

V EDICIÓN JORNADA CIENTÍFICA

Gesitra-IC

ACTUALIZACIÓN EN LA PATOLOGÍA INFECCIOSA
DE PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



Gesitra-IC

Grupo de Estudio de Infección en el Trasplante
y el Huésped Inmunocomprometido

seimc



Infección por *Clostridiodes difficile* en el paciente inmunodeprimido

María Dolores Corbacho Loarte

Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Caja

6 de marzo de 2026



Clostridioides difficile

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID

Amenaza Persistente

La ICD continua siendo la principal causa de diarrea asociada a la asistencia sanitaria y una de principales infecciones nosocomiales.

Espectro Clínico Amplio

Desde diarrea leve hasta manifestaciones graves como colitis pseudomembranosa y a y megacolon tóxico.

Potencial desenlace desenlace fatal si no se maneja adecuadamente.

Tasas de Recurrencia Elevadas

20-25% tras el primer primer episodio, aumentando al **40-60%** en pacientes con con recurrencias previas.

Retos significativos de de tratamiento y manejo.

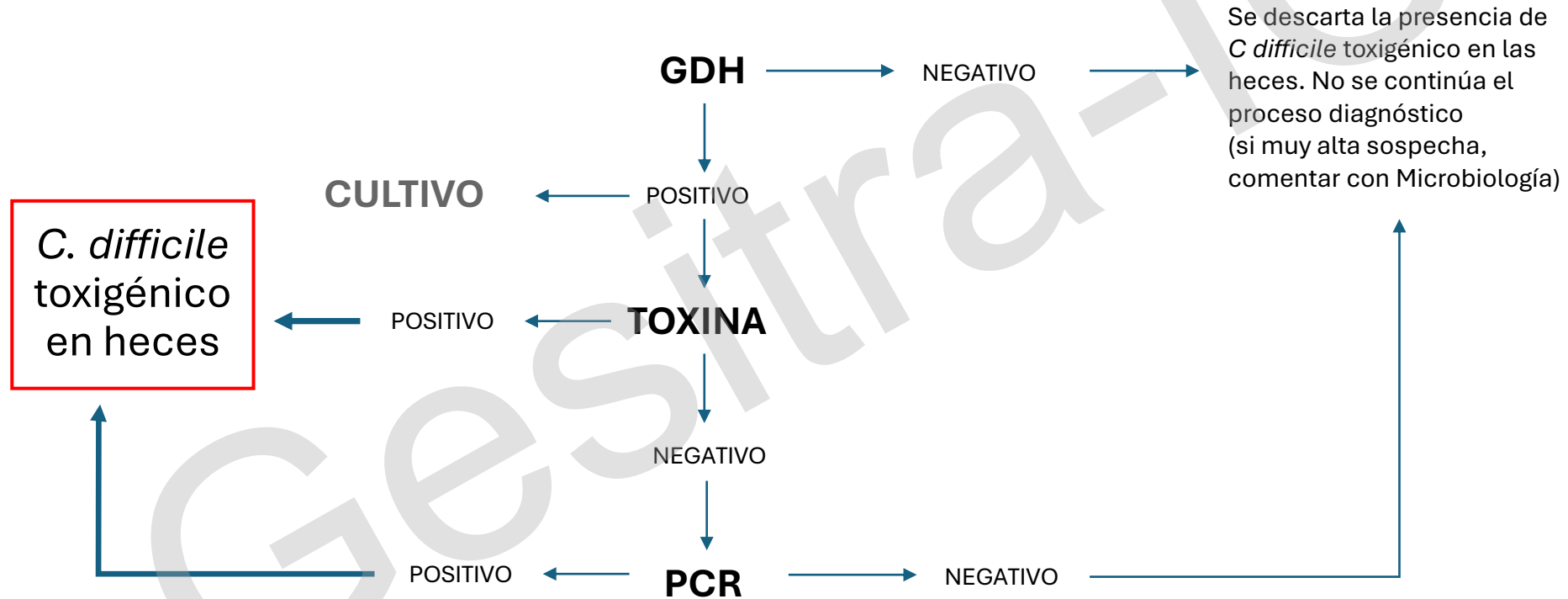


Diagnóstico de la ICD

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID

ICD en Inmunodeprimido



¿Mayor frecuencia en ID?
¿En qué poblaciones específicas se concentra el riesgo?



¿Mayor gravedad y recurrencia?
¿Se asocia con enfermedad injerto contra huésped (EICH)?



Nuevos fármacos
¿Qué experiencia existe con fidaxomicina?



Trasplante de microbiota fecal
¿Funciona el TMF? ¿Puede emplearse con seguridad?



ICD en trasplantado

TOS

Incidencia: Corazón/ Riñón: 1-11%

Hepático / Pulmón: 19-22%

Recurrencia: 6.3-40%

Factores de riesgo

Generales: ANTB, IBP, Hospitalización

Otros: Rechazo, MELD, Inducción con ATG

TPH

Incidencia: 6-33%

Recurrencia: 8-41% (50% en los 30 días post TPH)

Factores de riesgo

Generales: ANTB, IBP, Hospitalización

Otros: EICH, Mucositis, CMV,

Acondicionamiento intenso

Alta tasa de colonización

¿Estamos sobrediagnosticando ICD en pacientes con diarrea por mucositis, EICH o quimioterapia?



ICD en trasplantado

132 pacientes (81 TOS / 51 TPH) (80.3% PCR)

Factores de riesgo (similares inmunocompetentes):

- **98%** con inmunosupresión activa
- **95%** con antibioterapia previa
 - 52% con antibióticos de alto riesgo
- **81%** Inhibidores de bomba de protones

⚠ **CMV: Factor asociado a recurrencia:**

OR 5,56 (IC95% 1,5–21,3).

La coinfección por CMV multiplica por más de 5 el riesgo de recurrencia de ICD.

Riesgo máximo
peritrasplante

33d

(58% en los primeros 4 días)

Curación
inicial

83%

Curación a 90 días

65%

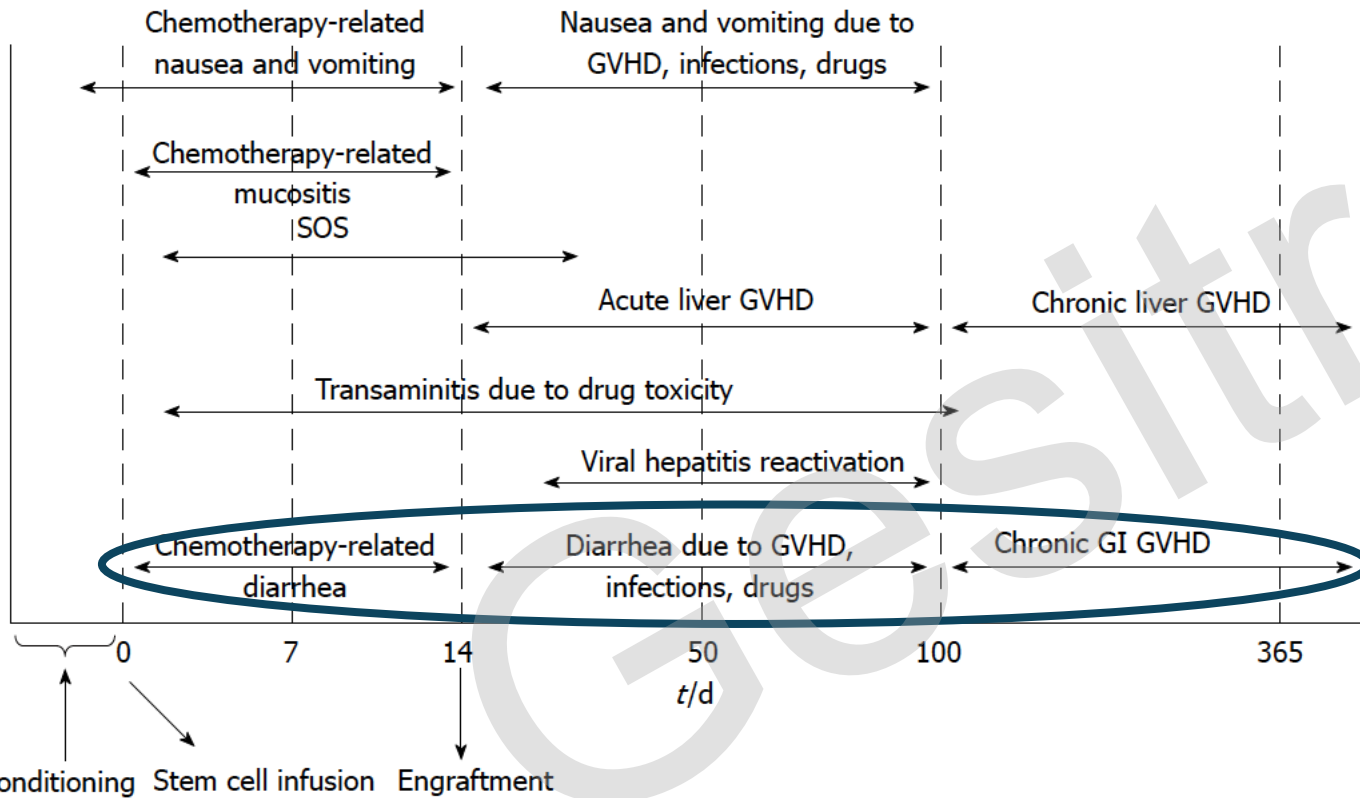
Recurrencia

~5%

Mortalidad por ICD: **1,5%** · Mortalidad global a 90 días: **8,3%**



ICD en receptores de TPH



Prevalencia
ICD en TPH

7.9%
 (IC95% 6.5% – 9.5%)

