



<https://www.revclinesp.es>

646 - INFLUENCIA DE LA COVID-19 EN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

Silvia Álvarez Kailis¹, Covadonga Morcate Fernández¹, Leticia Jiménez Díez-Canseco¹, María Teresa Pérez Pomata², Gabriela Martínez Quintero², Elena Isaba Ares¹, Fernando Neira Serrano³ y María José Fernández Cotarelo^{1,4}

¹Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid). ²Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles (Madrid). ³Unidad de Apoyo a la Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid. ⁴Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

Resumen

Objetivos: Describir la influencia de la infección por SARS-CoV-2 en la evolución de los pacientes con infección por *Clostridioides difficile* (CDI).

Métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo y comorbilidades de pacientes adultos con diagnóstico de CDI en el Hospital Universitario de Móstoles entre el 1 de marzo de 2020 y el 31 de marzo de 2021, así como la coexistencia o no de infección por SARS-CoV-2. Se analizó su influencia en la evolución clínica.

Resultados: Se analizaron 126 pacientes (17 coinfectados). Las variables analizadas en ambos grupos (coinfectados vs. no coinfectados) fueron: edad media ($74,1 \pm 11,6$ vs. $76,5 \pm 14,4$, $p = 0,278$), sexo (64,7 vs. 53,7% mujeres, 35,3 vs. 46,3% hombres; $p = 0,396$), institucionalización (41,2 vs. 43,5%, $p = 0,856$), Charlson ($0,9 \pm 1,2$ vs. $1,8 \pm 1,0$, $p = 0,0027$), tratamiento previo IBPs (41,2 vs. 63%, $p = 0,088$), diabetes mellitus (11,8 vs. 29%, $p = 0,235$), neoplasia (5,9 vs. 17,6%, $p = 0,304$), enfermedad renal crónica (ERC) (5,9 vs. 28,7%, $p = 0,069$), obesidad (5,9 vs. 13,9%, $p = 0,695$), inmunodepresión (0 vs. 13%, $p = 0,213$), patología cardiovascular (17,6 vs. 33,3%, $p = 0,194$), enfermedad inflamatoria intestinal (5,9 vs. 4,6%, $p = 0,592$), tratamiento antibiótico en los 3 meses previos (70,6 vs. 75%, $p = 0,766$) e ingreso en los 3 meses previos (52,9 vs. 50,9%, $p = 0,877$). El 82,4% de los pacientes coinfectados tuvieron CDI leve/moderada, 17,6% severa y ninguna fulminante. Las variables analizadas en relación con la severidad de CDI (leve/moderada vs. severa) fueron: Charlson ($0,6 \pm 1,1$ vs. $2,3 \pm 1,2$, $p = 0,038$), neoplasia (7,1 vs. 0%, $p > 0,999$), ERC (7,1 vs. 0%, $p > 0,999$), obesidad (0 vs. 33,3%, $p = 0,176$), patología cardiovascular (7,1 vs. 66,7%, $p = 0,063$), institucionalización (35,7 vs. 66,7%, $p = 0,537$), escala Brescia [0-2 (42,9 vs. 100%), 3-4 (14,3 vs. 0%), 5-8 (42,9 vs. 0%), $p = 0,325$], número de infección [primer episodio (71,4 vs. 100%), reinfección (14,3 vs. 0%), recurrencia (14,3 vs. 0%), $p > 0,999$], toma de esteroides (64,3 vs. 33,3%, $p = 0,537$), leucocitos/? (3650,1 ± 4546,3 vs. 1868,4 ± 3214,3, $p > 0,999$), creatinina sérica ($0,7 \pm 0,3$ mg/dl vs. $1,6 \pm 1,0$, $p = 0,144$) y uso de antibióticos (92,9% vs. 100%, $p > 0,999$). Comparando la evolución clínica de CDI en pacientes coinfectados vs. no coinfectados, la proporción de *exitus* atribuible a CDI fue 0 vs. 2,8% ($p > 0,999$) y la resolución del cuadro 93,3 vs. 75% ($p = 0,187$). La severidad de CDI fue de 82,4 vs. 79,6% de enfermedad leve-moderada, 17,6% severa en ambos grupos y 0 vs. 2,8% de casos fulminantes. Ingresaron en UCI el 12,5 vs. 1,9% ($p = 0,081$). Ninguno precisó colectomía. El 23,5 vs. 22,6% tuvieron recurrencias ($p > 0,999$). Fallecieron por otras causas no atribuibles a CDI el 12,5 vs. 9,3% de los pacientes ($p = 0,653$).

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes con CDI y COVID-19 tenían menor comorbilidad que los pacientes sin COVID-19, sin diferencias en edad, institucionalización, ingreso o tratamiento antibiótico previo. La CDI no fue más grave en pacientes con COVID-19. Solo el índice de Charlson fue un factor asociado a gravedad de la CDI en pacientes con COVID-19. Con un número limitado de casos, no se demostró que la infección por SARS-CoV-2 influya significativamente en la evolución de la CDI.