XVI CONGRESO PANAMERICANO DE INFECTOLOGÍA
y XXX CONGRESO CHILENO DE INFECTOLOGÍA - SANTIAGO, CHILE

XVI API CHILE 2013

28 de Mayo al 1º de Junio de 2013 · Hotel Sheraton · Santiago, Chile

SOCIEDAD CHILENA DE INFECTOLOGÍA

ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA

La Sociedad Chilena de Infectología agradece a las Empresas Auspiciadoras su valiosa colaboración en la realización del XVI Congreso Panamericano de Infectología y XXX Congreso Chileno de Infectología de 2013.

CATEGORÍA PLATINUM

MSD

CATEGORÍA GOLD

Pfizer

CHIECA1613035

CATEGORÍA SILVER

GILEAD | Gador *Al Cuidado de la Vida*

gsk GlaxoSmithKline

CATEGORÍA BRONCE

BD

BIOMÉRIEUX

SANOFI PASTEUR

Stand Expositores

FRESENIUS KABI caring for life

abbvie

LABORATORIO CHILE. Producto de tu confianza

LIBRA

Roche

NOVARTIS VACCINES AND DIAGNOSTICS

QIAGEN

ROCHEM BIOCARE Cepheid

Auspiciadores 2

Bienvenida 4

Organizadores y Sociedades Patrocinadoras 6

Medallas API y Distinciones 7

Homenaje a Profesor Dr. André Villela Lomar 8

Información general
· Comité Organizador 9
· Comité Científico 9
· Comité Internacional 9
· Docentes Nacionales e Internacionales 10
· Información General para Asistentes y Speakers 11
· Actividades Sociales 11

· **Cursos Precongreso día 28 de Mayo 2013**
- Microbiología Clínica 12
- Jornadas del Residente 13
- Inmunocomprometidos 14

· **Programa Científico por día**
- Miércoles 29 de Mayo 2013 15
- Jueves 30 de Mayo 2013 18
- Viernes 31 de Mayo 2013 22
- Sábado 1º de Junio 2013 26
· Plano de Santiago y Hoteles 27
· Programa Científico en una Mirada 28
· Plano Centro de Convenciones 36

Trabajos Científicos
· Comunicaciones Orales 38
· Poster 86
· Indice de autores 166

Estimados Amigos y Colegas:

A nombre del Comité Científico y organizador del XVI Congreso de la Sociedad Panamericana de Infectología y XXX Congreso de la Sociedad Chilena de Infectología, es un placer darles una cordial bienvenida a Santiago de Chile.

Es un orgullo para nosotros que Chile sea el país anfitrión de este congreso, que se ha constituido como el principal evento de Infectología del ámbito latinoamericano, y una tribuna destacada tanto de conferencias, simposios, así como de trabajos originales relacionados con la especialidad y orientados especialmente a la realidad latinoamericana.

Hemos hecho un gran esfuerzo, destacándose especialmente la Sociedad Chilena de Infectología y nuestros distinguidos auspiciadores, con la colaboración de los más reconocidos especialistas latinoamericanos, a fin de brindar lo que sabemos, será un evento de gran calidad científica, así como una estupenda oportunidad de compartir experiencias laborales y de convivencia con los colegas de nuestro continente.

Hemos dado también participación a colegas jóvenes, emprendedores, junto con aquellos consagrados en lo que prevemos será una excelente experiencia.

Lo invitamos a participar y a disfrutar del programa científico, de actividades sociales, de la hospitalidad y riqueza turística de nuestro país, en lo que definimos como una travesía, por la ciencia, la gente y nuestra geografía.

Bienvenidos.

Dr. Luis Bavestrello F.
Presidente
XVI Congreso Panamericano de Infectología

Estimados Amigos y Colegas:

Cuando con altura de miras vemos hacia América, reconocidamente distinguimos un par de extensos países seguidos de un sinnúmero de banderitas que muchas veces parecen simples luces atenuadas tras la niebla. Si nos acercamos más, podremos ver en muchas de ellas soles, estrellas y cóndores, manifestación clara de los lugares dónde querían llegar las esperanzas de nuestros nobles fundadores. Ese espíritu soñador, quizá arrogante, debe impulsarnos a remirar nuestra tierra, en que ya hace algunos años podemos apreciar grupos de países que logran cruzar fronteras de desarrollo, que poco tiempo atrás más bien parecían cadenas. Y así, actualmente, nos encontramos con cada vez más zonas del continente que se presentan con fuerza innovadora, ímpetu creador y renovado vigor, logrando éstos generar nuevas ideas y conceptos.

Es posible, que no sea así como exactamente vieron la mayoría de nuestros próceres independistas el próspero futuro de nuestras naciones, pero me parece que es una realidad superior a la que ellos quisieron construir. Estos brotes crecientes, lejos de satisfacernos, deben ser nuestra motivación para continuar nuestros pasos, conociendo mejor nuestra realidad de salud, profundizando en nuestros problemas, creando nuestras propias soluciones y conquistando nuestras nuevas metas. Este es el momento de la historia en que nos encuentra este Congreso de la Asociación Panamericana de Infectología, listo para poner su eslabón en esta cadena legendaria que se construye en nuestra América, la que toda junta ruge en este siglo proclamando su lugar en el mundo. ¡Bienvenidos al Congreso API CHILE 2013!

¡Bienvenido aquél que crea y construye!

Dr. Mario Calvo A.
Presidente
Sociedad Chilena de Infectología

Estimados Amigos y Amigas

Es una alegría darles la bienvenida al Congreso Panamericano de Infectología 2013, la gran reunión de los Infectólogos y Microbiólogos de Latinoamérica.

Nuestro encuentro que API realiza cada dos años es la gran oportunidad para aprender de quienes tienen la experiencia en los grandes temas de la Infectología y conocer las novedades en el diagnóstico clínico y de laboratorio, la epidemiología y al tratamiento de las patologías infecciosas que constituyen nuestros desafíos.

Creemos que en esta oportunidad estamos ofreciendo un excepcional contenido de temas en diferentes formatos y entregado por excelentes expertos. El Programa Científico incluye 14 Conferencias, 42 Simposios, 4 Talleres y Reuniones de Trabajo que abarcarán una amplia gama de temas relevantes y de gran vigencia para nuestra especialidad.

También, en el día previo al inicio del Congreso, se han diseñado dos cursos de gran relevancia para infectólogos y microbiólogos y en especial quisiera destacar la denominada Jornada del Residente. Esta es una excelente iniciativa que se ha desarrollado en Congresos anteriores que reúne a los médicos en formación en Infectología de Latinoamérica para aprender de temas de interés transversal y de la discusión de casos clínicos junto a un panel de destacados expertos.

Es también la gran oportunidad de juntarnos, de conocernos, de conversar e intercambiar experiencias, de planificar proyectos conjuntos y de disfrutar de esta oportunidad única que nos ofrece las Asociación Panamericana de Infectología.

Los talleres planificados como parte del Programa tienen también una interesante connotación, en ellos se discutirán aspectos relevantes de cada problema clínico abordado y se diseñarán propuestas comunes para los países Latinoamericanos, cuyos avances serán evaluados en el próximo Congreso de API en el 2015.

También quisiera mencionar los Simposios Satélites que se realizarán durante los días de Congreso sobre temas de gran interés.

En forma especial los invito a participar de la Ceremonia Inaugural y en la Ceremonia de Clausura oportunidad en que escucharemos dos interesantes conferencias plenarias.

Sabemos que el Programa preparado con gran dedicación por el Comité Científico les permitirá alcanzar plenamente sus expectativas.

Con gran entusiasmo les decimos bienvenidos y disfruten del Congreso.

Con afecto.

Dra. María Eugenia Pinto Claude
Presidente Comité Científico

Organiza:

SOCIEDAD CHILENA DE INFECTOLOGÍA

ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA

Universidades patrocinadoras:

Facultad de Medicina
Universidad Austral de Chile

Facultad de Medicina
Universidad de los Andes

Facultad de Medicina
udp

Facultad de Medicina
Universidad Mayor

Facultad de Medicina
Universidad Finis Terrae

Facultad de Medicina
Universidad de Chile

Facultad de Medicina

Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo

Sociedades patrocinadoras:

Sociedad Médica de Santiago

Sociedad Chilena de Reumatología

Sociedad Chilena de Dermatología

Sociedad Chilena de Medicina Intensiva

Sociedad Chilena de Alergia e Inmunología

Sociedad Chilena de Trasplante

Sociedad Chilena de Nefrología

Sociedad de Geriatría y Gerontología de Chile

Sociedad Chilena de Parasitología

Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias

Reconocimiento de la Sociedad Panamericana de Infectología a Médicos destacados por su servicio y entrega a la especialidad.

