



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/mm³; episodio grave: diarrea profusa (> 6 deposiciones/día) y desarrollo de: a) Leucitosis > 15.000 mm³, 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 mm³ o < 2.000 mm³ 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.