



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## A-199. - FACTORES IMPLICADOS EN CANDIDEMIAS. ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO

E. Gaspar García<sup>1</sup>, J. Manchón Castilla<sup>2</sup>, F. Rodríguez Vidigal<sup>3</sup>, A. Vera Tomé<sup>3</sup>, N. Nogales Muñoz<sup>3</sup>, A. Muñoz Sanz<sup>3</sup>, M. González García<sup>1</sup>, M. González Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen del Puerto. Plasencia (Cáceres). <sup>3</sup>Unidad de Patología Infecciosa. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

### Resumen

**Objetivos:** Describir los factores de riesgo implicados en las candidemias, así como la influencia de determinadas variables en el curso clínico de los pacientes afectados.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 53 pacientes adultos hospitalizados entre los años 2007-2013 en un hospital de tercer nivel con crecimiento de especies de *Candida* en hemocultivo.

**Resultados:** Se identificaron 53 casos de candidemia, de los cuales el 56,6% eran hombres y el 43,4% eran mujeres. La mediana de edad fue 67 años. La estancia media fue de 43,7 días, siendo 28,6 el promedio de días de ingreso previos al diagnóstico. Se recogió el número de antibióticos que el paciente había recibido antes del establecimiento de la candidemia, con un promedio de 4,25 (0 a 9 antibióticos), no encontrándose diferencias significativas con respecto a la mortalidad. El 86,8% de los pacientes había estado o estaba en una Unidad de Críticos y el 83% había sido intervenido quirúrgicamente, siendo la cirugía abdominal la más frecuente (31 casos). Otros factores de riesgo asociados fueron: tratamiento inmunosupresor previo (8 pacientes), neoplasia activa (19 pacientes), coinfección de gérmenes multiresistentes (10 pacientes, 5 de ellos por *P. aeruginosa*), coinfección clínica (47 pacientes: 25 neumonía nosocomial, 15 infección intraabdominal, 9 infección de herida quirúrgica y 5 casos de endocarditis). En 35 casos, se identificaron hemocultivos positivos para otros gérmenes, siendo el *Staphylococcus coagulasa* negativo resistente a oxacilina el germen más frecuentemente aislado. En cuanto a las especies de *Candida* identificadas, el 41,5% (22) fueron *C. albicans*. De las especies no *albicans*, se identificaron: 10 *C. parapsilosis*, 4 *C. tropicalis*, 3 *C. glabrata*, 2 *C. famata*, 1 *C. krusei*, 1 *C. lusitaniae*, 1 *C. sake* y 9 casos de *Candida* sin especificar. No se encontraron diferencias significativas con respecto a la mortalidad entre los afectados por *C. albicans* y *C. no albicans*. Solo 1 caso fue resistente a fluconazol, correspondiendo este una *C. tropicalis*. Se identificaron especies de *Candida* en otras muestras en el 54,7% (29 pacientes), fundamentalmente en cultivos de punta de catéter (20 pacientes). El 52,8% de los pacientes fueron tratados exclusivamente con fluconazol, sin encontrarse diferencias significativas que relacionen mortalidad y tratamiento. Otros antifúngicos más frecuentemente empleados fueron: anfotericina B liposomal (6 pacientes), caspofungina (5 pacientes) y anidulafungina (5 pacientes). El 37,7% de los pacientes falleció en el ingreso hospitalario, no encontrándose diferencias significativas con respecto a la edad de los pacientes.

**Discusión:** Los resultados obtenidos son similares a los publicados previamente, destacando la elevada estancia hospitalaria registrada. La proporción de especies de *C. no albicans* es similar a la descrita en

estudios previos y destaca el porcentaje de aislamientos de *Candida* sensible a fluconazol (94,3%), más elevado que en otras series, siendo este dato importante de cara a la elección del tratamiento empírico. La tasa de mortalidad obtenida (37,7%) ha sido menor que en otros registros (44% y 40%).

*Conclusiones:* La candidemia es una infección nosocomial frecuente en el adulto hospitalizado y con una elevada mortalidad. Por tanto, la enfermedad fúngica invasiva debe considerarse como causa de sepsis en todo paciente crítico, siendo fundamental la instauración precoz de un tratamiento antifúngico eficaz. La recomendación actual es el empleo empírico de azoles en el caso de paciente estable y no neutropénico. En cambio, en el paciente grave parece más adecuado iniciar tratamiento con una equinocandina.