MEDALLA "Raúl Istúriz"
Por destacados servicios a Asociación Panamericana de Infectología

Dra. Pilar Ramón-Pardo
OPS Estados Unidos

Dr. Carlos Bergallo
Argentina

Dra. María Eugenia Pinto
Chile

MEDALLA "Eduardo Gotuzzo"
Reconocimiento al Mérito Científico

Dra. María Virginia Villegas
Colombia

Dr. Carlos Seas
Perú

Dra. María Elena Santolaya
Chile

MEDALLA "Isidro Zavala"
Al Investigador Joven

Dr. Julio Medina
Uruguay

Dr. Ricardo Rabagliati
Chile

HOMENAJE

DR. ANDRE VILLELA LOMAR (1947-2013)

Con gran tristeza lamentamos la reciente partida del Dr. André Villela Lomar, prestigioso internista e infectólogo quién cumplió una brillante carrera profesional en Brasil, su país natal.

Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Mogi das Cruzes e Infectólogo del Instituto de Infectología Emilio Ribas, fue también Maestro en Enfermedades Infecciosas y Parasitarias en la Universidad de Sao Paulo.

Presidente de la Sociedad Brasilera de Infectología (1992-1996), Presidente de la Asociación Panamericana de Infectología (1996-1998), Fellow del American College of Physicians, miembro de International Society of Infectious Diseases e International Society of Chemotherapy entre otras sociedades.

Fue por sobre todo un gran médico, un gran docente, un gran amigo, entusiasta, generoso, un líder en la Infectología latinoamericana.

El Dr. André Villela Lomar estará por siempre en nuestro recuerdo.

COMITÉ ORGANIZADOR

Dr. Luis Bavestrello
Presidente

Dr. Pablo Vial
Vice - Presidente

Dr. Guillermo Acuña
Presidente Honorario

Dr. Michel Serri
Secretario Ejecutivo

Dra. María Eugenia Pinto
Presidente Comité Científico

Dra. Stephanie Braun
Secretaria Coordinadora

Dra. Mónica Lafourcade
Secretaria Coordinadora

Dra. Jeannette Dabanch
Tesorera

COMITÉ CIENTÍFICO

Dra. María Cristina Ajenjo

Dra. Marcela Cifuentes

Dra. Claudia Cortés

Dr. Luis Delpiano

Dr. Alberto Fica

Dra. Patricia García

Dr. Jaime Labarca

Dra. Mónica Lafourcade

Dra. Alma Muñoz

Dr. Luis Miguel Noriega

Dra. Cecilia Perret

Dra. María Eugenia Pinto (Presidente)

Dra. María Elena Santolaya

Dr. Francisco Silva

Dr. Luis Thompson

Dr. Pablo Vial

COMITÉ INTERNACIONAL

Dr. Carlos Bergallo (Argentina)

Dra. Ana Paulina Celi (Ecuador)

Dr. Sergio Cimerman (Brasil)

Dr. Eduardo Gotuzzo (Perú)

Dr. Manuel Guzmán Blanco (Venezuela)

Dr. Gabriel Levy-Hara (Argentina)

Dr. Elvin Mollinedo (Bolivia)

Dr. Hugo Eduardo Pezzarossi (Guatemala)

Dr. Eduardo Savio (Uruguay)

Dra. María Virginia Villegas (Colombia)

DOCENTES INTERNACIONALES

Dra. María Luisa Ávila · Costa Rica
Dr. José María Aguado · España
Dr. Sylvian Aldighieri · OPS
Dr. Salvador Álvarez · Estados Unidos
Dr. Germán Ambasch · Argentina
Dr. César Arias · Estados Unidos
Dr. Clovis Arns da Cunha · Brasil
Dr. Eugenio Báez · Paraguay
Dra. Ellen Jo Baron · Estados Unidos
Dr. Homero Bagnulo · Uruguay
Dra. Elsa Baumeister · Argentina
Dr. Carlos Bergallo · Argentina
Dra. Rosa Bologna · Argentina
Dr. Pablo Bonvehi · Argentina
Dr. José Brea · República Dominicana
Dr. Max Brito · Estados Unidos
Dra. Susana Cabrera · Uruguay
Dr. Pedro Cahn · Argentina
Dr. Joseph Campos · Estados Unidos
Dr. Keith Carter · OPS
Dr. Martín Casapía · Perú
Dra. Isabel Cassetti · Argentina
Dra. Ana Paulina Celi · Ecuador
Dr. Sergio Cimerman · Brasil
Dr. Arnaldo Colombo · Brasil
Dr. Giuseppe Cornaglia · Italia
Dr. Jorge Cortés · Colombia
Dr. Marcos Espinal · OPS
Dra. Alicia Farinati · Argentina
Dr. Jesús Feris Iglesias · República Dominicana
Dr. Joel Gallant · Estados Unidos
Dr. Hugo García · Perú
Dr. Massimo Ghidinelli · Estados Unidos
Dr. Richard Goering · Estados Unidos
Dr. Eduardo Gotuzzo · Perú
Dr. Ian Gould · Inglaterra
Dr. Manuel Guzmán Blanco · Venezuela
Dr. Lee Harrison · Estados Unidos
Dr. Raúl Istúriz · Venezuela
Dr. Abel Jasovich · Argentina
Dr. Gabriel Levy-Hara · Argentina
Dra. Clarisse Machado · Brasil
Dra. Teresita Mazzei · Italia
Dr. Julio Medina · Uruguay
Dr. Rinaldo Poncio Méndez · Brasil
Dr. Gregory Mertz · Estados Unidos
Dr. Elvin Mollinedo · Bolivia
Dra. Ana Lucía Munhoz · Brasil
Dr. Esteban Nannini · Argentina
Dr. Santiago Nava · Argentina
Dra. Ana María Navarro · Perú
Dr. Patrice Nordmann · Francia
Dr. Marcio Nucci · Brasil
Dra. Graciela Pérez Sartori · Uruguay
Dr. Hugo Pezzarossi · Guatemala
Dra. Noemí Pini · Argentina
Dra. Catalina Pirez · Uruguay
Dra. Pilar Ramón-Pardo · OPS
Dr. Laurent Poirel · Francia
Dra. Lourdes Rodríguez · Perú
Dra. Mirta Roses · OPS
Dr. José Saraiva da Cunha · Portugal
Dr. Eduardo Savio · Uruguay
Dr. Francesco Scaglione · Italia
Mr. Andrew Sideman · Estados Unidos
Dr. Marcelo Simao Pereira · Brasil
Dr. Aníbal Sosa · Estados Unidos
Dr. Daniel Stamboulian · Argentina
Dr. Flavio Telles · Brasil
Dr. Jaime Torres · Venezuela
Dr. Angus Thomson · Inglaterra
Dr. Rolando Ulloa · Costa Rica
Dr. Edgar Vargas · República Dominicana
Dr. Andrea Vicari · Costa Rica
Dr. José Vidal · Brasil
Dra. María Virginia Villegas · Colombia
Dr. David Warren · Estados Unidos
Dra. Betzana Zambrano · Uruguay
Dr. Isidro Zavala · México
Dr. Jorge Zavala · México
Dra. Jeannete Zurita · Ecuador