Autólogo

5.2%

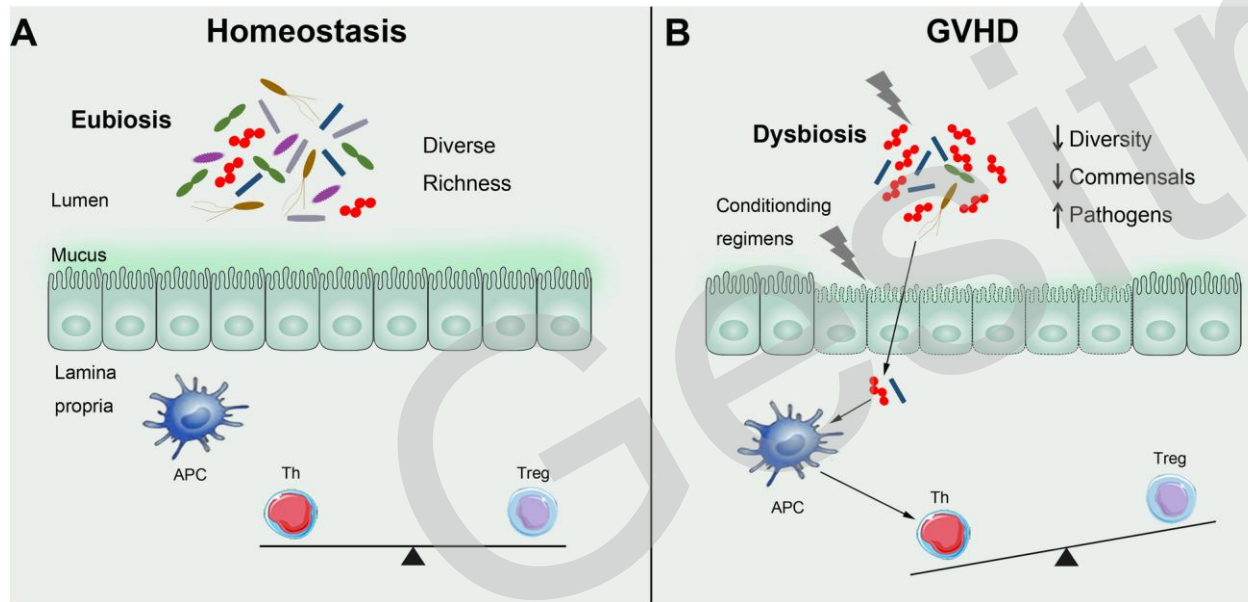
Alogénico

9.3%



ICD y EICH

¿Complicación, marcador de disbiosis o desencadenante inmunológico?



Aldrete 2017
 Kinnebrew 2014
 Kamboj 2014

Chakrabarti 2000
 Dubberke 2010
 Alonso 2012
 Trifilio 2012
 Dubberke 2018
 Bhutani 2019
 Jaber 2021



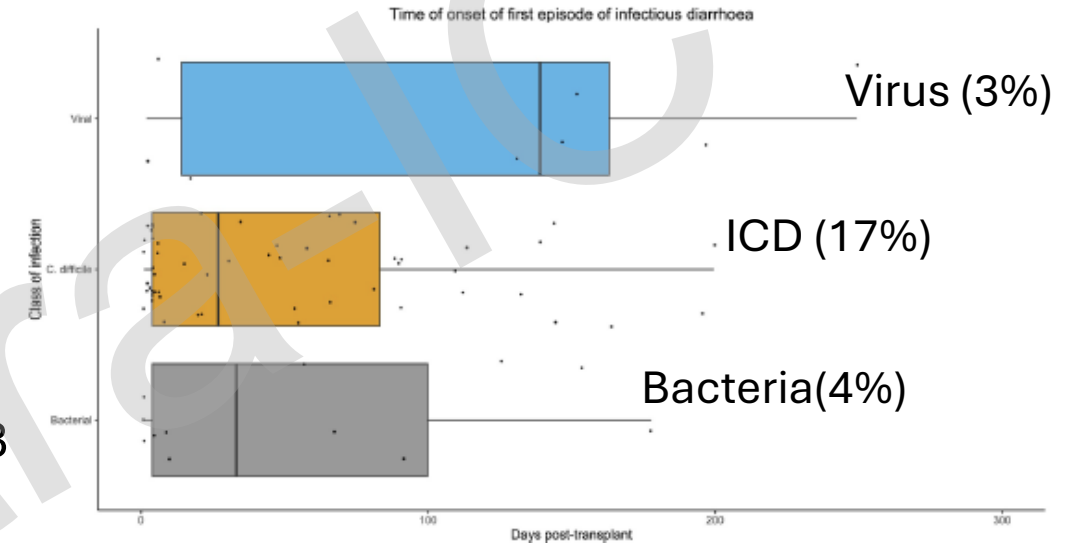
ICD y EICH

374 THP alogénico (2017-2022)

Asociación con EICH:

- Bacteriana: OR 6,38 (IC95 %: 1,9-21,4; p=0,003)
- ICD: OR 3,8 (IC95%: 1,9-7,5; p <0,001)**
- Coinfecciones: OR 11,16 (IC95%: 2,8-43,9; p<0,001)
- Vírica: OR 2,98 (IC95%: 0,6-15,4; p=0,20)

Asociación independiente de edad, tipo de donante, fuente de célula madre y depleción de células T



ICD en paciente oncológico



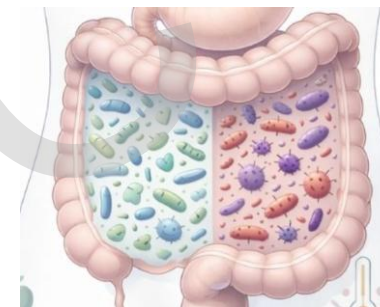
Inmunosupresión y quimioterapia

La **quimioterapia produce daño** directo en la **mucosa intestinal**, **facilitando** la **traslocación bacteriana** y **la acción de las toxinas de *C. difficile***.



Hospitalización y antibioterapia

La **hospitalización prolongada** y la **exposición repetida a antibióticos** de **amplio espectro** alteran profundamente el **microbioma intestinal**, seleccionando **condiciones anaerobias** que **favorecen la proliferación de *C. difficile***.



Disbiosis y pérdida de proteínas

La **disbiosis grave reduce** la **capacidad degradativa de toxinas**.

La hipoalbuminemia disminuye la **respuesta inmune local** y empeora significativamente el pronóstico.

El **cáncer actúa como factor independiente de peor respuesta clínica a la ICD.**



ICD en paciente oncológico

Peor respuesta clínica en pacientes con cáncer

↓ Tasa de curación

79,2% vs 88,6% en controles – diferencia clínicamente relevante

↑ Tiempo a resolución de diarrea

100 h vs 55 h – la diarrea tarda casi el doble en resolverse

↓ Respuesta sostenida a 28 días

62,3% vs 70,9% – mayor riesgo de fracaso terapéutico

Factores pronósticos adicionales

Hipoalbuminemia

Predictor independiente de mala evolución: **OR 0,35**.
Su presencia debe alertar sobre riesgo elevado de complicaciones.

Incidencia elevada

La **colonización** por *C. difficile* es frecuente en pacientes oncológicos, lo que dificulta la distinción entre infección activa y portador.

🎯 La elección del tratamiento adecuado –considerando el riesgo de recurrencia y la respuesta sostenida– es especialmente crítica en el paciente oncológico.



ICD en Inmunocomprometido

	Controles (n=424)	Oncológicos (n=38)	Hematológico (n=62)	TOS (n=36)
Edad (mediana, RIC)	78 (65-85)	71 (60-81)	63 (45-71)	63 (44-68)
Sexo, Mujer (%)	240 (57)	19 (50)	34 (54.8)	10 (28)
Charlson (mediana RIC)	6 (4-8)	9 (8-11)	4 (3-7)	4.5 (3-6)
Previo ICD	28 (7)	1 (3)	2 (3)	1 (3)
Metronidazol (%)	195 (46)	32 (84.2)	40 (64.5)	15 (41.7)
Vancomicina (%)	195 (46)	20 (52.6)	36 (58.1)	23 (63.9)
Fidaxomicina (%)	6 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tigeciclina (%)	11 (3)	0 (0)	3 (4.8)	2 (5.6)
Mortalidad 30/90 días (%)	49 (12) / 99 (23)	7 (18) / 13 (34)	3 (5) / 10 (16)	3 (8) / 10 (8)
Recurrencia 30/90 días (%)	20 (4.7) / 32 (8)	3 (7.9) / 8 (21)	3 (5) / 10 (16)	2 (6) / 8 (22)



ICD en Inmunocomprometido

	Controles (n=424)	Oncológicos (n=38)	Hematológico (n=62)	TOS (n=36)
Edad (mediana, RIC)	78 (65-85)	71 (60-81)	63 (45-71)	63 (44-68)
Sexo, Mujer (%)	240 (57)	19 (50)	34 (54.8)	10 (28)
Charlson (mediana RIC)	6 (4-8)	9 (8-11)	4 (3-7)	4.5 (3-6)
Previo ICD	28 (7)	1 (3)	2 (3)	1 (3)
Metronidazol (%)	195 (46)	32 (84.2)	40 (64.5)	15 (41.7)
Vancomicina (%)	195 (46)	20 (52.6)	36 (58.1)	23 (63.9)
Fidaxomicina (%)	6 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Tigeciclina (%)	11 (3)	0 (0)	3 (4.8)	2 (5.6)
Mortalidad 30/90días (%)	49 (12) / 99 (23)	7 (18) / 13 (34)	3 (5) / 10 (16)	3 (8) / 10 (8)
Recurrencia 30/90 días (%)	20 (4.7) / 32 (8)	3 (7.9) / 8 (21)	3 (5) / 10 (16)	2 (6) / 8 (22)



