



<https://www.revclinesp.es>

443 - VALIDACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE INFECCIÓN EN PORTADORES DE TRASPLANTE RENAL BASADA EN UN *BUNDLE* INDIVIDUALIZADO DE MEDIDAS Y UN *SCORE* DEL GRADO NETO DE INMUNOSUPRESIÓN

Lucía de Jorge Huerta, Francisco López Medrano, Mario Fernández Ruiz, José Tiago Sequeira Lopes da Silva, Carlos Heredia Mena, Amado Andrés Belmonte, José María Aguado García

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Las infecciones continúan siendo una causa importante de morbimortalidad en el trasplante renal. La valoración de determinados antecedentes y ciertos parámetros inmunológicos permiten realizar recomendaciones individualizadas para disminuir el riesgo infeccioso. La hipótesis de este estudio es que el cumplimiento de un *bundle* o paquete de medidas individualizado con dichas determinaciones podría disminuir las infecciones en los primeros 12 meses postrasplante.

Métodos: Estudio prospectivo de aplicación de una estrategia individualizada de prevención de infecciones en una cohorte de transplantados renales en el Hospital 12 de Octubre entre febrero 2018-septiembre 2019 (cohorte intervención); comparada con una cohorte de transplantados renales en el mismo centro inmediatamente anterior al inicio de la parte prospectiva (febrero 2016-septiembre 2017; cohorte histórica). Se revisó al mes +1 postrasplante la vacunación frente a determinados patógenos (gripe, neumococo, VHB, VHA), riesgo infeccioso según lugar de origen (infecciones endémicas de Sudamérica y África) y de residencia (leishmaniosis), detección de infección tuberculosa latente (Mantoux/IGRA), ajuste de profilaxis según seroestatus donante/receptor (VEB, CMV), administración de inmunoglobulina humana específica (IgIV) (si IgG 500 mg/dl) y ajuste de inmunosupresión según inducción y *score* de riesgo infeccioso (TCD4 50/uL, TCD8 100/uL, C3 83 mg/dl). Se recogió la indicación de cada medida y su cumplimiento en los primeros 12 meses-postrasplante. A parte, se registraron en ambas cohortes todos los eventos infecciosos del mes +2 al +12-postrasplante incluyendo necesidad de hospitalización.

Resultados: Se compararon 159 pacientes de la cohorte histórica con 148 de la cohorte intervención. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en sus características epidemiológicas, comorbilidad pretrasplante o causa de enfermedad renal crónica que motivó el trasplante (tabla). Se observó un cumplimiento significativamente mayor ($p < 0,05$) en la cohorte intervención de la vacunación de gripe (80 vs. 35%), antineumocócica (78 vs. 22%), VHB (60,3 vs. 4,5%) y VHA (63,5 vs. 0%). También hubo un mayor despistaje estadísticamente significativo de infección tuberculosa latente (84 vs. 2%), HTLV-1 (80 vs. 0%), estreñigloidirosis (79 vs. 17%) y leishmaniosis (92 vs. 7,6%) en pacientes de áreas endémicas (fig. 1). Los pacientes de la cohorte intervención tuvieron menos eventos infecciosos globales (40,5 vs. 56%; $p = 0,007$) y con necesidad de hospitalización (28,4 vs. 43%; $p = 0,006$), sobre todo bacterianos (27,7 vs. 42,8%; $p = 0,006$) y de positivización de CMV (viremia asintomática; 18,9 vs. 28,3%; $p = 0,05$) (fig. 2). Además, los transplantados renales de la cohorte intervención presentaron significativamente y desde la aplicación del

bundle, menos eventos infecciosos de cualquier durante el seguimiento (fig. 3). No hubo diferencias entre grupos en la incidencia de rechazo (12,6% cohorte histórica vs. 8,7% intervención, p = 0,262) ni mortalidad (2,5 vs. 1,4%, p = 0,686) durante el primer año postrasplante.

