>2</sup>, p=0,032) e TFG pré-doação tendencialmente mais baixa (104,1±11,5vs109,1±13,1ml/min/1,73m<sup>2</sup>, p=0,120). Verificou-se associação com TFG mais reduzida aos 2 anos (67,6±15,9 vs 76,2±12,8 ml/min/1,73m<sup>2</sup>, p=0,042). Doadores com excesso de peso desenvolveram mais frequentemente HTA (31,2% vs 12,2%, p=0,046). O desenvolvimento de HTA não aumentou a taxa de ECVM (5,3%vs14,3%, p=0,339). Idade avançada e IMC mais elevado constituíram fatores de risco para desenvolvimento de HTA pós-doação, que justifica vigilância periódica. Contudo, o desenvolvimento de HTA não se correlacionou com aumento dos ECVM e não implicou redução da sobrevida renal e global. Faltam estudos com maior tempo de follow-up para reforçar estas conclusões.

## EP-043

**POST-TRANSPLANT NEPHROTIC SYNDROME: BESIDES THE OBVIOUS**

Ana Cunha Rodrigues<sup>1</sup>; Sara Fernandes<sup>2</sup>; Ana Teresa Nunes<sup>3</sup>; Manuela Bustorff<sup>3</sup>; Roberto Silva<sup>3</sup>; Susana Norton Sampaio<sup>3</sup>; Manuel Pestana<sup>3</sup>

1 - Centro Hospitalar Tondela-Viseu; 2 - Hospital Beatriz Ângelo; 3 - Centro Hospitalar Universitário de São João

A 38-years-old male with kidney failure due to Alport Syndrome received a not-related living donor kidney transplant (KT). Maintenance therapy included tacrolimus, mycophenolate mofetil (MMF) and prednisolone. Two years after KT he presented nephrotic syndrome (NS) and haematuria with preserved kidney function. He recently had persistent diarrhea due to giardiasis which was successfully treated with metronidazole and suspension of MMF. Labs on admission were unremarkable besides NS. He was seropositive for Epstein-Barr Virus (EBV) before KT and low EBV (500copies/ml) and no cytomegalovirus viremia were detected. Anti-cardiolipin and anti-beta 2 glycoprotein antibodies were positive and he had low C4 with normal C3 and C1q levels. Remaining immunological study was negative as were donor-specific antibodies (DSA). KT biopsy showed markedly hypertrophied podocytes, mild mesangial proliferation and segmental capillary wall thickening with occasional subepithelial deposits on light microscopy. Search for EBV by immunohistochemistry was negative. Immunofluorescence revealed a positive C4d and full house pattern with granular deposits on mesangium and capillary wall. Study for secondary causes was negative for malignancy and infection, albeit colonic and gastric ulcerations. With supportive treatment resolution of NS occurred and he was discharged on tacrolimus and prednisolone. One month later, de novo DSA led to KT biopsy. Active humoral rejection was diagnosed and plasmapheresis and immunoglobulin were started. Biopsy showed resolving podocyte hypertrophy, persistence of full house pattern and foot process effacement with mainly subepithelial, few mesangial and rare subendothelial immune-complex deposition. We present a challenging case of a posttransplant NS in a patient recently diagnosed with Giardiasis and an immune-complex (IC) mediated non-lupus full house nephropathy. Although the association cannot be established with certainty, the pathological alterations, chronological association and auto-limited presentation suggest a secondary etiology that we attributed to the protozoa. Also, we cannot completely exclude alloimmunity as a contributing factor for IC deposition.

## EP-044

**COMPARING SCORES FOR PREDICTING KIDNEY TRANSPLANTATION OUTCOMES**

Bruno Lima<sup>1</sup>; Teresa Henriques<sup>2</sup>; Helena Alves<sup>3</sup>

1 - Oficina de Bioestatística; 2 - Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences - MEDCIDS, Faculty of Medicine, University of Porto; 3 - National Health Institute Doutor Ricardo Jorge, Porto

The development of risk scores that can predict the outcome inherent to the data-recipient pair in transplantation has allowed for better decision-making either in allocating organs or patients' clinical management. The OPTN uses two different scores: an Estimated Post Transplant Survival (EPTS) score (based on patients characteristics) to summarize the fitness of the patient; and a Kidney Donor Percentual Index (KDPI), that combines factors from donors and from the transplant, to summarize the risk of graft failure. Also, Molnar et al. proposed the TRANSPLANTSCORE to predict posttransplant outcomes using pretransplant information. In this study, we aim to understand how TRANSPLANTSCORE correlates with the scores from OPTN. Correlations between TRANSPLANTSCORE and OPTN scores were analyzed with Pearson's correlation and tests. Furthermore, TRANSPLANTSCORE performance to predict a good transplant prognostic as defined with EPTS < 40% and KDPI < 40% was analysed with a receiver operating characteristic (ROC) curve (and the area under the curve) and with the calculation of sensitivity and specificity values for different cutoffs of TRANSPLANTSCORE. We used data from 140 simulated kidney transplants. To each one of the selected pairs, we computed TRANSPLANTSCORE, EPTS, and KDPI scores. With a rho = 0.55 (p-value < 0.001), we can conclude that TRANSPLANTSCORE is more correlated with EPTS than with KDPI (rho = 0.29, p-value < 0.01). On the other hand, TRANSPLANTSCORE has a good ability to discriminate a good transplant outcome with an AUC = 0.73 (95% Confidence interval = ]0.64; 0.81[). If we could have a crystal ball at transplantation, we would like to predict time-to-graft failure or patient survival. Likewise, the scores presented here are not a crystal ball, but they can help us compare potential donor-recipient pairs and make decisions based on evidence.

## EP-045

## HNF1B-ASSOCIATED DISEASE IN TWO KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

Joana Tavares<sup>1</sup>; Ana Lopes<sup>2</sup>; Ana Castro<sup>1</sup>; Manuela Almeida<sup>1</sup>; Andreia Campos<sup>1</sup>; Sofia Teixeira<sup>2</sup>; Jorge Malheiro<sup>1</sup>; Jorge Dorez<sup>2</sup>; José Manuel Ferreira<sup>3</sup>; Leonídio Dias<sup>1</sup>; António Castro Henriques<sup>1</sup>; António Cabrita<sup>1</sup>

1 - Serviço de Nefrologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto;  
2 - Serviço de Endocrinologia - Centro Hospitalar Universitário do Porto;  
3 - Serviço de Gastroenterologia - Centro Hospitalar Unversitário do Porto

HNF1B-associated disease, a rare form of maturity-onset diabetes of the young (MODY), is characterized by cystic renal disease and early-onset non-autoimmune diabetes. Pancreatic atrophy and liver dysfunction can be also present. We aim to present two case reports to outline the challenge and importance of the diagnosis of this disease. The first case refers to a 44-year-old woman with end-stage renal disease and a diagnosis of type one diabetes since she was 16 years old. At that age, her kidneys were small and full of cysts, she had hepatic fibrosis and a development disability. While she was being studied for simultaneous kidney-pancreas transplant, normal values of C peptide combined with the previous mentioned features led to genetic testing. A deletion of 1.0-2.5Mb on chromosome 17q12 was found, which confirmed the diagnosis of HNF1B- associated disease. She was put off the simultaneous kidney-pancreas transplant list and received a living kidney transplant from her sister. The other case is about a 19-year-old man with a prenatal diagnosis of an autosomal recessive polycystic disease that developed diabetes after having received a pre-emptive kidney transplant of his father. He was initially misdiagnosed as having a new-onset diabetes after transplant (NODAT) and started insulin therapy. The development of diabetes at that young age plus the lack of risk factors raised the suspicion for a differential diagnosis. He had a normal C peptide and no beta-cell autoantibodies. The association with the kidney disease raised the hypothesis for MODY5 and a HNF1B mutation was detected in the genetic testing. As a genetic disease, HNF1B-associated disease or MODY5, can have implications for the patients' family. The development of diabetes in the presence of kidney disease and in the lack of risk factors, should make Nephrologists consider other alternative diagnosis and promptly refer the patient to Endocrinology.

