

588 MAYOR PROGRESIÓN DE FIBROSIS INTERSTICIAL/ATROFIA TUBULAR DURANTE EL PRIMER AÑO POST TRASPLANTE EN PACIENTES METABOLIZADORES RÁPIDOS DE TACROLIMUS

N. TOAPANTA GAIBOR¹, I. TORRES RODRIGUEZ¹, B. CHAMOUN HUACON¹, M. GABALDON DOMINGUEZ², M. PERELLO CARRASCOSA³, J. SELLERS ROIG⁴, D. SERON MICAS⁵, F. MORESO MATEOS⁶
¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA); ²ANATOMÍA PATOLÓGICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL DE HEBRON (BARCELONA/ESPAÑA)

Introducción: Se ha demostrado que la tasa de metabolismo del tacrolimus expresada como la concentración en sangre normalizada por la dosis (C/D ratio; ng/mL*mg) está asociada con el resultado del injerto.

Los metabolizadores rápidos (menor relación C/D) mostraron una tasa de filtración glomerular (eGFR) más baja estimada a los dos años y más indicaciones de biopsias renales que revelan una mayor incidencia de nefrotoxicidad por CNI y nefropatía por BK.

El objetivo fue caracterizar el impacto de la relación C/D en la progresión de la fibrosis intersticial/atrofia tubular (IF/TA) en una cohorte de pacientes tratados con tacrolimus de liberación prolongada, MMF y esteroides con biopsias de protocolo pareadas de 3 y 18 meses.

Pacientes y métodos: Se evaluaron 78 pacientes con riesgo inmunológico bajo, tratados con tacrolimus de liberación prolongada, MMF y esteroides, en los que se encontraron biopsias de protocolo pareadas de 3 y 18 meses con muestras adecuadas. La relación C/D se calculó como la media de las relaciones C/D de 1, 3 y 6 meses. Las biopsias se evaluaron de acuerdo con la última actualización del esquema de Banff. La progresión de IF/TA se definió como la diferencia de 18 y 3 meses IF/TA > 0.

Resultados: La progresión de IF/TA se observó en 34 casos (43%) y en el análisis univariado se asoció con una inflamación total a los 18 meses (1,0 ± 0,9 para los progresores progresadores frente a 0,5 ± 0,7 para los no progresores, valor de p = 0,036), IF/TA a los 3 meses (1,0 ± 0,9 frente a 1,8 ± 1,2; valor de p = 0,002) y relación C/D de tacrolimus (1,49 ± 0,84 frente a 1,96 ± 1,10; valor de p = 0,044). El análisis de regresión logística multivariable mostró que la relación C/D de tacrolimus se asoció de forma independiente con la progresión de IF/TA (riesgo relativo 0,38; intervalo de confianza del 95%: 0,16 a 0,90; valor de p = 0,029).

Conclusiones: Los metabolizadores rápidos de tacrolimus (menor relación C/D) mostraron una mayor progresión de IF/TA en las biopsias de seguimiento pareada en pacientes de bajo riesgo inmunológico.

589 EVALUATING ADHERENCE TO IMMUNOSUPPRESSIVE DRUGS THROUGH TRACKYOURMED® AN INNOVATIVE QR CODE-SCANNER APP IN RENAL TRANSPLANTATION: PRELIMINARY RESULTS FROM I-COM TRIAL

E. MELILLI¹, M. MENEGHINI¹, N. MONTERO², A. MANONELLES¹, ME. LLADO², I. REVUELTA³, JM. GRINYO⁴, O. BESTARD⁵

¹UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT); ²UNIDAD DE TRASPLANTE HEPATICO. HOSPITAL DE BELLVITGE (L'HOSPITALET DE LLOBREGAT); ³UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL. HOSPITAL CLINIC (BARCELONA)

Low adherence to immunosuppressive drugs is still a big issue among renal transplant recipients, being related to a higher risk of developing de novo DSA and humoral chronic rejection, ultimately leading to a reduction of graft survival. Trackyourmed® is a new app with a QR code scan system integrated. We create the app with the scope to promote awareness related to adherence among patients and doctors. Here we present preliminary data from a clinical pilot study.

Method: Figure 1 shows how Trackyourmed® works. Statistics on adherence are visualized both in the app and in the web-platform.

