



1517 - CRIBADO DE PATOLOGÍA INFECCIOSA IMPORTADA EN PACIENTES EXTRANJEROS CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

Patricia Elsa González Merino, Esther Expósito Palomo, Laura Dorado Doblado, Claudia Iglesias Encinas, Naomi Bermejo Moreno, Andrea Gutiérrez Villanueva, Natalia Vicente López y Alejandro Muñoz Serrano

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: España es líder mundial en trasplante de órgano sólido (TOS), realizando hasta el 20% de los TOS de la Unión Europea. La creciente inmigración ha conllevado un aumento de donantes y receptores de TOS de otras nacionalidades. Esto hace necesario estandarizar el cribado de infecciones importadas según el origen del paciente, ya que las complicaciones infecciosas en un contexto de inmunosupresión constituyen una importante causa de morbilidad. Mientras que el cribado del donante se encuentra estandarizado, el del receptor se antoja más complejo y dinámico. El objetivo del presente estudio es valorar como se realiza el cribado del receptor de TOS en un hospital de tercer nivel con el objetivo de plantear un protocolo de cribado pretrasplante para la detección, seguimiento y tratamiento de patología infecciosa importada (PII).

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de los receptores de TOS entre 2013-2023 en nuestro centro. Se realizó un análisis descriptivo del cribado de PII mediante serología contra VIH, VHB, VHC, HTLV-1, *Trypanosoma cruzi*, *Strongyloides stercoralis* y mediante Mantoux y/o Quantiferon, en función del origen.

Resultados: De 1.232 TOS realizados en los 10 años analizados, 11,6% (143) se realizaron en pacientes extranjeros. Contábamos con datos de 125 pacientes, siendo el 49,2% procedentes de Sudamérica; 14,2% de Centroamérica, 14,2% africanos; 13% asiáticos y 9,4% europeos. El trasplante renal fue el más frecuente (37,6%), seguido del pulmonar (24,8%), cardíaco (23,2%) y hepático (13,6%). Respecto al cribado, todos los pacientes contaban con serología frente VIH, VHB y VHC. No hubo nuevos diagnósticos de VIH ni VHC. 2 pacientes tenían diagnóstico previo de VIH en tratamiento y 3 de VHC, ya tratados. 11 pacientes presentaron Ac-anti-HBc positivo, ninguno con AgHBs ni DNA-VHB detectables. Seis pacientes, trasplantados hepáticos, recibían tratamiento con entecavir. El 53,6% provenían de área endémica para la enfermedad de Chagas, solo se estudió al 46,3%, de los cuales, el 25,8% (8) resultó positivo. Todos recibieron tratamiento salvo 1. Del 93,6% que provienen de área endémica para *Strongyloides*, solo el 17,5% tenían realizado estudio serológico, siendo únicamente un paciente positivo, que recibió tratamiento. El cribado frente HTLV-1 solo se realizó en el 8% siendo todos negativos. El estudio de infección tuberculosa latente (ITL) se realizó en el 60%, mediante Quantiferon, a pesar de su mayor utilidad en inmunodeprimidos, únicamente en 16 pacientes, con 12,5% de positivos. El Mantoux en 59 pacientes, siendo positivo en el 25,4%. El 90% de los pacientes con ITL recibió tratamiento

completo.

Conclusiones: La inmunosupresión supone un factor de riesgo para la reactivación o agravamiento de la patología infecciosa. Mientras que el cribado de las infecciones endémicas en nuestro medio se realiza en el 100% de los pacientes, el cribado de la PII se realiza con mucha menor frecuencia, si bien, cuando se diagnostica, el tratamiento se realiza adecuadamente. Se requieren programas de cribado y equipos de Medicina Interna formados en dicha patología para mejorar el cribado, tratamiento y seguimiento de estos pacientes con el fin de disminuir la morbimortalidad de los pacientes con TOS.