	Cohorte de intervención (N = 148)	Cohorte histórica (N = 159)	p
Edad del receptor, años [media ± DE]	57,2 ± 14,7	56,2 ± 15,5	0,373
Género (hombre)	112 (75,7%)	105 (66,0%)	0,079
Trasplante renal previo	24 (16,2%)	23 (14,6%)	0,705
Comorbilidades pretrasplante			
Diabetes mellitus	39 (26,4%)	38 (23,9%)	0,62
Cardiopatía	16 (10,8%)	13 (8,2%)	0,43
EPOC	12 (8,1%)	18 (11,3%)	0,344
Neoplasia previa	10 (6,8%)	26 (16,4%)	0,009
Causa de la ERC terminal:			
Glomerulonefritis	36 (24,3%)	33 (20,8%)	0,454
Nefropatía diabética	30 (20,3%)	24 (15,1%)	0,709
Nefropatía hipertensiva	14 (9,5%)	18 (11,3%)	0,594

Poliquistosis	16 (10,8%)	31 (19,5%)	0,035
Nefropatía intersticial crónica	12 (8,5%)	10 (6,3%)	0,537
Nefropatía lúpica	2 (1,4%)	3 (1,9%)	0,711
Otra	24 (16,2%)	37 (23,3%)	
Serostatus CMV donante-receptor			
CMV donante (+)/receptor (-)	32 (33,7%)	10 (6,3%)	0,001
CMV donante (-)/receptor (-)	18 (18,9%)	14 (8,8%)	0,018
Tipo de donante			
Muerte encefálica	80 (54,1%)	103 (64,8%)	0,056
Asistolia	46 (31,1%)	40 (25,2%)	0,248
Donante vivo	22 (14,9%)	16 (13,6%)	0,117
Número incompatibilidades HLA (mediana [Q1-Q3])	5 [4-5]	4 [3-5]	0,345
Esquema inmunosupresión inicial			
Tacrolimus, MMF y esteroides	142 (95,9%)	155 (97,5%)	0,124
Tacrolimus, azatioprina y esteroides	6 (4,1%)	4 (2,5%)	0,239

Terapia de inducción

Ninguna	15 (10,1%)	17 (10,7%)	0,873
Basiliximab	58 (43,6%)	59 (41,5%)	0,598
Timoglobulina	75 (56,4%)	82 (57,7%)	0,494
IgG 500 mg/dl al mes +1 postrasplante	22 (14,8%)	20 (12,6%)	0,478

Figura 1. Cumplimiento de las medidas de prevención de infección durante el postrasplante (%) ($p<0,05$)*