DOCENTES NACIONALES

Dra. Katia Abarca
Dr. Fernando Abarzúa
Dr. Guillermo Acuña
Dr. Roberto del Águila
Dra. Ximena Aguilera
Dr. Alejandro Afani
Dra. María Cristina Ajenjo
Dra. Ana María Álvarez
Dr. Eduardo Álvarez
Dra. Elvira Balcells
Dr. Luis Bavestrello
Dr. Carlos Beltrán
Dra. Dona Benadof
Dr. Mario Calvo
Dra. Ximena Calvo
Dra. Rossana Camponovo
Dra. Marcela Cifuentes
Dr. José Cofré
Dra. Erna Cona
Dra. Paulina Coria
Dra. Claudia Cortés
Dra. Jeannette Dabanch
Dr. Luis Delpiano
Dr. Camilo Erazo
Dr. Mauricio Farfán
Dra. Myriam Favi
Dra. Marcela Ferrés
Dr. Alberto Fica
Dra. María Isabel Galaz
Dr. Ricardo Gálvez
Dra. Patricia García
Dr. J. Carlos Hormazábal
Dra. María Isabel Jercic
Dra. Chrystal Juliet
Dr. Alexis Kalergis
Dr. Jaime Labarca
Dra. Mónica Lafourcade
Dra. Carmen Larrañaga
Dr. Martín Lasso
Dra. Vivian Luchsinger
Dr. Mario Luppi
Dra. Alejandra Marcotti
Dra. María José Martínez
Dra. Alma Muñoz
Dra. Patricia Muñoz
Dr. Luis Miguel Noriega
Dr. Jose Manuel Ojeda
Dr. José Antonio Pagès
Dr. Carlos Pavletic
Dr. Carlos Pérez
Dra. Cecilia Perret
Dra. Paola Pidal
Dra. Lorena Porte
Dra. Marcela Potin
Dra. Valeria Prado
Dr. Ricardo Rabagliati
Dra. Marcela Rabello
Dra. María Luisa Rioseco
Dra. Ester Santander
Dra. María Elena Santolaya
Dr. Michel Serri
Dr. Francisco Silva
Dra. Cecilia Tapia
Dr. Renso Tassara
Dr. Luis Thompson
Dr. Juan Pablo Torres
Dra. Marissa Torres
Dra. Francisca Valdivieso
Dra. Maria Teresa Valenzuela
Dra. Patricia Vásquez
Dr. Rodrigo Vergara
Dr. Pablo Vial
Dr. Rodolfo Villena
Dra. Cecilia Vizcaya
Dra. Tamara Viviani
Dr. Thomas Weitzel
Dr. Marcelo Wolff
Dra. Verónica Yung
EU Alejandra Zambrano
Dra. Marcela Zubieta

INFORMACIÓN GENERAL PARA ASISTENTES Y SPEAKERS

Puntualidad
Se agradecerá la puntualidad de los asistentes, especialmente la de los expositores. El Presidente de sesión está facultado para tomar las medidas necesarias para el mejor cumplimiento de los horarios asignados.

Proyección de presentaciones
Los docentes deberán hacer entrega de su material de exposición el día anterior al personal técnico a cargo de la sala en la que le corresponde exponer. Además, podrá revisar su presentación en sala preview (ver plano San Cristóbal).

Certificados de Asistencia y de Trabajos Científicos
Se certificará la asistencia al Congreso a todos los participantes debidamente inscritos. Estos certificados estarán a disposición de los participantes en el sitio web después de efectuado el Congreso.

Servicio de Café
Estará diariamente disponible según horario del Programa, en el foyer frente a los Salones Pedro de Valdivia y San Cristóbal.

Celulares
Se ruega apagar su celular durante el desarrollo de las sesiones.

Industria Farmacéutica
Los stands de la industria estarán localizados en el foyer frente a los Salones Pedro de Valdivia y San Cristóbal.

Posters
Deberán ser instalados el día correspondiente a su presentación en entre piso o foyer, según distribución, a partir de las 8.30 hrs. y retirados el mismo día a las 18.00 hrs. El relator debe estar disponible entre 11.15 y 12.45 hrs. de ese día para responder consultas.

Premios a los mejores Trabajos Científicos
La Asociación Panamericana de Infectología premia a los 3 mejores trabajos presentados en el Congreso, los que serán seleccionados por el Comité Cientifico y un Comité Revisor. Estos serán entregados en la ceremonia de clausura.
1er Premio: USD $3.000 (en trabajo comunicación oral)
2º Premio: USD $2.000 (en trabajo comunicación oral)
3º Premio: USD $1.000 (en trabajo poster)

ACTIVIDADES SOCIALES

Día Martes 28 de Mayo

19.00 CEREMONIA INAUGURAL (Salón San Cristóbal A, B y C)

20.00 Cocktail (Salón Pedro de Valdivia A, B y C)

Día Viernes 31 de Mayo

21.00 ACTIVIDAD DE CLAUSURA (Restaurant Camino Real / ENOTECA)

Día Sábado 1 de Mayo

12.00 CONFERENCIA DE CLAUSURA, CEREMONIA FINAL Y PREMIACIÓN (Salón San Cristóbal A, B y C)

Martes 28 de Mayo de 2013: CURSOS PRECONGRESO

HORARIO	SALÓN SAN CRISTÓBAL A y B	
	CURSO PRECONGRESO DE MICROBIOLOGÍA CLÍNICA	
08.00 - 17.00	**INSCRIPCIONES**	
08.45 - 09.00	**Inauguración**	
09.00 - 09.40	Conferencia: Cambios en los puntos de corte con mayor impacto en el estudio de susceptibilidad antimicrobiana: CLSI/EUCAST.	Dra. Ellen Jo Baron
09.40 - 10.20	Conferencia: Nuevas técnicas para el diagnóstico micológico: priorizando en los laboratorios con recursos limitados.	Dr. Eduardo ÁLvarez PhD
10.20 - 10.50	**CAFÉ**	
10.50 - 11.35	Conferencia: Microbiología del 2015: Nuevas miradas en biología molecular.	Dra. Ellen Jo Baron
11.35 - 12.15	Conferencia: Malditof-MS, preguntas y respuestas en el uso de rutina.	Dra. Patricia García
12.15 - 13.45	**SIMPOSIO BIOMERIEUX: Desafíos en el diagnóstico microbiológico: Calidad y tiempo de respuesta en la decisión clínica. Dr. Joseph Campos y Dra. Patricia García**	
13.45 - 14.25	Conferencia: Tamizaje de S. agalactiae ¿Es momento de nuevos métodos diagnósticos?	Dr. Fernando Abarzúa
14.25 - 15.05	Conferencia: Nuevos algoritmos para el diagnóstico de sífilis: ¿Cuándo aplicarlos?	Dra. Ester Santander
15.05 - 15.25	**CAFÉ**	
15.25 - 16.05	Conferencia: Estrategias diagnósticas en la infección por HPV: utilidad clínica y epidemiológica.	Dra. María José Martínez
16.05 - 16.45	Conferencia: Diagnóstico de carbapenemasas en el laboratorio desde la sospecha hasta la confirmación.	Dra. María Virginia Villegas
19.00	**CEREMONIA INAUGURAL (Salón San Cristóbal A, B y C)** Discurso Presidente API Discurso Presidente Congreso API Conferencia Inaugural: Antes y después de 1491: Historia de América y su colonización con nuevos microorganismos Dr. Pablo Vial Ballet Floklórico	
20.00	**COCKTAIL INAUGURAL (Salón Pedro de Valdivia A y B)**	

Martes 28 de Mayo de 2013: CURSOS PRECONGRESO

HORARIO	SALÓN SAN CRISTÓBAL C	
	JORNADA DEL RESIDENTE	
08.00 - 17.00	**INSCRIPCIONES**	
08.30 - 08.45	**Introducción de la Jornada. Coordinador: Dr. Max Brito**	
08.45 - 09.15	Como redactar un artículo científico.	Dr. Eduardo Gotuzzo
09.15 - 09.45	Toma de decisiones clínicas en infectología.	Dr. Raúl Istúriz
09.45 - 10.15	Metodología en la investigación de epidemias.	Dra. Ximena Aguilera
10.15 - 10.45	Como realizar una presentación científica efectiva.	Dra .Claudia Cortés
10.45 - 11.15	**CAFÉ**	
11.15 - 11.30	Imágenes clásicas en infectología.	Dr. Salvador Álvarez
11.30 - 13.30	Presentación de casos clínicos (Residentes)	Dra. Ester Santander
13.30 - 14.45	**ALMUERZO**	
14.45 - 17.00	Presentación de casos clínicos (Residentes)	Docentes Dr. Salvador Alvarez Dr. Max Brito (coordinador) Dra. Claudia Cortés Dr. Eduardo Gotuzzo Dr. Raúl Istúriz Dr. Luis Miguel Noriega Dra. Tamara Viviani
19.00	**CEREMONIA INAUGURAL (Salón San Cristóbal A, B y C)** Discurso Presidente API Discurso Presidente Congreso API Conferencia Inaugural: Antes y después de 1491: Historia de América y su colonización con nuevos microorganismos Dr. Pablo Vial Ballet Floklórico	
20.00	**COCKTAIL INAUGURAL (Salón Pedro de Valdivia A y B)**	

