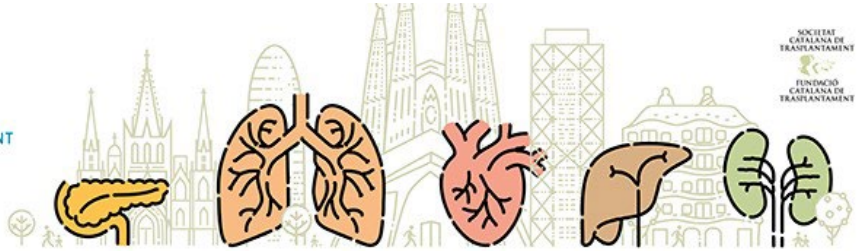
18º CONGRESO
SCT SOCIETAT CATALANA DE TRASPLANTAMENT
BARCELONA
UNIVERSITAT POMPEU FABRA
26-28 MARZO 2025



Tratamiento inmunosupresor con dos fármacos (tacrolimus y prednisona) en receptores de trasplante renal de edad avanzada.

A González, MJ Pérez-Sáez, A Buxeda, B Chaumoun, C Burballa, A Martínez, Y Castillo, M Linarez, M Crespo, D Redondo-Pachón

Hospital del Mar

Hospital del Mar Barcelona

SOCIETAT CATALANA DE TRASPLANTAMENT

FUNDACIÓ CATALANA DE TRASPLANTAMENT

INTRODUCCIÓN

Estudio SYMPHONY

ORIGINAL ARTICLE

Reduced Exposure to Calcineurin Inhibitors in Renal Transplantation

Authors: Henrik Ekberg, M.D., Ph.D., Helio Tedesco-Silva, M.D., Alper Demirbas, M.D., Štefan Vítko, M.D., Björn Nashan, M.D., Ph.D., Alp Gürkan, M.D., F.A.C.S., Raimund Margreiter, M.D., +6 , for the ELITE–Symphony Study* Author Info & Affiliations

Published December 20, 2007 | N Engl J Med 2007;357:2562-2575 | DOI: 10.1056/NEJMoa067411
VOL. 357 NO. 25 | Copyright © 2007

2007

Estudio TRANSFORM

ORIGINAL CLINICAL SCIENCE—GENERAL

Safety of Everolimus With Reduced Calcineurin Inhibitor Exposure in De Novo Kidney Transplants: An Analysis From the Randomized TRANSFORM Study

Tedesco-Silva, Helio MD[1]; Pascual, Julio MD[2]; Viklicky, Ondrej MD[3]; Basic-Jukic, Nikolina MD[4]; Cassuto, Elisabeth MD[5]; Kim, Dean Y. MD[6]; Cruzado, Josep M. MD[7]; Sommerer, Claudia MD[8]; Adel Bakr, Mohamed MD[9]; Garcia, Valter D. MD[10]; Uyen, Huynh-Do MD[11]; Russ, Graeme MD[12]; Soo Kim, Myoung MD[13]; Kuypers, Dirk MD[14,15]; Buchler, Matthias MD[16]; Citterio, Franco MD[17]; Hernandez Gutierrez, Maria Pilar MSc[18]; Bernhardt, Peter PhD[18]; Chadban, Steve MD[19]

Author Information

Transplantation 103(9):p 1953-1963, September 2019. | *DOI:* 10.1097/TP.0000000000002626

2019

ORIGINAL ARTICLE

Rabbit Antithymocyte Globulin versus Basiliximab in Renal Transplantation

Authors: Daniel C. Brennan, M.D., John A. Daller, M.D., Ph.D., Kathleen D. Lake, Pharm.D., Diane Cibrik, M.D., and Domingo Del Castillo, M.D., for the Thymoglobulin Induction Study Group* Author Info & Affiliations

Published November 9, 2006 | N Engl J Med 2006;355:1967-1977 | DOI: 10.1056/NEJMoa060068
VOL. 355 NO. 19 | Copyright © 2006