## EP-046

## COVID -19 EM DOENTE TRANSPLANTADOS RENAI: A EXPERIENCIA DE UM CENTRO DE TRANSPLANTAÇÃO

Catarina Marouço; Nuno Fonseca; Tiago Pereira; Filipa Cardoso; Miguel Verdelho; Rita Magriço; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco

Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Introdução: Os doentes transplantados de órgão sólido representam uma população particular devido ao seu estado de imunossupressão. As infeções virais estão associadas a significativa morbilidade e mortalidade nesta população. Existe assim especial preocupação com a nova infeção a SARS COV-2. Este estudo tem como objetivo a realização de uma análise retrospectiva da apresentação clínica, orientação terapêutica e prognóstico de doentes transplantados renais (TR) infetados por SARS COV-2. Métodos: Estudo transversal de doentes transplantados renais ou reno pancreáticos com infeção confirmada por PCR a SARS COV 2, internados no Hospital Curry Cabral entre Março e Dezembro de 2020. Foram analisados dados demográficos e laboratoriais. As variáveis contínuas foram apresentadas com média (±DP) ou mediana (desvio IQ), de acordo com a normalidade, e as categóricas como frequências. Utilizou-se o software Excel para os cálculos necessários. Resultados: Foram analisados 19 doentes, 13 transplantados renais e 6 reno pancreáticos internados entre 15 de Março e 31 de Dezembro de 2020. 74% dos doentes analisados eram do sexo masculino (n=14). A idade média dos doentes foi de 53 anos (intervalo entre os 34 e os 77 anos). Hipertensão arterial essencial (90%), diabetes mellitus (74%) e dislipidemia (74%) foram as co-morbilidades mais frequentes. 14 doentes (74%) dos doentes encontravam-se sob terapêutica tripla, 4 doentes (21%) sob terapêutica dupla e apenas 1 doente em monoterapia. Os sintomas mais comuns foram febre, diarreia e tosse. Em todos os doentes foi aumentada a dose de corticoterapia e o anti-metabolito suspenso. Entre os 3 doentes que necessitaram de ventilação mecânica invasiva, 1 faleceu. A mortalidade dos doentes internado foi de 16% (n=3). Apenas 1 doente necessitou de técnica dialítica. Não foram registadas rejeições de enxerto. Conclusões: A análise realizada demonstra que a apresentação, prognóstico e mortalidade dos TR, ao invés do que seria esperado, é sobreponível à da população em geral.

## EP-047

## SARCOMA DE KAPOSÍ COM APRESENTAÇÃO ATÍPICA

Rita Veríssimo<sup>1</sup>; Patrícia Valério<sup>2</sup>; Sara Querido<sup>1</sup>; Célia Nascimento<sup>1</sup>; Cristina Jorge<sup>1</sup>; Margarida Bruges<sup>1</sup>; Teresa Adragão<sup>1</sup>; André Weigert<sup>1</sup>

1 - Departamento de Nefrologia, Hospital de Santa Cruz, Centro Hospitalar Lisboa Ocidental; 2 - Departamento de Nefrologia, Centro Hospitalar de Setúbal

Introdução: O Sarcoma de Kaposi (SK) é uma neoplasia angioproliferativa promovida pela infeção pelo herpesvirus humano 8 (HHV-8). A imunossupressão nos doentes transplantados renais torna-os suscetíveis ao desenvolvimento de SK iatrogénico, mais frequente 12-24 meses após transplante e com acentuada predominância em doentes africanos. Caso clínico: Doente do sexo masculino, 33 anos, melanodérmico. Antecedentes de deficiência de G6PDH, hipertensão arterial, DRC por nefropatia membranosa, submetido a transplantação renal de dador vivo em 2018, sob micofenolato de mofetil, tacrolimus e prednisolona. Em Novembro 2019, recorreu à consulta com dor torácica pleurítica com uma semana de evolução. Ao exame objetivo, evidenciava adenomegalias axilares bilaterais, indolores. Analiticamente sem leucocitose, aumento da PCR (12 mg/dL) e radiografia de tórax com derrame pleural direito. Realizou: (i) toracocentese evidenciando exsudado sero-hemático; (ii) estudo bacteriológico, ADA e pesquisa de células malignas negativos; (iii) imunofenotipagem sem células linfoides anormais, estudo micológico, e IGRA negativos; (iv) biópsia pleural com ligeiro infiltrado inflamatório linfocitário; (v) broncofibroscopia sem alterações. Por aumento progressivo das enzimas hepáticas sem melhoria após remoção de fármacos potencialmente hepatotóxicos, realizou colangiograma que mostrou múltiplas imagens nodulares coalescentes na região lombar e na raiz do mesentério sugerindo adenopatias com componente de liquefação interna. Dado o quadro de adenomegalias generalizadas, foi excisada adenomegalia inguinal direita, cuja histologia demonstrou a presença de sarcoma de Kaposi. A pesquisa de HHV8 foi positiva. Solicitados exames endoscópicos e realizadas biópsias para avaliar a existência de lesões no tubo digestivo que confirmaram a presença de lesão duodenal. O doente suspendeu o tacrolimus e MMF tendo iniciado everolimus e iniciou ciclo de quimioterapia com paclitaxel 100 mg/1,73m<sup>2</sup> em duas tomas, com remissão total. Conclusão: Este caso enfatiza a necessidade de considerar o SK no diagnóstico diferencial de adenomegalias e de colestase em doentes transplantados mesmo na ausência de manifestações cutâneas.