Martes 28 de Mayo de 2013: CURSOS PRECONGRESO

HORARIO	SALÓN PEDRO DE VALDIVIA A y B	
	CURSO PRECONGRESO DE INMUNOCOMPROMETIDOS	
08.00 - 17.00	**INSCRIPCIONES**	
08.30 - 08.40	**Inauguración Dr. Ricardo Rabagliati**	
08.40 - 10.10	Conferencia: Estudiando al donante y receptor. Cultivo de soluciones de preservación, ¿es necesario? ¿Las técnicas de biología molecular reemplazaron a la serología?	Dr. Julio Medina Dra. Mónica Lafourcade Dr. Mauricio Farfán
10.15 - 11.00	Conferencia: Prevención de la Infección por CMV post transplante de órgano sólido, de las guías a la cabecera del paciente.	Dr. José María Aguado
11.00 - 11.30	**CAFÉ**	
11.30 - 1300	Conferencia: Prevención de infecciones en el paciente oncohematológico y trasplantado Coordina: Dra. Ana María Álvarez Vacunación de donante y receptor, ¿Es posible? Vacunas en el paciente con cáncer, ¿Útil y necesario? Prevención de infecciones relacionadas CVC ¿Algo más que higiene de manos?	 Dra. Clarisse Machado Dr. Rodolfo Villena Dra. Paulina Coria
13.15 - 14.45	SIMPOSIO INDUSTRIA MSD Dilemas con el uso de antifúngicos en pacientes oncohematológicos: prevenir, vigilar, tratar. ¿Cuál es su elección? Coordina: Dra. Marcela Zubieta 1. Prevenir. Dr. Ricardo Rabagliati · 2. Vigilar. Dra. María Elena Santolaya · 3. Tratar. Dr. Luis Thompson	
15.00 - 15.45	Conferencia: Mortalidad por causas infecciosas en pacientes con neutropenia febril en latinoamérica. ¿Podemos disminuirla?	Dra. María Elena Santolaya
15.45 - 16.45	Mesa Redonda / Coordina: Dra. Marcela Ferres Preparándonos para la estación de virus respiratorios, aspectos críticos a considerar: - Transmisibilidad de virus respiratorios durante la hospitalización, mitos y realidades. - Efectividad de políticas de capacitación y vacunas: pacientes, familias y personal.	 Dra. María Cristina Ajenjo Dra. Clarisse Machado
17.00 - 17.45	**Conferencia Tuberculosis:** dificultades y amenazas en los receptores de trasplante.	Dr. José María Aguado
17.45	Cierre Dra. María Elena Santolaya	
19.00	**CEREMONIA INAUGURAL (Salón San Cristóbal A, B y C)** Discurso Presidente API Discurso Presidente Congreso API Conferencia Inaugural: Antes y después de 1491: Historia de América y su colonización con nuevos microorganismos Dr. Pablo Vial Ballet Floklórico	
20.00	**COCKTAIL INAUGURAL (Salón Pedro de Valdivia A y B)**	

Miércoles 29 de Mayo de 2013

08.30 - 09.00 — **Salón San Cristóbal A y B**
Conferencia: Inteligencia Epidemiológica.
Dra. Ximena Aguilera
Presiden: Dra. Mirta Roses y Dr. Pablo Vial

08.30 - 09.00 — **Salón Pedro de Valdivia A y B**
Conferencia: Aplicación de la Genómica en enfermedades infecciosas.
Dr. Juan Pablo Torres
Presiden: Dr. Guillermo Acuña y Dra. María Elena Santolaya

09.15 - 10.45 — **Salón San Cristóbal A**
Simposio API/ISID
Vigilancia en Enfermedades Infecciosas en 2013.
Moderadores: Dr. Jaime Torres y Dr. Raúl Isturiz
1. ProMED mail: Una visión general. Mr. Andrew Sideman
2. The ProMED-ESP Red regional. Dr. Jaime Torres
3. Eventos epidemiológicos recientes más relevantes en Chile y su impacto, riesgos y enseñanzas. Dra. Cecilia Perret

09.15 - 10.45 — **Salón San Cristóbal B**
Simposio Micosis Endémicas.
Epidemiología, diagnóstico y tratamiento 2013.
Moderadores: Dra. Elvira Balcells y Dr. Jorge Cortés
1. Histoplasmosis. Dra. Lourdes Rodríguez
2. Paracoccidioidomicosis. Dr. Rinaldo Poncio M.
3. Cryptococcus gatti. Emergencia de un nuevo patógeno. Dr. Flavio Telles

09.15 - 10.45 — **Salón San Cristóbal C**
Simposio VRS: frecuente y desconocido.
Moderadoras: Dra. Vivian Luchsinger y Dra. María José Martínez
1. ¿El agente o el Hospedero? Dra. Carmen Larrañaga
2. Perspectivas en vacunas. Dr. Alexis Kalergis

09.15 - 10.45 — **Salón Pedro de Valdivia A**
Simposio Desafíos y estrategias de vacunación más allá de la infancia.
Moderadores: Alma Muñoz y Dr. Rodrigo Vergara
1. Vacunas en el adolescente. Una deuda pendiente. Dra. Katia Abarca
2. Vacunas en embarazadas y puérperas. Protegiendo al que está por nacer. Dr. Fernando Abarzúa
3. Nuevas vacunas para el adulto. Zoster, Influenza en altas dosis. Dra. Jeannette Dabanch

Salón Pedro de Valdivia B

09.15 - 10.45 **Simposio API/OPS**
Rabia en países de las Américas.
Moderadores: Dra. Miriam Favi y Dr. Alberto Fica
1. Epidemiología de la rabia en LA. Dra. Myriam Favi
2. Diagnóstico de Rabia. Lo nuevo y lo establecido. Dra. Verónica Yung
3. Rabia en Perú. Dra. Ana María Navarro
4. Rabia en Bolivia. Dra. Aleida Nina
5. Cómo logramos el control de la rabia en Chile y cuales son las nuevas amenazas. Dr. Carlos Pavletic

Salón Pedro de Valdivia C

09.15 - 10.45 **Simposio Esquemas terapéuticos en infecciones de la comunidad ¿Qué sucede en LA?**
Moderadores: Dr. Isidro Zavala y Dr. Manuel Guzmán Blanco
1. ITU y las guías disponibles: análisis crítico. Dr. Hugo Pezzarossi
2. Enfrentamiento de infecciones de partes blandas en países con SAMR-CA. Dr. Carlos Bergallo
3. Visión actual del tratamieno de la diarrea del adulto. Dr. Elvin Mollinedo

10.45 - 11.15 **CAFÉ / EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A

11.15 - 12.45 **Simposio API/ISC**
Estrategias para el mejor uso de los Antimicrobianos.
Coordinadores: Dra. Teresita Mazzei y Dr. Luis Bavestrello
1. Sobre uso de Antibióticos, más que sólo resistencia. Dr. Ian Gould
2. Programas de uso racional de antibióticos en LA. ¿Es posible una propuesta común? Dr. Gabriel Levy-Hara
3. Cuáles son las evidencias que apoyan el uso de PK/PD para el uso racional de los ATB. Dra. Teresita Mazzei

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón Pedro de Valdivia A

11.15 - 12.45 **Simposio Análisis Crítico del rol del laboratorio de microbiología en el diagnóstico de:**
Moderadoras: Dra. Chrystal Juliet y Dra. Mónica Lafourcade
1. Infección del tracto urinario. Dra. Ellen Jo Baron
2. Uretritis y Cervicitis. Dr. Francisco Silva
3. Vaginosis. Dra. Alicia Farinati

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón O'Higgins

11.15 - 12.45 **Taller: Estado actual del diagnóstico y el tratamiento de la Hepatitis C y la coinfección VIH/VHC en LA.**
Coordinadores: Dr. Luis Miguel Noriega y Dr. Eduardo Savio

Salón San Cristóbal A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio MSD:** BLEE 2013: Estado actual y novedades.