Datos propios: 2021-2025

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID

Hematología (n=43)

EDAD MEDIANA

61 años

Significativamente menor (p=0.02)

ÍNDICE CHARLSON

3.5

Menor comorbilidad (p<0.001)

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES



Leucemia 57.1%

Linfoma

Mieloma Múltiple

Oncología (n=82)

EDAD MEDIANA

69 años

ÍNDICE CHARLSON

8.5

DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES



Ginecológicos 34.2%

Gastrointestinales 32.9%

ENFERMEDAD AVANZADA (IV)

67.8%

Total de la cohorte

QUIMIOTERAPIA ACTIVA

78.3%

Alta exposición inmunosupresora

GÉNERO MASCULINO

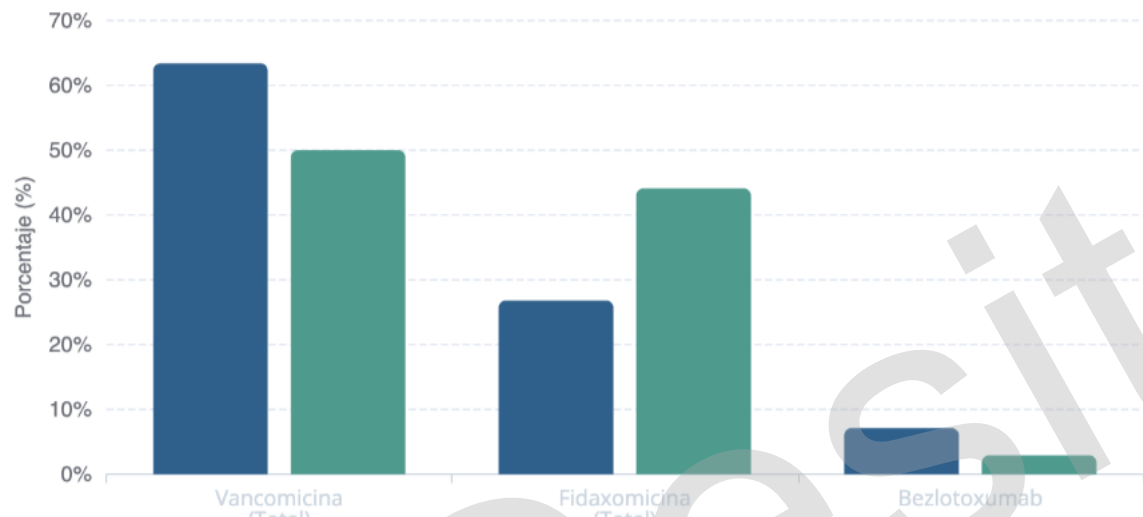
64%

Predominio global



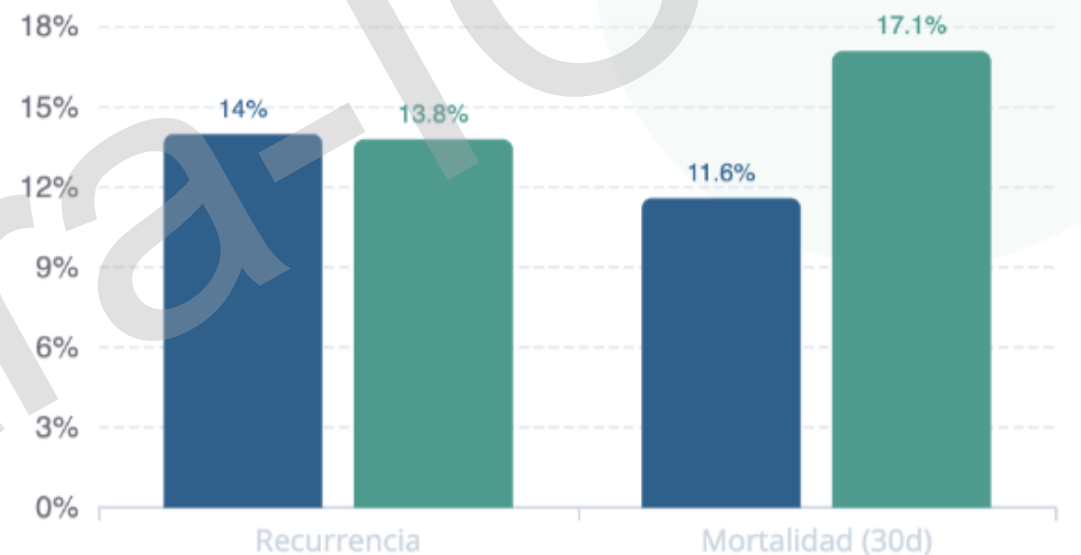
Datos propios: 2021-2025

Tratamiento



Mayor utilización de **FDX (44%)** en pacientes **oncológicos** frente a hematológicos (27%)

Desenlaces Clínicos



RECURRENCIA GLOBAL
~14%
Inferior a la esperada (40%)

MORTALIDAD 30D
15.2%
Promedio de la cohorte



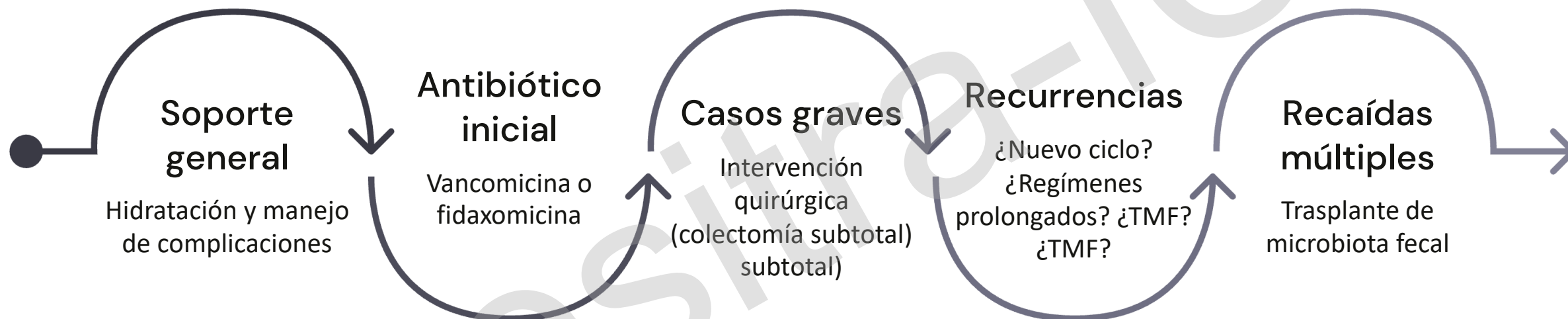
Manejo de la ICD

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

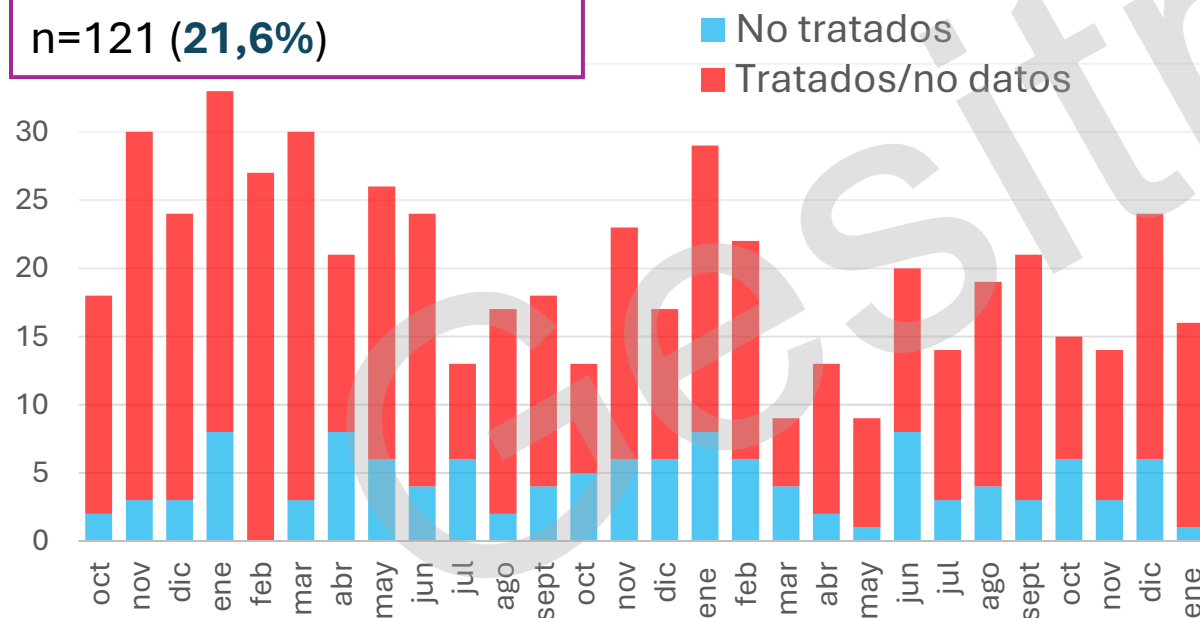
MADRID



¿Tratar o no tratar?

PRUEBAS POSITIVAS C DIFFICILE TOXIGÉNICO (OCT 18-ENE 21)

Casos no tratados
n=121 (21,6%)



Datos cedidos por Dr. Cobo

1. Antibióticos:

- Efectos adversos e interacciones
- Cambios en la microbiota
- No previene la ICD

2. Coste y manejo:

- Si riesgo de recurrencia → Fármacos de coste elevado (FDX)
- Llamaríamos segundo episodio a un episodio posterior que sería el primero de coste elevado

3. Otras implicaciones

- Aislamiento
- Impacto psicológico



Manejo de la ICD

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID

Fidaxomicina



Recomendación Preferente

- ✓ Mayor eficacia sostenida.
- ↓ Menor riesgo de recurrencia vs Vancomicina.

