

Trasplante pulmonar

TRABAJO #136

Investigación Clínica

Complicaciones del pulmón nativo en trasplante unipulmonar

Wainstein EJ, Svetliza GN, Orazi ML, Castro HM, Fullana M, Núñez J, Maritano Fucada J, Beveraggi E, Da Lozzo A, Dietrich A, Smith DE

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción

La proporción de trasplantes unipulmonares frente a bipulmonares se encuentra en disminución debido a su asociación con menor sobrevida y a las complicaciones del pulmón nativo. La prevalencia de complicaciones del pulmón nativo en nuestro centro es desconocida.

Material y Métodos

Estudio descriptivo de corte transversal. Utilizando base de datos secundarias, incluimos todos los trasplantes pulmonares realizados desde 2010 hasta fin de 2019. Excluyendo los trasplantes bipulmonares, evaluamos características demográficas y el desarrollo de tres complicaciones del pulmón nativo: infecciones, neoplasias e hiperinsuflación.

Resultados

Durante el período estudiado se realizaron 81 trasplantes pulmonares, de los cuales 55 (68%) fueron unilaterales. La media de edad de los receptores fue de 54 años. 25 (45%) fueron realizados en mujeres. Se realizaron 25 trasplantes por enfisema, 22 por enfermedades fibrosantes y 5 por silicosis. Las complicaciones del pulmón nativo ocurrieron en 20 casos (36%). Determinamos infecciones del pulmón nativo en 13 casos, hiperinsuflación en 8 casos y neoplasia en 2 casos. En ambos casos de neoplasia y en un caso de infección fueron la causa de muerte (15%).

Conclusiones

Las complicaciones del pulmón nativo fueron frecuentes y fueron la causa determinante de muerte en una proporción significativa de pacientes.

TRABAJO #180

Investigación Clínica

Evaluación pretrasplante pulmonar y seguimiento a corto plazo en pacientes con Fibrosis Quística: experiencia de un centro de referencia nacional

Orazi ML Kahl GN Dubra CL Lubovich SL Talamoni HL Svetliza GN Smith DE

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción

La Fibrosis Quística (FQ) tiene una incidencia de 1/7.000 niños nacidos en Argentina. La supervivencia mejoró gracias al diagnóstico oportuno y avances en el tratamiento. El trasplante pulmonar es de elección en etapa avanzada.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo y descriptivo de los pacientes derivados al Hospital Italiano de Buenos Aires para evaluación de trasplante pulmonar desde junio 2009 a 2019 y su evolución post trasplante al año. Se registró edad, sexo, edad al diagnóstico, mutaciones genéticas, compromiso orgánico, índice de masa corporal (IMC), función pulmonar, colonización, hospitalizaciones el año previo, complicaciones, ingreso y tiempo en lista, tipo de trasplante, complicaciones y evolución al año.

Resultados

Total 266 pacientes evaluados, 14.2% (38) con FQ. Media de edad: 26 años, 65% varones, diagnóstico precoz 47%. Estudio genético 85%. El 76 % tenía compromiso pancreático y 26%

diabetes. Veintiocho (73%) con oxigenoterapia, el 39 % usaba BIPAP. VEF1 de 882 ml (promedio 25% 12-42). 68 % con VEF1 < 30%. TM6W promedio 380 mts (60-625). 100% colonizado con *Pseudomonas aeruginosa*, 36 *Staphylococcus aureus* (15 SAMR y 21 SAMS); 4 *Burkholderia cepacia* (BC), 11 *Aspergillus* 4 *Acrhomobacter xylosoxidans* 4 *Scedosporium* y 3 *Stenotrophomonas malthophilia*. Promedio de hospitalizaciones 2 por año. El 44% estaba desnutrido (IMC 14.1-27). Complicaciones: 12 neumotórax, 7 embolizaciones y 5 hipertensión pulmonar. Ingresaron en lista 28 pacientes. Un fallecido en lista de espera por exacerbación grave. Dieciocho (47%) pacientes recibieron un trasplante bipulmonar, uno de ellos hepatopulmonar, 17 en situación de emergencia y sólo un paciente en forma electiva. El tiempo medio en lista 440 días. Dos (5.2%) fallecieron dentro de los 30 días del trasplante. La sobrevivida al año 61%. Las complicaciones al mes fueron infecciones (Neumonía 7 pacientes), seguidos por Hemorragia, Neumotórax, T.V.P e insuficiencia renal aguda persistente (3 pacientes). En el postoperatorio alejado (6 meses) la complicación más frecuente fue la infección respiratoria (9 pacientes: 7 Neumonías, 2 Sepsis a BC).