## EP-048

## KIDNEY ALLOCATION RULES SIMULATOR

Bruno Lima<sup>1</sup>; Teresa Henriques<sup>2</sup>; Helena Alves<sup>3</sup>

1 - Oficina de Bioestatística; 2 - Department of Community Medicine, Information and Health Decision Sciences - MEDCIDS, Faculty of Medicine, University of Porto; 3 - National Health Institute Doutor Ricardo Jorge, Porto

The ability to predict kidney transplant success at the time of organ allocation is essential to leverage if we want to minimize the number of patients who return to an already overcrowded waiting list for transplantation. Since evidence-based medicine is increasingly used as the standard to define good healthcare practices, we need to develop prognostic tools that can be used in decision-making. Therefore, the definition of deceased donors' kidney allocation rules on transplantation must be supported by simulations that allow foreseeing, as much as possible, the consequences of these rules. Here we present the Kidney Allocation Rules Simulator (KARS) application that enables testing different kidney transplant allocation' systems with different donors and transplant candidates' datasets. In this application, it is possible to simulate allocation rules implemented in Portugal, in the United Kingdom, in countries within Eurtotransplant, and a previously suggested color priority system. As inputs, this application needs three data files: a file with transplant candidates' information, a file with candidates' anti- HLA antibodies, and a file with donors' characteristics. As output, we will have a file with donor-recipient pairs selected according to the kidney allocation system simulated. With the same candidates' and donors' files, we will have different outputs for each simulation we run. For each output, we will have a resume of the selected donor-recipient pairs as: recipients' blood groups frequencies, mean age, mean time on dialyses, cPRA frequencies, HLA mismatches, and mean transplant score as a measure of good transplant outcome. When seeking waste reduction while ensuring a fair distribution of organs from deceased donors, the definition of rules selecting donor-recipient pairs in renal transplantation must be based on evidence supported by data. With this purpose, we also need to predict transplant outcomes to define the best allocation rules.

## EP-049

**ENTEROCOLITE ASSOCIADA AO RITUXIMAB: RARO MAS POTENCIALMENTE FATAL**

Filipa Ferreira; Ana Teresa Nunes; Manuela Bustorff; Isabel Tavares; Ana Rocha; Inês Ferreira; Joana Santos; Susana Sampaio

Centro Hospitalar Universitário São João

A gestão do doente transplantado renal implica um equilíbrio delicado entre o risco de rejeição e de complicações associadas à imunossupressão. O rituximab é um anticorpo monoclonal anti-CD20 que causa depleção dos linfócitos B sistêmicos e do trato gastro-intestinal. Apresentamos o caso de um doente de 59 anos transplantado renal de dador cadáver. Realizou imunossupressão (IS) de indução com basiliximab e manutenção com prednisolona (PDN), tacrolimus (TAC) e micofenolato de mofetil (MMF), alterada 1 ano após para PDN e everolimus (EVR) no seguimento de diagnóstico de adenocarcinoma da próstata. Foi submetido a prostatectomia radical e radioterapia. Três anos após, no contexto de rejeição humoral ativa, efetuou Rituximab (2 doses de 1 g, com intervalo 15 dias) e o EVR foi substituído por TAC e MMF. Um mês após inicia epigastralgia intensa e pancitopenia com neutropenia severa. Imunofenotipagem de sangue periférico com 0% células CD19. Apresentava ulceração da mucosa oral e o estudo endoscópico mostrou ulceração gastrointestinal difusa, com predomínio de enterocolite. Excluídas outras etiologias, nomeadamente causas infecciosas. O estudo medular mostrou desvio esquerdo na linha mielóide, sem outras alterações de relevo. Assumido diagnóstico de enterocolite e neutropenia secundária ao Rituximab. Iniciou PDN 1mg/kg/dia, sem melhoria clínica, com perfuração do cego e íleo terminal e necessidade de ileocelectomia. A análise da peça operatória mostrou ulcerações profundas, sem infiltrados linfóides, granulomas epitelióides ou efeito citopático vírico. Programada terapêutica com vedolizumab que não realizou por várias infeções, incluindo aspergilose pulmonar, acabando por falecer. Estão descritos casos de enterocolite associada a Rituximab, tipicamente em doentes sujeitos a esquemas mais prolongados. Este caso salienta-se pela exuberância e gravidade da apresentação clínica e histológica num doente exposto a baixa dose de Rituximab. No entanto, a toma de MMF e exposição prévia a radioterapia poderão ter sido fatores facilitadores da ulceração grave e consequente perfuração.

## EP-050

**SARS-COV2 INFECTION CURE CRITERIA IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS: ARE THEY CORRECT?**

Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; João Albuquerque Gonçalves; Hugo Silva; Marta Neves; Estela Nogueira; Sara Gonçalves; Alice Santana; José Oliveira Guerra

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introduction: Since the beginning of COVID-19 pandemic there have been several infection cure criteria as new evidence emerges. Most of what is determined for kidney transplant (KT) recipients are based on general populations studies. Currently, cure criteria in Portugal are defined when there are more than 20 days of disease and no symptoms for more than 3 consecutive days without the need for testing confirmation. However, studies report people shedding replication-competent virus beyond 20 days due to severe immunocompromise. We report a case of a KT recipients with COVID-19 cure criteria with new symptoms of COVID-19 more than 50 days after the first test. Case Report: 41-year-old man, submitted to KT from deceased donor in 2018. In October/2020, after having contact with a person with COVID-19, he had a real time polymerase chain reaction (RT-PCR) positive for SARS-CoV-2. He was asymptomatic for 14 days after when he developed respiratory failure and acute kidney injury. Thoracic CT showed a 50-75% pulmonary involvement by COVID-19. He was hospitalized for 14 days being discharged asymptomatic with cure criteria. After 26 days of discharge (53 days after COVID-19 diagnosis) he presented dyspnea, cough and fever. SARS-CoV2 RT-PCR was positive and thoracic CT showed "de novo" pulmonary involvement by COVID-19. Patient was once again hospitalized for 34 days. Conclusion: Immunocompromised patients are more likely to experience reactivation of pre-existing COVID-19 within the body. With this case we question how accurate present COVID-19 cure criteria are in KT recipients. Recent CDC Interim guidance on duration of isolation and precautions for Adults with COVID-19 recommends that for adults who are severely immunocompromised, a test-based strategy should be considered in consultation with infectious diseases experts. This may indicate that current Portuguese COVID-19 infection cure criteria should be revised and adapted to KT recipients.

## EP-051

**NEPHROTIC-RANGE PROTEINURIA DURING PREGNANCY IN A PANCREAS-KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT**

Ana Domingos<sup>1</sup>; La Salete Martins<sup>2</sup>; Sofia Correia<sup>2</sup>; António Braga<sup>3</sup>; Leonídio Dias<sup>2</sup>; António Cabrita<sup>2</sup>

1 - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve; 2 - Centro Hospitalar e Universitário do Porto; 3 - Centro Materno-Infantil do Norte