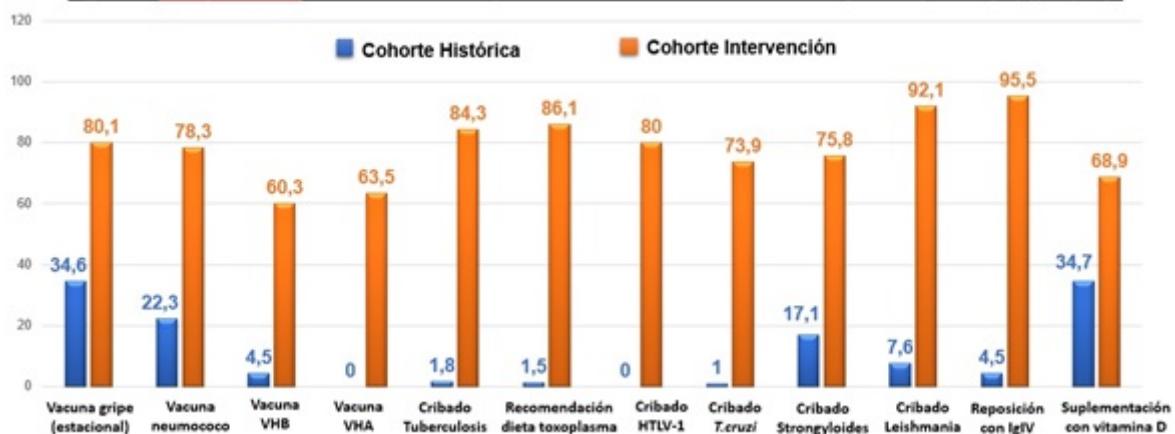
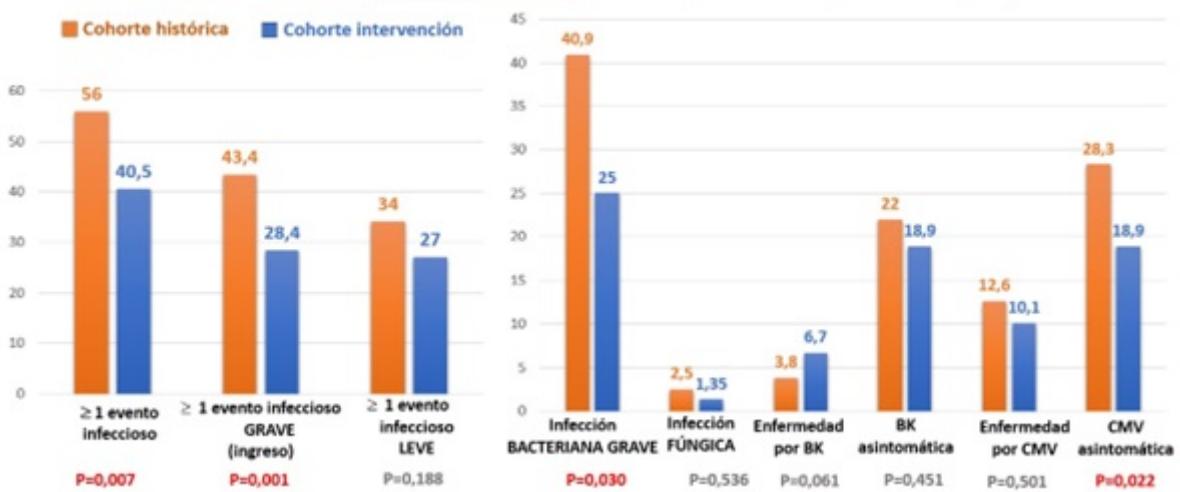
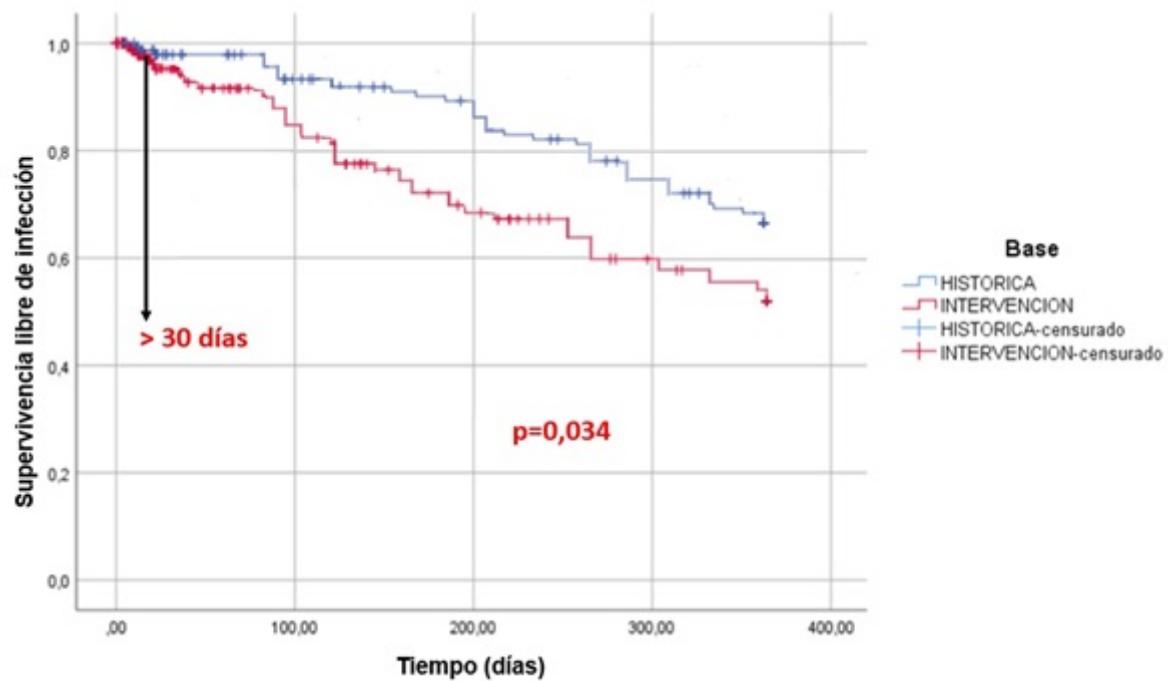


Figura 2. Pacientes con eventos de infección entre el 2º y el 12º mes después del trasplante





Conclusiones: La aplicación de un *bundle* de medidas individualizadas de prevención de infección en el postrasplante renal supone una mejora significativa en el cumplimiento de diversas medidas preventivas y podría ser un factor adyuvante en la reducción de infecciones en los primeros 12 meses postrasplante.