Conclusiones

La mayoría de los pacientes evaluados ingresaron a lista de trasplante pulmonar con deterioro significativo de la función pulmonar y de su estado nutricional. Todos estaban colonizados por *Pseudomonas aeruginosa* y la mayoría tenía coinfección. Un fallecido en lista hasta el momento del estudio. La mitad fueron trasplantados y casi la totalidad en categoría de emergencia. Las complicaciones más frecuentes fueron de causa infecciosa.

TRABAJO #205

Investigación Clínica

Tuberculosis en pulmón trasplantado del donante

Calderon JC, Nazzo MV, Perez-Paez MI, Vicente L, Virhuez Y, Ahumada JR, Osses JM, Caneva J, Favaloro L, Favaloro R, Bertolotti A

Hospital Universitario Fundacion Favaloro

Introducción

El trasplante bipulmonar ha demostrado cambiar la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) secundaria a cardiopatía congénita. A nivel mundial, el 4.0% de los trasplantes es debido a esta causa, con supervivencia mediana total de 6.3 años.

Material y Métodos

Femenina de 31 años, HAP secundario a Eisenmeyer durante 3ª mes de gestación (2015) tratado con sildenafil, bosentán e iloprost. Referida para evaluación de trasplante pulmonar (2017): PAPm 61 mmHg, PECP 8 mmHg, IC 2.37 L/min/m²sc, y RVP 1360 dynas.s.cm⁻⁵; FSVI conservada, FSVD moderado, PS-VD de 104mmHg y PADe 10 mmHg. Se internó (05/19) para inicio de milrinone a 0.375 mcg/kg/min, progresando a lista de emergencia. Se realizó trasplante bipulmonar (26/05/19) previa reparación con parche pericárdico bovino de la CIA y de drenaje anómalo de venas pulmonares a AD, y segmentectomía de nódulo palpable identificado en LSI (donante). PSVDe 37 mmHg en post-trasplante mediato. Se recibió anatomía patológica (07/06) con inflamación granulomatosa necrotizante secundario a infección por BAAR. TC de tórax con patrón de árbol en brote bilateral, radiopacidad de bordes definidos y broncograma aéreo en LID; y sutura mecánica en LSI; y fibrobroncoscopia con examen directo sin BAAR en BAL. Se inició tratamiento antifímico con pirazinamida, isoniazida, etambutol y levofloxacino. Alta con deltisona, micofenolato sódico y deltisona (13/06). Reingresó el 17/06 por diarrea secundaria a micofenolato; e hiponatremia (109 mEq/L) por SIHAD, suspendiéndose TMS/SMX, omeprazol y ácido valproico. Persiste hiponatremia (106 mEq/L) con crisis convulsivas tónico clónicas y actividad eléctrica epileptiforme (EEG), optimizándose balance hídrico negativo, reposición de sodio, y se inició levetiracetam. En contexto de hiponatremia refractaria, deterioro del sensorio, y tricitemia, se suspende medicación antifímica, se rotó tacrolimús por ciclosporina. Posterior mejoría de natriemia (Na 133 mEq/L) y tricitemia. Alta (23/07/19) con reinicio progresivo de antifímicos y actualmente libre de enfermedad.

Resultados

En Argentina, es el único caso. A nivel mundial, existen pocos casos (16), siendo la residencia en área endémica un factor de riesgo, causa infrecuente de hiponatremia, además de los antifímicos. Finalmente, la hiponatremia es frecuente después del trasplante, generalmente leve, y asociado con uso de inhibidores de calcineurina a través de mecanismos múltiples.