Background: Maternal-fetal outcomes are significantly affected in kidney transplantation (KT), with higher preeclampsia rates, cesarian delivery, preterm birth, low birth weight or intrauterine growth restriction (IUGR). Increases in proteinuria can be interpreted as a physiological adaptation to pregnancy (hyperfiltration, reduction of tubular protein reabsorption), however, values above 300mg/24h are abnormal. Nephrotic-range proteinuria (NRP) increases the risk of spontaneous abortion, IUGR and preterm birth. In KT, one should seriously consider complications such as preeclampsia, recurrence of the original disease or chronic allograft nephropathy. Case report: A 36-year-old woman, simultaneous pancreas-kidney transplant recipient, who became pregnant 3 years posttransplant. She presented with de novo subnephrotic proteinuria at 18th gestational week, evolving to NRP within ten weeks and a maximum urine protein/creatinine ratio (UPCR) of 3.661 g/g. Kidney and pancreas function were adequate. Blood pressure was controlled, edemas were absent and albumin was slightly decreased. Tacrolimus levels were adjusted to higher targets considering the possibility of allograft rejection and anti-HLA antibodies screening was negative. A conservative approach towards renal biopsy was assumed. Pregnancy developed without complications until the 35th gestational week when she was admitted due to IUGR, requiring cesarean delivery one week later. UPCR dropped below 200 g/g fifteen days postpartum, disappearing two months later. Discussion and conclusions: Concerns have arisen in relation to a possible renal biopsy, since it is not risk-free, but proteinuria documented before the 20th week of gestation usually represents an underlying renal disease and not preeclampsia. However, the latter is the most common cause of de novo NRP in pregnancy. Conservative management until delivery can be considered in patients presenting late in pregnancy. She fortunately evolved with spontaneous complete remission of proteinuria, but this is an unusual pattern in physiological conditions and normal allograft function, a key point to keep in mind by nephrologists and obstetricians.

## EP-052

**COVID-19 REINFECTION IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT**

Inês Duarte; Cristina Outerelo; Ariana Azevedo; Iolanda Godinho; Maria João Melo; Marta Neves; Hugo Silva; João Albuquerque Gonçalves; Estela Nogueira; Sara Albuquerque Gonçalves; Alice Santana; José Guerra

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introduction: The SIREN (SARS-CoV-2 Immunity and Reinfection Evaluation) study concluded that a prior history of SARS-CoV-2 infection was associated with an 83% lower risk of reinfection for at least 5 months in the general population. In immunosuppressed patients, the duration and protective immunity effect of IgG antibodies post COVID-19 infection is not well known. To the best of our knowledge, reinfection has not been described in kidney transplant (KT) recipients. We describe one case of reinfection in KT recipient. Case report: 41-year-old man, underwent KT from deceased donor in 2007. Maintenance IS was with mycophenolate mofetil (MMF), cyclosporin and prednisolone. He had serum creatinine (SCr) of 1mg/dL. In June/2020, although asymptomatic, he tested positive for COVID-19 by real time polymerase chain reaction (RT-PCR) after having a close contact with a work colleague with COVID-19. He recovered in quarantine, testing negative by RT-PCR after 12 days at two consecutive timepoints separated by one week. In December/2020 after a new contact with an infected person, he developed symptoms of cough, fever, tiredness and headache. He was again positive for COVID-19 by RT-PCR and recovered once again in quarantine with no need for hospitalization. Conclusion: We present a case of reinfection by COVID-19 in a KT recipient. It would be interesting to have virus genotype to confirm infection by two different strains, but in the absence of definitive widespread access to sequence comparisons, the two negative tests and the time between the two episodes are in favor of reinfection. As no cure for COVID-19 exist, it is extremely important to understand the intensity and duration of the immune response after infection in KT recipients in order to improve care and preventing COVID-19 spread. This knowledge will also provide a better understanding about the vaccine-specific antibody response in KT recipients after COVID-19 vaccination.

## EP-053

**NOCARDIOSIS INFECTION PRESENTING AS PULMONARY NODULES IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT: A CASE REPORT**

Sara Fernandes<sup>1</sup>; Ana Rodrigues<sup>3</sup>; Manuela Bustoiff<sup>2</sup>; Ana Teresa Nunes<sup>2</sup>; Susana Sampaio Norton<sup>2</sup>; Manuel Pestana<sup>2</sup>

1 - Serviço de Nefrologia, Hospital Beatriz Ângelo; 2 - Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar Universitário São João; 3 - Serviço de Nefrologia, Centro Hospitalar Tondela-Viseu

A 46-year-old male received a Kidney transplant (KT) from a deceased donor in 1997. Immunosuppressive therapy consisted in prednisolone and cyclosporin. 22 years after KT, he was diagnosed with Burkitt lymphoma stage IV that was treated with standard therapy. Disease progressed with neuro-meningeal infiltration requiring intrathecal chemotherapy and, six months later, it relapsed. Rescue treatment consisted of 5 cycles of Rituximab, high-dose methotrexate and procarbazine followed by autologous stem cell transplantation (ASCT). Three months after ASCT, he was admitted with fever, without others complains. Labs revealed increased inflammatory parameters, severe hypogammaglobulinemia and thorax computed tomography (CT) showed multiple nodular lesions and areas of ground glass opacification. Large spectrum antimicrobial treatment was started with no response, intravenous (IV) immunoglobulin was associated, and antifungal coverage was added. The initial microbiologic study was negative, including cultures of bronchoalveolar lavage. A lung biopsy was performed with identification of *Nocardia* Spp allowing the final diagnosis of pulmonary Nocardiosis. Extra-pulmonary involvement was excluded and IV cotrimoxazole and amikacin were started. The patient evolved favorably allowing hospital discharge after 6 weeks of therapy still on oral cotrimoxazole. Pulmonary nocardiosis is a rare infection in KT, often with a difficult diagnostic path. This diagnosis should always be considered in KT patients with lung nodular lesions. This case highlights the importance of a timely diagnostic work-up, including early pulmonary biopsy as the key to achieve a successful outcome. Currently, it is known that lymphoproliferative disorders are known predisposing factor for the development of this infection. However, we also hypothesize that the severe hypogammaglobulinemia associated with Rituximab therapy, may have contributed to the development of this rare infection 22 years after KT.

## EP-054

**ATYPICAL LOCALIZATION OF COMMON INFECTIONS IN A KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENT**

Catarina Marouço<sup>1</sup>; Fernando Caeiro<sup>2</sup>; Patrícia Cotovio<sup>1</sup>; Miguel Bigotte Vieira<sup>1</sup>; Cecília Silva<sup>1</sup>; Inês Aires<sup>2</sup>; Aníbal Ferreira<sup>2</sup>; Rita Magriço<sup>2</sup>; Francisco Remédios<sup>2</sup>; Fernando Nolasco<sup>2</sup>

1 - Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centros Hospitalar Universitário de Lisboa Central; 2 - Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Kidney transplantation is the treatment-of-choice for a significant number of patients with end-stage-renal disease as kidney transplant recipients (KTR) benefit from a longer life expectancy. However, infectious diseases remain a major cause of morbidity and mortality. Theoretically, all infectious pathogens can cause disease in this population. The authors report the case of a 49-year-old black woman that had been submitted to a donor after cardiac death kidney transplant 6 months before and presented to the emergency department with fever and diarrhea. At that time, she was taking leflunomide (due to BK viraemia), tacrolimus and prednisolone. Laboratory analysis showed elevated CRP with CMV viraemia of 8570 UI/ml. Despite the initiation of ganciclovir and empiric antibiotic therapy she remained feverish and laboratory analysis showed persistent elevated inflammatory markers. She had a previous negative interferon gamma release assay (IGRA) that turned positive. A chest CT scan showed multiple parenchymal micro nodules. Due to clinical suspicion of tuberculosis, isoniazid, rifampin, pyrazinamide, and ethambutol (HRZE) were started. Bronchoscopy was performed with later isolation of mycobacterium tuberculosis. Due to persistent pancytopenia a bone marrow biopsy was performed and showed a necrotizing granuloma consistent with miliary tuberculosis. *Klebsiella pneumoniae* was also isolated from blood cultures and ceftazidime/avibactam was started. Only immunosuppression with prednisolone was maintained. Clinical improvement was observed until one month and half after being admitted when she develops altered mental status. A lumbar puncture was performed and cultures were negative. A brain MRI showed a right parietal empyema, and vancomycin and metronidazole were added to the previous medication. After completing a thirty-day antibiotic course, she was discharged home prescribed with isoniazid and rifampicin for five months. Due to immunosuppression, KTR may show atypical symptoms which commonly delay the diagnosis of infection. Early diagnosis and effective treatment are key elements for a favorable outcome.

