



<https://www.revclinesp.es>

1668 - CANDIDEMIA NOSOCOMIAL CON RESISTENCIAS A AZOLES: FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD

Teresa Albaladejo Bermejo, Valerio Campos Rodríguez, Salvador Valero Cifuentes, Nazaret Cobos Trigueros, Anabel Barceló Martínez, Teona Dumitru, Francisco Garrigós Gómez y Francisco Martínez García

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Analizar factores de riesgo de resistencia a fluconazol en pacientes con candidemia nosocomial. Comparar la mortalidad entre los grupos fluconazol sensible y fluconazol resistente.

Métodos: Estudio de cohortes (observacional, analítico y prospectivo) en el que se seleccionan pacientes adultos con candidemia nosocomial en un hospital de segundo nivel entre octubre 2019 a diciembre 2021. El momento de la inclusión coincide con el episodio de candidemia y son seguidos durante 30 días (independientemente de cuándo fuese el alta). Se recogieron, en el momento de la inclusión, variables sociodemográficas, tratamientos previos, comorbilidades (Charlson), antecedentes de intervencionismo y accesos venosos. Durante el seguimiento se recogió el foco probado de la candidemia, la especie aislada y la mortalidad a los 30 días como variable de resultado. Se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística binaria para identificar factores de riesgo de resistencia a azoles y se comparó la mortalidad de ambos grupos mediante análisis de supervivencia (regresión de Cox).

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes, con una edad media fue de $67,5 \text{ años} \pm 14,3$, y una mediana de índice de Charlson fue de 4 (RIC 3-6). El porcentaje global de resistencia a azoles fue de 20,9%. En el análisis univariante observamos 6 factores asociados con mayor riesgo de resistencia a azoles: un Charlson ≥ 6 con ($OR = 3,472$; IC95%: 0,760-15,869; $p = 0,098$), no llevar nutrición parenteral ($OR = 3,826$; IC95%: 0,424-34,514; $p = 0,206$), no llevar catéter central ($OR = 4,8$; IC95%: 0,999-23,072; $p = 0,040$), el foco genitourinario ($OR = 2,333$; IC95%: 0,451-12,060; $p = 0,304$), la exposición previa a azoles ($OR = 3,750$; IC95%: 0,662-21,252; $p = 0,119$) y la especie *Candida no albicans* ($OR = 1,786$; IC95%: 0,406-7,857, $p = 0,440$). El único factor que se asoció de manera estadísticamente significativa fue la ausencia de catéter venoso central, observando un 37,5% de resistencia a azoles en este grupo. En un análisis multivariante incluyendo estas 6 variables, dos se ellas asociaron de manera independiente y estadísticamente significativa con la resistencia a fluconazol: catéter central ($OR = 0,087$; $p = 0,032$) y exposición a azoles ($OR = 12,236$; $p = 0,047$). Se comparó la mortalidad a los 30 días entre los grupos fluconazol sensible y fluconazol resistencia observando mayor mortalidad en este último, aunque sin alcanzar la significación estadística: mortalidad 12 vs. 66,6% (HR 2,3; IC95%: 0,9-6,3; $p = 0,09$).

Conclusiones: La ausencia de catéter venoso central y la exposición previa a azoles son factores de riesgo independientes de resistencia a azoles en pacientes con candidemia nosocomial, observando, además, que la resistencia a azoles se asocia a elevada comorbilidad (Charlson ≥ 6 con mayor frecuencia) y mortalidad (5 veces más que en las candidemias sensibles a azoles), aunque, dado el tamaño de la muestra, sin alcanzar la

significación estadística.