- Riesgo inmunológico del paciente
- Compatibilidad HLA con el donante

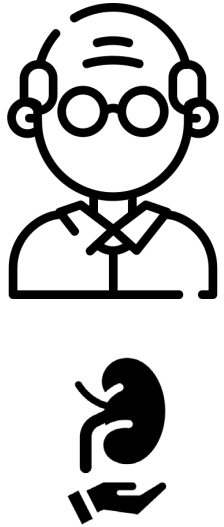
Ekberg et al. (2007)
Tedesco-Silva et al. (2019)
Thomusch et al. (2016)

INTRODUCCIÓN

cPRA 0%

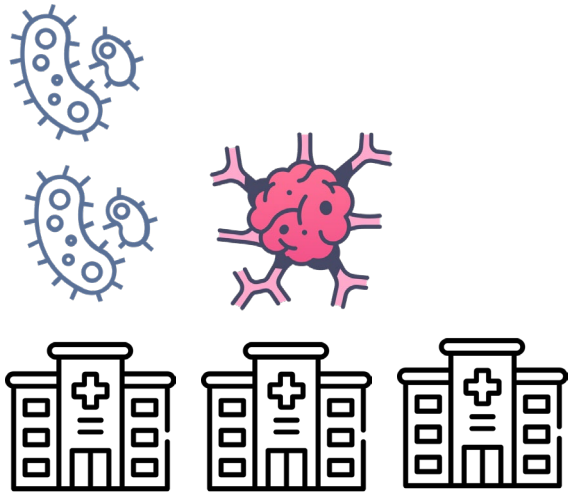
- Basiliximab
- TAC+AMF/imTOR+P

TAC+AMF/imTOR+P



cPRA 0%

- Basiliximab
- TAC+AMF/imTOR+P



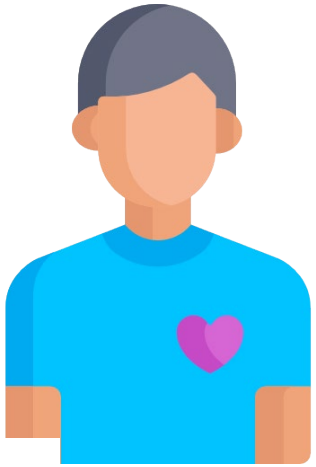
TAC+P

INTRODUCCIÓN

¿Edad?

¿Comorbilidades?

¿Fragilidad?



Clinical Infectious Diseases

INVITED ARTICLE

IDSA Infectious Diseases Society of America · hivma hiv medicine association · OXFORD

IMMUNOCOMPROMISED HOSTS: David R. Snydman, Section Editor

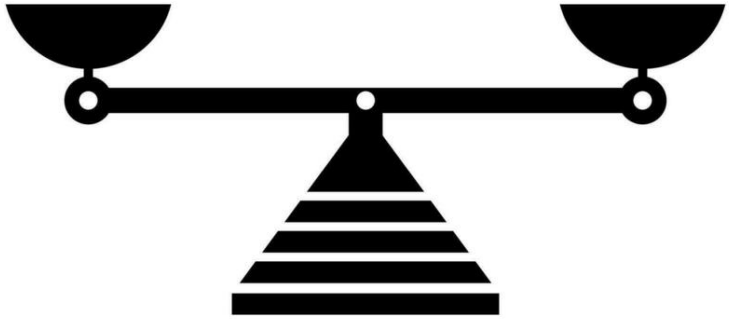
Immunosuppressive Agents and Infectious Risk in Transplantation: Managing the "Net State of Immunosuppression"

Matthew B. Roberts,[1] and Jay A. Fishman[1,2]

[1]Transplant Infectious Disease and Compromised Host Program and Transplant Center, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, USA; and [2]Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, USA

Rechazo

Complicaciones IS



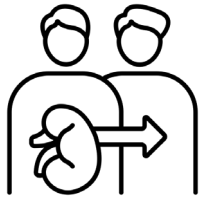
Roberts & Fishman (2020)

OBJETIVO

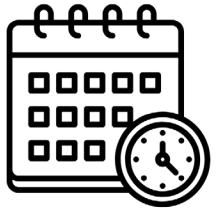
- Analizar los receptores de TR en biterapia y comparar sus características basales y resultados posTR con los de triple terapia.

MÉTODOS

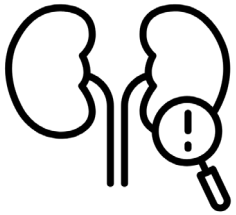
- Estudio retrospectivo unicéntrico



- **552 RTR** (enero/2017-marzo/2022).