## P-055

**COVID-19 IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS – A SINGLE CENTRE OBSERVATIONAL STUDY FROM PORTUGAL**

Carolina Branco; Inês Duarte; Liliana R Santos; Hugo Silva; Alice Santana; Lurdes Alvoeiro; José Oliveira Guerra; António Pais de Lacerda

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte

Introduction: COVID-19 is currently a global health issue, but literature is still scarce in relation to clinical features, ideal therapeutic approach and prognosis in kidney transplant (KT) recipients. In this study, we aim to compare clinical presentation of KT recipients with SARS-CoV-2 infection to chronic kidney disease (CKD) patients, to evaluate the impact of immunosuppression (IS) on COVID-19 severity. Methods: This is a retrospective observational comparative analysis of KT and CKD patients with SARS-CoV-2 infection between March and July, 2020 (first wave pandemic). Results: Twenty-nine patients (9 KT and 20 CKD) with SARS-CoV-2 infection were enrolled. CKD patients were significantly older (81.5±12.7 vs 55.4±12.2 years; p=0.000). There was a large prevalence of high blood pressure (75.9%), diabetes mellitus (65.5%) and cardiovascular disease (62.1%), especially in the CKD group. The most common symptoms were cough (62.1%), fever (58.6%) and asthenia (51.7%). Dyspnea was less frequent in KT patients (n=14 vs n=0, p=0.001). KT recipients had lower platelet counts (p=0.010), troponin (p=0.042), AST (p=0.000), ALT (p=0.001), LDH (p=0.018) and INR (p=0.004). Treatment included hydroxychloroquine (58.6%), lopinavir/ritonavir (55.2%), corticosteroids (31.0%) and antibiotics (55.2%). Regarding IS, tacrolimus was tapered in 55.5%, withdrawn in 44.4% and in 66.7% the antimetabolite was stopped. Overall, 24.1% required intensive care unit admission and 17.2% mechanical ventilation, 75.9% developed acute kidney injury and 41.4% died. KT recipients had longer hospitalizations (34 vs 13 days, p=0.001). In-hospital mortality was higher in the CKD group (p=0.003). The patients who died were older (84.5±10.7 vs 65.5±17.0 years, p=0.002), had more dyspnea (75% vs 29.4%, p=0.016), were less treated with lopinavir/ritonavir (33.3% vs 70.6%, p=0.047) and corticosteroids (8.3% vs 47.1%, p=0.043) and had shorter hospitalizations (11.2±7.7 vs 37.7±24.4 days, p=0.001). Conclusion: KT recipients were younger, had fewer comorbidities and, subsequently, were less likely to die from COVID-19 when compared to CKD patients.

## EP-056

**UMA NOVA PERSPECTIVA NA ABORDAGEM DO STRONGYLOIDES NA TRANSPLANTAÇÃO RENAL**

Celine Machado; Ana Mil-Homens

Centro Hospitalar Universitario Lisboa Central

A prevalência global da infecção por Strongyloides é desconhecida, mas estima-se que existam entre 30–100 milhões de pessoas infectadas em todo o mundo. É uma helmintose muito particular, pode ter uma incidência aguda ou crónica, muitas vezes assintomática ou com sintomas gastrointestinais pouco específicos. No processo crónico, a sintomatologia pode passar a diarreia mais frequente e a má absorção. Além disso, consegue completar o seu ciclo de vida no hospedeiro humano, ou seja algumas larvas não são excretadas e re-invadem o intestino ou a pele peri-anal e perpetuam a infecção, provocando a auto-infecção no homem, embora na forma assintomática. No entanto, este género de infecção é bastante grave, principalmente em pessoas imunocomprometidas. Em Portugal, foi criada em 2018 uma recomendação nacional, após notificação à Coordenação Nacional da Transplantação (CNT) e ao Sistema Nacional de Biovigilância de episódios de superinfecção por Strongyloides stercoralis em transplantados. A doença por Strongyloides na sua forma disseminada é de um elevado risco para pessoas imunocomprometidas, podendo culminar com a morte. Após uma superinfecção por Strongyloides, no primeiro semestre de 2017, houve uma alteração do procedimento de admissão pré-transplante renal passou a incluir o rastreio em doadores e recetores, tanto em história clínica, contacto com animais e viagens, como na vertente analítica, para o tratamento atempado da infecção. Aquando do resultado positivo, é iniciada terapêutica com ivermectina via oral e o utente colocado em isolamento de contacto, no domicílio ou em internamento hospitalar. Em 2020, ocorreram 73 transplantes renais, em que 2 utentes de nacionalidade portuguesa tiveram teste positivo para Strongyloides, com tratamento antiparasitário. Até a data em 2021, aconteceram 2 transplantes, em que um utente com teste positivo (de nacionalidade nepalesa) para infecção por Strongyloides com indicação de ivermectina 12 mg 2dias e repetição em 15 dias.

## EP-057

**ANGIOTOMOGRAFIA NA AVALIAÇÃO VASCULAR DO RECEPTOR ANTES DO TRANSPLANTE RENAL: REVISÃO DE LITERATURA.**

Marcelo Lopes de Lima<sup>2</sup>; Helena da Cunha Lopes de Lima<sup>1</sup>; Grazielle Ambrosio<sup>1</sup>; Renan José Rigonato<sup>1</sup>; Brunno Raphael Iamashita Voris<sup>2</sup>; Mariana da Cunha Lopes de Lima<sup>2</sup>; Marilda Mazzali<sup>2</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Campinas;  
2 - Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Calcificações arteriais e lesões ateroscleróticas, que apresentam alta incidência em pacientes renais crônicos, são importantes fatores de risco para complicações pós-operatórias imediatas e tardias após o transplante renal. A angiostomografia computadorizada das artérias ilíacas pode demonstrar com precisão as doenças arteriais, incluindo a localização e extensão da calcificação arterial, assim como o calibre arterial, o que permitiria melhor planejamento cirúrgico do local de implantação renal. Objetivo: Essa revisão de literatura teve como objetivo verificar o papel desse exame como método diagnóstico de doença arterial aterosclerótica na região dos vasos ilíacos em pacientes candidatos à terapia renal substitutiva, por meio da análise de estudos primários de pacientes submetidos a esse exame. Foi realizada revisão da literatura em bases de dados eletrônicas, conduzida em uma instituição de nível terciário. Métodos: A metodologia utilizada foi uma busca literária em bases de dados eletrônicas (PubMed, LILACS, Google Acadêmico e Cochrane Library), datando de 2003 a 2018. Resultados: o angiostomografia computadorizada permitiu alta acurácia no diagnóstico de calcificação, com sensibilidade variando de 71% a 100% e especificidade variando de 73% a 92%. A CTA foi utilizada para planejamento cirúrgico com base no grau de calcificação e mostrou que houve alteração do local da anastomose ou procedimentos vasculares antes do transplante em 25,2%, cancelamento do transplante devido ao grau de calcificação arterial em 7,6%, perda do enxerto em 6,8% e óbito em 3,9% dos casos. Conclusão: A angiostomografia computadorizada tem papel significativo na detecção de calcificações vasculares, permitindo melhor planejamento cirúrgico.

