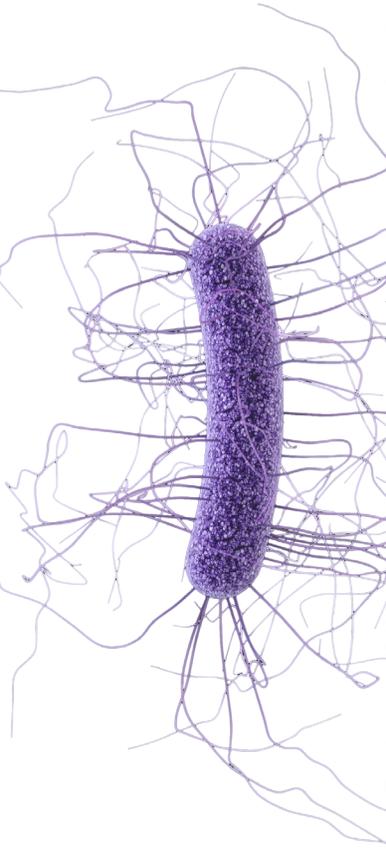


Clostridium Difficile, un agente patógeno fácil de prevenir pero difícil de controlar y erradicar.

¿Qué está en las manos del profesional de enfermería?



El Clostridium Difficile es una de las principales causas de infección asociada a la atención sanitaria, que aumenta días de estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad, así mismo, tiene una gran repercusión económica, que no solo afecta a los pacientes, sino también, a las instituciones de salud en todo el mundo.



El Clostridium Difficile (CD) es un bacilo gram positivo, anaerobio y su presencia está asociada con la administración prolongada de antibióticos. Este agente patógeno forma esporas que modifican el epitelio del colon y producen un cuadro diarreico de intensidad variable, desde una diarrea leve hasta una infección mortal. La incidencia en Estados Unidos de América (EUA) es de 95.3 por cada 100,000 habitantes por año, en Canadá y Europa se estima que se presentan 450,000 y 750,000 casos anuales, respectivamente; así mismo, la mortalidad va de un 10 % a 21 %.^{1,2} De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) se presentan 15,000 muertes al año solo en EUA, lo que se traduce en 4.8 mil millones de dólares.³⁻⁵

El riesgo de infección por CD aumenta al doble cuando la terapia con antibióticos excede los tres días, especialmente en el caso de las clindamicinas, cefalosporinas y quinolonas lo que genera un agotamiento de los bacteroides que altera la microbiota colónica y permite el crecimiento del CD. Dicha alteración puede generar diarrea acuosa, náuseas, pérdida de apetito, fiebre superior a 38 °C, colitis pseudomembranosa, colitis severa e incluso complicaciones como perforación, colectomía, sepsis, shock y en casos severos hasta la muerte.⁵⁻⁹

Así mismo, la transmisión de este patógeno se encuentra ligada a la presencia de esporas en el 20 % a 50 % de las superficies hospitalarias que pueden permanecer durante largos periodos de tiempo, así como en las manos del personal de salud y pacientes, lo que propicia un círculo vicioso que limita la erradicación del mismo,⁷ pero ¿Cómo se puede incidir en la prevención y tratamiento de la Diarrea Asociada a Clostridium Difficile?

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN y PubMed con una delimitación de 5 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constituir 2 dimensiones: 1) Factores de riesgo y 2) Recomendaciones en la prevención y tratamiento (farmacológico y no farmacológico).

Factores de riesgo ^{5,9-12}

La Diarrea Asociada a Clostridium Difficile (DADC) está relacionado directamente con la atención sanitaria y existen factores de riesgo que pueden predisponer su presencia, como son:

- Edad >65 años.
- Uso prolongado de antibióticos e inhibidores de la bomba de protones.
- Comorbilidades como diabetes e insuficiencia renal.
- Personas con inmunosupresión, enfermedad inflamatoria intestinal o algún desequilibrio en la microbiota intestinal, niños y mujeres embarazadas.
- Personas que no han entrado en contacto en toda su vida con el sistema sanitario o con hospitalizaciones prolongadas, el riesgo de infección puede aumentar a 40 % posterior a las 4 semanas de hospitalización.
- Cirugía por trasplante de órganos.
- Alimentación enteral.