Pautas: Estándar o Extendida

Vancomicina Oral

Alternativa Válida

- ✓ Tratamiento estándar efectivo.
- ⚠ Asociada a mayor tasa de recurrencia en este grupo.

Opción costo-efectiva si FDX no disponible.

Bezlotoxumab

Terapia Adyuvante

- 🛡 Anticuerpo monoclonal.
- 📈 Reduce recurrencias en pacientes de alto riesgo.

Considerar en conjunto con FDX/VAN.

Metronidazol

Uso Restringido

- ⊘ Inferior eficacia clínica.
- 📄 Solo para primeros episodios leves sin acceso a otras opciones.

TMF: Alternativa en pacientes con múltiples recurrencias



FIDAXOMICINA

Curación: Similar en ambos grupos

Fidaxomicina: No inferior a vancomicina

Recurrencias: Menor con FDX

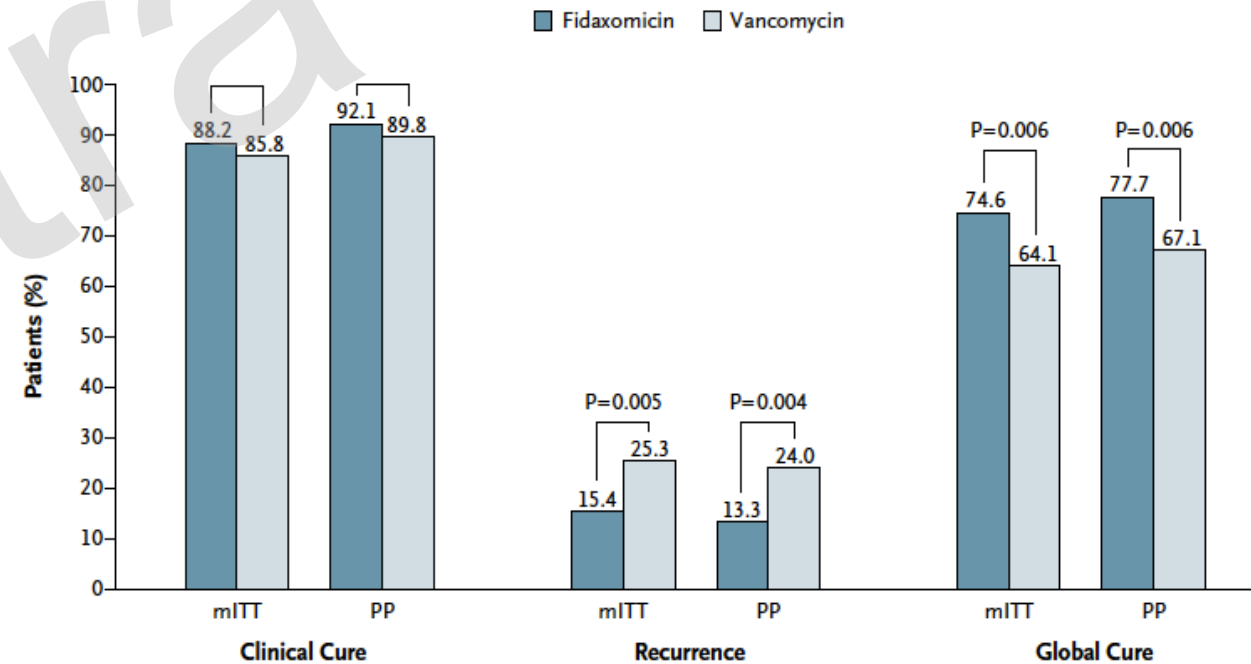
Preserva mejor la microbiota

Menor sobrecrecimiento posterior

Seguridad: Perfil similar de Eventos adverso

Limitación práctica: Coste elevado

**Impacto: Inclusión de FDX
en Guías Clínicas
(1ª Línea actualmente)**



Fidaxomicin versus vancomycin for infection with *Clostridium difficile* in Europe, Canada, and the USA: a double-blind, non-inferiority, randomised controlled trial

Olivier A. Cornely, Derrick W. Crook, Roberto Esposito, André Panis, Michael S. Somers, Karl Weiss, Pamela Sears, Sherwood Gerbasi, for the OPT-80-004 Clinical Study Group

Feb/2012

The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 JANUARY 26, 2017 VOL. 376 NO. 4

Bezlotoxumab for Prevention of Recurrent *Clostridium difficile* Infection

Ene/2017



Guidelines
European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases:
2021 update on the treatment guidance document for *Clostridioides difficile* infection in adults

Jun/2021

**Fidaxomicina:
"preferred"**

Feb/2011

ORIGINAL ARTICLE

Fidaxomicin versus Vancomycin
for *Clostridium difficile* Infection

Oct/2014

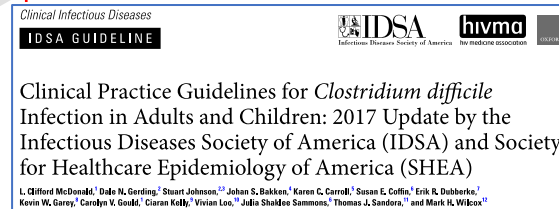
ORIGINAL ARTICLE

European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases: update
of the treatment guidance document for *Clostridium difficile* infection

S. B. Debast¹, M. P. Bauer², E. J. Kuijper³, on behalf of the Committee*

1) Department of Medical Microbiology, Radboud University Medical Center, Nijmegen, Departments of 2) Infectious Diseases and 3) Medical Microbiology, Centre for Infectious Diseases, Leiden University Medical Centre, Leiden, the Netherlands

Ene/2018



**Fidaxomicina:
"alternative"**

Oct/2021



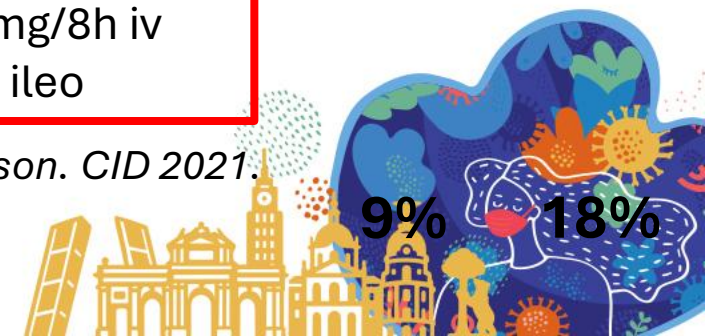
ICD Complicada o grave (hipotensión, íleo, shock, megacolon)

- Fidaxomicina 200 mg/12h ó vancomicina 125 mg/6h. No hay superioridad. BUENA PRÁCTICA
- No se recomienda añadir Metronidazol IV: DÉBIL/MUY BAJA
- Valorar añadir Tigeciclina: DÉBIL/MUY BAJA
- Consultar con un cirujano en los casos graves-complicados: BUENA PRÁCTICA
- Colectomía subtotal puede evitarse → Ileostomía con lavados: DÉBIL/MUY BAJA

Guía EUROPEA. Van Prehn (ESCMID guidelines). CMI 2021

GUÍA IDSA: VANCOMICINA ORAL 500 mg/6h + metronidazol 500 mg/8h iv
(particularmente si hay íleo; asociar vancomicina rectal si hay íleo)

Actualización Guía norteamericana. Johnson. CID 2021.



Ileostomía y lavados del colon

Systematic review

doi:10.1111/codi.12

Is colectomy for fulminant *Clostridium difficile* colitis life saving? A systematic review

D. B. Stewart*, C. S. Hollenbeak† and M. Z. Wilson‡

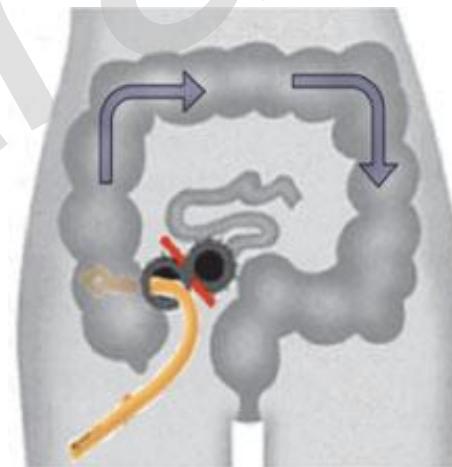
*Department of Surgery, Division of Colon and Rectal Surgery, †Departments of Surgery and Public Health Sciences and ‡Department of Surgery, Division of General Surgery, The Pennsylvania State University, College of Medicine, Hershey, Pennsylvania, USA

Received 5 September 2012; accepted 15 November 2012; Accepted Article online 25 January 2013

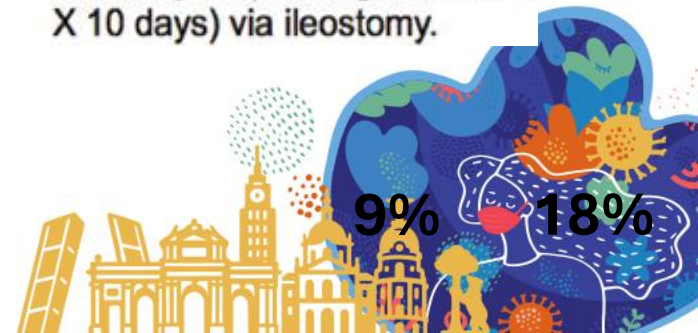
- Si el tratamiento fracasa y progresa la sepsis...
- Gran dificultad en decidir el momento óptimo
- Gran morbilidad en pacientes ancianos....

