



<https://www.revclinesp.es>

## A-158. - INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN MEDICINA INTERNA

C. Rodríguez Martín<sup>1</sup>, A. Serrano Morte<sup>1</sup>, L. Sánchez Muñoz<sup>1</sup>, P. de Santos Castro<sup>2</sup>, M. Bratos Pérez<sup>3</sup>, R. Ortiz de Lejarazu<sup>3</sup>, A. Jimeno Carrúez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna, <sup>2</sup>Servicio de Urgencias, <sup>3</sup>Unidad de Microbiología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la incidencia de la ICD en Medicina Interna, las manifestaciones clínicas más frecuentes, la metodología diagnóstica, la gravedad, la adecuación del tratamiento prescrito y la incidencia de las recidivas.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes con ICD ingresados en Medicina Interna en el año 2012. Definición de caso: diarrea (> 3 deposiciones no formadas en 24 horas) y demostración de *C. difficile* toxigénico o toxinas o evidencia de colitis pseudomembranosa por colonoscopia o anatomía patológica. Se registran características epidemiológicas, factores de riesgo, características clínicas diagnósticas, complicaciones, gravedad, evolución, adecuación del tratamiento pautado (recomendaciones IDSA), y aparición de recurrencias. Se clasifica como: comunitario (no hospitalización previa, 48h ingreso y no hospitalización previa; > 12 semanas tras el alta); indeterminado (4-12 semanas tras el alta), y asociado a cuidados sanitarios (AAS) (> 48 h del ingreso, 4 semanas tras el alta). Se clasifica la evolución en: curación (resolución de la diarrea), fracaso clínico (persistencia de la diarrea y/o necesidad de terapia adicional) recidiva y curación global (resolución de la diarrea sin recurrencia).

**Resultados:** Se detectaron 33 episodios, en 29 pacientes (14 varones, 15 mujeres), con edad media de 80,3 años. El 44,8% (13), estaban institucionalizados, el 68,96% (20) habían tenido un ingreso en los 12 meses previos. La estancia media fue de 23,58 días. La comorbilidad fue elevada (índice de Charlson de 6,75). La sintomatología más frecuente fue la diarrea en el 100% de los casos, dolor abdominal en un 58,6% (17), fiebre en un 48,3% (14), y distensión abdominal en un 31% (9). Se detectó toxina y/o antígeno en todos los pacientes, complementándose el diagnóstico con colonoscopia en dos pacientes (6,9%), y en 3 mediante TC (10,3%). El 79,3% de los episodios estaban asociados a la atención sanitaria (72,41% de inicio hospitalario y 6,9% tras el alta) y el 20,7% fueron de inicio comunitario. Los factores de riesgo más frecuentes para ICD, fueron la institucionalización (13 pacientes), la hospitalización reciente (en el último mes en 13 pacientes, y en los últimos 3 meses en 12), la antibioticoterapia (en los últimos 3 meses en 19 pacientes -65,5%- y en el momento del diagnóstico en 22-75,9%), la utilización de inhibidores de bomba de protones (27), y la diverticulosis (7), con más de 5 factores de riesgo por paciente, como media. Los antibióticos más frecuentemente implicados fueron las quinolonas, las cefalosporinas, carbapenem, y piperacilina-tazobactam. El 51,72% de los pacientes presentaban un grado de desnutrición moderado, 20,68% leve, y 17,79% severo, según el método CONUT. El 86,2% (25) presentaron complicaciones: hipoalbuminemia (44,8%), bacteriemia /sepsis (34,5%), hipotensión arterial (31%) y fracaso renal (27,6%). En relación al tratamiento, en el 51,72% se retiró el antibiótico desencadenante, 17,24% no recibieron tratamiento específico, el 68,96%

fueron tratados con metronidazol, 10,34% con metronidazol + vancomicina y 3,44% con vancomicina. La duración media del tratamiento fue de 7,25 días. Los casos fueron leve-moderados en 37,93%, graves 37,93% y graves complicados en un 24,13%.

*Discusión:* La incidencia de ICD aumenta con la edad y la mayoría tienen varios factores de riesgo, una comorbilidad elevada y su situación nutricional es normal en el 13,8%. Los pacientes reciben tratamiento con metronidazol y/o vancomicina en 82,74%. Hubo curación en 55,2%, fracaso clínico en 3,4%, recidivas en 10,34%, y 31% de exitus durante el ingreso.

*Conclusiones:* La determinación rutinaria de toxina de C. difficile en pacientes con diarrea asociada a edad avanzada, comorbilidad, antibioticoterapia, y atención sanitaria, debe ser una práctica habitual, para mejorar el diagnóstico e iniciar un tratamiento adecuado.