Conclusiones

Aunque infrecuente, es importante el reconocimiento y manejo de tuberculosis pulmonar derivado del donante pulmonar. Las complicaciones derivadas de la misma enfermedad, efecto secundarios de tratamiento, así como de la inmunosupresión, representa un desafío constante. Sin conflicto de interés.

TRABAJO #251

Investigación Epidemiológica

Análisis del impacto de la ley de Órganos, Tejidos y Células de la República Argentina, en pacientes en lista de trasplante de pulmón

Fernandez Ceballos I, Castro HM, Maritano Furcada J, Las Heras MJ, Villaroel SD, Wainstein E, Orazi ML, Dietrich A, Beveraggi E, Da Lozzo A, Smith D, Svetliza G

Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción

En Agosto del año 2018 entró en vigencia la ley Órganos, Tejidos y Células en la República Argentina, que especifica: "De no encontrarse restringida la voluntad afirmativa de donación o no condicionarse la finalidad de la misma, se entienden comprendidos todos los órganos y tejidos, y ambos fines (implante en seres humanos vivos o con fines de estudio o investigación)". La implementación de la ley, prometía aumentar el número de donantes y trasplantes. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de la implementación de la ley en el número de donantes, trasplantes y tiempo en lista de espera.

Material y Métodos

Se realizó un estudio simple de series de tiempo interrumpidas, comprendida en el periodo comprendido entre el 2 de Agosto del 2017 al 2 de agosto del 2019.

Resultados

Un año previo de la aplicación de la ley se registraron 1372 pacientes en lista de espera para la recepción de un órgano. 117 se encontraban a la espera de trasplante pulmonar y el 50% de los pacientes activos tenía una permanencia en lista de 2-3 años. El principal motivo de ingreso en lista fue FPI 27% seguido del EPOC 13% y la FQ 14%. En este periodo se registraron 604 donantes y 1779 órganos ablaciones, siendo 46 pulmones (24 bilaterales, 22 unilaterales). De ellos fueron implantados el 100% de los bilaterales y 63% de los unipulmonares. La principal causa de muerte del donante fue ACV, seguido de Trau-

ma y cardiovascular. Luego de la aplicación de la ley, el número de pacientes en lista, donantes y órganos ablacionados aumentó 49.1%, 47.9% y 40.9% respectivamente. De los pacientes activos en lista de trasplante de pulmón, el tiempo de espera en el 36% fue de 1-6 meses y en el 61% de 1-2 años. En este periodo se ablacionaron 52 pulmones (25 bipulmonares y 27 unipulmonares), siendo implantados todos los bipulmonares y el 55.6% de los unipulmonares. Luego de la ley, el trasplante pulmonar aumentó un 2.56%. Si bien el número total de donantes y órganos ablacionados aumentó en forma considerable luego de aplicación de la ley, no tuvo el mismo impacto en ablación e implante de pulmones. Este comportamiento puede estar influenciado por varios motivos: Los politraumatismos siguen siendo una de las principales causas de muerte de los donantes, y la afectación pulmonar durante el mismo es frecuente. Otro factor a considerar es que el trasplante pulmonar el tiempo de isquemia es reducido, y una demora o un manejo inapropiado se traduce en una pérdida del órgano.

Conclusiones

Luego de un año de aprobada la ley, pese al aumento significativo del número de donantes, el trasplante pulmonar aumentó sólo un 2.5%.

TRABAJO #284

Investigación Clínica

Supervivencia en receptores de trasplante pulmonar mayores de 65 años en Hospital Favaloro desde 2000 al 2020

Calderon JC, Perez-Paez MI, Nazzo MV, Ahumada JR, Osses JM, Caneva JO, Favaloro R, Candiotti M, Bertolotti A

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción

El trasplante en pacientes > 65 de edad es una contraindicación relativa acorde a guías nacionales e internacionales. En Argentina no existen reportes. El objetivo del estudio es determinar la supervivencia y mortalidad; duración de internación, ventilación mecánica (VM), ECMO; y complicaciones.

