



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 ≥ 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.