## EP-058

**C3 GLOMERULOPATHY RECURRENT AFTER KIDNEY TRANSPLANT - WHAT IS THE OPTIMAL TREATMENT?**

Catarina Marouço; Fernando Caeiro; Cecília Silva; Patrícia Cotovio; Miguel Bigotte Vieira; Inês Aires; Rita Magriço; Aníbal Ferreira; Fernando Nolasco

1 - Serviço de Nefrologia, Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central

Glomerulonephritis recurrence after kidney transplantation is a major concern due to its association with adverse allograft outcomes including allograft loss. C3 glomerulopathy is a rare kidney disease driven by complement cascade dysregulation. Case series have reported recurrence in more than 50% percent. We report the case of a caucasian, 54-year-old caucasian man, that at the age of 33 was diagnosed with membrano-proliferative glomerulonephritis presumed as idiopathic after negative etiologic investigation. He developed end stage renal disease 6 years later and received a deceased donor kidney transplant (KT) at the age of 48. Three months after KT due to increased creatinine, kidney biopsy was performed, showing mesangial proliferation with immunofluorescence staining for C3 deposition (++/+++ and IgG (+/+++)). Immunological studies remained negative. It was assumed recurrent C3 glomerulopathy, immunosuppression was augmented and the patient maintained creatinine levels of 1 – 1.3mg/dL with sub-nephrotic proteinuria. After 8 years of transplantation and concomitant with diminished immunosuppression due to poor intake in the context of chronic pancreatitis, he started with complaints of anasarca, hypertension, allograft function deteriorated with creatinine 2.6mg/dL and nephrotic proteinuria. Blood works were remarkable for low levels of C3. Kidney biopsy showed recurrent C3 glomerulopathy. C3 nephritic factor and antibodies anti H factor remain negative. Genetic studies are on course. A low level of monoclonal IgG kappa was found but since the early begin of the disease, it was not assumed as a possible cause. Data on guiding treatment strategies for recurrent C3G post-KTx are lacking and an optimal treatment has not been established. The role of anti complement therapy is still not clear. Despite high rates of recurrent disease, long-term graft survival is still very good and transplantation remains the best treatment option for patients with end-stage renal disease from primary glomerulonephritis.

## EP-059

**NEFROPATIA DE C3 COM FALÊNCIA DO ENXERTO NO PÓS-TRANSPLANTE RENAL**

Bárbara Ribeiro; João Pedro Oliveira; Pedro Reis Pereira; Manuela Almeida; Jorge Malheiro; La Salette Martins; Leonídio Dias

Centro Hospitalar do Porto

Introdução: A glomerulopatia de C3 (GC3) resulta da desregulação da via alterna do complemento e associa-se a elevado risco de recorrência e perda do enxerto no pós-transplante renal (TR). Os autores descrevem um caso de uma doente transplantada renal que apresentou hematóproteinúria 2 anos após o transplante e falência renal ao 4º ano, com possibilidade de novo transplante renal. Caso clínico: Mulher, 21 anos com DRC conhecida em 2015 de etiologia indeterminada. Apresentava creatinina de 1.3mg/dl e urina com leucoeritrocitúria e proteinúria 1.3g/dia. Ecografia renal com rins hiperecogénicos e má diferenciação parenquimossinusal. Estudo imunológico sem alterações. Não foi realizada biópsia renal. Evolução para insuficiência renal crónica terminal com início de diálise peritoneal em 2017. Submetida a TR de dador vivo em Agosto de 2017. Dador, tia de 45 anos, 5/8 incompatibilidades (2 em A, 2 em B e 1 em DR). Citotoxicidade mediada por complemento negativa, citometria de fluxo positiva para células B. Dois anticorpos anti-HLA classe 1 não específicos do dador: A11 (MFI 3365), B13 (MFI 1743). Indução com basiliximab, tacrolimus, micofenolato de mofetil e metilprednisolona. Evolução com função imediata do enxerto, alta com creatinina 1mg/dl. Em Agosto de 2019, com creatinina 1.5mg/dl, eritrocitúria e proteinúria 400mg/dia. Em Junho de 2020 com creatinina 2.5mg/dl, proteinúria 1.6g/dia e eritrocitúria. Realizada biópsia enxerto: 23 glomérulos globalmente esclerosados, 15 com aspeto mesangioproliferativo. 50% de fibrose intersticial. IF com depósitos mesangiais de C3 (+++). Em Fevereiro 2021 apresenta creatinina 4.5mg/dl, em preparação para início de técnica substitutiva da função renal. Colheu estudo genético do complemento com a vista a 2º TR de dador vivo, atualmente em curso. Discussão: O diagnóstico da GC3 no rim nativo e no pós-TR é um grande desafio. A intervenção terapêutica na desregulação da via alterna do complemento poderá permitir uma melhor sobrevida do enxerto.

## EP-060

**MALACOPLAQUIA NO ENXERTO RENAL**

Iolanda Godinho<sup>1</sup>; Sara Gonçalves<sup>1</sup>; Ariana Azevedo<sup>1</sup>; Maria João Melo<sup>1</sup>; Hugo Silva<sup>1</sup>; Marta Neves<sup>1</sup>; João Gonçalves<sup>1</sup>; Estela Nogueira<sup>1</sup>; Alice Santana<sup>1</sup>; Lurdes Correia<sup>2</sup>; José Guerra<sup>1</sup>

1 - Serviço de Nefrologia e Transplantação Renal, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE; 2 - Serviço de Anatomia Patológica, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

A malacoplaquia é uma doença granulomatosa associada a uma etiologia infecciosa, normalmente envolvendo o trato urinário. Afeção isolada do parênquima renal ocorre em 16% dos casos. A imunossupressão aumenta o risco desta entidade e têm surgido cada vez mais registos de casos entre transplantados de órgãos sólidos, nomeadamente transplantados renais. O envolvimento do trato urinário e do sistema digestivo tem sido reportado mas o envolvimento do enxerto é raro. Apresentamos o caso de uma doente transplantada renal há 8 meses que coincidentemente com um episódio de urosepsis a *Escherichia coli* mantém disfunção do enxerto persistente. Por ausência de melhoria da função renal apesar de melhoria clínica e dos parâmetros inflamatórios, realiza uma biópsia do enxerto. A biópsia revela que em 60% da amostra há uma perda da estrutura normal renal, que foi substituída por células histiocitárias, com numerosos corpos de Michaelis-Gutmann. Apesar da redução da imunossupressão e da antibioterapia instituída a doente manteve disfunção do enxerto progressiva e progrediu para diálise um ano e meio após o diagnóstico. A malacoplaquia encontra-se associada a infeções urinárias em 80% dos casos, sendo a *Escherichia coli* o agente mais frequentemente encontrado (70-90% dos casos). O tratamento consiste em redução da imunossupressão e cursos prolongados de antibioterapia com penetração intracelular. Nos doentes com malacoplaquia do parênquima renal, a taxa de mortalidade é baixa (<10%) mas é frequente uma diminuição da função renal e progressão para diálise. Esta entidade deve ser equacionada em transplantados renais com infeção urinária e lesão renal aguda sem recuperação total da função, de modo a que seja realizada uma biópsia do enxerto para estabelecer diagnóstico e instituir antibioterapia prolongada.

