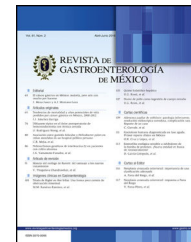




# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



## CARTAS AL EDITOR

### Quimioprofilaxis en la prevención de infección por *Clostridium difficile*, un camino por recorrer



### Chemoprophylaxis in the prevention of *Clostridium difficile* infection: Still a ways to go

A los editores:

La infección por *Clostridium difficile* (ICD) en pacientes hospitalizados, supone un evento con alto impacto en la morbimortalidad y en los costos de atención sanitaria, a este respecto, esta revista publica permanentemente artículos con gran impacto y acogida por personal médico en diferentes grados de formación, Icaza-Chávez<sup>1</sup> publica en torno al evento ECOS 2016, un manuscrito titulado «Actualidades en cuanto a la infección por *Clostridium difficile*» en la cual se realiza una serie de apuntes con novedades interesantes respecto al tratamiento de esta enfermedad y que en su mayoría se correlacionan con publicaciones posteriores, sin embargo en el apartado de prevención, referencia el trabajo de Fischer et al.<sup>2</sup> presentado en sesión oral en la Digestive Disease Week 2016, dejando a entender con poca claridad que los antibióticos no pudieron demostrar una reducción del riesgo de presentar ICD; cuando los autores lo que rescatan es que en pacientes con trasplante de microbiota fecal exitoso, la recurrencia asociada al uso de antibióticos no dirigidos al tratamiento de ICD es baja 6.5% (6/152) y no expresan que el uso de antibióticos dirigidos a ICD vancomicina y metronidazol, o el uso de probióticos presentara un éxito o un fracaso en su observación.

A este respecto consideramos que no se debe dejar ese mensaje al lector, puesto que a esa fecha ya se habían publicado artículos que median directamente el papel de la quimioprofilaxis con resultados prometedores; Van Hise et al.<sup>3</sup>, realizan un estudio retrospectivo con el uso de vancomicina oral para prevenir la recurrencia de la ICD, en el que se había indicado a 113 pacientes dosis de 250 mg o 125 mg/2 veces al día frente a 132 pacientes en los que no se indicó, encontrado que la ICD recurrente se presentó en el 4% de los que recibieron profilaxis frente al 27% de los que no la recibieron. Con respecto al metronidazol Rodríguez et al.<sup>4</sup> describieron retrospectivamente la eficacia en prevención primaria de este medicamento en pacientes adultos de alto riesgo (definido como edad mayor a 55 años, uso de inhibidor de bomba de protones y antibióticos de amplio espectro)

encontrando que la incidencia en el grupo de pacientes que recibieron metronidazol por causas diferentes a la ICD fue del 1.4% y en el grupo que no recibieron fue del 6.5%, concluyendo que el recibir metronidazol reduce la incidencia de diarrea intrahospitalaria asociada a *Clostridium difficile* en un 80%.

Desde los últimos meses de 2016 a la fecha se siguen publicando artículos con evidencia que podría sugerir su uso tanto en la prevención primaria como secundaria, mostrándose como una medida altamente costo-efectiva en centros donde pese a la aplicación de las recomendaciones para prevención no se logra un control adecuado. Por el momento todos coincidimos en que el camino aun comienza y se requieren estudios prospectivos con adecuada calidad metodológica que permitan en un futuro recomendar su uso en pacientes seleccionados.

### Financiación

No se recibió financiamiento para la elaboración de este trabajo.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses por la realización de este trabajo.

### Referencias

1. Icaza-Chávez ME. Actualidades en cuanto a la infección por *Clostridium difficile*. Rev Gastroenterol Mex. 2016;81 Supl 1:S16–8.
2. Fischer M, Phelps E, Bolla R, et al. 93 Long-term Risk of *Clostridium difficile* Infection Recurrence With or Without Antibiotic Exposure Following Successful Fecal Microbiota Transplant. Gastroenterology. 2016;150 Supl 1:S23.
3. Van Hise N, Bryant A, Hennessey E, et al. Efficacy of Oral Vancomycin in Preventing Recurrent *Clostridium difficile* Infection in Patients Treated With Systemic Antimicrobial Agents. Clin Infect Dis. 2016;63:651–3.
4. Rodríguez S, Hernández M, Tarchini G, et al. Risk of *Clostridium difficile* infection in hospitalized patients receiving metronidazole for a non-*C. difficile* infection. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12:1856–61.