Material y Métodos

Estudio observacional de todos los trasplantados pulmonares desde el 2000. Se empleó estadística no paramétrica (mediana y rango intercuartil-IQR-) para días de ECMO, días de UCI y hospitalización total. Se empleó Kaplan Meier para meses de

supervivencia, y Log-rank para comparación. Un valor $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados

En total, 395 patients han sido trasplantados, y 17 tenían > 65 años. La mediana de edad fue de 67 años (66-69). Previo al trasplante la mediana de metros recorridos en la PC6M fue 190 m (120-312), DLCO 30.5% (24,5-37), PAPm 19 mmHg (17-25) y PCP 9 mmHg (5-14). La mayoría eran EPOC y FPI (47,1% cada uno). 2 recibieron trasplante bipulmonar. La mediana de edad de los donantes fue 27 años (25-40), PaFiO₂ 500,5 (429-535), siendo 66,7% masculinos. Después del trasplante, la PA-Pm fue 21 mmHg (15-31) y PCP 9 mmHg (5,5-12). 3 pacientes requirieron ECMO; 26,7% desarrollaron neumonía y 20% disfunción primaria del injerto (moderado a severo). La mediana de estadía en UCI fue 5 días (4-41), hospitalización total 28 días (11-57), VM 12 días (1-39). La mortalidad hospitalaria, a 30 días y al año fue 12.5% cada uno. La mediana de supervivencia fue 100 meses (6-103; Fig 1), con peor desenlace en ECMO (Fig 2; $p < 0,05$).

Conclusiones

Es relevante la adecuada selección de los receptores, así como la experiencia del equipo, para supervivencia similar a trasplantados más jóvenes. Sin conflicto de intereses.

Figura 1.

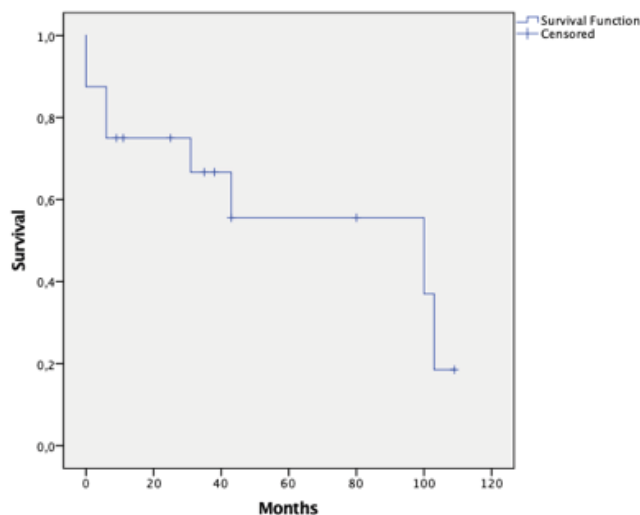
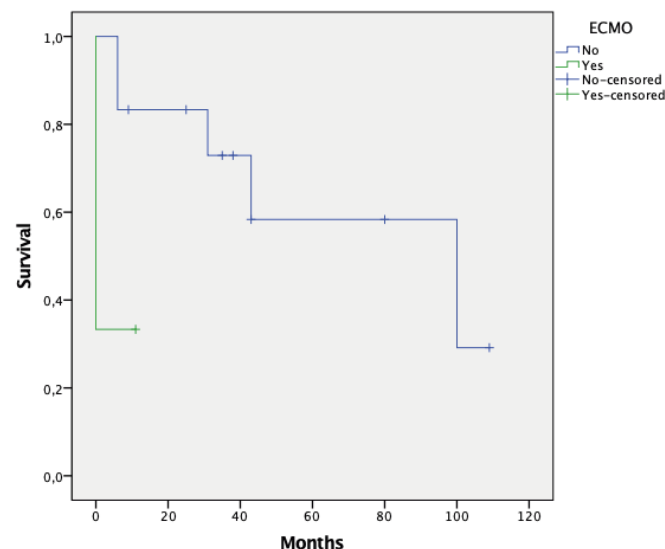


Figura 2.