Diverting loop ileostomy with colonic lavage as an alternative to colectomy for fulminant *Clostridioides difficile*: a systematic review and meta-analysis

Tyler McKechnie^{1,2} • Yung Lee^{1,2} • Jeremy E. Springer² • Aristithes G. Doumouras^{2,3} • Dennis Hong^{2,3} • Cagla Eskicioglu^{2,3} 



1. Creation of diverting loop ileostomy.
2. Intraoperative antegrade colonic lavage with 8 liters of warmed PEG3350/electrolyte solution via ileostomy.
3. Postoperative antegrade colonic enemas with vancomycin (500 mg in 500 mL X 10 days) via ileostomy.



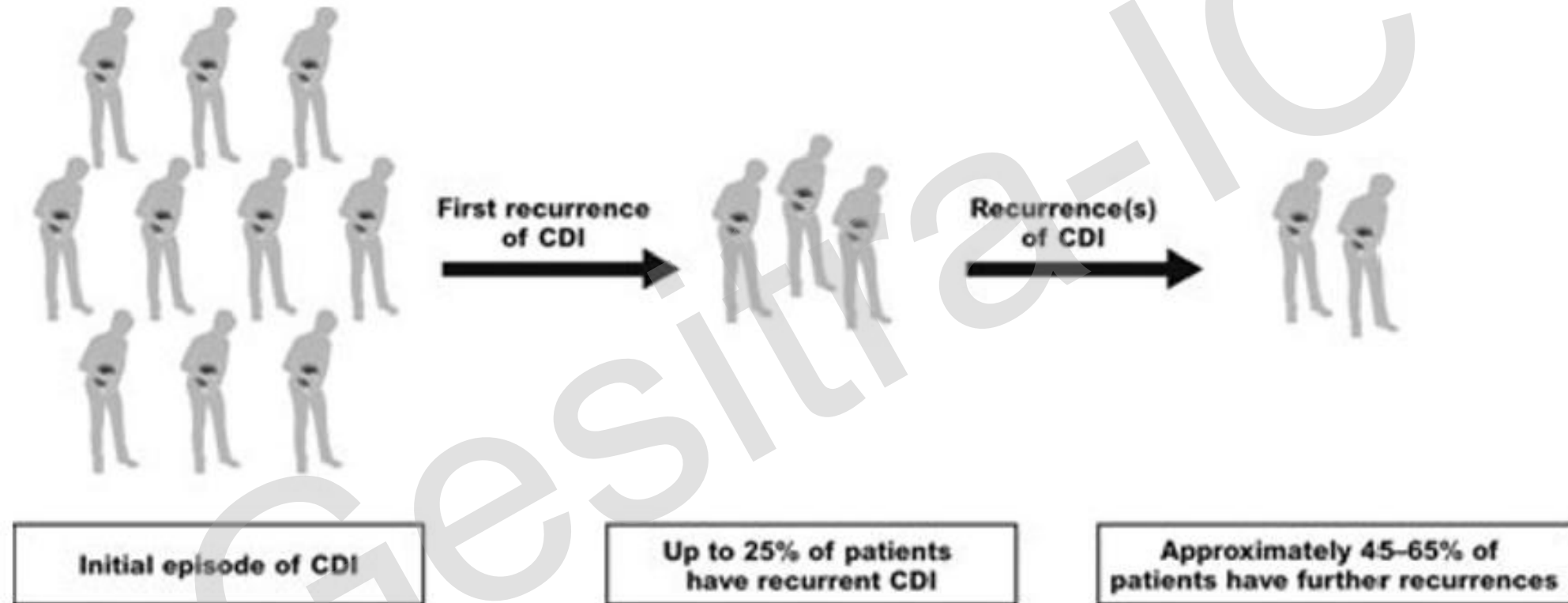
ICD Recurrente

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



ICD Recurrente

Metaanálisis (incluyendo solo cuando hubiera más de 3 estudios)

	OR
Edad (por cada año)	1.02
⚠ Edad > 65	1.63
Seguir con antibióticos	1.76
⚠ Uso (previo) de quinolonas	1.42
⚠ Uso de IBPs	1.58
⚠ Insuficiencia renal	1.59

Otros factores con fuerte asociación

- Inmunosupresión
- Cirugía abdominal reciente
- ⚠ • Leucocitosis
- Hipoalbuminemia
- ⚠ • Gravedad
- Duración de la hospitalización
- Cepas hipervirulentas
- Sonda NG

- **Episodio previo de ICD** →

36.5% (Cornely)

41% (Wilcox)

45% (McFarland)



ICD Recurrente

¿Y si la pregunta no está (del todo) bien formulada?



Extended-pulsed fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection in patients 60 years and older (EXTEND): a randomised, controlled, open-label, phase 3b/4 trial

Benoit Guery, Francesco Menichetti, Veli-Jukka Anttila, Nicholas Adomakoh, Jose Maria Aguado, Karen Bisnauthsing, Areti Georgopali, Simon D Goldenberg, Andreas Karas, Gbenga Kazeem, Chris Longshaw, Jose Alejandro Palacios-Fabrega, Oliver A Cornely, Maria J G TVehreschild, for the EXTEND Clinical Study Group*

- **Fidaxomicina extendido-pulsado** mejora la **respuesta sostenida**
- Reduce recurrencia comparado con vancomicina

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V															
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V															
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V															
V	V	V	V	V	V	V	V	V	V															
F	F	F	F	F		F		F		F	F	F	F	F	F	F	F	F	F					
F	F	F	F	F																				

	Extended-pulsed fidaxomicin (n=177)	Vancomycin (n=179)
Sex		
Female	107 (60%)	100 (56%)
Male	70 (40%)	79 (44%)
Race*		
White	149 (84%)	153 (85%)
Missing	28 (16%)	26 (15%)
Median age, years (IQR)	75 (69–83)	75 (67–82)
Number of unformed bowel movements per day		
Mean (SD)	6.8 (4.7)	6.4 (3.4)
Median (IQR)	5 (4–7)	5 (4–7)
<i>Clostridium difficile</i> infection severity†		
Severe	63 (36%)	67 (37%)
Non-severe	114 (64%)	112 (63%)
Number of previous <i>C difficile</i> infection occurrences in the past 3 months‡		
0	141 (80%)	140 (78%)
1	26 (15%)	29 (16%)
2	10 (6%)	10 (6%)
Cancer status‡		
Presence	38 (21%)	37 (21%)
Absence	139 (79%)	142 (79%)
Use of antibiotics for condition other than <i>C difficile</i> infection‡		
Yes	128 (72%)	129 (72%)
No	49 (28%)	50 (28%)