Salón Pedro de Valdivia A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio PFIZER:** Vacuna neumocócica en el adulto.

Salón San Cristóbal A y B

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Farmacocinética de Antifúngicos, una necesidad cotidiana. Dra. Teresita Mazzei
Presiden: Dr. Luis Thompson y Dr. Flavio Telles

Salón San Cristóbal C

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Epidemiología de Dengue en LA. Dr. Eugenio Báez
Presiden: Dra. Marcela Ferrés y Dr. Germán Ambasch

Salón Pedro de Valdivia A, B y C

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Microbioma humano. Nuestra huella digital microbiológica y su relación con salud y enfermedad. Dr. José Manuel Ojeda
Presiden: Dr. Manuel Guzmán Blanco y Dr. Elvin Mollinedo

15.15 - 15.45 **CAFÉ /EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A

15.45 - 17.15 **Simposio Terapia Antiretroviral. Guías y nuevas estrategias.**
Moderadores: Dr. Carlos Pérez y Dra. Ana Paulina Celi
1. Terapia sin NRTIs. Dr. Joel Gallant
2. Guía OMS. ¿Cuál es su aplicabilidad en LA? Dr. Carlos Beltrán
3. Terapia en presentaciones tardías. Dr. Pedro Cahn

Salón San Cristóbal B

15.45 - 17.15 **Simposio API/OPS**
Estrategias Globales y regionales en el control de uso de antimicrobianos. Logros y limitaciones.
Moderadores: Dr. Luis Bavestrello y Dra. Pilar Ramón-Pardo
1. Panorama de la resistencia en los países latinoamericanos. Dr. Manuel Guzmán Blanco
2. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos y la toma de decisiones clínicas. Dra. Pilar Ramón-Pardo
3. Qué hemos hecho y qué podemos hacer para racionalizar el uso de antibióticos en LA. Dr. Luis Bavestrello

Salón San Cristóbal C

15.45 - 17.15 **Simposio El paciente inmunosuprimido y los virus respiratorios.**
Moderadoras: Dra. Cecilia Perret y Dra. Paulina Coria
1. En el paciente oncohematológico. Dr. Juan Pablo Torres
2. En el trasplantado de órganos sólidos. Dra. Marcela Ferres
3. En el trasplantado de precursores hematopoyéticos. Dra. Clarisse Machado

Salón Pedro de Valdivia A

15.45 - 17.15 **Simposio Screening de patógenos intrahospitalarios.**
Moderadores: Dra. Marcela Cifuentes y Dr. Francisco Silva
1. Screening de cocáceas GP: SAMR y ERV cómo y cuándo. Dr. César Arias
2. ¿Debemos hacer screening de BLEE?. Cómo y cuándo. Dr. Patrice Nordmann
3. Portación rectal de enterobacterias productoras de carbapenemasas. Dra. Patricia García

Salón Pedro de Valdivia B

15.45 - 17.15 **Simposio Infecciones por Rickettsias.**
Moderadores: Dr. Thomas Weitzel y Dra. Katia Abarca
1. Panorama de las infecciones por Rickettsias en LA. Dra. Katia Abarca
2. Vectores de Rickettsias en LA. Dr. Santiago Nava
3. Manifestaciones clínicas en humanos, diagnóstico. Dr. Jorge Zavala

Salón Pedro de Valdivia C

15.45 - 17.15 **Simposio Candidemia/Candidiasis invasora en el paciente de UCI.**
Moderadores: Dr. Ricardo Rabagliati y Dr. Rinaldo P. Méndez
1. Epidemiología de la Candidemia en LA. Dr. Arnaldo Colombo
2. Avances en el diagnóstico precoz de Candidiasis invasora. Dr. Ricardo Rabagliati
3. Estado actual del tratamiento. Dr. Jorge Cortés

Salón San Cristóbal A, B y C

17.30 - 19.00 **Simposio BECTON DICKINSON:** Biología molecular en el diagnóstico de enfermedades infecciosas.

Salón O'Higgins

17.30 - 19.00 **Reunión OPS/API**
Coordinadora: Dra. Pilar Ramón-Pardo

Jueves 30 de Mayo de 2013

Salón San Cristóbal A y B

08.30 - 09.00 **Conferencia:** *Clostridium difficile* desde la microbiología hasta la prevención. Dr. Salvador Álvarez
Presiden: Dr. Sergio Cimerman y Dra. Alejandra Marcotti

Salón Pedro de Valdivia A y B

08.30 - 09.00 **Conferencia:** Terapia VIH: Cuándo y cómo empezar. Dr. Joel Gallant
Presiden: Dr. Alejandro Afani y Dr. Pedro Cahn

Salón San Cristóbal A

09.15 - 10.45 **Simposio API/ESMICD**
Carbapenemasas, una mirada global.
Moderadores: Dr. Giuseppe Cornaglia y Dr. Julio Medina
1. Carbapenemasas hoy. Dr. Guiseppe Cornaglia
2. Diagnóstico de laboratorio de carbapenemasas. Dr. Patrice Nordmann
3. Carbapenemasas en LA. Dra. María Virginia Villegas

Salón San Cristóbal B

09.15 - 10.45 **Simposio Neumonía de la comunidad: un desafío de salud pública.**
Moderadores: Dr. Germán Ambasch y Dr. Michel Serri
1. Impacto de la vacuna neumocócica en prevención. Dra. Catalina Pirez
2. Terapia de elección en adultos. Dr. Luis Bavestrello
3. Terapia de elección en niños. Dr. José Cofré

Salón San Cristóbal C

09.15 - 10.45 **Simposio Puntos de controversia en el manejo de pacientes con neutropenia febril.**
Moderadores: Dra María Elena Santolaya y Dra. Cecilia Vizcaya
1. Ambiente intrahospitalario recomendado. Dra. Marcela Rabello
2. Manejo de infecciones de CVC. Dr. Marcio Nucci
3. Manejo ambulatorio en LA. Dra. Ana María Álvarez

Salón Pedro de Valdivia A

09.15 - 10.45 **Simposio API/OPS**
Hantavirus en las Américas.
Moderadores: Dra. Francisca Valdivieso y Dr. Carlos Bergallo
1. Historia y perspectivas del síndrome cardiopulmonar por Hantavirus en las Américas. Dr. Gregory Mertz
2. Nuevos enfoques terapéuticos en Hantavirus. Dr. Pablo Vial
3. Apoyo del laboratorio al diagnóstico. Dra. Noemí Pini

Salón Pedro de Valdivia B

09.15 - 10.45 **Simposio Parasitosis desatendidas en LA.**
Moderadores: Dr. Renzo Tassara y Dra. Isabel Jercic
1. Strongiloidiasis. Dr. Eduardo Gotuzzo
2. Leishmaniasis. Dr. Marcelo Simao
3. Avances en el tratamiento de las parasitosis desatendidas. Dr. Sergio Cimerman

Salón Pedro de Valdivia C

09.15 - 10.45 **Simposio Hacia la erradicación de la transmisión vertical del VIH.**
Moderadores: Dra. Isabel Cassetti y Dra. María Isabel Galaz
1. Realidad en Latinoamérica. Dra. Susana Cabrera
2. Barreras para la eliminación en LA. Dra. Rosa Bologna
3. Análisis crítico de esquemas TAR perinatal. Dra. Isabel Cassetti

10.45 - 11.15 **CAFÉ / EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A

11.15 - 12.45 **Simposio API/SIAI**
Novedades en terapéutica e infecciones.
Moderadores: Dr. Sergio Cimerman y Dr. José Saraiva da Cunha
1. Infecciones en prótesis y dispositivos médicos. Dr. José Saraiva da Cunha
2. Complicaciones infecciosas frecuentes en el paciente VIH con terapia antiretroviral. Dr. Eduardo Savio

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón Pedro de Valdivia A

11.15 - 12.45 **Taller Puntos de corte en estudios de susceptibilidad.**
Coordinadora: Dra. Mónica Lafourcade. Expositora: Dra. Ellen Jo Baron
Participan: Dra. Rossanna Camponovo, Dra. Marcela Cifuentes, Dra. Paola Pidal, Dra. Lorena Porte, Dra. Erna Cona, Dr. Francisco Silva y Dra. Ellen Jo Baron.

