Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):278

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-218. - SIGNIFICADO CLÍNICO Y PRONÓSTICO DEL AISLAMIENTO DE *CANDIDA* SPP. EN CATÉTERES INTRAVENOSOS

A. Martínez Vidal[1], M. Pérez Rodríguez[1], L. Martínez Lamas[2], A. Argibay Filgueira[1], A. Rodríguez Gómez[1], R. Lorenzo Castro[1], C. Martínez Vázquez[1], M. Álvarez Fernández[2]

[1]Unidad de Patología Infecciosa. Servicio de Medicina Interna, [2]Servicio de Microbiología. Hospital Xeral de Vigo. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: En los últimos años ha habido un aumento de las infecciones nosocomiales especialmente en aquellas que tienen su origen en los catéteres venosos centrales. Existen algunos trabajos sobre el riesgo de bacteriemia en pacientes con catéter colonizado por S. aureus o bacilos gramnegativos, sin embargo, la información respecto a Candida spp es limitada. El objetivo del estudio fue valorar el significado clínico y pronóstico del aislamiento de Candida spp en el catéter endovenoso de pacientes sin bacteriemia concomitante.

Métodos: De forma retrospectiva se incluyeron pacientes entre enero de 2009 y febrero de 2013 en los que mediante cultivo semicuantitativo del catéter se aislaron > 15 UFC de Candida spp y no presentaban bacteriemia concomitante. Se recogieron las características demográficas y comorbilidades de los pacientes, Candida Score, duración del ingreso hasta el aislamiento de Candida, tiempo desde la colocación del catéter, manifestaciones clínicas asociadas, tratamiento y evolución.

Resultados: Se identificaron 31 aislamientos pertenecientes a 30 pacientes. El 61% eran varones, con una edad media de 56 ± 19,5 años. El 87% de los pacientes estaban ingresados en unidades de críticos (tanto en UCI médica como quirúrgica) habiendo permanecido ingresados hasta la retirada del catéter una mediana de 26 días (rango 9-90 días). Todos eran catéteres venosos centrales, el 33% de localización en vena subclavia y el 41% en vena yugular, 3% en vena femoral, con un tiempo medio desde su inserción de 14 ± 5,7 días. El 45% presentaban un Candida score superior a 3: 13 (42%) nutrición parenteral previa, 29 (94%) habían recibido antibioterapia de amplio espectro, 10 (32%) cirugía abdominal previa y 9 pacientes con shock séptico. La clínica más común en el momento de la retirada del catéter era fiebre sin foco (45%), seguido de fiebre con focalidad respiratoria o abdominal (42%). Solamente 4 pacientes (13%) habían presentado una bacteriemia previa al aislamiento de Candida. La especie de Cándida más frecuentemente aislada fue C. albicans (74%), seguida de C. parapsilopsis (19%) y C. glabrata (7%). Se retiraron nuevos hemocultivos en 24 pacientes, aislándose diferentes bacterias en 14 pacientes (58%) y candidemia posterior en 2 (8%). Veinte pacientes (65%) recibieron tratamiento antifúngico en algún momento de su ingreso. Fallecieron 11 pacientes (36%) por causas no relacionadas con la fungemia. No se encontró ningún factor asociado con una mayor mortalidad.

Discusión: No existen datos en la literatura sobre el significado clínico que podría tener el aislamiento de Candida en un catéter en pacientes con hemocultivos simultáneos negativos. Por este motivo, el manejo debe de ser individualizado en función de la situación del paciente. En este estudio no se observó un mayor riesgo de fungemia en los pacientes con aislamiento de Candida sp en catéter, si bien un elevado porcentaje de pacientes estaban recibiendo en ese momento tratamiento antifúngico.

Conclusiones: El aislamiento de Candida spp tras la retirada y cultivo del catéter sin candidemia simultánea se ha observado principalmente en pacientes ingresados en unidades de críticos y con un Candida score elevado. C. albicans fue la especie más frecuentemente identificada, seguida de C. parapsilopsis. No está clara la necesidad de iniciar tratamiento antifúngico ante el aislamiento de Candida spp tras la retirada del catéter, ya que el riesgo de candidemia posterior parece bajo.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.