## EP-061

## AVALIAÇÃO ECONÓMICA DO TRANSPLANTE RENAL VERSUS HEMODIÁLISE

Vânia Peralta; Ana Graça; Fernando Rodrigues

Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

O envelhecimento da população e um crescimento das doenças crónicas constituem características dos países desenvolvidos, ou em vias de desenvolvimento. A doença renal crónica terminal (DRC5) é uma patologia com elevada incidência e prevalência em Portugal. Tanto a transplantação renal, como a hemodiálise constituem terapias viáveis no tratamento desta patologia, sendo que trazem melhoria tanto na sobrevida como na qualidade de vida dos doentes. Visando efetuar uma análise económica do tratamento da DRC5, comparando a modalidade de hemodiálise com o transplante renal, procedemos a uma revisão da literatura visando reunir artigos científicos que abordassem a temática de estudo custo-efetividade e custo-utilidade de hemodiálise versus transplantação renal. Estas intervenções não são isentas de custos, tendo em conta a escassez de recursos do sistema nacional de saúde, bem como a inexistência, em várias situações, de mercados que permitam determinar a afetação eficiente de recursos de uma forma descentralizada, existe a necessidade de usar a análise custo-benefício que, no contexto de cuidados de saúde, ganhou a designação de avaliação económica de tecnologias (Pita Barros, 2013). Importa, demonstrar cientificamente a relevância do investimento em políticas de saúde promotoras da doação de órgãos, como fonte de recursos vitais e escassos face à procura/necessidade. Concluímos que a opção pelo transplante renal é a que apresenta melhores resultados de custo efetividade e um maior aumento de qualidade de vida dos doentes que sofrem de DRC5. Esta é uma conclusão que é transversal aos diversos estudos, com origem em diferentes países, com diferentes culturas e economias, demonstrando a coerência dos resultados. Destaca-se a extrema importância do funcionamento de programas de transplantação renal, e da educação da população para a relevância da doação como fonte de acesso a um “produto” de valor incalculável, permitindo aos doentes a possibilidade de acesso a um bem escasso, obtendo ganhos significativos em saúde.

## EP-062

## STRONGYLOIDES STERCORALIS: UM CASO RARO DE TRANSMISSÃO ENTRE DADOR E RECETOR

Rui Barata<sup>2</sup>; Rita Abrantes<sup>1</sup>; Ana Messias<sup>2</sup>; Miguel Bigotte Vieira<sup>2</sup>; Rita Magriço<sup>2</sup>; Patrícia Cotovio<sup>2</sup>; Cecília Silva<sup>2</sup>; Inês Aires<sup>2</sup>; Fernando Caeiro<sup>2</sup>; Francisco Remédio<sup>2</sup>; Aníbal Ferreira<sup>2</sup>; Fernando Nolasco<sup>2</sup>

1 - Centro Hospitalar Médio Tejo; 2 - Hospital Curry Cabral, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central

Um screening adequado do recetor e dador é necessário para antever o risco de transmissão de doenças infecciosas entre dador e recetor, bem como possíveis reativações de infeções crónicas. Mulher de 53 anos com história de doença renal crónica de etiologia desconhecida, transplantada renal de dador cadáver 3 meses antes. Negava viagens recentes fora de Lisboa. A doente foi internada por um quadro com 2 semanas de evolução de mal-estar geral, anorexia, astenia, perda de peso e queixas gastrointestinais altas, sem febre ou diarreia. Ao exame objetivo apresentava petéquias periumbilicais e dorsais. Analiticamente a destacar eosinofilia (máximo 1070 x 10<sup>6</sup>/L) e agravamento da função do enxerto renal (creatinina máxima de 2.4 mg/dL). A pesquisa de parasitas nas fezes foi positiva para Strongyloides stercoralis (Ss). Apesar da ausência de manifestações respiratórias, realizou TC torácica, que excluiu envolvimento pulmonar. Importa referir que, à data do transplante, a doente apresentava pesquisa de anticorpo anti-SS negativa. Assumindo-se hiperinfeção a Ss (manifestações cutâneas e gastrointestinais), foi iniciado tratamento com ivermectina (15 mg/dia) e albendazol (diário, 7 dias), com reversão rápida das manifestações, a que se associou normalização da função renal. Continuou-se tratamento com ivermectina diária até à obtenção de pesquisa nas fezes persistentemente negativa (durante 2 semanas). Mantém toma de ivermectina mensal, previsto durante 6 meses. Tendo em conta a serologia negativa à data do transplante, e a ausência de viagens ou comportamentos de risco nesse período, assumiu-se uma transmissão da infeção entre dador e recetor. Os restantes 3 recetores do mesmo dador foram notificados. A recetora do rim-par. O screening de Ss em recetores de transplante renal está recomendado em áreas endémicas. Em Portugal não existem estudos epidemiológicos sobre a prevalência de Ss. Apesar de a reativação de infeção latente não ser infrequente, a transmissão desta infeção de dador para recetor é rara.

## EP-063

## BUSCA ATIVA POR POTENCIAIS DOADORES DE CórNEA EM UM HOSPITAL MUNICIPAL DA UFMA

Polianna Costa Bortolon Melo<sup>1</sup>; Luiza Maria de Nóvoa Moraes<sup>1</sup>; Kenya Mara Veras Santos<sup>1</sup>; Heloisa Rosário Furtado Oliveira Lima<sup>1</sup>; Priscila Monteiro de Almeida<sup>1</sup>; Regina De Fátima Cruz de Moraes<sup>1</sup>; Ângela Inês Brito Veiga<sup>1</sup>; Magnólia Rosa Ribeiro Oliveira<sup>1</sup>; Leonardo Furtado Oliveira Lima<sup>2</sup>; Lorena Monteiro Borges<sup>3</sup>; Núbia Regina Pereira da Silva<sup>1</sup>

1 - Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; 2 - Hospital Municipal Miguel Couto; 3 - Centro Universitário Serra dos Órgãos