I-Com Study is an on-going multicentre clinical trial including kidney transplant recipients. The primary objective of the study is to describe the rate of acceptance of trackyourmed® by patients. A secondary objective is to assess adherence. Data on Adherence/no adherence are presented as mean of % of all patients.

Results: This is an interim analysis of the first 50 patients included in the study, of them, 80 % are currently using the app, while 20 % abandoning its use after a few days. Results for adherence monitoring according to CNI or MMF/iMtor Use or prednisone in the subgroup of patients with at least 30 days of follow up were analyzed. Correct intake accounts for just 85 % of total intake, indicating a low adherence to immunosuppressive drugs. Correct intake was slightly higher for CNI and prednisone (most of the patients were on extended tacrolimus formulation) compared with MMF (85 and 88 % vs 82 % respectively)

Conclusion: Trackyourmed® was well accepted by most of the patients included in the study. Tacrolimus extended-release and prednisone seems to be related with a better adherence profile compared with MMF.

Figura.

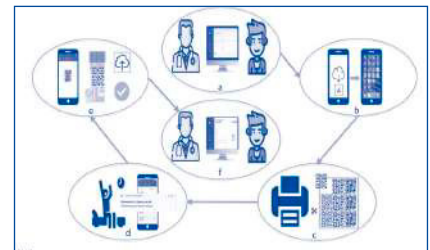


Fig. 1. Physician retrieves patient's data in the web-system of the app, with the scheduled time of intake of immunosuppressant. Patient downloads the app and makes the login. Web platform of the app generates a unique QR sheet that is printed. Each QR code corresponds to an immunosuppressant. Code QR from sticker could be cut and paste on pill box, etc. Patient receives a reminder in form of a banner in mobile phone and open the app and scan the QR-Code. The sticker is now recorded and downloaded in the data-system of the app. In 40-min, patient and doctor analyze the adherence, evaluating the % of missed pills or out-of-time intake episodes.

590 BIODISPONIBILIDAD DE LAS DIFERENTES FORMULACIONES DE TACROLIMUS UTILIZADAS EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL DE NOVO: ESTUDIO BETTER

C. FERNANDEZ RIVERA¹, G. GOMEZ², J. PAUL³, R. LAUZURICA⁴, F. MORESO⁵, A. ANDRES⁶, A. FERNANDEZ⁷, A. MENDILUCE⁸, A. SANCHEZ FRUCTUOSO⁹, J. PASCUAL¹⁰

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA/ESPAÑA); ²NEFROLOGÍA. HOSPITAL SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA/ESPAÑA); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL MIGUEL SERVET (ZARAGOZA/ESPAÑA); ⁴NEFROLOGÍA. HOSPITAL GERMANS TRIES I PUJOL (BADALONA/ESPAÑA); ⁵NEFROLOGÍA. HOSPITAL VALL HEBRÓN (BARCELONA/ESPAÑA); ⁶NEFROLOGÍA. HOSPITAL ¹² OCUBRE (MADRID/ESPAÑA); ⁷NEFROLOGÍA. HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL (MADRID/ESPAÑA); ⁸NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO VALLADOLID (VALLADOLID/ESPAÑA); ⁹NEFROLOGÍA. HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS (MADRID/ESPAÑA); ¹⁰NEFROLOGÍA. HOSPITAL DEL MAR (BARCELONA/ESPAÑA)

El trabajo corresponde a un grupo de trabajo o un estudio multicéntrico: Estudio BETTER.

Antecedentes: Mantener niveles adecuados de tacrolimus (Tac) en la sangre es esencial para prevenir el rechazo de órganos y la toxicidad después del trasplante renal (TxR). Este estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, comparó la biodisponibilidad de las 3 formulaciones de Tac utilizadas para tratar a los receptores de TxR de novo.

Pacientes y método: Receptores de TxR adultos que recibieron tratamiento con Tac, MMF y corticosteroides se incluyeron ≤14 días después del trasplante. La dosis diaria de Tac (TDD), los niveles valle (C_{min}), la biodisponibilidad (C_{min} / TDD), el fracaso del tratamiento, las infecciones virales, la función renal y los eventos adversos (EA) se evaluaron durante el seguimiento de 6 meses.

