



668 - ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* EN UN HOSPITAL DE MADRID

José Ramón Sevilla Resúa¹, Irene Hidalgo Hernández¹, Sheherezade Gallego Nieto¹, Diana Corps Fernández^{1,2}, Alejandra Gimeno García^{1,2}, María del Carmen Montero Hernández^{1,2} y Alejandro David Bendala Estrada^{1,2}

¹Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, España. ²Universidad Francisco de Victoria, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Evaluar datos sociodemográficos, antecedentes relevantes, factores de riesgo y características de la infección por *C. difficile* (CD) en pacientes atendidos en un hospital universitario madrileño.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos confirmados de infección por CD en nuestro hospital desde enero 2022 hasta mayo 2023.

Resultados: 118 episodios. Mediana de edad 70 años. Institucionalizados 12 (10,17%). Enfermedad crónica grave 44 (37,29%). Enfermedad inflamatoria intestinal 5 (4,24%). Inmunodepresión 31 (26,27%). Entre los factores de riesgo para la adquisición de CD destacan: IBP previo (48,31%), antibioterapia previa < 3 meses (57,63%), siendo los más empleados cefalosporinas (23,73%) y penicilinas (19,49%), en la mayoría de los pacientes durante 6-10 días (71,67%). Entre los antibióticos hospitalarios los carbapenémicos (13,68%) más frecuentes que piperacilina-tazobactam (9,40%). El origen más habitual de la infección es comunitario (61,86%). Destaca que 26 pacientes (22,03%) ya tuvieron infección previa por CD. El 40,68% presenta algún criterio de gravedad, teniendo el 28,81% una infección grave. 2 pacientes desarrollan una infección fulminante. El principal método diagnóstico es el Antígeno positivo (97,46%), teniendo además Toxina positiva el 77,97%. El tratamiento más frecuentemente empleado es la vancomicina (70,34%) frente al metronidazol (16,10%). En 12 pacientes se administra fidaxomicina y en 4 bezlotuxumab. El 81,36% pudo irse alta hospitalaria convencional, el 11,02% se trasladó a hospitalización domiciliaria. 9 (7,63%) pacientes fallecieron durante el ingreso, de los cuales 3 (2,54) debido a la infección por CD.

Conclusiones: La incidencia de la infección por CD está aumentando en los últimos años, convirtiéndose en uno de los problemas médicos más importantes en nuestro país. A diferencia de estudios previos, nuestros pacientes son más independientes y menos comórbidos. Consideramos muy relevante que > 60% de los casos fueron de origen comunitario y la presencia de factores de riesgo clásicos para CD como el uso de IBP o antibioterapia previa es mucho menor de las descritas en la literatura. Estos datos nos obligan a plantear qué medidas debemos establecer para poder conseguir el control de la infección comunitaria por CD y continuar insistiendo en la limitación de las indicaciones y el tiempo de uso de antibioterapia. Siguiendo las recomendaciones actuales el principal tratamiento empleado ha sido la vancomicina. Queremos recalcar la necesidad de incorporar el uso habitual de fidaxomicina y bezlotuxumab como fármacos de primera línea para

conseguir el control de esta infección. Pese a que casi la mitad de nuestros pacientes presentaban criterios de gravedad a su llegada, únicamente 3 pacientes fallecieron a causa de la infección.

Bibliografía

1. Cores-Calvo O, *et al.* Cambios en la epidemiología de la infección por *Clostridium difficile* durante 2005-2014 en Salamanca, España [Changes in the epidemiology of *Clostridium difficile* infection during 2005-2014 in Salamanca, Spain]. *Rev Esp Quimioter.* 2016 Aug;29(4):206-13.
2. Asensio A, *et al.* Epidemiología de la infección por *Clostridium difficile* en España [Epidemiology of *Clostridium difficile* infection in Spain]. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012 Jun;30(6):333-7.
3. Freeman J, *et al.* The changing epidemiology of *Clostridium difficile* infections. *Clin Microbiol Rev.* 2010 Jul;23(3):529-49.
4. García Apac C, *et al.* Diarrea asociada a *Clostridium difficile*: características clínicas y epidemiológicas. *Acta Méd Peruana [Internet].* 2008 Abr [citado 2023 Jun 16];25(2):74-76