



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



P-125 - RESISTENCIA A ANTIBIOTERAPIA EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO INFECTADO ATENDIDOS EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE PIE DIABÉTICO. FACTORES DE RIESGO

C. Soriano LÓpez, M. Flores, T. Arguello Gordillo, C. Guillén Morote, J.R. Romero, E. Santacruz Cerdá y R. Sánchez Ortega

Hospital General Dr. Balmis, Alicante, España.

Resumen

Objetivos: Describir los resultados del primer cultivo recogido en úlceras de pacientes con pie diabético (PD) infectado atendidos en la Unidad de Pie Diabético (UPD) del HGUDrB-Alicante entre 2019-2022: patógenos y resistencia a antibioterapia (ATB) de primera línea (amoxiclavulánico) y segunda línea (clindamicina + ciprofloxacino/cotrimoxazol). Analizar las diferencias en el patrón de gérmenes y resistencias según ATB previa. Riesgo de osteomielitis, amputaciones y mortalidad en función del germen, la resistencia antibiótica y el grado Texas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de pacientes atendidos UPD con al menos 1 cultivo microbiológico. Variables: Tipo de diabetes y años de evolución, comorbilidades asociadas, control glucémico (HbA1c). Semanas de evolución de la úlcera. Antibioterapia previa a la toma del cultivo. Patógenos implicados. Resistencia ATB. Osteomielitis, amputación y mortalidad. Análisis estadístico: test de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la normalidad de la distribución. Descriptivo de variables cuantitativas: media \pm desviación estándar en distribuciones paramétricas, mediana [p25-75] en no paramétricas. Se han realizado tablas de contingencia (chi cuadrado), test ANOVA de un factor, prueba t y test de Mann-Whitney. Análisis con SPSSv.25.

Resultados: Se seleccionaron 81 pacientes: 70% hombres; 67 años [59-75]; DM tipo 1 (DM1) 18,5% (15), DM tipo 2 (DM2) 80,2% (65) y DM secundaria a pancreatitis crónica 1,2% (1); $20,6 \pm 13,2$ años de evolución; $7,67 \pm 1,48\%$ hBA1c en la primera visita. Comorbilidades: enfermedad renal crónica 55,6%, hemodiálisis 9,9% y arteriopatía 76,5%. El 35,8% de los cultivos fueron polimicrobianos, siendo el estafilococo el germen más frecuente (41,7%) seguido de *Pseudomonas* (18,2%). El 48,4% de los pacientes había recibido una tanda previa de ATB, estando asociado al grado de TEXAS. El 14,8% de los cultivos fue negativo, sin relación con el tratamiento ATB previo. En cuanto a las resistencias a ATB, el 42,8% lo eran para amoxiclavulánico y el 13,6% frente a 2ª opción. El tratamiento ATB previo se asoció a resistencia a amoxiclavulánico ($p = 0,008$). La toma previa de ATB se asoció a un mayor riesgo de infección por *E. coli* [OR 2,1 (1,7-2,7), $p > 0,05$]. La resistencia ATB o el cultivo negativo no se asociaron con una mayor tasa de amputaciones u osteomielitis. 15 pacientes fallecieron durante el seguimiento, 4 relacionado con PD. Todos los pacientes que fallecieron por PD presentaban resistencia a 2ª línea de tratamiento ATB ($p = 0,002$) y habían recibido tratamiento antibiótico previamente ($p = 0,055$). La infección por enterococo. Se asoció con mayor riesgo de mortalidad por PD (10,57 [1,75-63,98], $p = 0,036$).

Conclusiones: La resistencia a amoxiclavulánico fue frecuente en nuestra muestra, estando en relación con la toma previa de antibióticos. Sin embargo, esta resistencia no se asoció con mayor tasa de amputaciones. La

resistencia a ATB de 2ª línea y la presencia de enterococo se asoció con mayor mortalidad secundaria a PD.