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón O'Higgins

11.15 - 12.45 **Taller API Directrices en el tratamiento de osteomielitis e infecciones de partes blandas.**
Expositora: Dra. Ana Lucía Munhoz

Salón San Cristóbal A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio MSD:** Actualización en la prevención de enfermedades infecciosas en el adolescente y el adulto.

Salón Pedro de Valdivia A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio GILEAD/GADOR:** Simplificación de la terapia antiretroviral con regímenes de dosis única.

Salón O'Higgins

13.00 - 14.30 **Reunión de trabajo Revistas Científicas.** Coordinador: Dr. José Cofré

Salón San Cristóbal A y B

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Medidas de control en bacilos gram negativos. Dr. David Warren
Presiden: Dra. María Cristina Ajenjo y Dra. Chrystal Juliet

Salón San Cristóbal C

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Enfermedades infecciosas en salud de las Américas. Dr. Marcos Espinal
Preside: Dra. Ximena Aguilera

Salón Pedro de Valdivia A y B

14.45 - 15.15 **Conferencia:** HIV y TBC en LA. Dr. Marcelo Wolff
Presiden: Dr. Salvador Álvarez y Dra. Ana Paulina Celi

15.15 - 15.45 **CAFÉ / EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A

15.45 - 17.15 **Simposio API/OPS**
Malaria.
Moderadores: Dr. Marcos Espinal y Dr. Thomas Weitzel
1. Epidemiología de la Malaria en LA. Dr. Jaime Torres
2. Desafíos en el tratamiento de Malaria por P. vivax. Dr. Martín Casapía
3. Quimioprofilaxis de Malaria en LA: ¿Es necesario? Dr. Keith Carter

Salón San Cristóbal B

15.45 - 17.15 **Simposio API/SEIMC**
Prevención de la infección en el trasplante de órganos sólidos.
Moderadores: Dr. José María Aguado y Dr. Juan Pablo Torres
1. Prevención de infecciones fúngicas. Dr. Ricardo Rabagliati
2. Control de la infección por bacterias multirresistentes en trasplante. Dr. Julio Medina
3. Nuevos acercamientos a la prevención de la infección por CMV. Dr. José María Aguado

Salón San Cristóbal C

15.45 - 17.15 **Simposio Tuberculosis en países latinoamericanos.**
Moderadores: Dr. Carlos Bergallo y Dr. Alberto Fica
1. Nuevas herramientas de diagnóstico y biomarcadores. Dra. Elvira Balcells
2. Mycobacterias atípicas en pacientes no VIH. Dr. Alberto Fica
3. TBC MDR y XDR. Dr. Eduardo Gotuzzo

Salón Pedro de Valdivia A

15.45 - 17.15 **Simposio Estado de la tipificación molecular.**
Moderadoras: Dra. Patricia García y Dra. Dona Benadof
1. ¿Sigue siendo el gold estándar en IAAS la EFCP? Dr. Richard Goering
2. Recientes desarrollos en tipificación molecular para trazar bacterias resistentes. Dr. Laurent Poirel
3. Comprendiendo las clases clonales en la epidemiología global. Dr. Richard Goering

Salón Pedro de Valdivia B

15.45 - 17.15 **Simposio Decisiones clínicas en micología médica en el 2013.**
Moderadores: Dr. Flavio Telles y Dr. Luis Thompson
1. Criterios EORT-MSG en la toma de decisiones clínicas. Dr. Marcio Nucci
2. Terapia empírica versus terapia pre emptive. Dra. María Elena Santolaya
3. Tiempos terapéuticos, ¿están definidos? Dr. Clovis Arns da Cunha

Salón Pedro de Valdivia C

15.45 - 17.15 **Influenza en las Américas.**
Coordinador: Dr. Daniel Stamboulian
1. Circulación y vigilancia virológica en las Américas 2010 - 2012. Dra. Elsa Baumeister
2. Vacunas contra influenza: estado actual y rol de los antivirales. Dr. Pablo Bonvehi
3. La última pandemia de influenza en Chile y las Américas: lecciones aprendidas.
Dra. Jeannette Dabanch

Salón San Cristóbal A, B y C
17.30 - 19.00 **Simposio PFIZER:** manejo actual y futuro de las infecciones fúngicas.

Salón Pedro de Valdivia A, B y C
17.30 - 19.00 **Simposio SANOFI PASTEUR:** Prevención a través de vacunas basada en evidencias epidemiológicas: pertussis, influenza y meningococo.

Salón O'Higgins
17.30 - 19.00 **Comité API**
Resistencia Antimicrobianos.
Coordina: Dra. Jeannete Zurita

Viernes 31 de Mayo de 2013

Salón San Cristóbal A y B
08.30 - 09.00 **Conferencia:** Prevención de IAAS en construcciones. Dr. David Warren
Presiden: Dr. Luis Delpiano y Dra. Marcela Cifuentes

Salón San Cristóbal C
08.30 - 09.00 **Conferencia:** André Lomar Leptostirosis. Dr. Eduardo Gotuzzo
Presiden: Dr. Eduardo Savio y Dr. Sergio Cimerman

Salón Pedro de Valdivia A y B
08.30 - 09.00 **Conferencia:** Enfermedades desatendidas en las Américas. Dra. Mirta Roses
Presiden: Dr. José Antonio Pagès y Dr. Mario Calvo

Salón San Cristóbal A
09.15 - 10.45 **Simposio Manejo de las Infecciones del torrente sanguíneo asociadas al CVC.**
Moderadores: Dra. María Cristina Ajenjo
1. Epidemiología de las ITS/CVC. Dra. María Cristina Ajenjo
2. Prevención de ITS/CVC: médicas eficaces e ineficaces. EU Alejandra Zambrano
3. Vigilancia, prevención y manejo de ITS/CVC en escenarios especiales: pacientes oncológicos, diálisis, neonatología y ambulatorios. Dr. David Warren

Salón San Cristóbal B
09.15 - 10.45 **Mesa Redonda API**
Inmunizaciones para adolescentes y adultos en América Latina. La Visión de la API.
Coordinadores: Dr. Eduardo Savio y Dr. Raúl Istúriz
1. Enfermedad Inmunoprevenibles en la Región. Dra. Ana Paulina Celi
2. Prevención de Dengue estado actual y perspectivas. Dr. Jaime Torres
3. Oportunidades perdidas de vacunación en el adulto. Dra. Graciela Pérez

Salón San Cristóbal C
09.15 - 10.45 **Simposio SAMR Hospitalario.**
Moderadores: Dr. Jaime Labarca y Dr. Gabriel Levy-Hara
1. Vancomicina: cuán crítico es en su uso actual la CIM y los niveles plasmáticos. Dr. Esteban Nannini
2. El aporte y limitaciones de linezolid a 10 años de su uso. Dr. Carlos Pérez
3. Daptomicina: evidencia e impacto y limitaciones. Cuando usarla. Dr. César Arias

Salón Pedro de Valdivia A
09.15 - 10.45 **Simposio Cómo usar antibióticos en UCI.**
Problemas claves y posibles soluciones.
Moderadores: Dr. Julio Medina y Dr. Mario Calvo
1. Dosis de carga en pacientes con shock séptico. Dr. Ricardo Gálvez
2. Impacto de la Hemofiltración en los antibióticos. Dr. Mario Calvo
3. Uso de PK/PD… finalmente, en qué antibióticos debemos cambiar la forma de administración? Dr. Francesco Scaglione

Salón Pedro de Valdivia B
09.15 - 10.45 **Simposio Parasitosis y Sistema Nervioso Central.**
Moderadoras: Dra. Patricia Muñoz y Dra. Marisa Torres
1. Toxoplasmosis cerebral. Dr. José Vidal
2. Neurocisticercosis. Dr. Hugo García
3. Amebas de vida libre e infección de SNC. Dr. Marcelo Simeo

