



6048-398. RIESGO-BENEFICIO DE LA PROFILAXIS DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN EL TRASPLANTE CARDIACO, «CAMINANDO EN LA CUERDA FLOJA»

Juan Sánchez Ceña, Beatriz de Tapia Majado, Santiago Catoya Villa, Ángela Alonso Miñambres, Sofía González Lizarbe, Teresa Borderías Villarroel, David Serrano Lozano, Indira Cabrera Rubio, Manuel Lozano González, Joffrey Eduardo Luján Valencia, Ángela Canteli Álvarez, Marta Ruiz Lera, Cristina Castrillo Bustamante, Virginia Burgos Palacios y Manuel Cobo Belaustegui, del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción y objetivos: La infección es la 2ª causa de muerte más frecuente en el trasplante cardiaco (TxC) durante el primer año. Es práctica habitual la utilización de profilaxis en el trasplante de órgano sólido para la prevención de infecciones oportunistas. A diferencia de otros grupos, en nuestro centro no se realiza profilaxis sistemática de dichas infecciones más allá del *missmatch* CMV.

Métodos: Durante los años 2011-2018 se han llevado a cabo en nuestro centro 171 TxC, de los cuales se hizo únicamente profilaxis de CMV en 46 pacientes (26,9%). Presentamos un estudio descriptivo que muestra la incidencia de infecciones oportunistas a largo plazo en el seguimiento de dicha cohorte.

Resultados: De los 171 TxC, el 80,7% eran varones y el 19,3% mujeres. La mediana de edad fue 56 años (IQR 12). Solamente 1 llegó al TxC con ventilación mecánica. 40 pacientes (23,4%) se trasplantaron con balón de contrapulsación intraaórtico (BCIAo), 60 (35%) con dispositivo de asistencia ventricular (VAD), 94 (55%) tenían antecedente de cirugía cardiaca previa y 39 (22,8%) estaban recibiendo antibiótico por infección pre-TxC. Un total de 98 pacientes (57,3%) tuvieron una infección durante el primer año; 87 (50,9%) se diagnosticaron de infección bacteriana en el seguimiento. 15 pacientes (8,8%) tuvieron una infección fúngica: la mayoría por *Candida*, 1 neumonía por *Cryptococcus* y otra por *Aspergillus* (en un paciente con bronquiectasias). Ningún paciente presentó infección por *Pneumocystis* ni toxoplasma durante el primer año de seguimiento. Se produjo una infección por *Pneumocystis* en tercer año post-TxC en un paciente que recibió timoglobulina y corticoides a dosis altas por rechazo agudo persistente. 17 (9,9%) pacientes recibieron tratamiento anticipado por aumento asintomático de carga viral de CMV y 12 (7%) tuvieron infección clínica. 12 pacientes (7%) con infecciones no filiadas.



Etiología de las infecciones en el primer año post-TxC.

Conclusiones: Las infecciones bacterianas y fúngicas en relación a la fase aguda del TxC continúan siendo la causa más frecuente de infección en nuestra serie. El tratamiento antimicrobiano no está exento de riesgos y de interacciones (toxicidad medular, hepatotoxicidad, insuficiencia renal...). A pesar de que en nuestro

programa de TxC no se realiza quimioprofilaxis sistemática de infecciones oportunistas, no hemos detectado un aumento en la incidencia de las mismas con respecto a otros grupos.