



## V-317 - FACTORES PRONÓSTICOS ASOCIADOS A MORTALIDAD EN EL PRIMER EPISODIO DE INFECCIÓN POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE*

T. Gondar Barcala, L. Valle Feijoó, L. González Vázquez, M. Alonso Parada, E. Pérez Álvarez, J. Álvarez Otero, J. de la Fuente Aguado

Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

### Resumen

**Objetivos:** Determinar qué factores de riesgo asociados a la infección por *Clostridium difficile* (ICD) presentan asociación estadísticamente significativa con la mortalidad intrahospitalaria en el primer episodio de ICD.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados entre el 1/1/2010 y 31/12/2015 en el hospital POVISA (Vigo), que presentaron diarrea y diagnóstico microbiológico positivo (prueba de amplificación de DNA de *Clostridium difficile* Illumigene). Recogimos variables demográficas, epidemiológicas, clínicas y de laboratorio. Definimos ICD de adquisición nosocomial: inicio de síntomas > 48 horas tras el ingreso hospitalario; asociado a cuidados sanitarios: inicio de síntomas ≤ 48 horas tras ingreso en paciente con ingreso en las 4 semanas previas o institucionalizado en un centro socio-sanitario; comunitario: inicio de síntomas ≤ 48 horas tras ingreso en paciente sin ingreso previo o éste fue hace > 12 semanas e indeterminado: inicio de síntomas ≤ 48 horas tras ingreso pero con ingreso previo en las 4-12 semanas. En cuanto a la gravedad clasificamos el episodio como leve: número de deposiciones al día < a 6 y leucocitosis < 15.000/mm<sup>3</sup>; episodio grave: diarrea profusa (> 6 deposiciones/día) y desarrollo de: a) Leucitosis > 15.000 mm<sup>3</sup>, b) dolor abdominal y c) hipoalbuminemia < 3 g/dl y episodio grave complicado: diarrea grave y además a) ingreso o traslado a UCI, b) hipotensión, c) fiebre > 38,5 °C, d) íleo, e) alteración del nivel de conciencia, f) leucocitosis > 35.000 mm<sup>3</sup> o < 2.000 mm<sup>3</sup> y/o g) cualquier evidencia de fallo orgánico.

**Resultados:** Se incluyeron 132 casos correspondientes a 117 pacientes (14 pacientes presentaron 1 recidiva y 1 presentó 2). La edad media fue de 71,23 años (21-98), el 57,3% eran mujeres y la estancia hospitalaria media fue de 20,65 días (3-203). La ICD fue de adquisición nosocomial en el 36,8% de los casos, asociada a cuidados sanitarios en el 22,3%, comunitaria en el 39,3% e indeterminada en el 1,7%. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre el origen de la DCD y la mortalidad (p = 0,02). En función a la gravedad de la ICD se clasificó como episodio leve-moderada al 78,7% de los casos, como grave al 19,6% y severa complicada al 1,7%. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de la DCD y la mortalidad (p = 0,00). Presentaron complicaciones intrahospitalarias el 11,1% de los pacientes: 7,7% desarrollaron SRIS, 0,9% íleo, 0,9% megacolon tóxico y un paciente precisó traslado a UCI por sepsis grave. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre las complicaciones y la mortalidad (p = 0,00). Respecto al consumo de fármacos asociados a ICD tuvimos en cuenta los

IBPs, antiácidos, laxantes, antidiarreicos, corticoides, inmunosupresores, biológicos y quimioterapia sin obtener resultados estadísticamente significativos ( $p = 0,615$ ). Con el consumo de antibióticos, tampoco alcanzamos el nivel de significación estadística ( $p = 0,091$ ).

*Discusión:* Las ICD están despertando un gran interés en los últimos años debido al incremento en su incidencia, cambios en su presentación clínica y epidemiológica e impacto en la morbi-mortalidad. Recientemente se han descrito nuevos factores de riesgo: cepas resistentes a quinolonas responsables de brotes epidémicos comunitarios, en pacientes que no han recibido antibioterapia reciente y que presentan un curso clínico más grave y mayor morbi-mortalidad.

*Conclusiones:* En nuestro estudio observamos la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre mortalidad intrahospitalaria en el primer episodio de ingreso por ICD y el origen de la ICD, la gravedad del episodio y las complicaciones intrahospitalarias. Para el consumo de antibioterapia la  $p$  no alcanzó la significación estadística, pero parece que existe una tendencia a mayor mortalidad en aquellos pacientes que recibieron quinolonas y carbapenems.