



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

J. Escobar Sevilla¹, L. Cantero Nieto¹, P. González Bustos¹, M. Navío Botías¹, M. Fernández Álvarez¹, J. Fernández Muñoz¹, V. Heras Cañas²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio 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 $61,9 \pm 17,4$. 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 $7,42 \pm 15,27$ 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 $\geq 2,5$ presentan mayor mortalidad en los primeros 30 días (estadístico de Fisher $p 0,069$).

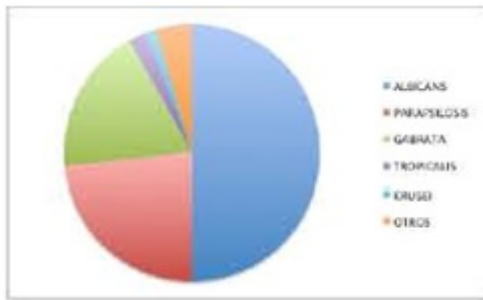


Figura 1.

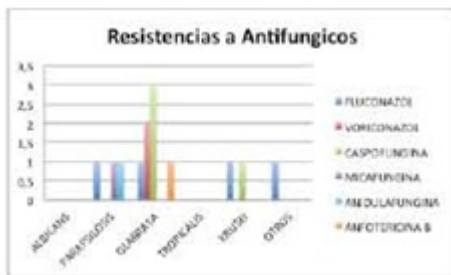


Figura 2.

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.