



## 787 - ESTUDIO OBSERVACIONAL DE CANDIDEMIA EN PACIENTES INGRESADOS EN PLANTA DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO TORRECÁRDENAS DESDE ENERO DEL 2010 HASTA MAYO 2021

A.P. **Jácome Pérez**, I. El Attar Acedo, M.E. Rodríguez Rodríguez, M.M. Moya Montoya y A. Mostazo Aranda

Hospital Universitario Torrecárdenas. Almería.

### Resumen

**Objetivos:** Describir los principales factores de riesgo y comorbilidades asociadas a candidemia e identificar las especies más prevalentes, así como su sensibilidad a azoles.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de pacientes ingresados en Medicina Interna del H.U. Torrecárdenas con diagnóstico de candidemia desde enero de 2010 hasta mayo del 2021.

**Resultados:** Se analizaron un total de 15 pacientes con diagnóstico de candidemia. Las personas estudiadas presentaron una edad promedio de  $62,86 \pm 3,68$  años, de las cuales el 57,14% eran mujeres. En cuanto a las comorbilidades, el 35,7% eran diabéticos y el 21,4% presentaban insuficiencia renal crónica. El 14,28% tenían enolismo crónico. En cuanto a los factores de riesgo, 57,14% de los pacientes eran portadores de catéter venoso central, el 53,85% recibieron antibioterapia de amplio espectro y el 28,57% estaban con nutrición parenteral. El 21,42% estuvieron ingresados en cuidados intensivos. Se realizó una regresión lineal simple sin evidenciar de manera estadísticamente significativa una mayor probabilidad de fallecimiento en función de las diferentes comorbilidades y factores de riesgo descritos. La especie aislada con mayor frecuencia fue *C. albicans* (28,5%) y *C. parapsilosis* (28,5%) seguido de *C. glabrata* (21,4%), *C. krusei* (14%) y *C. tropicalis* (7%). Se reportó una resistencia a azoles del 21,42%. Se evidenció que los pacientes con DM tipo 2 presentaban una mayor resistencia a azoles de manera significativa ( $p 0,009$ ). No se encontró diferencias estadísticamente significativas en mortalidad o resistencia a azoles entre las diferentes especies de *Candida*. Debido al bajo tamaño de la muestra, los errores de la estimación crecen, por lo que no se puede afirmar que no existan diferencias significativas con el resto de las variables estudiadas.

#### Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades en pacientes con candidemia

Factores de riesgo y comorbilidades	Prevalencia %
Catéter venoso central	57,14%
ATB amplio espectro	53,85%
DM tipo 2	35,71%
NPT	28,57%

Insuficiencia renal crónica	21,42%
Ingreso en UCI	21,42%
Alcoholismo	14,28%
Adicción a drogas intravenosas	7,14%
Antecedente de cirugía abdominal	7,14%

*Discusión:* La candidemia es la principal forma de manifestación de la candidiasis invasiva. El aislamiento de *Candida* en hemocultivos nunca debe interpretarse como un contaminante y siempre debemos buscar el foco de infección, así como descartar infección diseminada. Los pacientes con mayor riesgo de desarrollar la infección son, entre otros, aquellos que se encuentran ingresados en unidades de cuidados intensivos, pacientes inmunodeprimidos, portadores de catéteres centrales o en tratamiento con nutrición parenteral. La *Candida albicans* es la responsable de la mayoría de las infecciones, aunque cada vez son más frecuentes las infecciones por especies no *albicans* que pueden ser resistentes a azoles.

*Conclusiones:* La candidemia es una enfermedad grave y potencialmente mortal que cada vez es más frecuente en nuestro medio, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos. Es de vital importancia iniciar el tratamiento de forma precoz y descartar enfermedad metastásica. Ante el aumento de la prevalencia de especies de *Candida* no *albicans*, se recomienda iniciar el tratamiento con una equinocandina hasta obtener resultados del fungigrama.

## **Bibliografía**

1. Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2016;62:e1.
2. Weinstein RA, Fridkin S., The Changing Face of Fungal Infections in Health Care Settings, Clinical Infectious Diseases. 2005;41:1455-60.