Salón Pedro de Valdivia C
09.15 - 10.45 **Taller ¿Qué hemos logrado en calidad y seguridad en la atención sanitaria en países de LA? Logros y limitaciones.**
Moderadoras: Dra. Erna Cona y Dra. Alejandra Fernández
1. La seguridad en la atención sanitaria: imperativo ético de estos tiempos. Dr. Homero Bagnulo
2. Medidas de control sofisticadas o simples. ¿La calidad las comprende a ambas? Dr. Abel Jasovich
3. De control de infecciones a metas de calidad en la atención del paciente. Experiencia en Chile. Dr. Luis Delpiano

10.45 - 11.15 **CAFÉ / EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A
Simposio API/SLIPE
11.15 - 12.45 **Impacto de las inmunizaciones en la Epidemiología de Latinoamérica.**
Moderadores: Dr. José Brea y Dr. Edgar Vargas
1. Varicela: Impacto de la enfermedad y de su prevención. Dra. María Luisa Ávila
2. Pertussis: ¿brote mundial o regional? Controversias en el 2013. Dr. Rolando Ulloa
3. Control y erradicación de enfermedades prevenibles por vacunas. Experiencia de Uruguay. Dra. Catalina Pirez
4. Esquema vacunal recomendado por SLIPE. Dr. José Brea

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón Pedro de Valdivia A

11.15 - 12.45 **Microbiología: Presente y futuro.**
Moderadores: Dr. J. Carlos Hormazábal y Dra. Marcela Cifuentes
1. Estado actual de los laboratorios de microbiología en LA. Dra. Jeannete Zurita
2. Automatización en microbiología. Dr. Joseph Campos
3. Protéomica versus genómica. Dr. Mauricio Farfán

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

11.15 - 12.45 **Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso**

Salón O'Higgins

11.15 - 12.45 **Taller de VIH**
Coordinador: Dr. Carlos Beltrán
VIH en LA: Realidad actual y búsqueda de una propuesta compartida.
Análisis de situación de los distintos países: Cuando iniciar terapia antiretroviral. Con qué iniciar.

Salón San Cristóbal A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio PFIZER:** Manejo de la infección por patógenos multiresistentes: golpe duro, golpe precoz.

Salón Pedro de Valdivia A, B y C

13.00 - 14.30 **Simposio GSK:** Vacunas en la mujer.

Salón San Cristóbal A y B

14.45 - 15.15 **Conferencia:** El viajero con VIH en Latinoamérica. Dr. Martín Casapía
Presiden: Dr. Luis Thompson y Dr. Luis Miguel Noriega

Salón Pedro de Valdivia A y B

14.45 - 15.15 **Conferencia:** Daño colateral por antibiótico. Dr. Martín Lasso
Presiden: Dr. Gabriel Levy-Hara y Dr. Manuel Guzmán Blanco

15.15 - 15.45 **CAFÉ / EXHIBICIÓN POSTER**

Salón San Cristóbal A

15.45 - 17.15 **Simposio Prevención transmisión VIH y vacunas.**
Moderadores: Dr. Eduardo Savio y Dr. Carlos Beltrán
1. Prevención biomédica. Dr. Joel Gallant
2. Prevención con medidas no farmacológicas (rol del condón en distintos tipos de sexo).
Dra. Patricia Vásquez
3. Uso de vacunas en el paciente VIH positivo. Dr. Luis Miguel Noriega

Salón San Cristóbal B

15.45 - 17.15 **Simposio API/OPS**
Cólera.
Moderadores: Dr. Aníbal Sosa y Dra. Valeria Prado
1. Brotes y Epidemias en las Américas. Detección y su control. Dr. Sylvain Aldighieri
2. Tratamiento antimicrobiano de personas con cólera y estrategias para disminuir la mortalidad.
Dr. Jesús Feris Iglesias
3. Directrices internacionales para vacunación del cólera. Dr. Andrea Vicari

Salón San Cristóbal C

15.45 - 17.15 **Simposio Manejo Actual de los bacilos gram negativos multiresistentes.**
Moderadores: Dr. Jaime Labarca y Dra. María Virginia Villegas
1. Cómo tratar las enterobacterias productoras de carbapenemasas.
Con qué y asociación de ATB? Dr. Julio Medina
2. P. aeruginosa XDR. Evidencias de uso de antibióticos. Uso óptimo de colistin. Dr. Alberto Fica
3. A. baumannii XDR. Evidencias de los antibióticos útiles.
Es necesaria la asociación de antibióticos? Dr. Jaime Labarca

Salón Pedro de Valdivia A

15.45 - 17.15 **Simposio Desafíos Comunicacionales en Vacunas.**
Moderadoras: Dra. Marcela Potin y Dra. Alma Muñoz
1. Enfoques de grupos antivacunas: Experiencia del Reino Unido y USA. Dr. Michael Watson
2. Cambios en la aceptación de las vacunas en Chile ¿Qué sabemos? Dra. Ximena Calvo
3. Los medios digitales, la información y como abordarlos. Dr. Camilo Erazo

Salón Pedro de Valdivia B

15.45 - 17.15 **Simposio Dengue en las Américas.**
Moderadores: Dra. Cecilia Perret y Dr. Thomas Weitzel
1. Carga de enfermedad e impacto del dengue en LA. Dr. Jaime Torres
2. Nuevos predictores de severidad clínica en la infección por dengue. Dr. Max Brito
3. Avances en prevención: vacunas. Dra. Betzana Zambrano

Salón Pedro de Valdivia C

15.45 - 17.15 **Simposio Infecciones Fúngicas en el paciente oncohematológico.**
Moderadores: Dr. Mario Calvo y Dra. Lourdes Rodríguez
1. Aspergilosis. Dr. Clovis Arns da Cunha
2. Zygomicosis. Dr. Luis Thompson
3. Fusariosis. Dr. Marcio Nucci

Salón San Cristóbal A

17.30 - 18.00 **Asamblea Sociedad Chilena de Infectología.**
Dirige: Dr. Mario Calvo, Presidente

Salón O'Higgins

17.30 - 18.00 **Asamblea Asociación Panamericana de Infectología.**
Dirige: Dr. Eduardo Savio, Presidente

Salones San Cristóbal y Pedro de Valdivia

21.00 **ACTIVIDAD SOCIAL DE CLAUSURA**

Sábado 1 de Junio de 2013

Salón San Cristóbal A, B y C

09.00 - 11.30 **SIMPOSIO ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**
Moderadores: Dr. José Cofré y Dr. Eduardo Savio
1. Epidemiología de infecciones por meningococo a nivel mundial y regional. Dr. Lee Harrison
2. Microbiología y Epidemiología molecular. Dr. Jorge Fernández
3. Situación epidemiológica N. meningitidis en Chile (2012). Dra. María Teresa Valenzuela
4. Formas de presentación clínica de Enfermedad Meningocócica. Dr. Rodrigo Vergara
5. Estado actual en el desarrollo de vacunas antimeningocócicas y su recomendación para la Región de las Américas: Vacuna Men B y Vacunas polisacáridas y conjugadas. Dra. María Elena Santolaya