TRABAJO #533

Reporte de casos

Neumonía cavitada por *Aspergillus fumigatus* en receptora de trasplante bipulmonar

Nazzo MV, Virhuez Y, Calderón JC, Vicente L, Balcázar J, Pérez I, Ahumada R, Bertolotti A, Favaloro R, Ossés J, Cáneva J.

Sección Neumonología, División Trasplante Pulmonar. Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción

El riesgo de infección fúngica invasiva después del trasplante es significativo por hongos filamentosos y especialmente por *Aspergillus* spp. Siendo la incidencia de aspergilosis invasiva en el trasplante pulmonar la más elevada entre los receptores de trasplante de órganos sólidos situándose entre el 4 - 23%, seguido por los trasplantes hepáticos.

Material y Métodos

Paciente femenina de 37 años de edad con antecedente de trasplante bipulmonar (2006) por bronquiectasias. Cursó internación en otro centro, con diagnóstico de neumonía por *Pseudomona aeruginosa*. Realizó tratamiento antibiótico endovenoso por 15 días durante su internación, finalizándolo posteriormente en su domicilio. Acudió a control manifiestan-

do persistencia de los síntomas (tos, sudoración, dolor torácico infraescapular derecho, malestar general). Se realizó TAC de tórax observándose múltiples lesiones cavitadas, destacándose las de mayor tamaño en segmento apical de lóbulo inferior izquierdo y segmento anterior de lóbulo superior derecho en comunicación con bronquios adyacentes, con contenido heterogéneo en su interior. Además se reconocen lesiones nodulares de menor tamaño distribuidas aleatoriamente en ambos parénquimas pulmonares con distribución peribroncovascular, e imágenes pseudonodulares de aspecto consolidativo. Se realizó fibrobroncoscopía con cultivo de lavado broncoalveolar (BAL) rescatándose hongo micelar con hifas tabicadas compatibles con *Aspergillus*. Inició tratamiento empírico con voriconazol, cefepime, levofloxacina. Se derivó a nuestro centro donde a su ingreso se realizó nueva TAC de tórax sin cambios con respecto a la previa, para efectuar fibrobroncoscopía con BAL y biopsia transbronquial (BTB) de lóbulo inferior izquierdo y lóbulo superior derecho. Anatomía patológica: lesiones inflamatorias leves, signos incipientes de neumonía en organización en lóbulo inferior izquierdo, descartándose signos de rechazo en las muestras de biopsias. Ante aislamiento de *Pseudomona aeruginosa* multisensible y *Aspergillus fumigatus* en cultivo de BAL, se decidió continuar con tratamiento dirigido a sensibilidad con cefepime, ciprofloxacina durante 14 días asociado a voriconazol como tratamiento prolongado.

Resultados

Evolucionó favorablemente y se otorgó su egreso institucional

Conclusiones

Existen factores de riesgo que predisponen a aspergilosis invasiva como: infecciones bacterianas recurrentes, reactivación de CMV, bronquiolitis obliterante, entre otras. La mortalidad de aspergilosis invasiva varía según su presentación, siendo la enfermedad pulmonar invasiva con más alta mortalidad (67% a 82%), seguida de traqueobronquitis. Por lo tanto es esencial el diagnóstico oportuno y el tratamiento profiláctico postrasplante.

TRABAJO #617

Reporte de casos

Tumor cerebral en paciente inmunosuprimido por trasplante pulmonar

Virhuez Y, Nazzo V, Calderón J, Vicente L, Balcázar J, Pérez I, Ahumada R, Bertolotti A, Favaloro R, Ossés J, Cáneva J

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción

La incidencia de neoplasias en pacientes inmunodeprimidos está incrementada cuando hay alteraciones en el sistema inmunitario, fundamentalmente en SIDA y trasplante de órganos sólidos, debido a la intensidad del tratamiento inmunodepresor y a la reactivación de virus implicados en la oncogenicidad.