Resultados: Entre octubre 2016 y agosto 2017, se reclutaron 251 receptores de TxR en los 15 centros participantes. De los 228 pacientes evaluables: 129 recibieron Tac de liberación prolongada MeltDose® (LCP-Tac), 89 Tac de liberación prolongada (PR-Tac) y 10 Tac de liberación inmediata (IR-Tac). LCP-Tac mostró la mayor biodisponibilidad, con un aumento del 55% y 60% frente a IR-Tac y PR-Tac, respectivamente (p<0,0001). No encontramos diferencias significativas entre los grupos en C_{min} (p = 0,5) y una reducción del 30% en TDD en LCP-Tac frente a PR-Tac (p < 0,0001). Presentaron Función Retardada del Injerto 20 (15,5%) y 16 (18%) pacientes tratados con LCP-Tac y PR-Tac respectivamente. Desarrollaron Diabetes post-TxR el 8,5% (LCP-Tac) y 13,5% (PR-Tac) de pacientes. Las infecciones virales (CMV / BK) se presentaron en 23,2% (LCP-Tac) y en 21,3% (PR-Tac). Se observó una incidencia mayor pero no significativa de fracaso del tratamiento (7,9% frente a 3,9%) y abandono prematuro (5,6% frente a 2,3%) en el grupo PR-Tac en comparación con el grupo LCP-Tac. El Filtrado Glomerular estimado y los niveles de creatinina fueron similares independientemente de la formulación de Tac. Los EA se registraron en 82 (61,7%) pacientes tratados con LCP-Tac y 55 pacientes (57,3%) tratados con PR-Tac. No hubo diferencias en la incidencia de rechazo agudo (2/169 LCP-Tac y 1/89 PR - Tac). La media de mg consumidos fue de 1008,5 (LCP-Tac) y 1411,3 (PR-Tac), 40% mayor para PR-Tac.

Conclusiones: LCP-Tac mostró una mayor biodisponibilidad con una función renal y un perfil de seguridad similares, y una tendencia a disminuir el fracaso del tratamiento y la diabetes post-TxR en comparación con otras formulaciones de Tac disponibles. El consumo en mg fue un 40% menor en los pacientes tratados con LCP-Tac.

591 SENSIBILIZACIÓN HLA DONANTE ESPECÍFICA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA CON UN TRASPLANTE RENAL PREVIO FALLIDO

I. YAÑEZ MENDIA¹, J. FANINI GÓMEZ², N. OLIVARES BEOBIDE³, P. JIMENEZ ANTUÑANO¹, N. MARURI KAREAGA⁴, A. VERGARA ARANA⁵, J. QUINTANAR LARTUNDO⁶, L. BUENO LOPEZ⁷, J. AMENABAR RIBAR⁸, E. ALVAREZ QUINTANA¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO); ²INMUNOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES (BARAKALDO); ³NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERITARIO VALL D'HEBRON (BARCELONA)

El desarrollo de Ac HLA donante específica (DE) es un fenómeno frecuente en el trasplante renal que condiciona un mal pronóstico funcional del injerto y dificulta el acceso a un futuro retransplante.

Se ha analizado la lista de espera de trasplante renal de nuestro hospital en Enero del 2019. El listado incluía 175 pacientes, 37 (21%) habían sido trasplantados previamente en una única ocasión. En este grupo, en su última determinación rutinaria de Ac HLA en lista de espera, técnica luminex, 23 (62 %) presentaban Ac HLA DE frente antígenos de su trasplante previo. En 3 casos (13%) eran Ac frente a Ag HLA clase 1, en 4 casos (17%) frente a clase 2 y en 16 casos (70%) para ambos. En 7 pacientes (30%) se constató la realización de Ac HLA DE en algún momento de la evolución de su trasplante funcionante, con resultados negativos. Todos retiraron de forma progresiva su inmunosupresión cuando iniciaron diálisis.

En la tabla que se adjunta comparamos las características de los que se sensibilizaron y los que no lo hicieron. Resulta estadísticamente significativo que los pacientes que desarrollan Ac HLA DE tienen un tiempo postrasplante en diálisis mayor, entendiéndose por tanto que un mayor tiempo sin inmunosupresión.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes en lista de espera con un trasplante renal previo fallido, el 62% manifiestan Ac frente al donante de su injerto previo. Nuestros datos sugieren que la retirada del tratamiento inmunosupresor tras la pérdida del injerto favorece dicha sensibilización. Estos datos podrían justificar el uso de tratamiento inmunosupresor a dosis bajas tras la pérdida del injerto renal, algo que necesita estudios más completos.