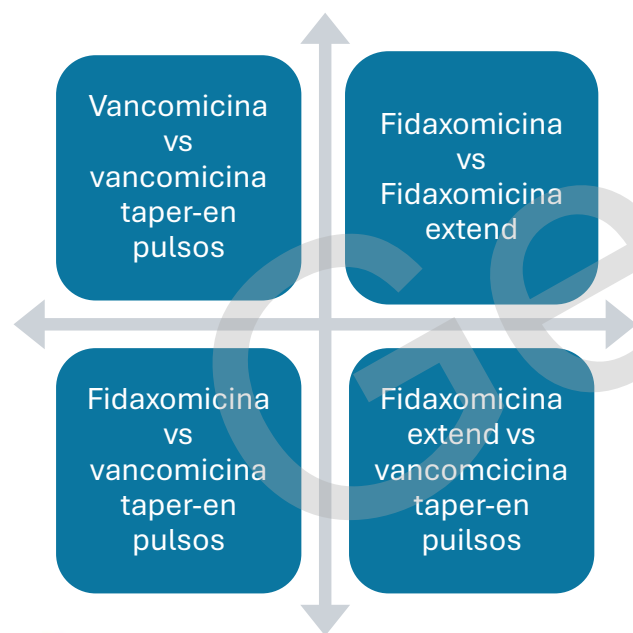
ICD Recurrente

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



ICD Recurrente

Journal of
Antimicrobial
Chemotherapy

5 Y 6 MARZO 2026

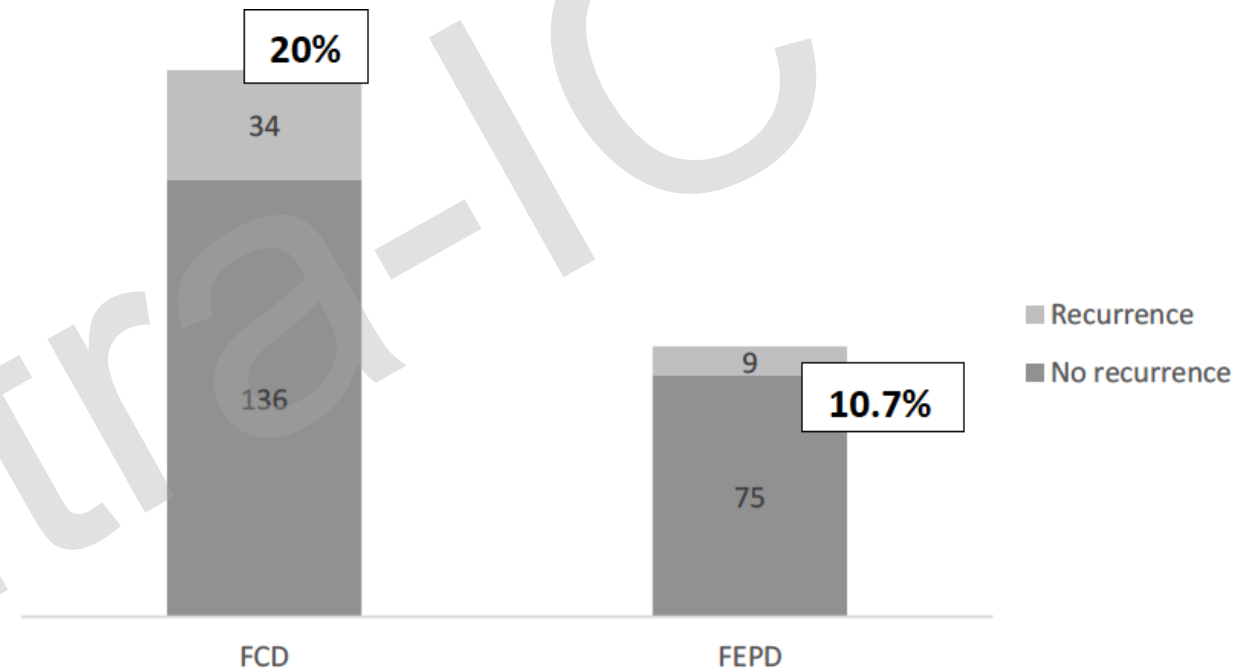
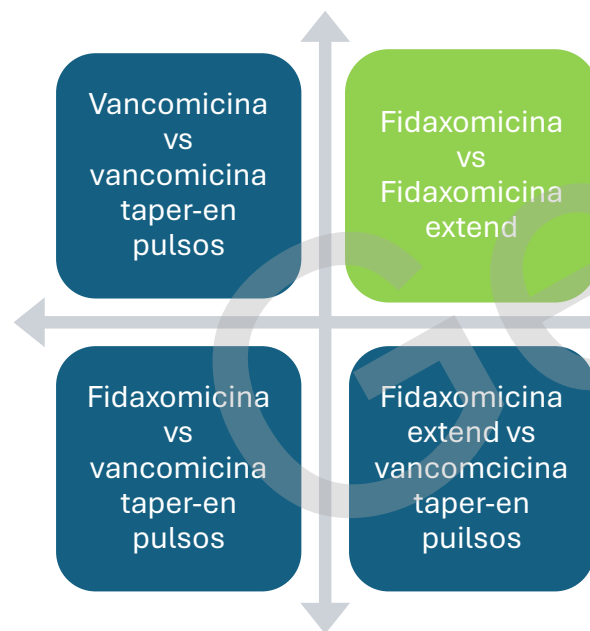
ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

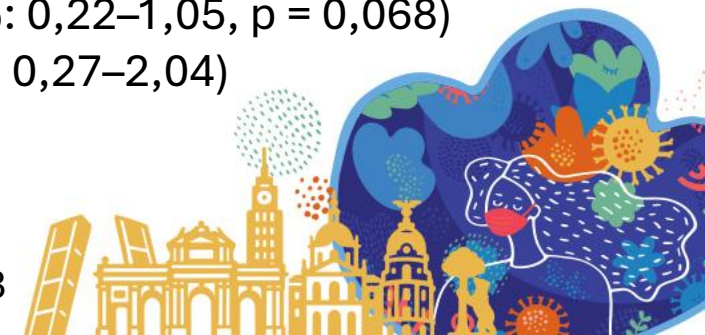
MADRID

Conventional versus extended-pulsed fidaxomicin dosing in patients at high risk of recurrence of *Clostridioides difficile* infection: a propensity score analysis

Rosa Escudero-Sánchez ^{1,2,3*}, Elena Rubio Martín⁴, Pilar Vizcarra ^{1,2,3}, Francisco Braojos Sánchez¹,
Álvaro Díaz Gago⁵, Laura Del Campo Albendeda^{6,7}, Alfonso Muriel^{3,6,7,8}, Ana Halperin ^{2,3,9},
Manuel Ponce Alonso^{2,3,9}, Santiago Moreno Guillén ^{1,2,3,8} and Javier Cobo^{1,2,3}



- Multivariante: OR: 0,48 (IC 95%: 0,22–1,05, p = 0,068)
- Propensión: OR = 0,74 (IC 95%: 0,27–2,04)



Initial Vancomycin Taper for the Prevention of Recurrent *Clostridioides difficile* Infection

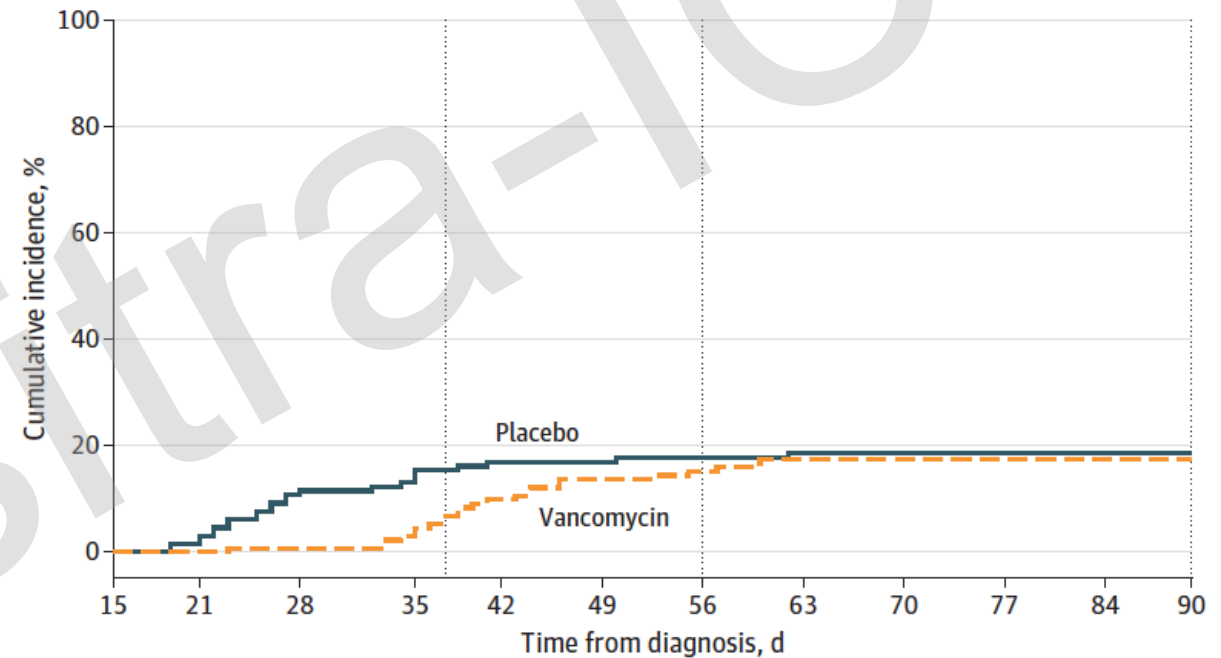
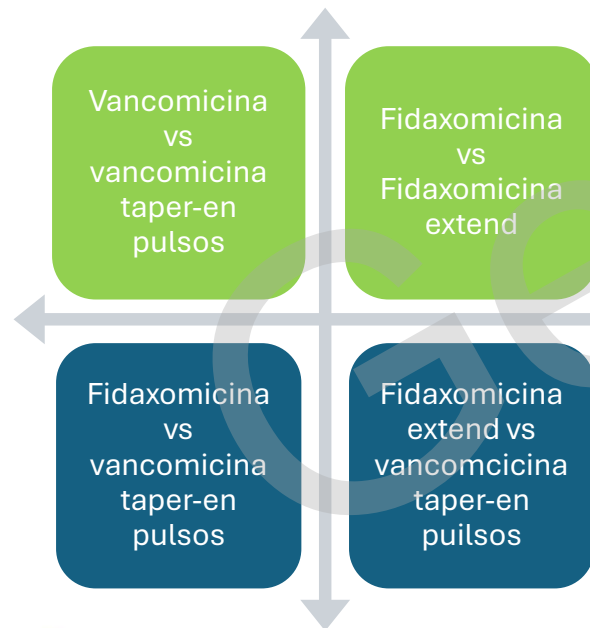
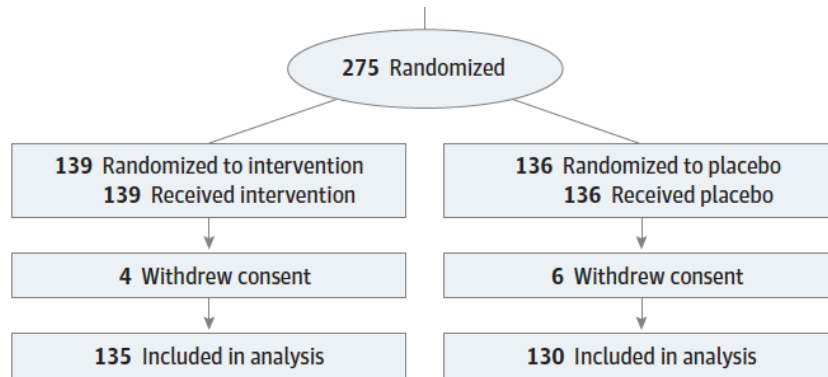
A Randomized Clinical Trial