M. Tobar-Marcillo\*, M. Guerrero-Durán y R. Basante-Díaz

Servicio de Medicina Interna, Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE, Ciudad de México, México

\* Autor para correspondencia. Avenida Universidad 1321, Delegación Álvaro Obregón, Ciudad de México, México.  
Teléfono: +521 5566540252.  
Correo electrónico: [marcotobar1@hotmail.com](mailto:marcotobar1@hotmail.com)  
(M. Tobar-Marcillo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.05.003>  
0375-0906/

© 2017 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Respuesta al Dr. Tobar-Marcillo y a sus coautores: «Quimioprofilaxis en la prevención de infección por *Clostridium difficile*, un camino por recorrer»



### Response to Dr. Tobar-Marcillo and his coauthors: "Chemoprophylaxis in the prevention of *Clostridium difficile* infection: Still a ways to go"

Sr. Editor:

Agradezco al Dr. Tobar Marcillo y los coautores de la Carta al Editor «Quimioprofilaxis en la prevención de infección por *Clostridium difficile* (CD) (ICD), un camino por recorrer» por sus interesantes comentarios a la publicación<sup>1</sup>. Como el Dr. Tobar correctamente menciona, el trabajo presentado por Rodríguez et al.<sup>2</sup> fue de tipo retrospectivo y muestra que la profilaxis primaria anti-CD en individuos de alto riesgo para esta infección y que usaron antibióticos, previno la infección por CD (ICD) y por otro lado el trabajo de Van Hise et al.<sup>3</sup> también retrospectivo destaca que el uso de antibióticos anti CD como profilaxis en individuos que ya presentaron una ICD y que requieren antibióticos por otra indicación, previene un ataque subsecuente de ICD.

El grupo de Fischer et al.<sup>4</sup> consideran que el trabajo presentado en la DDW de 2016 es pertinente porque el riesgo a largo plazo de recurrencia de ICD después de un trasplante de microbiota fecal (TMF) exitoso con o sin la exposición a un antibiótico no específico para ICD es desconocido. Indican también que el uso profiláctico de antibióticos anti-ICD (vancomicina, metronidazol o fidaxomicina) o probióticos en pacientes con estas características se desconoce, por lo que el uso de estos antibióticos o de probióticos para esta indicación es debatible. Por medio de una comunicación personal con Allegretti, parte del grupo de estudio de Fischer me comenta que el trabajo presentado en cartel (Tu1914) en la DDW de Chicago 2017 es la continuación del estudio mencionado por el Dr. Tobar.

Fischer et al.<sup>5</sup> informan de un estudio retrospectivo multinacional realizado en Estados Unidos y Canadá de 426 pacientes que recibieron TMF exitoso por ICD. La tasa global de reinfección fue del 10.3% y del 18.3% después del uso de antibióticos no anti-CD. Particularmente fue del 31% con fluoroquinolonas, el 19% con cefalosporinas y el

15% con amoxicilina/amoxicilina-clavulanato. De manera interesante, la reinfección por CD con uso profiláctico de antibióticos anti-CD junto con los antibióticos no anti-CD fue del 27.8% contra el 14.3% sin su uso ( $p=0.12$ ), con el uso de probióticos de 27.5% vs. 13.8% ( $p=0.08$ ) y con uso de probióticos más antibióticos anti-CD el riesgo fue mayor y significativo, 46.7% vs. 14.3% sin su uso ( $p=0.007$ ), con lo que concluyen que el uso de antibióticos profilácticos anti-CD o probióticos en pacientes con TMF previo no disminuyó el riesgo de recurrencia de ICD. Estos resultados son sorprendentes y, como los autores sugieren, es necesario un estudio prospectivo para demostrar sus datos.

## Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses por la realización de este trabajo.

## Referencias

1. Icaza-Chávez ME. Actualidades en cuanto a la infección por *Clostridium difficile*. Revista de Gastroenterología de México. 2016;81 Supl 1:16–8.
2. Rodríguez S, Hernandez M, Tarchini G, et al. Risk of *Clostridium difficile* infection in hospitalized patients receiving metronidazole for a non-*C. difficile* infection. Clin Gastroenterol Hepatol. 2014;12:1856–61.
3. Van Hise N, Bryant A, Hennessey E, et al. Efficacy of oral vancomycin in preventing recurrent *Clostridium difficile* infection in patients treated with systemic antimicrobial agents. Clin Infect Dis. 2016;63:651–3.
4. Fischer M, Phelps E, Bolla R, et al. 93 Long-term risk of *Clostridium difficile* infection recurrence with or without antibiotic exposure following successful fecal microbiota transplant. Gastroenterology. 2016;150 Supl 1:S23.
5. Fischer M, Kao DH, Phelps EL, et al. Should we recommend anti-*Clostridium difficile* antibiotic or probiotic prophylaxis?: Risk of *Clostridium difficile* infection with systemic antimicrobial therapy following successful fecal microbiota transplant. Sesión de carteles presentada en: DDW; 6-9 de mayo de 2017, Chicago IL. Tu1914.