- Mediana [RIQ] de seguimiento fue de **61 [52-76] meses.**



- Se recogieron variables del donante, receptor y resultados posTR.

RESULTADOS

N=552
Exclusión
Pérdidas precoces (<3 meses)
N=508 TAC+AMF/imTOR+P
TAC+AMF/imTOR+P
295 (58.1 %)
TAC+P
213 (41.9 %)

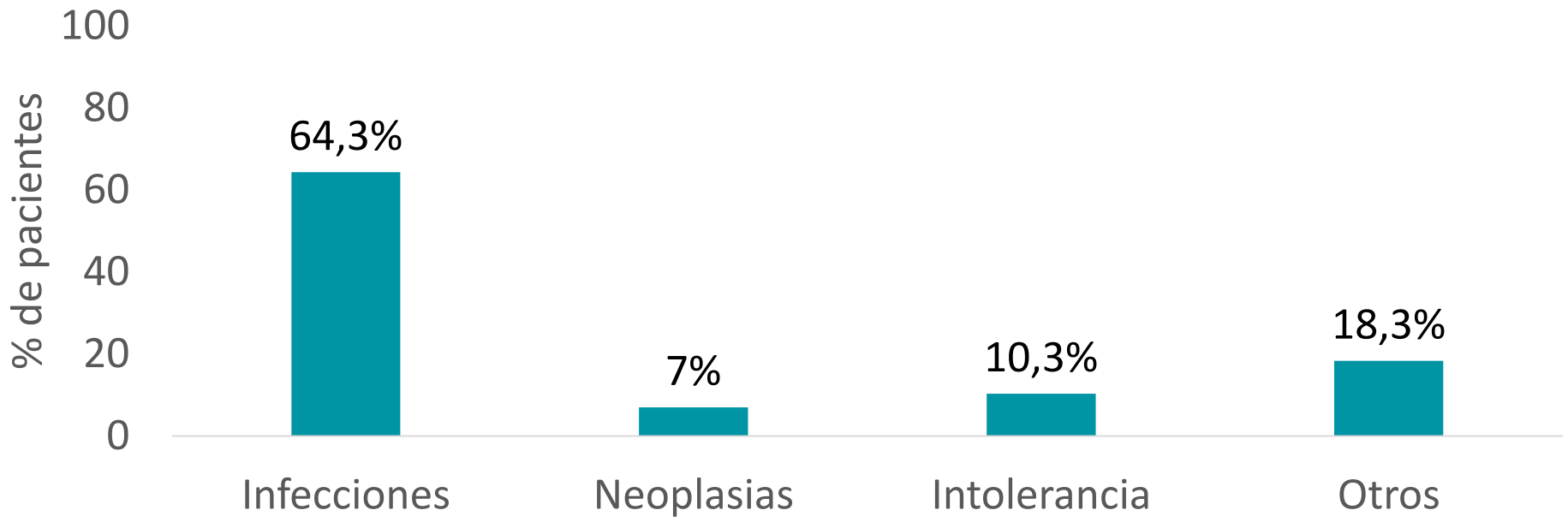
RESULTADOS

Características basales

	Triple terapia (n=295)	Biterapia (n=213)	p
Edad al TR, años, media ± DS	56,6 (13,6)	63,9 (11,7)	<0.001
Edad al TR ≥ 65 años, N (%)	95 (32,2)	115 (54)	<0.001
Género femenino, N (%)	129 (43,7)	84 (39,4)	0,33
IMC, kg/m2, media ± DS	26,3 ± 5,0	27,1 ± 4,4	0,07
HTA, N (%)	284 (96,3)	209 (98,1)	0,29
DM, N (%)	75 (25,4)	95 (44,6)	0,01
Enf cerebrovascular, N (%)	42 (14,2)	51 (23,9)	0,007
Enf cardiaca, N (%)	90 (30,5)	84 (39,4)	0,04
Vasculopatía periférica, N (%)	23 (7,8)	43 (20,2)	<0.001
Neoplasia, N (%)	39 (13,2)	35 (16,4)	0,31
HD como TSR, N (%)	181 (61,3)	141 (66,2)	0,30
ReTR, N (%)	38 (12,9)	24 (11,3)	0,68
Tipo de donante: ME, N (%)	128 (43,4)	107 (50,2)	0,14
Creat a la donación, media ± DS	0,82 (0,4)	0,81 (0,5)	0,78
Inducción con timoglobulina, N (%)	63 (21,3)	40 (18,8)	0,27
Mantenimiento con **CCT + CNI + AMF,** N (%) **CCT + CNI + imTOR,** N (%)	 173 (58,6) 122 (41,4)	 120 (56,3) 93 (43,7)	0,33
Tiempo isquemia fría, horas, media ± DS	12,4 (6,8)	13,4 (5,9)	0,08
Función retrasada del injerto, N (%)	82 (27,8)	75 (35,2)	0,08
Creatinina nadir, mg/dl, media ± DS	1,3 (0,5)	1,5 (0,6)	0,001