■ Tabla.

	Con Ac HLA DE	Sin Ac HLA DE
N (%)	23 (62)	14 (38)
Edad en años, media DE	57 (16)	62 (15)
Varones, n (%)	13 (57)	10 (71)
Tx funcionante en meses, mediana (Q1-Q3)	67 (8-171)	141 (58-294)
Tiempo en lista espera tras pérdida del injerto en meses, mediana (Q1-Q3)	45 (20-73)	13 (12-17) 1
Disidencias HLA : A+B+DR (%)		
0-2	3 (13)	3 (22)
3-4	14 (61)	9 (64)
5-6	6 (26)	2 (14)

1. Diferencia significativa p: 0.003

592 LA INTRODUCCIÓN RETRASADA DE TACROLIMUS NO PARECE NECESARIA EN LOS TRASPLANTES RENALES PROCEDENTES DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III: AC-TUALIZACIÓN

M. DE COS GÓMEZ¹, L. RUIZ MARTINEZ¹, JL. PEREZ CANGA¹, C. LOPEZ DEL MORAL CUESTA¹, J. MAZON RUIZ¹, L. BELMAR VEGA¹, R. PALOMAR FONTANET¹, R. VALERO SAN CECILIO¹, E. RODRIGO CALABIA¹, JC. RUIZ SAN MILLAN¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA (SANTANDER)
Introducción: En los últimos años se han incrementado los trasplantes procedentes de DA-III. La experiencia previa con donantes asistolia tipo II recomendaba emplear una pauta inmunosupresora con introducción retrasada de tacrolimus para minimizar el riesgo de necrosis tubular aguda y función retrasada del injerto (FRI). Sin embargo, los donantes en asistolia controlada presentan una mejor preservación renal y la inducción retrasada de tacrolimus no parece tan necesaria. A continuación presentamos la actualización de resultados en nuestra cohorte de trasplantes con DA-III con intención de clarificar esta hipótesis.

Material y método: Analizamos 55 trasplantes renales procedentes de DA-III realizados en nuestro hospital durante 2014-2018. En una primera etapa la pauta de inducción fue timoglobulina con tacrolimus retrasado al 3º-4º día (grupo 1). La segunda etapa la inducción se realizó con basiliximab y tacrolimus iniciado el día 0 (grupo 2). Se comparó la tasa de FRI, evolución de la función renal, proteinuria, supervivencia del injerto renal y supervivencia del paciente al año del trasplante.

Resultados: 31 pacientes recibieron timoglobulina con inicio retrasado de tacrolimus (3,54±18 días) y 23 recibieron basiliximab y tacrolimus desde el inicio. La dosis de tacrolimus utilizada fue de 0,05mg/kg/12h. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo, FRCV de donante y receptor, así como tiempo de isquemia fría e incompatibilidad HLA. La mediana de seguimiento del grupo 1 fue de 3,58 (0,9-4,57) años y la del grupo 2 fue de 2,03 (0,43-2,76) años (p<0,001). La FRI fue similar en ambos grupos (27% versus 26%, p=0,5). No se objetivaron diferencias en la creatinina sérica al día 3, 7, 14, 30, 180 y 365 (4,79±2,4 mg/dl, 3,39±2,28 mg/dl, 2,44±1,55 mg/dl, 1,7±0,96 mg/dl, 1,52±0,57 mg/dl y 1,54±0,62 mg/dl para el grupo 1 vs. 4,08±2,47 mg/dl, 3,19±2,22 mg/dl, 2,18±1,38 mg/dl, 1,73±0,96 mg/dl, 1,55±0,62 mg/dl y 1,47±0,63 mg/dl en el grupo 2, p=NS). Respecto a los niveles de proteinuria, no existieron diferencias a los 30 ni 180 días; únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en los niveles de proteinuria al año; 383 (104-2795) mg/24h versus 192 (69-460) mg/24h, p=0,02. El análisis de supervivencia mediante el test Log-Rank no mostró diferencias en cuanto a la supervivencia del injerto ni del paciente durante el período de seguimiento (p=NS).

