Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):404

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-168 - CANDIDEMIAS DE BRECHA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

S. Rodríguez Rodríguez[1], M. Vaquero Herrero[1], M. Siller Ruiz[2], R. Sánchez González[1], I. García García[2], H. Ternavasio de la Vega[1], M. Marcos Martín[1], S. Ragozzino[1]

[1]Medicina Interna, [2]Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Salamanca.

Resumen

*Objetivos:*La candidemia de brecha (CB) se define como la que acontece al menos 3 días después de haber iniciado un tratamiento antifúngico sistémico. El objetivo de nuestro estudio es describir la prevalencia y analizar las características diferenciales de las CB en nuestro medio.

*Material y métodos:*A partir del 2010 se registraron de forma prospectiva todos los episodios de candidemia diagnosticados en adultos en el Hospital Universitario de Salamanca. Se seleccionaron los casos de CB y se llevó a cabo un análisis comparativo con el grupo de las restantes candidemias. El análisis estadístico se realizó con SPSS 20, utilizando chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables categóricas y t de Student para variables cuantitativas. Se consideró estadísticamente significativa una p 0,05.

*Resultados:*Se registraron 228 casos de candidemia, de los cuales 23 CB (10%). Los enfermos con CB estaban en tratamiento con una candina (13 casos) o fluconazol (10). La duración media del tratamiento antifúngico antes de la candidemia fue de 13 días (6,9). La terapia fue profiláctica en 6 casos (26%). Las diferencias encontradas entre los dos grupos se describen en la tabla. Todos los episodios de CB fueron de origen nosocomial, frente al 76% del resto de las candidemias (p = 0,03). Los factores predisponentes para CB resultaron: neoplasia hematológica (p 0,001), neutropenia grave (p = 0,001), tratamiento corticoideo y/o inmunosupresor previo (p 0,001). La presencia de un catéter venoso central y de nutrición parenteral también fueron significativamente más frecuentes entre los enfermos con CB (p = 0,001; 0,025; respectivamente). La candidemia asociada a catéter representó más del 50% de los casos de CB (vs 31% en el grupo no-brecha, p = 0,04). Se detectó un neto predominio de las cepas no-*albicans* entre las CB: la prevalencia de *C. albicans* cae de un 42% en el grupo no brecha al 17% entre las CB (p = 0,02). Las CB más frecuentemente cursaron con fungemia persistente (p = 0,02) y la mortalidad a 30 días fue significativamente más alta (56,5% vs 31,2% en el grupo no-brecha, p = 0,015).

*Discusión:*La CB es un fenómeno emergente, en relación con el aumento de la población de riesgo para el desarrollo de candidiasis invasiva y la extensión del empleo de antifúngicos sistémicos. Los pacientes más predispuestos, en nuestro medio, son los que presentan inmunodepresión marcada, como descrito en otras series. La presencia de catéter venoso central y nutrición parenteral, así como el foco catéter, también son factores de riesgo. Esto se podría explicar por la bien descrita capacidad de las levaduras de formar biopelículas a nivel de dispositivos intravasculares: esta propiedad permitiría la proliferación fúngica pese a la instauración de un tratamiento antimicótico sistémico y favorecería la aparición de CB. Otro aspecto relevante es la marcada diferencia en la distribución de especies: los antifúngicos empleados ejercen una presión selectiva, aumentando significativamente la proporción de cepas no-*albicans* y, especialmente, de *C.*

parapsilosis. La mortalidad es significativamente más alta entre los pacientes con CB. Este resultado contrasta con los hallazgos de otra serie reciente y sugiere que la CB puede cursar con mayor gravedad clínica y con un aumentado riesgo de complicaciones.

Características diferenciales de las candidemias de brecha

	No brecha (n = 205)	Brecha (n = 23)	p
Edad (años), media (DE)	69,3 (16,3)	63,0 (12,3)	0,076
Origen nosocomial, n (%)	156 (76,1)	23 (100)	0,030
Neoplasia hematológica, n (%)	31 (15,1)	12 (52,2)	0,001
Neutropenia, n (%)	15 (7,3)	15 (65,2)	0,001
Corticoides y/o inmunosupresores, n (%)	35 (17,0)	14 (48,3)	0,001
Catéter venoso central, n (%)	125 (61,3)	22 (95,7)	0,001
Nutrición parenteral, n (%)	120 (58,5)	19 (82,6)	0,025
Foco infeccioso, n (%)			
Desconocido	86 (42,0)	8 (24,8)	0,508
Catéter	64 (31,2)	12 (52,2)	0,043
Especie de *Candida*, n (%)			0,017
C. parapsilosis	78 (38,0)	13 (56,5)	
C. albicans	86 (42,0)	4 (17,4)	
Fungemia persistente, n (%)	46 (22,8)	10 (45,5)	0,020
Shock séptico, n (%)	37 (18,0)	8 (34,8)	0,092
Mortalidad, n (%)	64 (31,2)	13 (56,5)	0,015

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

*Conclusiones:*La CB constituye el 10% de las candidemias registradas en nuestro medio. Su desarrollo se asocia a situaciones que condicionan una inmunodepresión grave. En la mayoría de los casos se trata de infecciones asociadas a catéter. La prevalencia de *Candida* no-*albicans* se encuentra significativamente aumentada. La mortalidad a 30 días supera el 50%.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.