INTRODUÇÃO: O transplante de córnea é o procedimento de maior sucesso entre os transplantes além do mais realizado na atualidade. Porém, a espera por um transplante em algumas localidades ainda é longa, pois a demanda é menor que o número de doações para efetivação do procedimento. No Maranhão, a lista de espera para transplante de córnea é de 633 pessoas. OBJETIVO: Analisar a viabilidade para doação de tecido ocular na unidade estudada. MATERIAIS E MÉTODOS: Estudo descritivo exploratório, com coleta retrospectiva a partir de relatórios de atividades mensais da CIHOTT do hospital estudado no período de 2018 a 2020. RESULTADOS: Foram identificados 712 óbitos no hospital, com faixa etária acima de 28 dias. Dentre estes, somente 66 (9,2%) familiares foram entrevistados com finalidade de doação dos tecidos oculares e apenas 19 (28,7%) dessa parcela foram favoráveis. Em 646 (90,6%) casos foi identificado algum impeditivo para a doação, com destaque para 290 (40,7%) casos de sepse e 128 (17,9%) apresentaram casos de pacientes fora da faixa etária. Ressalta-se no ano de 2020, devido à pandemia da COVID-19, houve a interrupção das captações em óbitos por PCR em todo território nacional, conforme Nota Técnica 34/20, com perda de 23 (10,7%) óbitos viáveis e, após retorno das atividades, 26 (11,8%) casos foram descartados devido à triagem epidemiológica para SARS-COV-2. CONCLUSÃO: Faz-se necessária a utilização destes resultados para o aprofundamento de informações limitantes do processo de doação de tecidos oculares para que sejam implantadas medidas de intervenção para melhoria dos números no hospital estudado, como protocolo de sepse, além do reforço de medidas de segurança e triagem dos potenciais doadores no período de pandemia causada pelo novo coronavírus.

## EP-064

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRANSPLANTES DE MEDULA ÓSSEA DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS EM UM CENTRO DE TRANSPLANTE BRASILEIRO: 22 ANOS DE ATIVIDADES

Victor Hugo Fernandes<sup>1</sup>; Stephanie Miyoshi<sup>1</sup>; Larissa Poliss<sup>2</sup>; Mair Pedro de Souza<sup>2</sup>; Anderson Simioni<sup>2</sup>; Vergílio Colturato<sup>2</sup>

1 - Faculdade de Medicina da Universidade de Araraquara - UNIARA; 2 - Hospital Amaral Carvalho - HAC

Introdução: São três modalidades de Transplante de Medula Óssea: alogênico quando as células provêm de um doador, aparentado ou não; singênico quando o doador é irmão gêmeo idêntico e autólogo quando utiliza células do próprio paciente. As fontes podem ser: medula óssea, sangue periférico ou cordão umbilical. As principais complicações são aplasia medular, doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH) e infecções. Objetivos: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes pediátricos que realizaram o procedimento, as modalidades, sobrevida e incidência da DECH. Casuística: Pacientes menores de 18 anos transplantados em centro de transplante brasileiro entre agosto/1996 e dezembro/2018. Método: Análise dos dados de prontuários dos pacientes que receberam TMO nesse período. Os resultados foram distribuídos em gráficos, tabelas e descritos e para sobrevida global utilizou-se a curva de Kaplan-Meier. Resultados: Foram realizados 614 transplantes, 89,4% alogênicos, dos quais 45,1% foram aparentados, 36,6% não aparentados e 7% haploidênticos. Os autólogos foram 10,6% e singênicos 0,6%. 74,1% das células eram provenientes da medula óssea, 13,3% do sangue periférico e 12,6% do cordão umbilical. As principais indicações foram leucemias agudas linfóide e mielóide, aplasia de medula óssea e Linfomas. Na DECH 26% foram agudas e 19% crônicas; 74,5% acometeram a boca, 47,8% pele, 32,5% fígado, 28,4% olhos, 16,2% TGI, 12,6% pulmão e 7,7% trato geniturinário. A sobrevida global em 6 anos foi de 64% para TMO autólogo e 48% para alogênico, a sobrevida geral foi 50% em 6 anos. Conclusão: Houve maior prevalência do TMO alogênico aparentado e a principal fonte de células foi a medula óssea. As principais patologias foram leucemias agudas e aplasias de medula. A DECH aguda e crônica apresentou incidências compatíveis com outros estudos. A sobrevida global dos transplantes autólogos foi maior que dos alogênicos, sendo esta a modalidade mais utilizada. A análise global demonstra contribuição do centro nos cenários de transplantes e tem resultados semelhantes a outros centros nacionais e internacionais.

## EP-065

**THE HEMATOPOIETIC RECOVERY AFTER ALLOGENEIC BONE MARROW TRANSPLANT****Raquel Rodrigues<sup>1,2</sup>; Fatima Amado<sup>1</sup>; Filipa Bordalo<sup>1</sup>; Sara Ferreira<sup>1</sup>; Sérgio Lopes<sup>1</sup>; Catarina Pinho<sup>1</sup>; Susana Roncon<sup>1</sup>****1 - Instituto Português de Oncologia do Porto FG, EPE (IPO-Porto);****2 - Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto**

Allogeneic Bone Marrow Transplant (Allo-BMT) is a well-recognised treatment used in some malignant pathologies. During COVID-19 pandemic, EBMT issued guidelines aiming not delay this therapy and protect donor safety. In our centre, donor risk was assessed by a screening questionnaire, SARS-CoV-2 test was performed by Nuclei Acid Amplification Test before BM collection and all were cryopreserved before patients started conditioning regimen. This study aims to evaluate if cryopreservation does or doesn't influence hematological recovery after transplant. From April-July 2020, 6 patients with Fanconi Anaemia, Acute Myeloid Leukemia, Juvenile Myelomonocytic Leukemia, Myelodysplastic Syndrome and Severe Aplastic Anaemia were proposed to Allo-BMT. The BM was harvested with a validated technique (ACD-A, ratio 4:1). After filtration, BM was processed with COBE2991, cryopreserved in nitrogen tanks (-196°C), during a median time of 25 days(D). At D0, all grafts were thawed (water bath, 37°C, continuous agitation) and DMSO was removed by washing. Quality control was performed according to established criteria and results were compared with those obtained from 6 freshly-infused BM harvested between 2018-2019. The median of total nucleated cells (TNC) recovery after processing was 54(46,7-90,3)% in cryopreserved grafts (cases) and patients were infused with a median of  $2,2(1,2-2,7) \times 10^8$  TNC/Kg; the median cellular viability after thawing was 84%. In fresh grafts (control),  $4,25(2,5-6,1) \times 10^8$  TNC/Kg were infused with >95% of viability. The median of CFU-GM count was  $1943 \times 10^5$  in cases, and  $1030 \times 10^5$  in control. The median of days for neutrophil ( $\geq 0,5 \times 10^9/L$ ) and platelet ( $\geq 20 \times 10^9/L$ ) recovery was, respectively, 23 and 21 in cases and 15 and 16 in control. We observed that BM cryopreservation leads to cell loss and delayed hematological recovery, and this is statistically significant for infused TNC and platelet recovery ( $p=0,009$  and  $p=0,016$  respectively). To offer the best graft to patients a larger study is suggested, and peripheral blood stem cell cryopreservation is recommended, whenever possible.