

4. Alós JL, Carnicero M. Consumo de antibióticos y resistencia bacteriana a los antibióticos: «algo que te concierne». *Med Clin (Barc)* 1997; 109 (7): 264-270.
5. Orero A, González J, Prieto J. Antibióticos en los hogares españoles. implicaciones médicas y socioeconómicas. *Med Clin (Barc)* 1997; 109: 782-785.
6. Gil J. Automedicación en infección respiratoria aguda: ¿una estrategia a potenciar en educación para la salud? *Aten Primaria* 1998; 22: 262-263.

Infecciones del tracto urinario en atención primaria

Antibióticos; Infecciones urinaria.

Sr. Director: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las patologías más habituales en nuestra práctica diaria. Por tal motivo, decidimos realizar un estudio de las ITU de nuestro centro de salud, para conocer sus características y ver si los resultados eran similares o diferían con los de otras series.

Nuestros objetivos eran: ver la correlación entre la sospecha clínica y los resultados de los urocultivos, la antibioterapia empírica habitual, los microorganismos más frecuentes hallados en los urocultivos y las resistencias frente a antibióticos. Diseñamos un *estudio descriptivo*, tomando como ámbito de estudio el área de nuestro centro de salud. Incluimos en el estudio aquellos sujetos que tenían clínica sugestiva de infección urinaria. Se excluyeron aquellos que ya habían iniciado tratamiento y los urocultivos «contaminados». Para todo ello, utilizamos las historias clínicas y el archivo del centro de salud. En total, fueron 744 urocultivos solicitados durante 9 meses. Hemos obtenido los siguientes resultados: 744 urocultivos (559 mujeres, 185 varones); 316 (42,47%) positivos (239 mujeres, 78 varones). Tratamiento empírico en 208 (38,29% tuvieron urocultivo [+]) y 34,38 [-]). Urocultivos de control, 146: 5 positivos, 141 negativos. Microorganismos: *E. coli* (76,89%), *E. cloacae* (4,43%). Resistencias: ampicilina/amoxicilina, 33,86% (*E. coli*, 77,57%); pipemídico, 16,77% (*E. coli*, 90,56%); trimetoprim-sulfametoazol, 23,10% (*E. coli*, 72,60%); norfloxacino, 15,18% (*E. coli*, 60,41%; *E. faecalis*, 20,83%); ciprofloxacino, 9,16% (*E. coli*, 31,03%; *E. faecalis*, 34,48%); cefazolina, 6,01%; amoxiclavulánico,

3,16%. Tratamientos tras antibiograma: amoxiclavulánico, 26,82%; norfloxacino, 23%; pipemídico, 15,33%; cefuroxima, 11,49%. Cambio de tratamiento empírico tras urocultivo y antibiograma, 6,64%.

Hemos llegado a las siguientes conclusiones: la sospecha clínica se corresponde con urocultivo positivo en el 42,47%; los urocultivos positivos son más frecuentes en mujeres (75,63%) y negativos en varones (58,68%); el urocultivo de control fue negativo en un 96,57%; el tratamiento empírico más habitual es norfloxacino, amoxicilina-ácido clavulánico o fosfomicina. Los microorganismos más frecuentes son *E. coli* (78,89%) y *E. cloacae* (4,43%). Hay un importante número de resistencias frente a ampicilina/amoxicilina (33,86%), trimetoprim-sulfametoazol (23,10%), norfloxacino (15,18%). En general, el tratamiento empírico fue adecuado (93,36%).

En la bibliografía hemos encontrado que un 12,6% de los urocultivos remitidos desde el centro de salud eran positivos y un 25,3% de los pacientes hospitalizados. La distribución bacteriana era similar, excepto enterococe y estafilococo coagulasa negativo, que eran más frecuentes en hospitalizados. Se aislaron: *E. coli* (69%), *Enterobacter* (4%) y *Pseudomonas* (4%). *E. coli* presentó resistencias frente a quinolonas, ácido pipemídico y nitrofurantoína, y alta sensibilidad frente a fosfomicina, cefuroxima y amoxicilina-ácido clavulánico¹. Más del 50% de las infecciones en varones de más de 50 años eran complicadas; en mujeres, este porcentaje disminuía, especialmente si tenían menos de 50 años². Se está produciendo un incremento en el número de resistencias a los antibióticos utilizados más frecuentemente. *E. coli* sigue siendo el patógeno más aislado, habiendo descendido la susceptibilidad frente a amoxicilina-ácido clavulánico al 65,9% en algunas series. Éste presenta una gran susceptibilidad a cefixima a la CIM, lo que sugiere que podría llegar a ser una alternativa en el tratamiento empírico de primera línea en las ITU no complicadas³. Meropenem es bacteriológicamente eficaz en el 90% de las ITU severas complicadas⁴. Las resistencias varían a lo largo de los años, según muestra un estudio para *E. coli* en 1991, 1994 y 1997, con las siguientes resistencias frente a ampicilina (30, 45 y 39%), carbenicilina (29, 42 y

39%), tetraciclinas (29, 40 y 23%) y T-S (15, 32 y 15%) (S). Las resistencias frente a ciprofloxacino han ido aumentando. Algunas series: *E. coli* 18%, *Krebsiella* sp., 19% y *Pseudomonas* sp., 30%⁶.

**I. Ibarburu Valbuena,
J. Labracá Sánchez, M. Lerma
Lucas y B. Solanas Mateo**

Centro de Salud Santa Faz-Ayuntamiento.
Alicante.

1. Atienza MP, Castellote FJ, Romero C. Urinary tract infection and antibiotic sensitivity in the South of Albacete, Spain. *An Med Intern* 1999; 16 (5): 236-238.
2. Kumamoto Y, Tsukamoto T, Hirose T. Comparative studies on activities of antimicrobial agents against causative organisms isolates from patients with urinary tract infections (1997) II. Background of patients. *Jpn J Antibi* 1999; 52 (2): 130-145.
3. García-Rodríguez JA. Bacteriological comparison of cefixime in patients with noncomplicated urinary tract infection in Spain. Preliminary results. *Chemotherapy* 1998; 44 (Supl 1): 28-30.
4. Lopatkin NA, Derevianko II, Khodyrev LA. Efficacy of meropenem in the treatment of severe complicated urinary tract infection. *Antibiot Khimioter* 1999; 44 (3): 19-21.
5. Dyer IE, Sankary TM, Dawson JA. Antibiotic resistance in bacterial urinary tract infections, 1991 to 1997. *West J Med* 1998; 169 (5): 265-268.
6. Iqbal J, Rahman M, Kabir MS. Increasing ciprofloxacin resistance among prevalent urinary tract bacteria! isolated in Bangladesh. *Jp J Med Sci Biol* 1997; 50 (6): 241-250.

La evaluación terapéutica centrada en... el fármaco

Fármacos genéricos;
Prescripción farmacológica;
Uso racional medicamentos.

Sr. Director: A lo largo del pasado año 1999, se han publicado en su revista algún editorial y carta al director relacionados con la prescripción racional en atención primaria, que nos sugieren algunos comentarios ligados a nuestra experiencia de médica de familia y a la docencia con los residentes (de MFyC) sobre dicho tema. El concepto de prescripción racional tiene en cuenta desde el punto de vista del fármaco la eficacia, seguridad y coste, completándose la «racio-