Rev Clin Esp. 2023;223(Supl 1):S666

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1192 - CANDIDEMIA EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

Macarena López de la Fuente, Mar Moya Montoya, Patricia Urrutia López, Laura Viñolo Díaz, Laura Martínez Molina y Antonio Mostazo Aranda

Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Objetivos: Estudiar las características de los pacientes ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de candidemia.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se han incluido a todos los pacientes con diagnóstico de candidemia ingresados en nuestro hospital en los últimos 3 años (2019-2022).

Resultados: Se incluyeron un total de 14 pacientes, siendo la mayoría de ellos hombres (60% del total), y con una edad media de 58 años. Las especies de *Candida* más frecuentemente aisladas fueron, en primer lugar, *Candida parapsilosis* (5 casos), seguido de *Candida tropicalis* y *Candida albicans* con 3 casos cada una. Las menos frecuentes fueron *Candida glabrata* (2 pacientes) y *Candida lusitaniae* (1 caso). El origen de la candidemia fue, con mayor frecuencia, a través de un catéter venoso central y catéter central de inserción periférica con 5 casos cada uno. Los focos menos frecuentes fueron un reservorio venoso subcutáneo e infección del tracto urinario, con 2 casos cada uno. Respecto a los antifúngicos utilizados, en la mayoría de los casos se trató con monoterapia. El más frecuente fue fluconazol (64% del total), seguido de caspofungina (28% del total). En el 21% de los casos se utilizó anfotericina B liposomal. El menos empleado fue posaconazol (7%). En 3 pacientes se utilizaron regímenes de tratamiento con 2 antifúngicos. En 1 solo caso de nuestra serie de pacientes hubo complicaciones asociadas a la candidemia, en concreto abscesos hepáticos. La estancia media fue de 52 días.

Conclusiones: La presencia de *Candida* en sangre nunca debe ser interpretado como contaminante. Cabe destacar que en nuestra serie de casos la candidemia era demostrada, es decir, con hemocultivos positivos, y no una colonización como puede ocurrir en pacientes que portan dispositivos vasculares permanentes. Los factores de riesgo más importantes para la adquisición de una candidemia son la inmunosupresión, la estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos, nutrición parenteral, catéteres venosos centrales... En varios estudios la especie más frecuentemente aislada fue *C. albicans*[1,2]. Un estudio identificó como factores de riesgo más importantes para la adquisición de candidemia por especies distintas a *C. albicans* la exposición previa a fluconazol y el uso de catéteres venosos centrales[3]. En nuestro caso, la especie más frecuente fue *C. parapsilosis,* pero al ser una serie de casos reducida, no podemos sacar conclusiones al respecto. Los pacientes con candidemia deben realizarse una serie de pruebas complementarias dirigidas a descartar focos metastásicos. Se recomienda la extracción de hemocultivos de control cada 48 horas, y la realización de un fondo de ojo y un ecocardiograma si los hemocultivos son persistentemente positivos. En cuanto al tratamiento, los antifúngicos que se recomiendan incluyen equinocandinas, azoles y anfotericina B. Se aconseja monoterapia ya que no se han encontrado beneficios en tratamientos combinados. En nuestro caso,

solo 3 pacientes recibieron biterapia con distintas combinaciones de antifúngicos. En general, se recomienda que la duración de tratamiento sean 2 semanas tras los últimos hemocultivos de control negativos. Sin tratamiento, la tasa de mortalidad asciende a más del 60%[4] por lo que es fundamental el manejo temprano y correcto de esta infección.

Bibliografía

1. Leroy O, Gangneux JP, Montravers P, *et al.* Epidemiology, management, and risk factors for death of invasive Candida infections in critical care: a multicenter, prospective, observational study in France (2005-2006). Crit Care Med. 2009; 37:1612.
2. Kett DH, Azoulay E, Echeverria PM, *et al.* Candida bloodstream infections in intensive care units: analysis of the extended prevalence of infection in intensive care unit study. Crit Care Med. 2011;39:665.
3. Chow JK, Golan Y, Ruthazer R, *et al.* Factors associated with candidemia caused by non-albicans Candida species *versus* Candida albicans in the intensive care unit. Clin Infect Dis. 2008;46:1206.
4. Fraser VJ, Jones M, Dunkel J, *et al.* Candidemia in a tertiary care hospital: epidemiology, risk factors, and predictors of mortality. Clin Infect Dis. 1992;15:414.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.