Conclusiones: La introducción retrasada de anticilcineúricos no parece suponer un beneficio en la función y supervivencia de los injertos procedentes de donantes en asistolia tipo III. Dados los resultados obtenidos en nuestra serie y la mayor tasa de complicaciones tras el uso de timoglobulina descrita en la literatura, no creemos justificado el uso de este fármaco en pacientes de riesgo inmunológico normal con el objetivo de retrasar la introducción de tacrolimus.

593 PR-TAC VERSUS LCPT EN EL TRATAMIENTO DE INICIO EN TRASPLANTE RENAL DE NOVO

FH. POMA SAAVEDRA¹, M. PERIS FERNANDEZ¹, R. BOTEANU¹, JV. OSMA CAPERA¹, I. BENEYTO CASTELLO¹, J. ESPI REIG¹, A. VENTURA GALIANO¹, D. RAMOS ESCORIHUELA¹, S. TORRES CAMPOS¹, J. HERNANDEZ JARAS¹

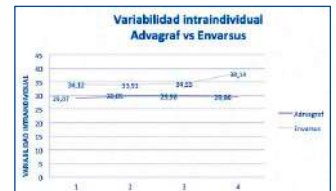
NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE (ESPAÑA)
Introducción: Existen dos tacrolimus de liberación prolongada, el PR-TAC (Advagraf) y la más reciente LCPT (Envarsus). Ambos fármacos no son bioequivalentes. Analizamos nuestra experiencia de ambas formulaciones de liberación prolongada en uso de novo (Biodisponibilidad, variabilidad intraindividual y complicaciones), ya que la mayoría de estudios se basan en la conversión.

Material y método: Se incluyen veinticuatro pacientes trasplantados renales en el Hospital Universitario I Politécnico La Fe, de bajo riesgo inmunológico, en los años 2016-2017. Todos recibieron la misma inducción. Doce pacientes reciben de novo PR-TAC y los otros doce reciben LCPT, además de tratamiento estándar mantenimiento. Se recogen los datos los meses 1,3,6 y 12.

Resultados: Las dosis medias de PR-TAC y LCPT el primer mes fue de 7.33±/-2.72 mg/día y 5.46±/-2.93 mg/día, la media de niveles farmacológicos fue 10.22±/-3.37 ng/ml y 9.22±/-2.61 ng/ml respectivamente. En todos los meses de seguimiento se necesitó menos dosis de LCPT para los objetivos terapéuticos siendo el duodécimo mes las dosis de LCPT el 50% menos que PR-TAC. En el duodécimo mes la dosis medias fueron 4.04±/-2.25 mg/día y 2.01±/-1.32 mg/día, la media de niveles farmacológicos fue 7.72±/-1.45 ng/ml y 6.36±/-1.28 ng/ml respectivamente. La variabilidad intraindividual fue mayor en los pacientes en tratamiento con LCPT en todos los periodos analizados. No hubo diferencias en las complicaciones en ambos grupos.

Conclusiones: La biodisponibilidad de LCPT ha sido mayor que PR-TAC en todos los meses de seguimiento y se objetiva una mayor reducción de la dosis de LCPT. De acuerdo con la especificación de otros autores, la menor susceptibilidad de la LCPT al genotipo CYP3A5 puede deberse a que la LCPT se absorbe en el tracto gastrointestinal más distal donde la actividad de la CYP3A5 disminuye. LCPT presenta mayor variabilidad intraindividual ajustado a dosis, a diferencia de otros estudios donde es menor que PR-TAC. Nuestro estudio no es de conversión sino de novo, tampoco es a dosis estándar y el punto más importante es la no fraccionalidad de LCPT en relación a su biodisponibilidad, lo que puede alterar la variabilidad. No hemos encontrado diferencias significativas en las complicaciones (Infecciones bacterianas, infección CMV, colecciones, NTA, rechazo y supervivencia), aunque no hemos analizado NODAT, una complicación importante de analizar debido a la diferencia de biodisponibilidad y posibles efectos en las células pancreáticas.

Figura 1.



