Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):1115

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-153 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CANDIDEMIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

J. Escobar Sevilla[1], L. Cantero Nieto[1], P. González Bustos[1], M. Navío Botías[1], M. Fernández Álvarez[1], J. Fernández Muñoz[1], V. Heras Cañas[2]

[1]Servicio de Medicina Interna. [2]Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Resumen

Objetivos: 1) Descripción de los casos en lo que se aísla Cándida en hemocultivo desde junio 2012 hasta mayo 2015. 2) Analizar las características de los pacientes, factores de riesgo, especies implicadas y su sensibilidad a antifúngicos de elección.

3) Valorar las complicaciones y mortalidad asociada a esta patología.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional (junio 2012-mayo 2015). Se han revisado las historias de los pacientes ingresado en nuestro hospital y que tenían aislamiento de Cándida en sangre.

Resultados: 91 pacientes fueron escogidos. Media de edad 61,9 ± 17,4. 62,6% eran varones. 34,1% tuvieron ingreso en el mes previo a la candidemia. El 35,2% tuvo un ingreso previo en UCI con una estancia media de 7,42 ± 15,27 días. El índice de Charlson m: 4,33 IQR 3,33. El resto de características se desglosa en la tabla. En cuanto a las complicaciones el 6,6% presentaron endoftalmitis y el 2,2% endocarditis. La mortalidad en 30 y 90 días fue de 29,7 y 36,3% respectivamente. Las especies implicadas fueron similares a otras series. 47,3% C. albicans, el 22% C. parapsilosis, 17,6% C. glabrata, 2,2% C. tropicalis y 1,1% de C. krusei (fig. 1), con resistencias a antifúngicos de elección (fig. 2) Los pacientes agrupados con Candida Score > 2,5 tienen edades menores (54,48 vs 64,5) T de Student $p < 0,005$. Estos pacientes tienen más días de catéter urinario (22,35 vs 9,25) $p < 0,002$ [t Student], presentan mayor porcentaje de presencia de Catéter central (95,7 vs 50,7 – $p < 0,001$ [χ^2]), de Nutrición Parenteral total (56,5% vs 23,5) $p = 0,007$ [χ^2] y tienen estancias en Unidad de Cuidados Críticos más prolongadas (19,62 vs 3,29) $p < 0,01$ [t Student]. Los ingresos previos en UCI también fueron superiores 882,6% vs 19,1 $p < 0,001$ [χ^2]). Al analizar la mortalidad en los primeros 30 días no encontramos Significación estadística aunque si una tendencia, en pacientes con Charlson < 4 y Candida Score ≥ 2,5 presentan mayor mortalidad en los primeros 30 días (estadístico de Fisher p 0,069).

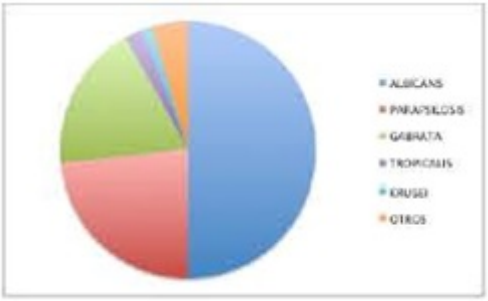

Figura 1.

Figura 2.

Características de la muestra (n = 91)	
Sexo	57 hombres (62,6%)
Edad	61,9 ± 17,4 años
Ingreso previo	34,10%
Servicio destino	M. Interna 15 (16,5%)
	UCI 26 (28,06%)
	EE. Infecciosas 9 (9,9%)
	Hematología 12 (13,2%)
	Oncología 4 (4,4%)
	A. quirúrgica 14 (15,4%)
	Otros 11 (12%)
Catéter central	56 (61,5%) x = 14,6 ± 18,85 días
ATB previo	75 (82,4%)
Sondaje vesical	57 (62,6%) x = 12,6 ± 15 días
N. parenteral	31,9% x = 4,99 ± 14,55 días
Quimioterapia	12 (13,2%)
Neutropenia	11 (12,1%)
	Leve (83,5%)
	Moderada (4,5%)
	Grave (12,1%)
Ingreso en UCI	32 (35,2%) x = 7,42 ± 15,27 días
Cáncer	30 (33%)
Corticoides	22 (24,2%)
Inmunosupresores	18 (19,2%)
E. renal crónica	18 (19,2%)
	CKD-EPI x = 70,49 ± 37
Diabetes mellitus	20 (22%)
Índice de Charlson	m: 4,33 IQR 3,334

Conclusiones: La candidemia es un proceso asociado a factores del huésped como la comorbilidad o

las patologías graves (agudas o crónicas), así como a la instrumentalización a la que están sometidos. Microbiológicamente nuestra muestra es similar a otras. La mortalidad es algo menor en nuestra serie. Los pacientes más jóvenes tenían estadísticamente más instrumentalización y estancias más prolongadas en UCI. En nuestra muestra los pacientes con menores índices de comorbilidad, el "Cándida Score" podría ser marcador de riesgo de muerte precoz.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.