



1531 - EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL EPISODIO NO RECURRENTE Y DEL EPISODIO RECURRENTE DE DIARREA POR *CLOSTRIDIODES DIFFICILE* (CD)

Yolanda Mateos Llorente, Paula Cabestre Pinilla, Ángela Fernández García, María Aránzazu Royo Amat, Beatriz Marín García, Iñaki Luis Saludes, Gloria Pérez Caballero y Ana Milagros Rodríguez Benavente

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis comparativo de las características del episodio de infección por *Clostridioides difficile* (ICD) que recurre y del episodio que no recurre.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en el que se analizan los datos de pacientes que presentan clínica de diarrea y test positivo de toxina de CD en heces, tratados en un hospital de nivel secundario de la Comunidad de Madrid, siguiendo las recomendaciones de un protocolo actualizado y monitorizado por un equipo PROA con fecha de inicio el 17 de febrero 2022 hasta el 31 de diciembre 2023. Los datos se recogen de la historia clínica electrónica HCIS. Se recogen variables demográficas, clínicas y tratamiento recibido. Las cohortes se estratificaron en episodio que no recurre y episodio que recurre. Se realiza un análisis descriptivo, utilizando la media y desviación estándar para las variables cuantitativas y porcentaje para las categóricas. En la comparación de las variables cualitativas se utiliza chi-cuadrado y de las cuantitativas la t de Student. Se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 25. El nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyen un total de 264 episodios con test positivo de toxina de CD en heces, de los cuales 17 episodios (6,4%) fueron excluidos por colonización. En la tabla 1 se describen las características basales de los episodios incluidos en el estudio. El 41,5% fueron varones y el 58,5% mujeres, con edad media de 71,42 años. 95 episodios (36,1%) fueron adquiridos en la comunidad, mientras que 168 (63,9%) estuvieron en relación con ingreso hospitalario (fig.). 217 episodios (87,9%) habían recibido antibioterapia previa, siendo el 62,3% betalactámicos. 170 episodios (69,1%) tomaba IBP. 215 (87%) fueron primer episodio y 32 (12,9%) recurrentes. El 72,9% presentaron factores de riesgo de recurrencia. Ingresaron 179 episodios (72,8%), de los cuales 17 (6,9%) fueron fulminantes. En 37 (15%) se detectó toxina binaria. En cuanto al tratamiento, 127 (52,7%) recibieron fidaxomicina y 42 (17,6%) bezlotoxumab (tabla 2). 38 episodios (16,5%) recurrieron en menos de 12 semanas. La mortalidad a los 30 días fue del 12,2%. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dos cohortes analizadas en cuanto a características clínicas (tabla 3), aunque existe una tendencia mayor de exposición a antibioterapia en el grupo no recurrente, mientras que en el grupo recurrente la edad tiende a ser mayor. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido, con mayor frecuencia de

empleo de fidaxomicina en el grupo no recurrente y bezlotoxumab en el recurrente. No se observaron diferencias significativas en cuanto a la recurrencia a las 12 semanas ni mortalidad a los 30 días.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas

