

ARTÍCULO REVISADO POR GT-IRAS (junio 2018)

Referencia artículo

Clinical Practice Guidelines for Clostridium difficile Infection in Adult and Children: 2017 Update by the Infectious Diseases Society of America and Society for Healthcare Epidemiology of America. McDonald LC et al. Clin Infect Dis 2018;66(7) e1.

Revisor artículo y GT

Mar Santos Sebastián HGU Gregorio Marañón

Grupo IRAS

Pregunta y tipo de estudio

Se trata de una revisión IDSA sobre el diagnóstico y tratamiento de la infección por *Clostridium difficile* que incluye a población pediátrica.

Resumen de artículo

DEFINICIÓN

- Presencia de síntomas (diarrea, megacolon o ileo) + detección de toxina positiva o PCR positiva para *C difficile* toxigénico o colonoscopia o histopatología compatible con colitis pseudomembranosa.
- Lo dividen en enfermedad de comienzo en una institución sanitaria (> 3 días después del ingreso, casos/10.000 días de ingreso), infección relacionada con la asistencia sanitaria de inicio en la comunidad (28 días después del alta, casos/1000 ingresos) e infecciones comunitarias (recomendación de buena práctica clínica).
- Recurrencia: episodio con clínica y prueba diagnóstica positiva, habiendo presentado otro en las 2-8 semanas previas.
- Recomiendan realizar estudios epidemiológicos en pacientes ingresados que excluyan a los menores de 2 años (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).

DIAGNÓSTICO

¿A QUIÉN REALIZAR ESTUDIO?

- No se recomienda realizarla de rutina en neonatos ni en lactantes menores de 12 meses con diarrea (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia).
- No se debe realizar de rutina en niños con diarrea entre 1-2 años, excepto si se excluyen otras causas infecciosas y no infecciosas de diarrea (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).

- Se recomienda en niños > de 2 años con factores de riesgo (inmunocomprometidos o enfermedad inflamatoria intestinal) o exposición relevante (contacto con la asistencia sanitaria o tratamiento reciente con antibióticos) que presenten diarrea prolongada o empeoramiento de la misma (recomendación débil, moderada calidad de la evidencia).
- No se recomienda en pacientes asintomáticos.

¿QUÉ PRUEBA REALIZAR?

- Pacientes sintomáticos: PCR o PCR + toxina (no hacer solo toxina) (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).
- Pacientes de riesgo: toxina o toxina +PCR (no PCR sola) (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).
- Repetición del estudio: no durante el mismo episodio de diarrea (7 días), ni en pacientes asintomáticos (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia).
- La PCR es más sensible que la detección de toxinas.

AISLAMIENTO

Habitación individual (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia). El personal debe llevar guantes (recomendación fuerte, alta calidad de la evidencia) y bata (recomendación fuerte, moderada calidad de la evidencia). Levantaremos el aislamiento a las 48 horas de que se normalicen las deposiciones (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).

ABORDAJE

- Primer episodio o primera recurrencia no grave: metronidazol (7,5/kg/dosis 3-4 veces al día; dosis máx. 500 mg dosis oral) o vancomicina (10 mg/kg/dosis 4 veces al día; dosis máx. 125 mg/ dosis oral) 10 días (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).
- Primer episodio grave: vancomicina (10 mg/kg/dosis 4 veces al día; dosis máx. 125 mg/ dosis) asociado o no con metronidazol (10/kg/dosis iv 3 veces al día; dosis máx. 500 mg dosis) (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).
- A partir de la segunda recurrencia: pauta de vancomicina en dosis graduales descendentes o vancomicina 10 días seguido de 20 días de rifaximina (no hay dosis pediátricas) o trasplante fecal (recomendación débil, baja calidad de la evidencia).
- Niños con dos o más recurrencias: se debe valorar realizar trasplante fecal (recomendación débil, muy baja calidad de la evidencia).

Comentario del revisor: qué aporta e implicaciones clínicas y de investigación

Pros: Se trata de unas guías sencillas y con recomendaciones claras, basadas en la revisión de la literatura y en recomendaciones de expertos con adecuada graduación de la evidencia. Clarifica las indicaciones del estudio de esta infección en población pediátrica.

Contras: En el tratamiento no aporta ninguna novedad, sobre lo ya conocido. Es más, recomienda la utilización de rifaximina que no tiene, por ahora, indicación pediátrica. Lo que establecen en la tabla 2 de recomendaciones de tratamiento en niños no se corresponde con las indicaciones que se realizan en el texto.