



## A-7. - AUMENTO DE RESISTENCIA DE *ESCHERICHIA COLI* A AMOXICILINA-CLAVULÁNICO EN INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO. DESCRIPCIÓN DE FACTORES ASOCIADOS

L. Mérida Rodrigo<sup>1</sup>, A. del Arco Jiménez<sup>2</sup>, J. de la Torre Lima<sup>2</sup>, J. Olalla Sierra<sup>2</sup>, J. García Alegría<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Alta Resolución de Benalmádena. Benalmádena (Málaga). <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga).

### Resumen

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de *Escherichia coli* (EC) resistente a amoxicilina-clavulánico (AMC) en infecciones del tracto urinario (ITU) así como los factores asociados.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes con urocultivo positivo para EC procedentes del servicio de Urgencias tanto si ingresaban como si eran dados de alta y pacientes ingresados en planta. Ámbito temporal: primer semestre de 2009. Se define EC resistente aquella con CMI > 2. Dos grupos: infección por EC resistente (ECR) a AMC y sensible a AMC (ECS). Variables analizadas: demográficas, clínicas, factores predisponentes y terapéuticas. Se realizó Chi-cuadrado para variables cualitativas y t-Student para cuantitativas.

**Resultados:** Se incluyeron 226 pacientes con una edad media de 68 años. Se aislaron 21% de *E. coli* resistentes a AMC, de los cuales el 5% fueron productores de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y un 15% de sensibilidad intermedia a AMC. Ni la diabetes (ECR 29% vs ECS 70%,  $p = 0,069$ ), ni la insuficiencia renal (ECR 26% vs ECS 79%,  $p = \text{NS}$ ) ni la uropatía obstructiva (ECS 16% vs ECR 83%  $p = \text{NS}$ ) ni el sondaje vesical permanente (ECR 24% vs ECS 76%,  $p = \text{NS}$ ) se asociaron a un mayor riesgo de infección por *E. coli* resistente. Algún tipo de inmunodeficiencia (no HIV o asociada a esteroides) fue vista en el grupo de ECR (57% vs 43%,  $p = 0,067$ ). La tasa de demencias fue mayor en el grupo ECS (81% vs 19%,  $p = \text{NS}$ ) y la procedencia de residencia fue menor en ECR (20% vs 80%,  $p = \text{NS}$ ). No hubo diferencias significativas en cuanto a ITU de repetición en el año previo (ECR 15% vs ECS 85%,  $p = \text{NS}$ ), no obstante si se encontraron diferencias significativas en cuanto a la manipulación urológica del año previo (ECR 21% vs ECS 79%  $p = 0,005$ ). No hubo diferencias en el uso de antibioterapia previa (ECR 21% vs ECS 79%,  $p = 0,06$ ). La tasa de infecciones por *E. coli* BLEE fue superior en el grupo ECR (55% vs 45%,  $p = \text{NS}$ ). El grupo de ECR tuvo un riesgo mayor de sepsis (RR 1,9 IC95% 1,05-3,45) y una mayor tasa de muertes en el ECR (62% vs 38%,  $p = 0,011$ ), se obtuvieron urocultivos de control en el 85% de los casos, siendo la erradicación más dificultosa en el grupo de ERC (17%, RR 0,43 IC95% 0,25-0,73,  $p = 0,006$ ). Las visitas a Hospital de Día se asoció con un mayor riesgo de infección por *E. coli* resistente (RR 3,12 IC95% 1,74-5,41). La infección del tracto urinario bajo fue la más frecuente (77%). La antibioterapia con quinolonas se realizó en el 26%, cefalosporinas y fosfomicina en el 18%. El 29% fueron infecciones comunitarias.

*Conclusiones:* En nuestro medio existe una elevada prevalencia de E. coli resistente a amoxicilina-clavulánico, lo que nos obliga a cambiar nuestra actividad médica diaria. Debemos seleccionar una mejor antibioterapia empírica, sobre todo en, manipulaciones urológicas previas, pacientes con sepsis y pacientes asiduos a Hospital de Día. La mortalidad en pacientes con ECR es mayor y la tasa de erradicación de urocultivos en este grupo es menor.