Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):248

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-149. - INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN MEDICINA INTERNA EN EL PERIODO 2010-2012

C. Rodríguez Martín[1], A. Serrano Morte[1], L. Sánchez Muñoz[1], P. de Santos Castro[1], M. Bratos Pérez[2], R. Ortiz de Lejarazu[2], A. Jimeno Carruez[1]

[1]Servicio de Medicina interna, [2]Servicio 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 desde el año 2010 hasta 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) (> 48h 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 85 episodios, en 78 pacientes (39 mujeres, 39 varones), con edad media de 76,44 años. El 27,6% estaban institucionalizados (22), el 58,9% (46) habían tenido un ingreso en los 12 meses previos. La estancia media fue de 22,7 días. La comorbilidad fue elevada (índice de Charlson de 6,12). La sintomatología más frecuente fue la diarrea en el 100%, dolor abdominal en el 45,5% (35), fiebre en un 39% (30), náuseas -vómitos en el 20,8% (16) y distensión abdominal en un 18,2% (14). Se detectó toxina y/o antígeno en todos los pacientes, completándose el diagnóstico con colonoscopia en 9 pacientes (9,1%), y en 4 mediante TC (5,3%). El 77,9% de los episodios estaban asociados a la atención sanitaria (58,4% de inicio hospitalario y el 19,5% tras el alta), y el 22,1% fueron de inicio comunitario. Los factores de riesgo más frecuentes para ICD, fueron la institucionalización en un 27,6% (22), la hospitalización reciente (en el último mes en 33 pacientes, y en los últimos 3 meses en 32), la antibióticoterapia (en los últimos 3 meses en 41 pacientes -54,6%- y en el momento del diagnóstico en 53 pacientes -70,6%-), la utilización de inhibidores de bomba de protones (69), la diabetes (16), y la diverticulosis (15), con más de 4 factores por paciente como media. Los antibióticos más frecuentemente implicados fueron las quinolonas, las cefalosporinas, los carbapenems y la piperacilina-tazobactam. El 45,33% presentaban un grado de desnutrición moderado, 32% leve, y 10,6% grave, según el método CONUT. El 72% (54) presentaron

complicaciones: hipoalbuminemia (50,6%), bacteriemia/sepsis (31,2%), alteraciones hidroelectroliticas (24,7%) y fracaso renal (20,8%). En el 36,5% se retiró el tratamiento desencadenante, el 28% no recibieron tratamiento específico para la ICD, el 61,33% fueron tratados con metronidazol, el 8% con metronidazol + vancomicina y el 2,66% con vancomicina. La duración media del tratamiento fue de 10,35 días. Los casos fueron leve-moderados 49,3%, graves 34,7%, y graves-complicados 16%.

Discusión: La incidencia de la ICD aumenta con la edad y tienen una comorbilidad elevada. Los pacientes recibieron tratamiento con metronidazol y/o vancomicina en un 72%. Hubo curación en un 60,3%, fallo clínico 2,7%, recurrencias en un 9%, y el 37% de exitus durante el ingreso. La causa primaria del exitus fue la ICD en el 10,3%, contribuyó en un 17,9%, y no tuvo ninguna relación en un 6,4%.

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.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.