Recomendaciones en la prevención y el tratamiento farmacológico y no farmacológico de la DADC ^{6-7,9-11,13}

1. Hacer uso de medidas de precauciones estándar (higiene de manos, guantes, mascarilla y bata) ante la presencia de diarrea de origen desconocido, realizar pruebas de toxina A y B en heces y descartar la presencia de DADC.
2. Valorar el uso de probióticos como medida preventiva ante la DADC, los cuales pueden reducir hasta en un 47 % a 71 % el riesgo de infección.
3. Hacer uso del aislamiento de contacto de acuerdo con políticas institucionales, con baño exclusivo. Los pacientes que comparten habitación con un paciente infectado con CD y cuentan con factores de riesgo pueden infectarse en un promedio de tres días.
4. Monitorizar signos vitales poniendo especial atención en el gasto cardíaco, presión venosa central e índice cardíaco; asegurar una adecuada hidratación, cuantificación de diuresis horaria, balance hídrico y control de electrolitos.
5. Garantizar la protección de la piel perianal y confort del paciente.
6. Garantizar una comunicación efectiva con el paciente, y de esta forma reducir ansiedad y estrés secundario al aislamiento de contacto.
7. Proporcionar educación para la salud al familiar y paciente, sobre todo promover la higiene de manos y evitar la infección de otros pacientes y personal de salud.
8. Utilizar con precaución y de manera racional medicamentos que inhiban la bomba de protones, especialmente en pacientes con tratamiento antimicrobiano, ya que de lo contrario esto podría predisponer la presencia de DADC.
9. Utilizar solución clorada a una concentración mínima de 0.5 % o 5000 ppm en la limpieza de superficies hospitalarias y objetos que entren en contacto con el paciente. Otra opción es el vapor de peróxido de hidrógeno aun que resulta mas costoso.
10. Mantener un adecuado control y seguimiento de la terapia farmacológica contra DADC, ya que de no ser así, puede aumentar el riesgo de reinfección hasta un 15 % a 35 % después de 1 a 2 meses de finalizado el tratamiento.

Como parte de la terapia conservadora se debe suspender la terapia antimicrobiana actual a menos que exista una infección sistémica grave y mantener un control de signos y síntomas; de acuerdo con los CDC, los síntomas desaparecen en el 20 % de los pacientes posterior a esta simple acción.^{5,9}

El metronidazol y la vancomicina son las terapias farmacológicas más usadas. Sin embargo, de acuerdo con la Sociedad para la Epidemiología Sanitaria de América (SHEA), la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América (IDSA) y distintos estudios en adultos, recomiendan el uso de metronidazol como primera opción, en casos leves a moderados (dosis de 500 mg vía oral cada 8 horas durante 10 a 14 días); en el caso de la vancomicina se ha visto mayor eficacia en cuadros recurrentes o severos (dosis 125 mg por vía oral cada 6 horas durante 10 a 14 días). En los pacientes pediátricos, la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) recomienda solo el uso de vancomicina, por otra parte, la Academia Americana de Pediatría (AAP) recomienda el uso de metronidazol por el riesgo de resistencia bacteriana.^{5,8,9,11}

En conclusión, la DADC es una patología que puede ser prevenida, y esto depende en gran medida de las intervenciones del profesional de enfermería, como la **higiene de manos con agua y clorhexidina**, y la educación para la salud, que limita la propagación del CD; así mismo, el equipo multidisciplinario debe garantizar una terapia farmacológica efectiva en tiempo y dosis que no propicie efectos secundarios como es la DADC, ya que se han observado cepas resistentes al tratamiento convencional.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escribe al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx

