



I-241 - CANDIDEMIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL SEVERO OCHOA DURANTE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS

M. Delgado Heredia, P. Moreira Escriche, I. Montes Rodríguez, C. Peiró Villalba, M. Sánchez López, G. Abelenda Alonso, M. Cervero Jiménez, G. Candela Ganoza

Medicina Interna. Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes diagnosticados de candidemia en el Hospital Severo Ochoa.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo. Se han revisado 40 casos de pacientes con aislamiento de *Candida* en hemocultivos entre enero de 2011 y mayo de 2016 en el Hospital Severo Ochoa de Leganés. Las variables evaluadas han sido la edad, el sexo, los factores de riesgo para el desarrollo de candidemia (administración de antibioterapia de amplio espectro, el antecedente de cirugía abdominal o cardíaca, la presencia de catéter venoso central, el antecedente de neoplasia sólida o hematológica, inmunosupresión); la especie aislada, la determinación de marcadores fúngicos en el momento del aislamiento en sangre (galactomanano, betaglucano, anticuerpos antimicelio), el tratamiento y el tiempo de supervivencia del paciente.

Resultados: La edad media de los pacientes es de 70 años (DE 12,3 años). La relación entre hombres y mujeres es de 1:1,5. Los factores de riesgo más frecuentes son la presencia de catéter venoso central (80%) y la administración previa de antibioterapia de amplio espectro (80%), seguida por cirugía abdominal en un 50%. El 35% de los pacientes tienen antecedente de una neoplasia sólida, aunque ninguno de la serie presenta neoplasia hematológica. El 30% de pacientes son diabéticos y otro 30% presentan algún tipo de inmunosupresión farmacológica (fármacos biológicos, inmunomoduladores o quimioterapia). El 7,5% de los pacientes tienen cirrosis hepática y un 2,5% (un paciente de la serie) es trasplantado renal. El 80% de los pacientes tenían más de 3 factores de riesgo. En cuanto a las especies aisladas, se ha obtenido un 65% de *Candida albicans* y un 40% de *Candida no albicans*, resultando un 17,5% *Candida glabrata*, 5% *Candida parapsilosis*, 5% *Candida tropicalis* y 2,5% otras. Se han solicitado marcadores fúngicos en un 67,5% de los casos, resultando positivos el betaglucano, galactomanano y ac antimicelio en un 50%, 32,5% y 12,5% de los casos respectivamente. En un 80% de los pacientes se realiza ecocardiograma, observándose datos de endocarditis en un caso. Se ha solicitado examen del fondo de ojo en un 37,5% de los casos, observándose datos de endoftalmitis en un 20% del total de pruebas realizadas. El 87,5% de los pacientes tienen solicitados hemocultivos posteriores, entre los cuales se objetiva persistencia de la candidemia en un 14% de los casos. Un 32,5% de los pacientes han sido tratados con azoles, 77% fluconazol y 23% voriconazol; un 52% han sido tratados con equinocandinas, dentro de los cuales se ha podido desescalar a fluconazol en 6 casos. En ningún paciente se han usado polienos. El 32,5% de

los pacientes fallecieron en menos de un mes, siendo atribuible a candidemia en un 30%, con mayor mortalidad en cándidas no *albicans*. En los pacientes en los que se ha podido desescalar a fluconazol, la supervivencia a partir de un año ha sido del 100%.

Discusión: Tras analizar los datos de nuestra muestra se observa que todos los pacientes son de edad avanzada, y en más del 75% presentaban 3 factores de riesgo. Los factores de riesgo más frecuentemente han sido la antibioterapia de amplio espectro, la presencia de catéter venoso central y la cirugía abdominal. La realización de ecocardiograma no demostró rentabilidad, puesto que solo se diagnosticó un caso de endocarditis (2,5%). La utilidad del beta-glucano para el diagnóstico fue baja (50%), en relación con la literatura. La mortalidad es mayor entre los pacientes en los que se aísla *Candida no albicans*. No queda reflejada en los últimos cinco años la tendencia a igualarse la prevalencia entre *Candida albicans* y *Candida no albicans*.

Conclusiones: La aparición de candidemia se asocia al aumento de antibiótico de amplio espectro en presencia de accesos venosos centrales y cirugía abdominal. La realización de ecocardiograma de forma sistemática no está justificada en base a los datos de nuestro estudio. La negatividad de los biomarcadores no debe excluir una presunción diagnóstica de candidemia. La mortalidad está más relacionada con la enfermedad de base.