



I-222 - INFECCIÓN POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE SORIA

M. Redondo Urda¹, A. Sánchez Sánchez¹, C. Hernando Martín¹, E. Tieso María², I. Andronic¹, J. Carmona García¹, M. Pereira de Vicente¹ y R. Berriel Martín¹

¹Medicina Interna, ²Neumología. Hospital Santa Bárbara. Soria.

Resumen

Objetivos: La infección por Clostridium difficile es una de las causas más frecuentes de infección nosocomial. A continuación vamos a analizar los casos diagnosticados en nuestro centro durante 3 años.

Material y métodos: La población son todos los pacientes con toxina de C. difficile en heces positiva del año 2015 al 2017 en el Complejo hospitalario de Soria, datos obtenidos a partir del registro de Microbiología. El diagnóstico se llevó a cabo mediante la detección en heces de GDH (Clostridium difficile glutamato deshidrogenasa) y de toxinas A y B mediante inmunoanálisis. En las muestras en las que la GDH resultó positiva y la detección de toxinas negativa, se realizó PCR. Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo con las siguientes variables: características basales de los pacientes (edad y sexo), procedencia, factores de riesgo en los tres meses previos (toma de antibiótico, ingreso o intervención quirúrgica). Analizamos también si cumplen o no criterios de gravedad. El tratamiento médico empleado de primera línea. Y si hubo recidivas en los 3 meses posteriores. El análisis estadístico lo realizamos con SPSS 20.

Resultados: Desde el año 2015 al 2017 (ambos incluidos) se recogen 1.263 muestras de las cuales 35 son positivas, sólo a 3 de ellos se les realizó PCR. Analizamos esta muestra de casos positivos obteniendo un 48,6% hombres y 51,4% mujeres. La edad media de la muestra es de 76,34 años. A destacar que se registraron mayor número de casos en julio 14,9% y agosto 22,9%. Un 34,3% procedían de residencia y el resto de domicilio. Al 85,7% se les diagnóstico durante un ingreso (estancia media 23,6 días) y el 14,3% fueron diagnosticados de forma ambulatoria. La mayoría de nuestros pacientes (82,9%) fueron diagnosticados y seguidos en el servicio de Medicina Interna. Respecto a los factores de riesgo en los tres meses previos: un 51,4% habían estado ingresados, un 17,1% intervenidos quirúrgicamente y destaca que un 97,1% había tomado antibiótico previamente, entre ellos predomina amoxicilina-clavulánico (51,4%), seguido de quinolonas (17,6%), cefalosporinas (17,6%) y piperacilina/tazobactam (11,4%). De nuestros pacientes un 45,7% presentaron criterios de gravedad (todos ellos ingresados): leucocitosis > 15.000 (34,3%), Cr > 1,5 (22,9%), hipotensión arterial y shock (11,4%) e íleo (2,9%), ninguno de nuestros casos presentó megacolon o perforación. La mayoría de los pacientes recibieron tratamiento para la infección (91,4%), respecto a los antibióticos pautados: el 45,7% fue tratado con metronidazol, 34,3% con vancomicina y 11,4% con ambos. El 25,6% de los casos tuvieron recidivas. Aunque no encontramos diferencias significativamente estadísticas entre los diferentes tratamientos y tener recidiva. A

destacar un paciente con 4 recaídas en el mismo año, que finalmente fue trasladado a centro de referencia para trasplante fecal, desde entonces no ha vuelto a presentar recaída. Únicamente 4 pacientes fallecieron todos ellos ingresados y con otras enfermedades y comorbilidades asociadas.

Discusión: La infección por *C. difficile* es más prevalente entre los pacientes ingresados. El factor de riesgo más importante fue la toma de antibiótico en los tres meses previos, siendo los betalactámicos grupo más asociado a la infección a diferencia de otras series de casos en las que hay mayor relación con quinolonas. Dato a destacar que el tratamiento más empleado de primera línea en nuestra población fue metronidazol, en contra de las guías actuales en las que se recomienda de inicio vancomicina. Un único caso recaída a pesar de todas las alternativas de tratamiento médico precisando trasplante fecal, el cual hasta la actualidad ha sido eficaz.

Conclusiones: *Clostridium difficile* provoca infección fundamentalmente en pacientes hospitalizados y ancianos, por lo que en nuestra población es una causa importante de morbilidad. Por ello debemos hacer una detección a tiempo y un correcto tratamiento con el fin de evitar recaídas.