



## 112 - IMPACTO DE LA EDAD SOBRE LA MORTALIDAD Y RECURRENCIA EN EL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE*

Cecilia Suárez Carantoña<sup>1,2</sup>, Daniel Useros Brañas<sup>1</sup>, María Pilar Iranzo Alcolea<sup>1</sup>, Ana Halperin<sup>1</sup>, Sara Lidia Kamel Rey<sup>3</sup>, María Dolores Corbacho<sup>1</sup>, Rosa Escudero Sánchez<sup>1</sup> y Javier Cobo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España. <sup>2</sup>Universidad de Alcalá, Alcalá de Henares, España. <sup>3</sup>Hospital Severo Ochoa, Madrid, España.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las características epidemiológicas basales, tratamiento, mortalidad y recurrencias en el primer episodio de infección por *Clostridioides difficile* (ICD) en una cohorte contemporánea, valorando si existen diferencias significativas entre pacientes mayores y menores de 80 años.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de cohortes en > 18 años con detección en heces de *C. difficile* toxigénico durante 2021 en un hospital terciario. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital. Disponemos de un PROA-*C. difficile* que incluye la valoración por expertos y continuidad asistencial. Los resultados principales de mortalidad y recurrencia fueron considerados en las 12 semanas tras la finalización del tratamiento. Se excluyeron para el cálculo de recurrencia los fallecidos en los primeros 14 días. Las variables cuantitativas se describen como media  $\pm$  desviación típica; las cualitativas, mediante frecuencia absoluta y relativa, n (%). La asociación univariante entre variables continuas se evaluó mediante t-Student; entre categóricas y de resultado dicotómico mediante chi-cuadrado. Significación estadística  $p < 0,05$ .

**Resultados:** se analizaron un total de 247 pacientes, 74 (30,0%) mayores de 80 años (edad media  $86,4 \pm 4,3$ ) y 173 (70,0%) 80 años tuvieron más comorbilidades: HTA (73,0 vs. 44,5%;  $p < 0,001$ ), demencia (36,5 vs. 6,4%;  $p < 0,001$ ), ERC (31,1 vs. 15,0%;  $p = 0,005$ ). Entre los jóvenes fueron más frecuentes las neoplasias sólidas (34,7 vs. 16,2%;  $p < 0,001$ ) y la inmunosupresión (33,4 vs. 6,8%;  $p < 0,001$ ). Entre los mayores de 80 años (p 80 años 24,3% tuvieron un episodio grave y 6,8% fulminante frente al 17,3% y 1,7% respectivamente entre los < 80 años. Un total de 54 pacientes no recibió tratamiento (colonización/autolimitado), 22,5% entre los < 80 años y 20,3% entre los ancianos, sin diferencias significativas entre ambos. El tratamiento más frecuente fue vancomicina en pauta estándar (57,8% 80 años). Los nuevos tratamientos (fidaxomicina y/o bezlotoxumab) se emplearon en 31 pacientes 80 años (20,3% de los tratados), sin diferencia estadísticamente significativa. La mortalidad global fue del 17,4% en los 80 años. No hubo diferencias significativas en las recurrencias entre ambos grupos (14,8 vs. 18,5%, respectivamente).

Edad	< 80 años	> 80 años	Diferencia
N	173 (70,0%)	74 (30,0%)	Total = 247

<b>Edad</b>		59,7 ± 15,4	86,41 ± 4,3	< 0,001
<b>Mujeres</b>		88 (50,9%)	40 (54,1%)	0,678
	<b>HTA</b>	77 (44,5%)	54 (73,0%)	< 0,001
	<b>DM</b>	29 (16,7%)	23 (31,1%)	0,071
	<b>C. isquémica</b>	12 (6,9%)	17 (23,0%)	0,001
	<b>IC</b>	10 (5,8%)	14 (18,9%)	0,004
	<b>Demencia</b>	11 (6,4%)	27 (36,5%)	< 0,001
	<b>EPOC</b>	8 (4,6%)	8 (10,8%)	0,09
<b>Comorbilidades</b>	<b>ERC</b>	26 (15,0%)	23 (31,1%)	0,005
	<b>Neoplasias sólidas</b>	50 (34,7%)	12 (16,2%)	< 0,001
	<b>Neoplasias hematológicas</b>	11 (6,4%)	3 (4,1%)	0,563
	<b>VIH</b>	5 (2,9%)	0	0,326
	<b>Inmunosupresión (no VIH)</b>	51 (29,5%)	5 (6,8%)	< 0,001
	<b>IABVD</b>	130 (75,1%)	27 (36,5%)	< 0,001
	<b>No graves</b>	140 (80,9%)	51 (68,9%)	
<b>Gravedad</b>	<b>Graves</b>	30 (17,3%)	18 (24,3%)	0,054
	<b>Fulminante</b>	3 (1,7%)	5 (6,8%)	
<b>Diagnóstico</b>	<b>Toxina</b>	87 (50,3%)	41 (55,4%)	0,467
	<b>PCR</b>	86 (49,7%)	33 (44,6%)	
	<b>No tratamiento</b>	39 (22,5%)	15 (20,3%)	0,740
	<b>Metronidazol</b>	2 (1,2%)	2 (2,7%)	0,585
	<b>Vancomicina</b>	100 (57,8%)	44 (58,2%)	0,889
<b>Tratamiento</b>	<b>Fidaxomicina</b>	8 (4,6%)	1 (1,4%)	0,286
	<b>Vancomicina tapering</b>	5 (2,9%)	7 (9,5%)	0,047
	<b>Fidaxomicina extend</b>	14 (8,1%)	3 (4,1%)	0,410
	<b>Otros</b>	5 (2,9%)	2 (2,7%)	-
	<b>Bezlotoxumab</b>	9 (5,2%)	8 (10,8%)	0,168
	<b>Exitus a 12 semanas (pacientes tratados)</b>	23/134 (17,4%)	20/59 (34,5%)	0,006
	<b>Exitus 14 días (pacientes tratados)</b>	6/134 (4,5%)	5/59 (8,5%)	-
	<b>Recurrencias (excluyendo exitus 14 días)</b>	19/128 (14,8%)	10/54 (18,5%)	0,422

*Discusión:* Clásicamente la edad  $\geq$  65 años se ha considerado como un factor de riesgo de peor pronóstico en ICD. Sin embargo, los pacientes ingresados cada vez son más añosos y no disponemos de estudios que incluyan ancianos por lo que la práctica se basa en datos indirectos. Se constata una elevada mortalidad a corto plazo en los  $\geq$  80 años que aparentemente no está relacionada directamente con el episodio.

*Conclusiones:* Los  $\geq$  80 años con un primer episodio de ICD tuvieron mayor comorbilidad y dependencia que los  $<$  80, aunque estos presentaron mayor inmunosupresión y neoplasias. Los ancianos tuvieron episodios más graves y mayor mortalidad. La ICD se muestra como un marcador de alto riesgo de mortalidad en pacientes mayores. No hubo diferencias en las recurrencias entre ambos grupos, probablemente debido a los nuevos tratamientos y al diferente perfil de factores de riesgo.

## Bibliografía

1. <https://doi.org/10.1111/jgs.12090>