Material y Métodos

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 21 años de edad con antecedente de trasplante bipulmonar (02/2018) por hipertensión arterial pulmonar idiopática en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, meprednisona y micofenolato. Derivada por cuadro de clínico caracterizado por convulsiones tónico clónicas generalizadas en tres oportunidades asociado relajación de esfínteres con posterior amnesia y recuperación. Examen neurológico normal. Para estudio de síndrome comicial se realizó TAC de cerebro, sin evidencia de lesiones ocupantes del espacio. Estudio de LCR dentro de parámetros normales, PCR virales y antígenorraquia para criptococo negativos. EEG sin actividad epileptiforme, RMN sin gadolinio en la que se observó lesión subcortical con extensión cortical de surco frontal superior izquierdo hiperintensa T2/FLAIR e hipointensa T1 ligeramente expansiva con corteza parcialmente comprometida. Posteriormente se realizó RMN con espectroscopia y gadolinio sin realce tras administración de contraste, curva espectroscópica compatible con lesión neoplásica primaria del SNC de probable estirpe astrocitario de bajo grado. Continuó en tratamiento con levetiracetam evolucionando favorablemente, con ajuste de inmunosupresión, sin manifestar nuevo episodio de crisis comiciales.

Resultados

-

Conclusiones

En pacientes con antecedente de trasplante pulmonar se espera una incidencia tumoral baja si se tiene en cuenta que la

inmunodepresión es más intensa que en el trasplante de otros órganos sólidos. La frecuencia relativa del resto de las neoplasias malignas depende de otros factores, como el tiempo transcurrido desde que se realizó el trasplante, predisposición genética del receptor, la intensidad y duración de la inmunosupresión utilizada y la enfermedad que causó el trasplante.

TRABAJO #681

Reporte de casos

Retrasplante pulmonar en paciente con cross-match positivo complicado con rechazo mediado por anticuerpos

Calderon JC, Nazzo MV, Perez-Paez MI, Vicente L, Virhuez Y, Balcazar J, Ahumada R, Osses J, Vigliano C, Bertolotti A, Caneva JO

Hospital Universitario Fundación Favaloro

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HAP) representa el 2,6% de los trasplantes pulmonares (TP), con una mediana de supervivencia condicional (desde los 30 días postTP) de 9,8 años. Son frecuentes, el rechazo celular agudo (RCA, 28%) y la disfunción crónica del injerto (CLAD, 40,3%) ya sea por síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS) o por restricción del aloinjerto (RAS); mientras es infrecuente (4,2%) el mediado por anticuerpos (RMA). El retrasplante pulmonar (RTP) constituye el 4% del TP mundial, debido a complicaciones en la vía aérea, disfunción primaria del injerto, RCA y CLAD.

Material y Métodos

Mujer de 22 años, portadora de HAP idiopática (HAPI) desde el 2013, trasplantada bipulmonar (TBP) en enero de 2018. Posteriormente, por la identificación de glioma frontoparietal izquierdo de bajo grado se disminuyó la inmunosupresión. A los 16 meses postTP, presentó neumonía adquirida en la comunidad y cumplió tratamiento dirigido a *Burckordellia Bronchi-septica*. En una internación posterior por progresión a disnea clase funcional (CF) IV, se objetivó RCA A2 B0 en biopsia transbronquial (BTB). A pesar de recibir pulsos de metilprednisolona, la paciente progresó a la necesidad de oxigenoterapia con cánula de alto flujo y ventilación mecánica no invasiva hospitalaria, caída del VEF1 (0,79 L; 23%), vidrio esmerilado difuso y engrosamiento irregular reticular del intersticio subpleural en tomografía de tórax de imágenes (interpretándose como CLAD a predominio de BOS), y presencia de anticuerpos espe-

cíficos contra el donante (DSA): IgG anti clase II (50%) antiHLA-DQ fijadora de C1q. En enero de 2020, se realizó nuevo TBP de emergencia siendo extubada y desvinculada del ECMO V-V en 24 hs. Por cross-match positivo para linfocitos B y T del donante, se realizaron tres sesiones de plasmaféresis y reposición de IgG para profilaxis de RMA. La anatomía patológica del explante mostró CLAD con patrón predominante RAS, rechazo A1 B1R C1, rechazo vascular crónico y RMA (capilaritis y C4d+). Al mes del egreso, no se observaron signos de rechazo (A0 B0, y C4d negativo) en control de BTB.

