



## 1826 - ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO DE PACIENTES CON CANDIDEMIA DIAGNOSTICADOS EN UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE EL ÚLTIMO DECENIO

*Sergio Rivero Santana, Andrea Serrano Sánchez, Belén Jufresa Michavila, Erick Rodrigues Caldeira, Antonia Flor Pérez, Rafel Pérez Vidal, Gloria Trujillo Isern y Manel Crespo Casal*

*Althaia Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Manresa, España.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la incidencia, características clínicas, perfil microbiológico, susceptibilidad a antifúngicos y factores de riesgo y mortalidad de la candidemia en nuestro centro.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en un hospital comarcal con 407 camas de agudos y 20 camas de UCI; población de referencia: 210,000 habitantes. Se incluyen todos los pacientes  $\geq 16$  años con al menos un hemocultivo positivo para *Candida* spp., identificada mediante MALDI-TOF MS, entre el 01/03/2014 y el 31/03/2024. Estudio de sensibilidad antifúngica mediante pruebas de difusión (parámetros de referencia EUCAST). Recogida de datos mediante revisión de la historia clínica electrónica y base de datos de microbiología. Registro anonimizado en REDCap. Análisis estadístico con procesador de datos SPSS.

**Resultados:** Se identificaron 47 casos (tasa de incidencia media: 2,24/100.000 habitantes). La tasa de incidencia aumentó durante el periodo de pandemia por SARS-CoV-2 (máxima de 4,3/100.000 habitantes durante 2020) con posterior estabilización en el periodo 2022-2024. El 89,3% de los casos ( $n = 42$ ) fue de origen nosocomial/asociado con cuidados sanitarios. Predominio de hombres ( $n = 72$ ; 3%), con edad mediana de 69 años (IQR, 59-76). Comorbilidad asociada: diabetes ( $n = 25$ ; 61%); neumopatía crónica ( $n = 15$ , 36,6%); ERC moderada-grave ( $n = 13$ ; 27,7%); neoplasia sólida-hematológica ( $n = 10$ ; 21,3%); obesidad ( $n = 9$ ; 22%). Índice de Charlson 5 (IQR, 3-8). Respecto a factores de riesgo específicos: portador de catéter venoso central ( $n = 37$ , 86%); estancia actual o reciente en UCI ( $n = 25$ ; 58,1%); consumo de antibióticos de amplio espectro los últimos 3 meses ( $n = 23$ ; 53,5%); receptor de nutrición parenteral ( $n = 19$ ; 40,4%); y cirugía abdominal ( $n = 13$ ; 27,7%). Principales focos de candidemia: catéter venoso ( $n = 15$ ; 31,9%); renal-urológico ( $n = 10$ ; 21,3%); gastrointestinal ( $n = 14$ ; 29,8%); y desconocido ( $n = 11$ ; 23,4%). Control de foco primario en el 75% (27/36) de pacientes con foco primario conocido. No se observó afectación visceral secundaria en ningún caso. Candidemia de brecha en 6 casos (12,8%). Especies aisladas: *C. albicans* ( $n = 19$ ; 40,4%); *C. glabrata* ( $n = 13$ ; 27,7%); *C. tropicalis* ( $n = 6$ ; 12,8%); *C. parapsilosis* ( $n = 5$ ; 10,6%); *C. krusei* ( $n = 3$ ; 6,4%); otras ( $n = 1$ ; 2,1%). Bacteriemia asociada en 7 casos (14,9%). Se observó un 8,9% de resistencias a azoles (fluconazol,  $n = 5$ ; voriconazol,  $n = 2$ ). No se detectó ningún caso de resistencia a equinocandinas. El antifúngico empleado de forma empírica de elección fue la anidulafungina ( $n = 21$ ). El 61,7% ( $n = 29$ ) presentó fracaso multiorgánico. Mediana de estancia

hospitalaria: 28,5 días (IQR, 18-46). Mortalidad intrahospitalaria del 38,3% (n = 18), con una mediana de 6 días (IQR, 4-12) desde el episodio de candidemia. En el modelo de regresión logística, son predictores independientes de mortalidad el fracaso multiorgánico (OR:11,6; IC95%: 1,8-72,5) y la ausencia de foco primario (OR:8,5; IC95%: 1,4-51,8) (bondad de ajuste mediante Hosmer y Lemeshow, clasificación correcta de casos, 74,5%).

*Conclusiones:* En el decenio estudiado observamos un aumento de la incidencia durante el periodo pandémico y *C. albicans* continúa siendo la especie mayoritaria. La infección se asocia con cuidados sanitarios, en pacientes muy frágiles con elevada comorbilidad. La mortalidad superior al 38% fue mayor en los pacientes con fracaso multiorgánico y sin foco primario conocido.