



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

285 - EVALUACIÓN DE LAS ESCALAS CLÍNICAS DE RIESGO EN CANDIDEMIAS Y TRATAMIENTO EMPÍRICO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

A.M. Álvarez Suárez¹, C. Helguera Amezuza¹, A. Gómez Carrasco², E. Fonseca Aizpuru¹, M.L. Taboada Martínez¹, S.M. Santos Seoane¹, M. Arias Temprano¹ y C. Delgado Vergés¹

¹Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón. ²Hospital del Oriente de Asturias Francisco Grande Covián. Parres.

Resumen

Objetivos: Evaluar si pacientes con candidemia estaban recibiendo tratamiento antifúngico empírico (TAE) antes de conocer resultados de los cultivos, así como la utilidad de las escalas Candida Score y Sevilla Score, analizando si la puntuación en el momento de la recogida de hemocultivos ya indicaba alto riesgo y por tanto indicación de tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo. Período 2015-2020. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, factores predisponentes, puntuación en escalas Sevilla Score y Candida Score y mortalidad.

Resultados: 50 pacientes, 52% varones. Edad media: 71,3 años. Antecedentes: 54% HTA, 34% neoplasia, 30% dislipemia, 26% diabetes, 24% obesidad, 8% inmunosupresión. Factores de riesgo para candidemia: 88% multiinstrumentalización, 80% antibioterapia de amplio espectro más de 7 días, 76% catéter central, 58% nutrición parenteral, 56% cirugía mayor, 54% colonización (3 localizaciones), 2% pancreatitis. Estado clínico: 20% paucisintomáticos, 52% sepsis, 28% shock séptico. En el 36% se inició TAE, siendo adecuado en el 83,3%. El 44% requirió UCI (50% desarrolló candidemia en la unidad). Estancia media: 14,5 días. Mortalidad global: 58%. De estos habían recibido TAE el 55,2%. Aplicando Candida Score, el 48% habría obtenido ≥ 3 puntos. De estos, solo el 45,8% recibió TAE, con mortalidad del 62,5% en ese grupo. Mortalidad en el 54,2% que no recibió tratamiento: 53,8%. Aplicando Sevilla Score habrían sido clasificados: 18% riesgo alto, 24% riesgo moderado, 58% riesgo bajo. Mortalidad global en los distintos grupos: 77,8%, 66,7% y 48,3% respectivamente. De los de riesgo alto, el 55,6% recibió TAE. Mortalidad tratados vs. no tratados: 80% vs. 75%. De los de riesgo medio, el 41,7% recibió TAE. Mortalidad tratados vs. no tratados: 60% vs. 57,14%. De los de riesgo bajo, el 100% recibió TAE. Mortalidad tratados vs. no tratados: 37,5% vs. 47,61%.

Discusión: Una puntuación $> 2,5$ en Candida Score podría seleccionar pacientes que se beneficiasen de TAE. El Score Sevilla considera factores relacionados con el huésped, estado clínico y colonización por candida, estableciendo tres categorías de riesgo: alto, moderado y bajo, recomendando tratamiento si riesgo alto. Aplicando Candida Score a nuestra serie, solo el 48% habrían sido considerados de alto riesgo; 18% aplicando el Sevilla Score. Por otro lado, en nuestra serie solo recibieron TAE el 45,8% de los pacientes considerados de alto riesgo en el Score Candida, y el 55,6% de los del Sevilla Score. Además, la mortalidad en todos los grupos de riesgo independientemente de si se inició o no TAE fue superior al 50%, salvo en el de bajo riesgo del Sevilla Score.

Conclusiones: La candidemia presenta elevada mortalidad, siendo crucial iniciar tratamiento precozmente. La evaluación de factores de riesgo de infección fúngica para identificar pacientes que se beneficien de TAE es fundamental. Se han diseñado diversos scores, algunos con elevado valor predictivo negativo. Tanto Candida Score como Sevilla Score presentan baja sensibilidad en nuestra serie. Si se disminuyeran los puntos de corte aumentaría el porcentaje de pacientes con recomendación de iniciar TAE, disminuyendo eso sí la especificidad. Habría que valorar en futuros estudios si este aumento en la sensibilidad repercutiría significativamente en la mortalidad.