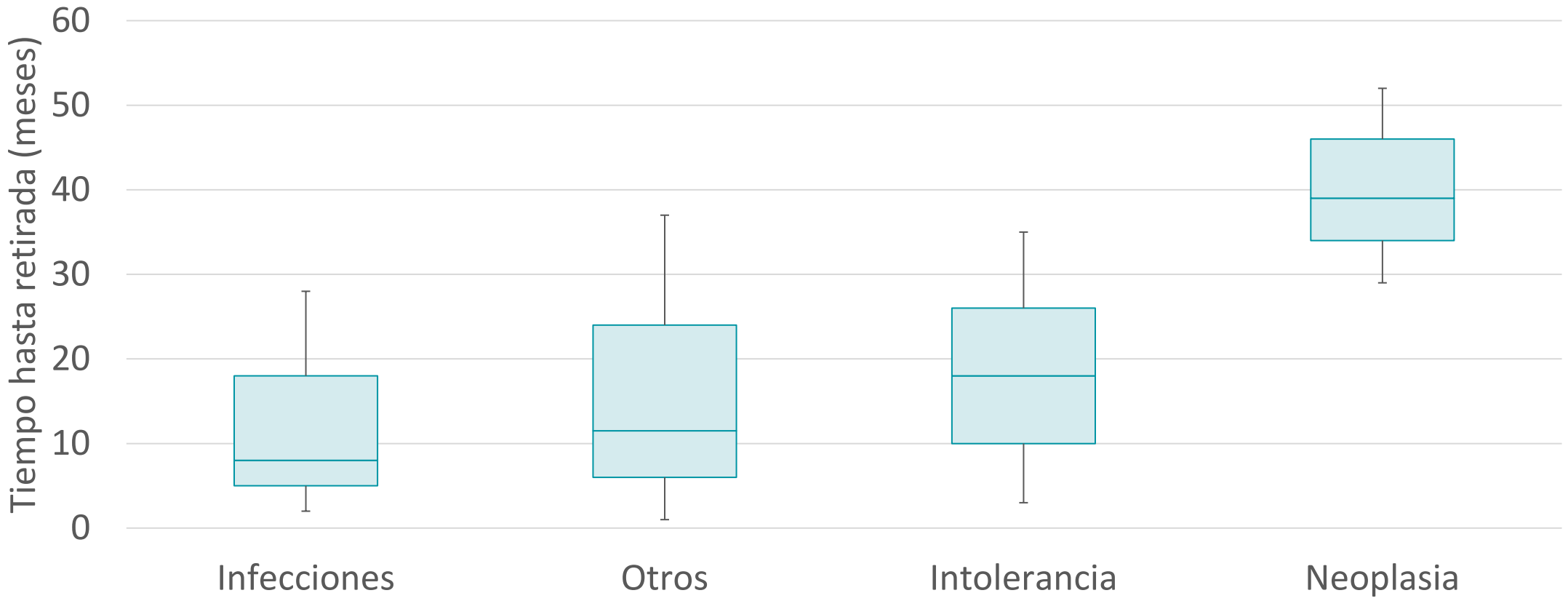
RESULTADOS

Causa de retirada del tercer fármaco



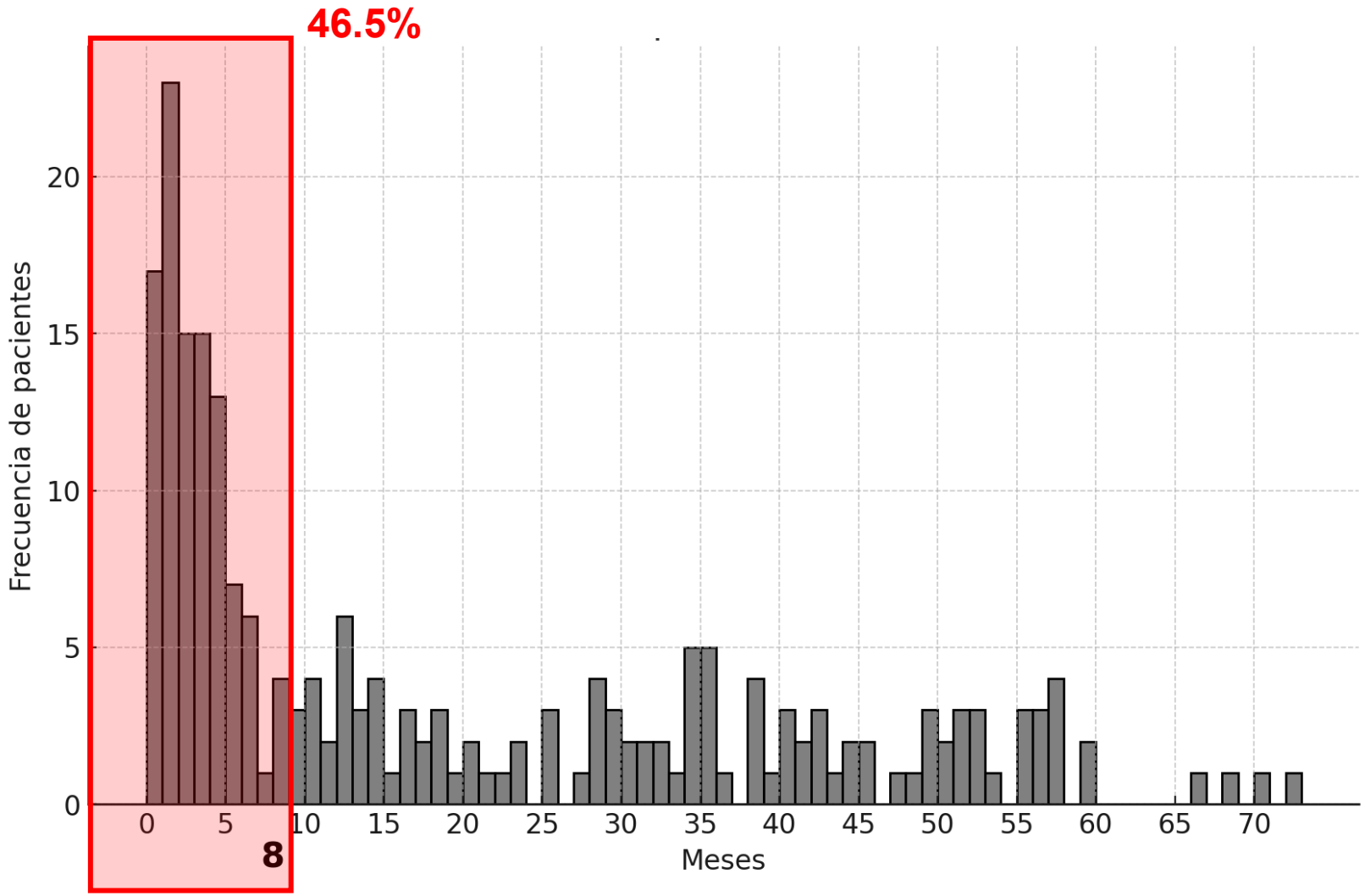
RESULTADOS

Tiempo desde TR hasta la retirada del tercer fármaco IS



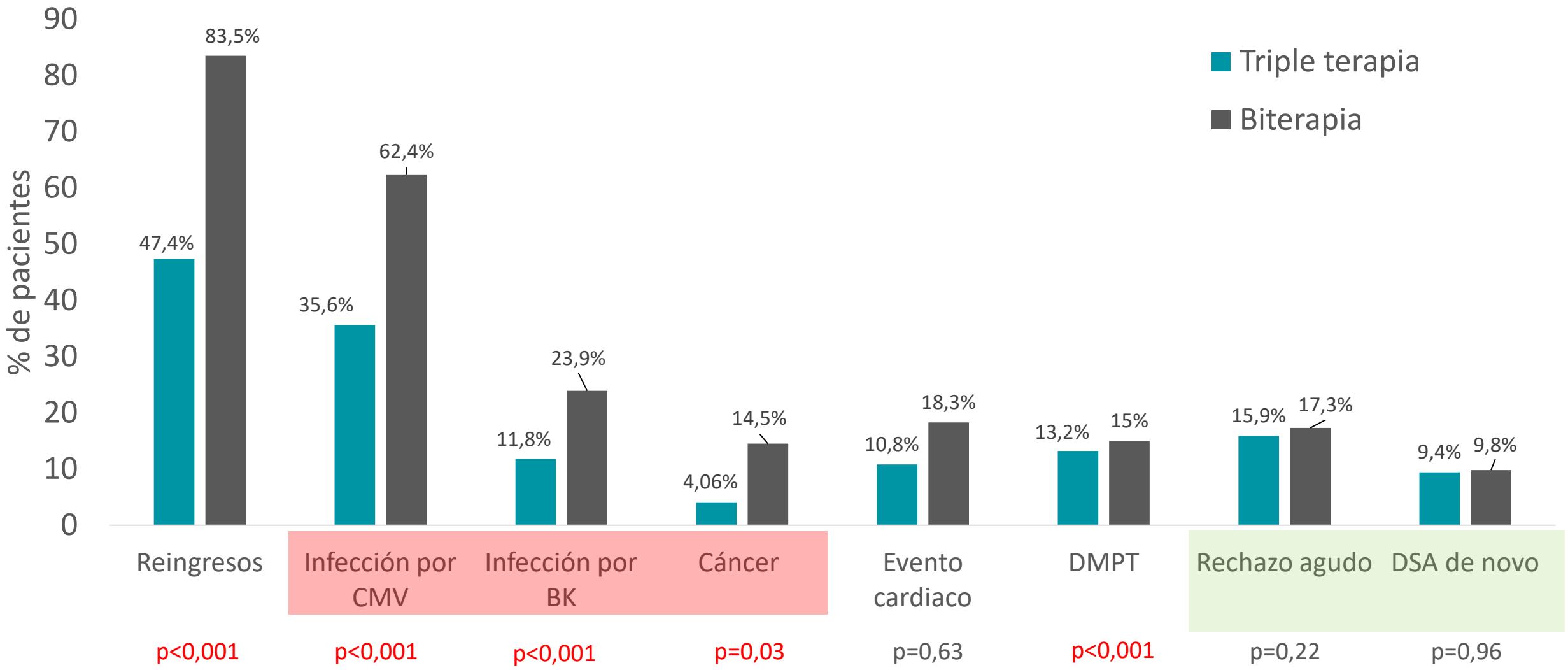
RESULTADOS

Frecuencia de retirada del tercer fármaco IS



RESULTADOS

Complicaciones posTR según grupo de IS



RESULTADOS

Análisis multivariante

	OR	IC 95%	p
Edad al TR ≥ 65 años	1.99	1.00- 3.9	**0,01**
DM preTR	0.65	0,38-1,13	0,13
Vasculopatia preTR	1,07	0,65-1,80	0,97
Cardiopatia preTR	1,06	0,64-1,76	0,80
Creatinina nadir	1,20	0,79-1,83	0,38
Reingreso por infección > = 3	4.7	1.7-12.5	**<0,001**
Cáncer posTR	2,29	0,94-5,59	0,06

CONCLUSIONES

- La **suspensión del tercer fármaco** inmunosupresor es un fenómeno frecuente (41,9%), sobre todo en pacientes de edad avanzada.
- La retirada se produce tras un evento en **dos picos**: retirada precoz ante **infecciones** y tardía ante **neoplasias**.
- Adelantarnos a estos eventos y **diseñar una inmunosupresión más individualizada** debe centrar nuestros esfuerzos los próximos años.

¡GRACIAS!