594 RESULTADOS EN TRASPLANTE RENAL COMPARANDO DOS FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE ACCIÓN PROLONGADA: ESTUDIO PAREADO DE DONANTES RENALES

V. LÓPEZ JIMÉNEZ¹, J. ALONSO TITOS¹, J. GÁMEZ ESPAÑA¹, M. CABELLO DÍAZ¹, C. GUTIÉRREZ DE LA FUENTE¹, P. PILAR HIDALGO GÓMEZ¹, MD. MARTÍNEZ ESTEBAN¹, E. SOLA MOYANO¹, R. TOLEDO ROJAS¹, D. HERNÁNDEZ MARRERO¹

NEFROLOGÍA. HRU MÁLAGA. UNIVERSIDAD DE MÁLAGA, IBIMA, REDINREN (RD16/0009/0006) (MÁLAGA)

Introducción: Las formulaciones de Tacrolimus de acción prolongada (Advagraf® y Envarsus®) son eficaces tras el trasplante renal en términos de eficacia y seguridad, pero un análisis pareado con el mismo donante no se ha realizado entre ambas formulaciones.

Objetivo: Analizar los resultados en trasplante renal de donante cadáver comparando dos formulaciones de Tacrolimus de acción prolongada (Advagraf® vs Envarsus®)

Material y métodos: Estudio prospectivo, con análisis pareado de donantes renales, utilizando Advagraf® para el primer trasplante realizado del mismo donante si el día era par y Envarsus® si el día era impar.

Se analizó año postrasplante: supervivencia de injertos y pacientes, función renal, niveles y dosis de tacrolimus y coeficiente de variabilidad, rechazo agudo, infecciones y diabetes postrasplante.

Resultados: Se incluyeron 86 trasplantes renales. 43 pacientes recibieron tratamiento con Advagraf® y 43 con Envarsus®. El 69% de los donantes eran varones, con una edad media de 57±12 años. El 35% hipertensos y el 7% diabéticos. La edad media de los receptores fue mayor en el grupo Envarsus® (60±11 vs 55±13; p=0.004). El 14% eran trasplantes en los dos grupos.

En el 9,3% en ambos grupos fue necesario cambiar a la formulación Prograf®. No encontramos diferencias entre el grupo Advagraf® vs Envarsus® en ninguno de los resultados, salvo en los niveles de Tacrolimus en la primera semana y la dosis necesaria durante el seguimiento (Tabla).

Asimismo se observó una tendencia a un mayor número de rechazos en los pacientes que recibieron Advagraf® (23% vs 7%; P=0.06). Al año, la supervivencia censurada del injerto fue del 100% para el Envarsus® vs Advagraf® 84% (p=0.03) y la del paciente 100% vs 97% (p=0.3).

Conclusiones: Envarsus® permite alcanzar unos mayores niveles de Tacrolimus en la primera semana postrasplante a pesar de recibir dosis más bajas. Esto pudiera justificar una tendencia a una mayor disfunción inmunológica en el grupo de Advagraf® y una mejor supervivencia del injerto. Otros parámetros de seguridad y eficacia fueron similares entre ambas formulaciones.

Tabla.

	ENVARUSUS [®] (N=39)	ADVAGRAF [®] (N=39)	P
Isquemia Fría (Horas)	13,1±4,1	13±3,6	0,9
Función retrasada injerto (%)	31	37	0,5
Inducción Timoglobulina (%)	37	48	0,2
Hipersensibilizados (PRA>50%)	16	18	0,7
Cr mes 1 (mg/dl)	1,6±0,6	2±1,5	0,1
Cr mes 6 (mg/dl)	1,6±0,7	1,8±0,9	0,4
Cr mes 12 (mg/dl)	1,5±0,4	1,7±0,7	0,3
Niveles día 2 (mg/dl)	8,8±5,1	6,2±8	0,003
Niveles día 7 (mg/dl)	10,9±4,6	8,8±4	0,03
Niveles Tacrolimus mes 1 (ng/ml)	10±3	10±3	0,8
Niveles Tacrolimus mes 6 (ng/ml)	7,5±2,1	8±2,8	0,3
Niveles Tacrolimus mes 12 (ng/ml)	7,7±2,4	6,9±2,2	0,3
Coficiente variabilidad	28,4	27,4	0,7
Diabetes post-Tx (%)	25	32	0,4
DSA post-Tx (%)	2,3	7	0,3
Rechazo Agudo (%)	7	23	0,1
Infección CMV (%)	20	25	0,5
Infección BK (%)	18	20	0,3

595 EDEMAS ASOCIADOS A EVEROLIMUS "DE NOVO"

C. FERNANDEZ RIVERA¹, L. GARCÍA GAGO¹, M. CALVO RODRIGUEZ¹, T. FERREIRO HERMIDA¹, A. LOPEZ MUÑOZ¹, A. ALONSO HERNANDEZ¹

NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO A CORUÑA (A CORUÑA /ESPAÑA)

Introducción: La asociación de tacrolimus a dosis bajas, everolimus de novo y esteroides ha demostrado buenos resultados en comparación con tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y esteroides. La aparición de edemas suele limitar la utilización de esta pauta de inmunosupresión.