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

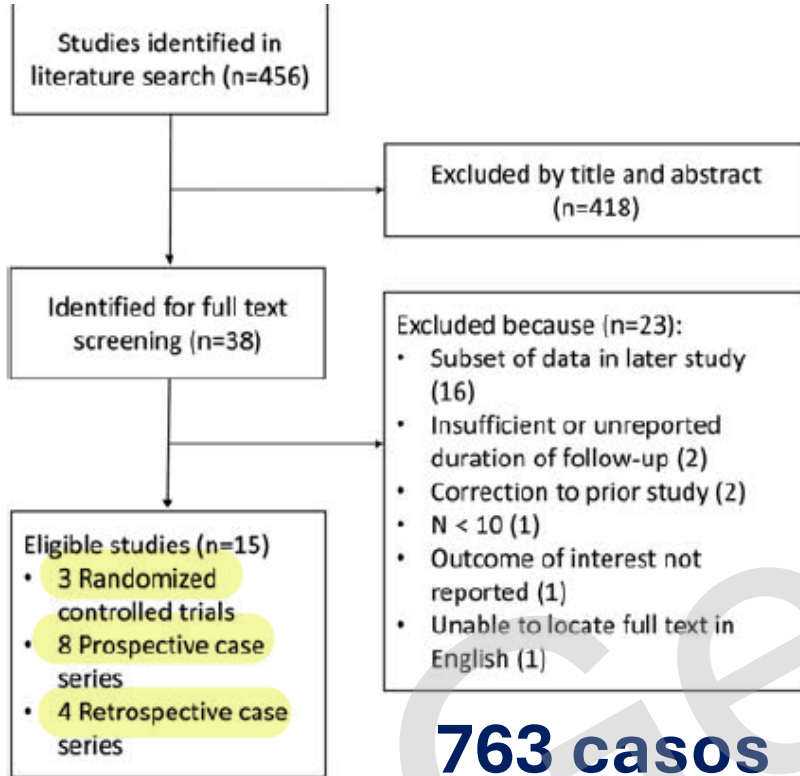
MADRID



- Recurrencia Vancomicina: 17.7%
- Recurrencia Vancomicina taper: 14.8%
- RR: 0,84 (IC 95%: 0,48–1,55)



Trasplante de Materia Fecal



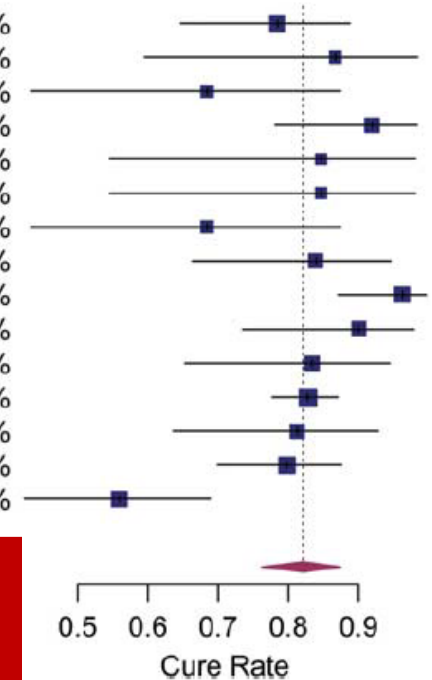
763 casos

- 5 con cápsulas congeladas
- 5 con cápsulas liofilizadas
- 2 tratadas con etanol (SER109)
- 3 no especificado

Oral Fecal Microbiota Transplant Capsules Are Safe and Effective for Recurrent *Clostridioides difficile* Infection
 A Systematic Review and Meta-Analysis

Charles Du, MD,* Yuying Luo, MD,* Samantha Walsh, MLS,† and Ari Grinspan, MD‡

Study	Cured	Total	Proportion	95% C.I.	Weight
Allegretti 2019	40	51	0.78	[0.65; 0.89]	7.8%
Cheminet 2018	13	15	0.87	[0.60; 0.98]	4.6%
Clancy 2018	13	19	0.68	[0.43; 0.87]	5.2%
Greenberg 2018	34	37	0.92	[0.78; 0.98]	7.0%
Hagel 2016	11	13	0.85	[0.55; 0.98]	4.2%
Hassoun 2018	11	13	0.85	[0.55; 0.98]	4.2%
Hirsh 2015	13	19	0.68	[0.43; 0.87]	5.2%
Jiang 2018	26	31	0.84	[0.66; 0.95]	6.6%
Kao 2017	51	53	0.96	[0.87; 1.00]	7.9%
Khanna 2019	27	30	0.90	[0.73; 0.98]	6.5%
Khanna 2016	25	30	0.83	[0.65; 0.94]	6.5%
Pringle 2019	225	272	0.83	[0.78; 0.87]	10.4%
Reigadas 2019	26	32	0.81	[0.64; 0.93]	6.7%
Staley 2018	71	89	0.80	[0.70; 0.88]	9.0%
Seres 2016	33	59	0.56	[0.42; 0.69]	8.2%

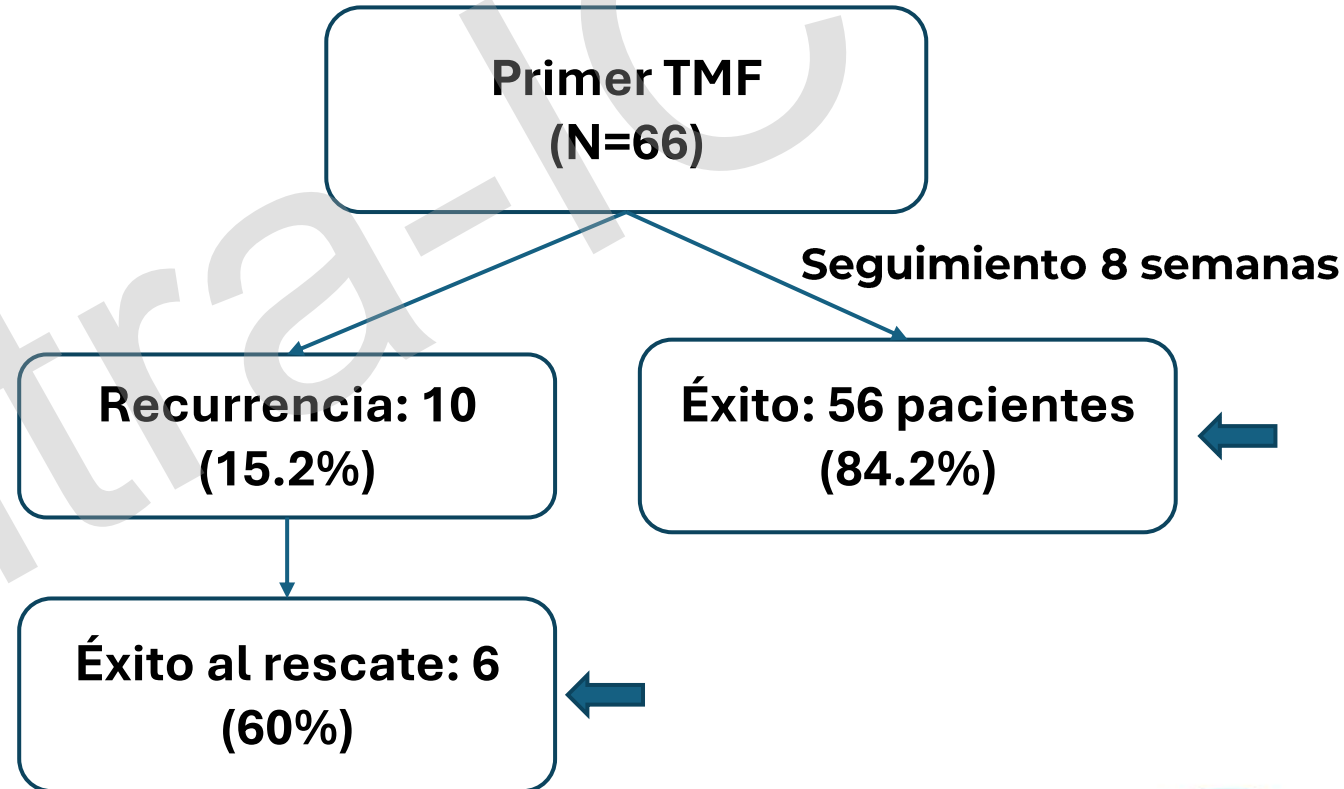


Eficacia: 82% (76%-87%)
8-12 semanas

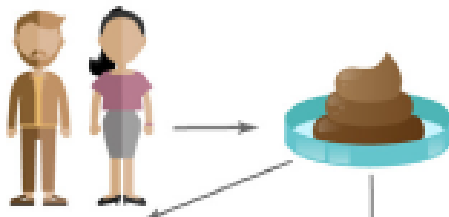
Datos propios: TMF

TOTAL 66	
Sexo (mujer)	39 (59%)
Edad	78.5 (70-87)
Pacientes del HRyC	25 (38%)
Tumor órgano solido	17 (26%)
Leucemia/Linfoma	4 (6%)
TPH	0 (0%)
TOS	2 (3%)
Charlson	3.5 (2-5)
Número de episodios	4 (3-4)
4 o más episodios	40 (60%)
Bezlotoxumab	29 (44%)

Inmunodeprimidos: 24 (36.4%)



Bioterapeúticos en ICD



PRODUCT NAME	RBX2660	SER-109	VE303
PRODUCT TYPE	FMT-DERIVED		BACTERIAL CONSORTIA
STOOL PROCESSING	Dilution (0.9% saline/polyethylene glycol)	Spore enrichment (50 – 70% v/v EtOH 2-hrs treatment)	Bacterial culture (8 strains of Clostridiales)
FORM OF DELIVERY	 Liquid enema	 4x Oral capsules	 2x / 10x Oral capsules Low dose / High dose 
REDUCTION OF rCDI	13.1%	28.0%	8.5% / 31.7%
BATCH-TO-BATCH VARIATION	● YES	● YES	● NO
CHARACTERIZATION OF COMPOSITION	● NO	● NO	● YES
RISK OF PATHOGEN (AMR) TRANSMISSION	● POSSIBLE	● POSSIBLE	● LIMITED



**RECOMENDACION
ES SOBRE EL USO
DE ANTIBIÓTICOS****RECOMENDACION
ES SOBRE EL USO
DE IBPS****ACCESIBILIDAD.
REDUCIR
REINGRESOS
EVITABLES****REDUCIR LA
ANSIEDAD,
RESOLVER DUDAS****INFORMACIÓN PARA PACIENTES Y
FAMILIARES SOBRE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans****¿EN QUÉ CONSISTE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans (Candidiasis)?**

Candida es un hongo que se encuentra con cierta frecuencia en personas sanas, formando parte de la flora bacteriana intestinal, en la cavidad bucal, en la vagina, etc. Sin embargo, la toma de antibióticos puede alterar la flora bacteriana normal, lo que favorece el desarrollo de esta infección.