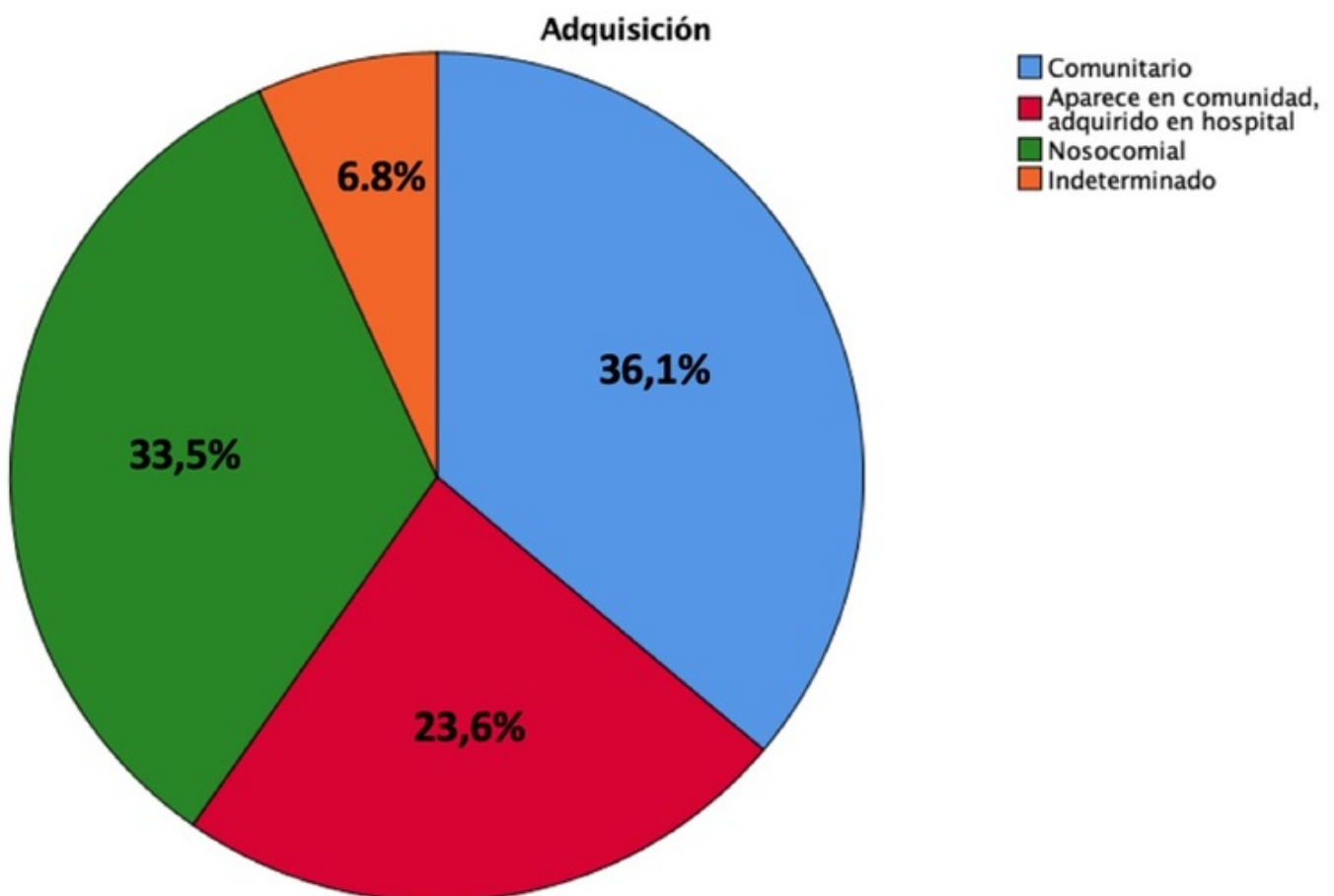
| Variable | Número (%) o media (DE) |
|---|--------------------------------|
| Edad (media ± DE) | 71,42 ± 17,8 |
| Edad | |
| > 80 años | 81 (32,9) |
| < 80 años | 165 (67,1) |
| Sexo | |
| Hombre | 110 (41,5) |
| Mujer | 155 (58,5) |
| Índice de Charlson | |
| No comorbilidad | 59 (24) |
| Comorbilidad baja | 68 (27,6) |
| Comorbilidad alta | 119 (48,3) |
| Adquisición | |
| Comunitaria | 95 (36,1) |
| Adquirida en el hospital | 62 (23,6) |
| Nosocomial | 88 (33,5) |
| Indeterminada | 18 (6,8) |
| Episodio | |
| Primer episodio | 215 (87) |
| Recurrente | 32 (12,9) |
| Ingreso | 179 (72,8) |
| Antibiótico previo | 217 (87,9) |
| Tipo de antibiótico | |
| Betalactámico | 137 (62,3) |
| Carbapenemes | 23 (10,5) |
| Fluoroquinolona | 32 (14,5) |
| Clindamicina | 5 (2,3) |
| Otros | 23 (10,5) |
| ZAR score ≤/strong>> 2 | 62 (25,5) |
| Fulminante | 17 (6,9) |
| Toxina binaria | 37 (15) |
| Factores de riesgo de recurrencia ≤/strong>> 2 | 180 (72,9) |
| Toma de inhibidor de bomba de protones (IBP) | 170 (69,1) |
| Recurrencia < 12 semanas | 38 (16,5) |
| Mortalidad a los 30 días | 30 (12,2) |

Tabla 2. Tratamiento recibido

| Variable | Nº (%) |
|------------------------|---------------|
| Sin tratamiento | 2 (0,8) |
| Metronidazol | 3 (1,2) |
| Vancomicina | 84 (34) |
| Fidaxomicina | 127 (52,7) |
| Bezlotoxumab | 42 (17,6) |
| Cirugía | 3 (1,3) |

Tabla 3

| | Episodio que no recurre | Episodio que recurre | p |
|--|--------------------------------|-----------------------------|--------------|
| Edad media \pm DE | 70,71 \pm 17,72 | 76,16 \pm 17,82 | 0,107 |
| Sexo | | | |
| Hombre | 95 (44,2) | 11 (34,4) | 0,295 |
| Mujer | 120 (55,8) | 21 (65,6) | |
| Ingreso | 153 (71,5) | 26 (81,3) | 0,248 |
| Antibiótico previo | 192 (89,3) | 24 (77,4) | 0,075 |
| Toma de inhibidor de bomba de protones (IBP) | 146 (68,2) | 24 (75) | 0,439 |
| ZAR score \geq 2 | 52 (24,5) | 10 (32,3) | 0,356 |
| Fulminante | 15 (7) | 2 (6,3) | 1 |
| Toxina binaria | 34 (15,9) | 3 (9,4) | 0,434 |
| Tratamiento | | | 0,009 |
| Sin tratamiento | 2 (1) | 0 (0) | |
| Metronidazol | 3 (1,4) | 0 (0) | |
| Vancomicina | 73 (34,8) | 11 (35,5) | |
| Fidaxomicina | 114 (54,3) | 13 (41,9) | |
| Bezlotoxumab | 25 (12,1) | 17 (53,1) | 0 |
| Cirugía | 2 (1) | 1 (3,1) | 0,355 |
| Factores de riesgo de recurrencia \geq 2 | 153 (71,2) | 27 (84,4) | 0,117 |
| Recurrencia < 12 semanas | 31 (15,7) | 7 (21,9) | 0,379 |
| Mortalidad a los 30 días | 28 (13,1) | 2 (6,3) | 0,389 |



Conclusiones: En nuestra muestra se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tratamiento recibido en función del episodio, siendo la fidaxomicina el más utilizado en el episodio que no recurre y bezlotoxumab en la recurrencia. Por ello, es posible que no existan diferencias de recurrencia a las 12 semanas del episodio analizado dado que todos los casos fueron evaluados por un equipo de optimización del tratamiento.