Objetivo: El objetivo del estudio es conocer la frecuencia y características de los pacientes con edemas y comparar los que reciben everolimus de novo con un grupo control con terapia estándar.

Material y métodos: Estudiamos 150 pacientes, 50 pacientes reciben everolimus de novo y tacrolimus a dosis no reducidas (Grupo A) y 100 pacientes reciben tacrolimus, derivados del ácido micofenólico y esteroides (Grupo B) durante el período de tiempo 2015 – 2017. Analizamos frecuencia, intensidad, manejo terapéutico y pronóstico de pacientes tras la aparición de edemas.

Seguimiento: 26,2±10 meses. 56 pacientes (37,3%) presentaron edemas: 27 (54%) grupo A y 29 (29%) grupo B, p=0,003. Tiempo de aparición: 17±12 meses grupo A vs 20,1± meses grupo B (ns). Los edemas fueron leves, moderados y severos en 74,1% vs 57,1%, 25,9% vs 32,1%, and 0% vs 10,7% grupo A vs grupo B respectivamente. La probabilidad de presentar edemas fue: 10,1% al tercer mes en ambos grupos, 22,4% grupo A vs 20,3% grupo B a los 6 meses y 41,3% grupo A vs 25,4% grupo B al año (p=0,006). Tratamiento realizado: diuréticos: 14,3% grupo A vs 27,6% grupo B, suspensión calcioantagonista: 46,4% grupo A vs 48,3% grupo B, dieta: 28,6% grupo A vs 24,1% grupo B y otros: 10,7% grupo A vs 0% grupo B. Evolutivamente, mejoraron: 70,4% grupo A vs 60,7% grupo B, empeoraron: 0% grupo A vs 10,7% grupo B, sin cambios 29,6% grupo A vs 28,6% grupo B. Seleccionando el grupo A, dos factores presentan riesgo de edemas: MDRD 6º MES < 35 ml/m, 0,36 (IC 95%: 0,15-0,87); p=0,02 y rechazo agudo: EXP(B) 3,8 (IC 95%: 1-14,5); p=0,05. Tres pacientes del grupo A suspendieron el tratamiento por edemas. No encontramos diferencias en la supervivencia del paciente y del injerto en pacientes que presentaron edemas independientemente del grupo de tratamiento.

Conclusiones: El uso de everolimus de novo con dosis no reducidas de tacrolimus causa edemas en 54% sin impacto en la función renal o supervivencia. Los edemas fueron de baja intensidad en 70% de los pacientes que mejoraron en el 70%. Existe una relación de edemas con un bajo MDRD al 6º mes y rechazo agudo en el grupo de everolimus.

600 EVEROLIMUS DE NOVO EN TRASPLANTE RENAL DE DONANTE EN ASISTOLIA CONTROLADA; NUESTRA EXPERIENCIA

GG. GÓMEZ MARQUES¹, S. S. CABELLO PELEGRIN¹, F. F. ALVAREDO DE BEAS¹, N. N. ALLENDE BURGOS¹, A. C. AC. TUGORES VAZQUEZ¹, A. A. OBRADOR MULET¹, J. J. REY VALERIANO¹, S. S. JIMENEZ MENDOZA¹, M. M. MONTANER PIZA¹, C. C. EGEA SANCHO¹

¹NEFROLOGÍA. HOSPITAL UIVERSITARIO SON ESPASES (PALMA DE MALLORCA)

Introducción: La inmunosupresión más generalizada tanto en donantes en muerte encefálica como en donante en asistolia, está basada en inhibidores de la calcineurina asociados a ácido micofenólico (AMF), con escasos datos de eficacia y seguridad en la utilización de everolimus (EVR) de novo asociado a los inhibidores de la calcineurina en asistolia controlada.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los Trasplantes Renales de Donantes en Asistolia Controlada de abril de 2016 hasta 31 de diciembre de 2018. Mediana de seguimiento de 21,7 meses (Rango 4,1- 33,8). Se comparan los resultados del primera año postrasplante de las dos pautas de inmunosupresión.