**¿QUÉ SÍNTOMAS PRESENTA LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

La infección por Candida se manifiesta habitualmente por una diarrea hídrica que se produce por el efecto de los hongos en la flora intestinal. Los síntomas diagnosticados en la infección intestinal son: diarrea, dolor abdominal, náuseas, etc.

**¿CÓMO SE TRATA LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

Resolviendo la infección de Candida se elimina su causa y se evita su reaparición. En los casos más graves puede ser necesario el uso de medicamentos antifúngicos.

¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO?

El tratamiento con antifúngicos es muy eficaz y permite controlar la infección. En algunos casos puede ser necesario el uso de medicamentos antifúngicos.

**¿DEBO REALIZAR UNA PRUEBA AL FINALIZAR EL
TRATAMIENTO?**

No, después de finalizar el tratamiento, no es necesario realizar ninguna prueba para confirmar la curación.

**¿QUÉ DEBO HACER SI REAPARECEN
LOS SÍNTOMAS?**

Si los síntomas reaparecen, debes contactar con tu médico para que valore la situación y te indique el tratamiento adecuado.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA EVITAR NUEVOS EPISODIOS?

Para evitar nuevos episodios de infección por Candida, debes seguir algunas recomendaciones: no tomar antibióticos sin necesidad, mantener una buena higiene personal, etc.

**¿ES CONVENIENTE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

No, la infección por Candida no es conveniente, ya que puede causar molestias y complicaciones.

¿PUEDE RECIBIR VISITAS EN EL HOSPITAL?

La infección por Candida no requiere visitas al hospital, ya que se trata de una infección leve.

**¿ES CONVENIENTE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

No, la infección por Candida no es conveniente, ya que puede causar molestias y complicaciones.

**¿QUÉ DEBO HACER SI REAPARECEN
LOS SÍNTOMAS?**

Si los síntomas reaparecen, debes contactar con tu médico para que valore la situación y te indique el tratamiento adecuado.

¿QUÉ PUEDO HACER PARA EVITAR NUEVOS EPISODIOS?

Para evitar nuevos episodios de infección por Candida, debes seguir algunas recomendaciones: no tomar antibióticos sin necesidad, mantener una buena higiene personal, etc.

**¿ES CONVENIENTE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

No, la infección por Candida no es conveniente, ya que puede causar molestias y complicaciones.

¿PUEDE RECIBIR VISITAS EN EL HOSPITAL?

La infección por Candida no requiere visitas al hospital, ya que se trata de una infección leve.

**¿ES CONVENIENTE LA INFECCIÓN POR
Candida albicans?**

No, la infección por Candida no es conveniente, ya que puede causar molestias y complicaciones.

¿PUEDE RECIBIR VISITAS EN EL HOSPITAL?

La infección por Candida no requiere visitas al hospital, ya que se trata de una infección leve.

Comunicación Microbiología-Infecciosas

Comunicación equipo médico

Recomendaciones control infección

Valoración clínica

¿Indicación de tratar?

Gravedad

Riesgo de recurrencia

Recomendación terapéutica**Oportunidades**

Revisar indicación IBPs

Revisar indicación ABCos

Seguimiento

Información escrita al paciente

Facilitar acceso si recurrencia

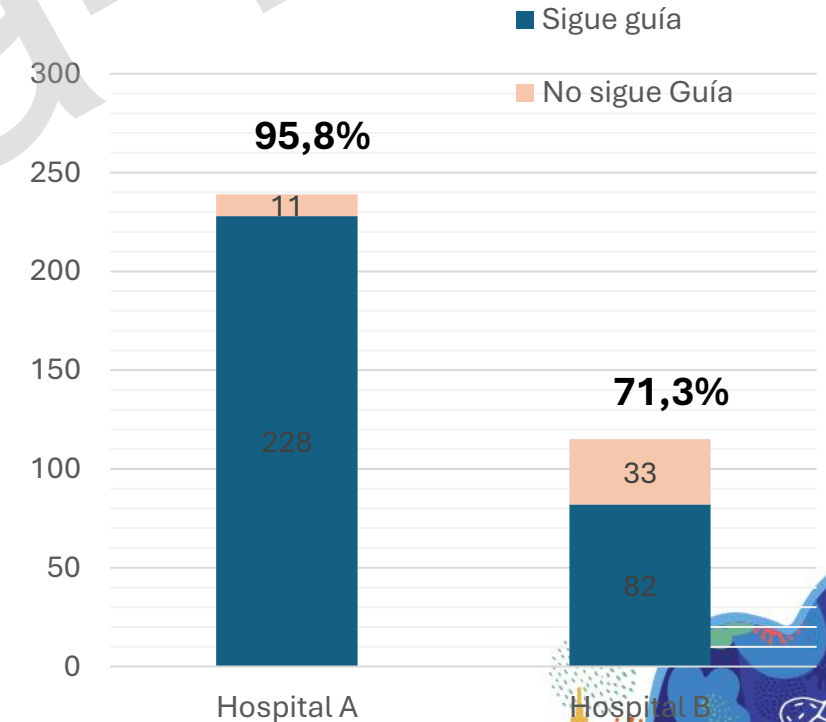
Impact of an Intervention Program on *Clostridioides difficile* Infections: Comparison of 2 Hospital Cohorts

Sara Kamel,^{1,a} María Dolores Corbacho-Loarte,^{2,3,a} Rosa Escudero-Sánchez,^{2,3} Ana Halperin,⁴ Sergio Llorente,¹ Sara María Quevedo,⁵ Cecilia Suárez-Carantón,^{6,7} Laura del Campo,^{8,9} María Soledad Hernández,¹⁰ Santiago Moreno Guillen,^{2,3,7} and Javier Cobo^{2,3}

Table 3. 12-Week Follow-up of Patients With CDI After Completing Treatment

	No. (%)		P Value
	Hospital A (n = 238)	Hospital B (n = 115)	
Recurrence			
12 wk	39 (16.4)	17 (14.8)	.70
Health care associated ^a	15 (38.5)	4 (23.5)	.36
Admission ^b	14 (35.9)	12 (70.6)	.017
Follow-up visit			
To emergency department	93 (39.1)	48 (41.7)	.63
To emergency department related to CDI ^b	16 (17.2)	17 (35.4)	.016
Mortality			
Overall	50 (21)	23 (20)	.83
Related to CDI ^b	7 (14.3)	6 (26.1)	.22

Administración de tratamiento según guía clínica



Mensajes claves

5 Y 6 MARZO 2026

ICOMEM

Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid

MADRID



Detección de *C. difficile* toxigénico: Es frecuente en el inmunodeprimido

Establecer su papel causal en la diarrea es un reto clínico: debe diferenciarse colonización de infección activa.



Gravedad y recurrencia en inmunodeprimido

Similares a las de pacientes inmunocompetentes, aunque con perfiles de riesgo específicos según el tipo de inmunocompromiso.



Relación bidireccional con la EICH

Asociación recíproca entre ICD y enfermedad injerto contra huésped: la ICD puede desencadenar o agravar la EICH, y viceversa.



Fidaxomicina como primera línea, sobre todo si riesgo de recurrencia

Valorar el uso de fidaxomicina en primera línea frente a vancomicina, dado su perfil superior de respuesta sostenida.



TMF y bioterapéuticos: experiencia favorable y futuro prometedor

Existe experiencia favorable con el **trasplante de microbiota fecal (TMF)** en inmunocomprometidos.

Los bioterapéuticos emergen como la **estrategia más prometedora para reducir las recurrencias** en el futuro próximo.



A word cloud featuring the phrase "Thank You" in numerous languages and scripts. The central text "THANK YOU" is prominently displayed in large, bold, black capital letters. Surrounding this central text are various translations of "Thank You" in different languages, including English (e.g., "GRACIAS", "ARIGATO", "SHUKURIA", "JUSPAXAR", "BOLZIN", "MERCI"), Hindi (e.g., "DANKSCHEEN", "TASHAKKUR ATU", "SUKSAMA", "EKMET", "TINGKI", "BIYAN", "SHUKRIA"), Urdu (e.g., "SHUKRIYA", "MERASTAWHY", "GAEJTHO", "GOZAIMASHITA", "EFCHARISTO", "AGUYJE", "FAKAAUE", "KOMAPSUMNIDA", "MAAKE", "LAH", "MAKETRI", "MINMONCHAR"), Persian (e.g., "DANKSCHEEN", "TASHAKKUR ATU", "SUKSAMA", "EKMET", "TINGKI", "BIYAN", "SHUKRIA"), Arabic (e.g., "SHUKRIYA", "MERASTAWHY", "GAEJTHO", "GOZAIMASHITA", "EFCHARISTO", "AGUYJE", "FAKAAUE", "KOMAPSUMNIDA", "MAAKE", "LAH", "MAKETRI", "MINMONCHAR"), Chinese (e.g., "DANKSCHEEN", "TASHAKKUR ATU", "SUKSAMA", "EKMET", "TINGKI", "BIYAN", "SHUKRIA"), and many others. The words are arranged in a circular pattern around the central text, with some words appearing in larger fonts than others.