Resultados

El 2,6%-10,3% de los pacientes con indicación primaria de TP por HAPI son sometidos a retrasplante pulmonar (RTP). Si bien, el RTP en el registro internacional muestra una evolución desfavorable, los centros de mayor volumen de TP como el nuestro, reportan una supervivencia a 5 años similar al TP primario (21-64,3% vs 58,2-66,5% respectivamente). La presencia de DSA y el mismatch de HLA, no son contraindicaciones para el RTP.

Conclusiones

El RTP es viable aún presencia de DSA, teniendo en cuenta factores clínicos, experiencia del centro de trasplante y condiciones socioeconómicas. Sin conflicto de interés.

TRABAJO #768

Investigación Clínica

Incidencia de la infección en el primer año de trasplante pulmonar en un programa de Colombia entre años 2007-2019

Neira J, Orozco E, Gaviria D, Ceballos L, Aguilar Y, Roncancio G

Clínica CardioVID. Universidad Pontificia Bolivariana

Introducción

El trasplante pulmonar es una opción de tratamiento disponible en Colombia para pacientes con enfermedad respiratoria crónica avanzada. Considerando la inmunosupresión y exposición del injerto al medio externo, la infección siempre será una complicación a tener en cuenta. En Latinoamérica pocos estudios han evaluado su prevalencia y etiología en este grupo de pacientes. El objetivo fue caracterizar las infecciones en el primer año de trasplante, con énfasis en las infeccio-

nes asociadas a la atención de la salud (IAAS), en un programa en Colombia.

Material y Métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron los pacientes trasplantados entre 2007-2019 en una institución. Las variables se tomaron de historias clínicas. El análisis se hizo con SPSS®.

Resultados

Se incluyeron 85 pacientes. Se excluyeron 5 (5.9%) por mortalidad perioperatoria y 4 (4.7%) por seguimiento incompleto. 52.6% (n=40) eran hombres, la mediana de edad al trasplante fue 51 años (RIC: 38-59) y su causa principal fue EPOC (40.8%). 96%, 92%, y 91%, de los pacientes recibió profilaxis para citomegalovirus, hongos y TMP-SMZ, respectivamente. En el primer año postrasplante se presentó infección en 65 pacientes (85.5%), con 185 infecciones, siendo neumonía la primera causa, explicando 40.5% de los casos de infección (n=75). El 35.7%, 42.2% y 22.2% de las infecciones se presentaron en los meses 1, 2-6 y 7-12, respectivamente. La etiología se distribuyó entre bacteriana (35.7%), fúngica (15.1%), viral (9.7%) y parasita-

ria (1.6%). Los microorganismos más frecuentes aislados fueron *Pseudomonas aeruginosa* (8.7%), citomegalovirus (6.5%), *Candida* spp. (6.5%), *Klebsiella pneumoniae* (5.9%) y *Aspergillus* spp. (5.4%). La infección fue polimicrobiana en 8.1% (n=15) y no se identificó etiología en 29.7% (n=55). Al evaluar IAAS como causa de infección en el primer año postrasplante, se detectaron 60 casos en 30 pacientes. 16,6% fueron polimicrobianos y en 10% no se encontró etiología. Cuando los pacientes se encontraban en terapia intensiva se presentaron 42 IAAS (70%), 23 asociadas a dispositivos invasivos. 13 IAAS ocurrieron en hospitalización (21,6%), siendo neumonía la causa más frecuente (21,6%). 5 IAAS fueron infecciones de herida quirúrgica (8,6%). Entre 2015 y 2019 las IAAS disminuyeron 50% comparando con 2009 a 2014. 29/76 pacientes fallecieron siendo 62% de la mortalidad (18/29) atribuible a infección.

Conclusiones

Las infecciones impactan significativamente los desenlaces de trasplante de pulmón en nuestro medio. Los protocolos deben ajustarse a la microbiología y prevalencia local de infecciones con énfasis en la infección asociada a la atención en salud.