Resultados: Se incluyen 71 trasplantes, 48 que recibieron tacrolimus y AMF y 23 con tacrolimus y everolimus. En ambas pautas se realizaba inducción con Timoglobulina o Basiliximab. No hubo diferencias significativas en las características basales, salvo una tendencia a una menor edad del donante en el grupo de EVR y una tendencia en el grupo de AMF en la frecuencia de glomerulonefritis como nefropatía primitiva del receptor. No encontramos diferencias en complicaciones quirúrgicas, retraso de función renal, días de ingreso, rechazos, proteinuria, función renal, replicación de virus de BK. El porcentaje de éxitos y pérdidas de inversión fue similar. Si se encontró una tendencia a menor necesidad de transfusiones en el grupo de EVR (p=0,081), así como ausencia de infección activa por citomegalovirus.

Conclusiones: La combinación de EVER y Tacrolimus minimizado de Novo en trasplante renal de asistolia controlada, obtiene resultados de eficacia y seguridad similares a pautas clásicas, con beneficios adicionales en incidencia de infección por CMV y minimización de inhibidores de la calcineurina.

Tabla.

	TAC+EV (n=23)	TAC+MF (n=48)	P
Edad Receptor (media/DE)	57,4 (11,5)	61,2 (10,8)	0,193
Edad Donante (media/DE)	57 (11,8)	61,9 (7,8)	0,08
Sexo Receptor (n/%)	19 (83%)	34 (71%)	0,286
Sexo Donante (n/%)	17 (74%)	35 (73%)	0,699
Glomerulopatía (n/%)	3 (13%)	15 (31%)	0,099
DM (n/%)	5 (22%)	17 (35%)	0,243
DCE (n/%)	25 (52%)	12 (52%)	0,994
TIEMPO EN DIALISIS (media/ na/ rango)	18 (0-23)	12 (0-22)	0,559
ISQUEMIA FRÍA (media/DE)	12 (6,67)	11 (6,69)	0,655
ISQUEMIA CALIENTE (media/DE)	29,6 (21,59)	31 (22,35)	0,816
TIMOGLOBULINA (n/%)	3 (13%)	14 (29%)	0,136
DGF (n/%)	8 (35%)	12 (25%)	0,246
COMPLICACIONES OX (n/%)	3 (13%)	7 (15%)	0,404
DIAS INGRESO (media/DE)	16 (10,3)	13 (15,8)	0,312
TRANSFUSIONES (n/%)	5 (22%)	22 (46%)	0,081
RECHAZO AGUDO (n/%)	2 (9%)	1 (2%)	0,151
Proteinuria 6 ^o mes (media)	0,3 gr/d	0,6 gr/d	0,348
Proteinuria al año (media)	0,2 gr/d	0,2 gr/d	0,611
CKD al 6 ^o mes (media/DE)	51,5 (17,95)	59,9 (18,07)	0,306
CKD al año (media/DE)	49,7 (15,66)	60 (13,06)	0,172
TAC al 3 ^o mes (media/DE)	4,8 (1,56)	7 (2,57)	0,0003
TAC al 6 ^o mes (media/DE)	5,7 (1,82)	6,4 (1,44)	0,211
TAC al año (media/DE)	5,1 (1,51)	6 (1,92)	0,224
EVR al 3 ^o mes (media/DE)	4,4 (1,47)	-	-
EVR al 6 ^o mes (media/DE)	4,4 (2,7)	-	-
EVR al año (media/DE)	4,6 (0,95)	-	-
Infección CMV (n/%)	0 (0%)	11 (26,8%)	0,021
Viremia BK (n/%)	1 (6,3%)	1 (2,4%)	0,482
PÉRDIDAS INJERTO (n/%)	2 (4%)	4 (8%)	0,959
• Exitus (n/%)	1 (2%)	2 (4%)	0,971
• Trombosis (n/%)	1 (2%)	2 (4%)	0,972