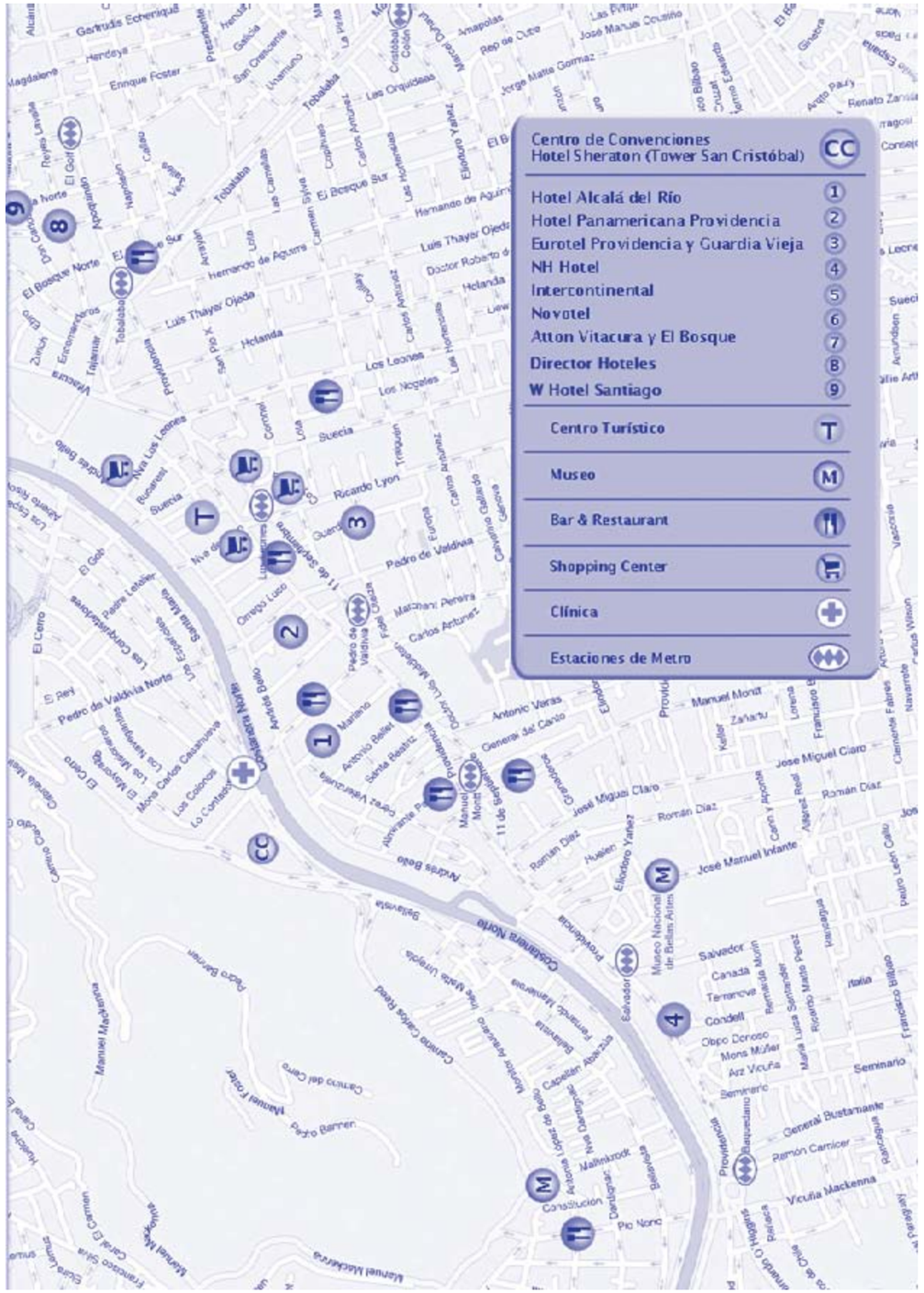
Salón Pedro de Valdivia A, B y C

09.00 - 11.30 **SIMPOSIO API/OPS**
LLEGAR A CERO: ESTRATEGIA ONUSIDA 2011-2015 PARA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE VIH ¿ESTAMOS PREPARADOS?
Coordinadora: Dra. Patricia Vásquez y Dr. Roberto del Águila
1. Barreras para el cumplimiento de la propuesta en países de LA. Experiencias locales.
Expositores: Dra. Isabel Cassetti, Dra. Patricia Vásquez y Dra. Susana Cabrera
2. Avances en la implementación de la Iniciativa 2.0 para la expansión y sostenibilidad de la atención a las personas viviendo con VIH. Dr. Massimo Ghidinelli – Programa Regional de VIH/SIDA, OPS/OMS
3. Discusión por parte de representantes de OPS, Ministerio de Salud y asistentes en general.
4. Elaboración de un documento de trabajo.

11.30 - 12.00 **CAFÉ**

Salón San Cristóbal A, B y C

12.00 - 13.00 **CONFERENCIA DE CLAUSURA:** Enrico Caruso: el artista y la enfermedad. Dr. Giuseppe Cornaglia
CEREMONIA FINAL
PREMIACIÓN



Miércoles 29 de Mayo de 2013

HORARIO		SALÓN SAN CRISTÓBAL A	SALÓN SAN CRISTÓBAL B	SALÓN SAN CRISTÓBAL C
08.30 - 09.00		Inteligencia Epidemiológica.		
09.15 - 10.45		Simposio API/ISID Vigilancia en enfermedades infecciosas en 2013.	Simposio Micosis Endémicas. Epidemiología, diagnóstico y tratamiento 2013.	Simposio VRS: frecuente y desconocido.
10.45 - 11.15			CAFÉ	
11.15 - 12.45	EXPOSICIÓN DE POSTER	Simposio API/ISC Estrategias para el mejor uso de los Antimicrobianos.	Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso	Comunicaciones Orales en Salón San Cristóbal C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso
13.00 - 14.30		Simposio MSD: BLEE 2013: Estado actual y novedades.		
14.45 - 15.15		Conferencia: Farmacocinética de Antifúngicos, una necesidad cotidiana.		Conferencia: Epidemiología de Dengue en LA.
15.15 - 15.45		CAFÉ		
15.45 - 17.15		Simposio Terapia antiretroviral. Guías y nuevas estrategias.	Simposio API/OPS Estrategias globales y regionales en el control de uso de antimicrobianos. logros y limitaciones.	Simposio El paciente inmunosuprimido y los virus respiratorios.
17.30 - 19.00		Simposio BECTON DICKINSON: Biología Molecular en el diagnóstico de enfermedades infeccionsas.		

Miércoles 29 de Mayo de 2013

SALÓN PEDRO VALDIVIA A	SALÓN PEDRO VALDIVIA B	SALÓN PEDRO VALDIVIA C	SALÓN O'HIGGINS
Aplicación de la Genómica en enfermedades infecciosas.			
Simposio: Desafíos y estrategias de vacunación más allá de la infancia.	Simposio API/OPS Rabia en países de las Américas.	Simposio: Esquemas terapéuticos en infecciones de la comunidad ¿Qué sucede en LA?	
CAFÉ			
Simposio: Análisis Crítico del rol del laboratorio de microbiología en el diagnóstico.	Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia B y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso	Comunicaciones Orales en Salón Pedro de Valdivia C y Presentación de Poster en Foyer o Entrepiso	Taller Estado actual del diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C y la coinfección VIH/VHC en LA.
Simposio PFIZER: Vacuna neumocócica en el adulto.			
Conferencia: Microbioma humano. Nuestra huella digital microbiológica y su relación con salud y enfermedad.			
CAFÉ			
Simposio: Screening de patógenos intrahospitalarios.	Simposio: Infecciones por Rickettsias.	Simposio: Candidemia/Candidiasis invasora en el paciente de UCI.	
			Reunión OPS/API

Jueves 30 de Mayo de 2013

HORARIO	EXPOSICIÓN DE POSTER	SALÓN SAN CRISTÓBAL A	SALÓN SAN CRISTÓBAL B	SALÓN SAN CRISTÓBAL C
08.30 - 09.00		Conferencia: *Clostridium difficile* desde la microbiología hasta la prevención.		
09.15 - 10.45		Simposio API/ESMICD Carbapenemasas, una mirada global.	Simposio: Neumonia de la comunidad: un desafío de salud pública.	Simposio: Puntos de controversia en el manejo de pacientes con neutropenia febril.
10.45 - 11.15			CAFÉ	
11.15 - 12.45		Simposio API/SIAI Novedades en terapéutica e infecciones.		
13.00 - 14.30		Simposio MSD: Actualización en la prevención de enfermedades infecciosas en el adolescente y el adulto.		
14.45 - 15.15		Conferencia: Medidas de Control en bacilos gram negativos.		Conferencia: Enfermedades infecciosas en salud de las américas.
15.15 - 15.45		CAFÉ		
15.45 - 17.15		Simposio API/OPS Malaria.	Simposio API/SEIMC Prevención de la infección en el trasplante de órganos sólidos.	Simposio: Tuberculosis en países latinoamericanos.
17.30 - 19.00		Simposio PFIZER: manejo actual y futuro de la infecciones fúngicas.		

Jueves 30 de Mayo de 2013

SALÓN PEDRO VALDIVIA A	SALÓN PEDRO VALDIVIA B	SALÓN PEDRO VALDIVIA C	SALÓN O'HIGGINS
Conferencia Terapia VIH: cuándo y cómo empezar.			
Simposio API/OPS Hantavirus en las Américas.	Simposio: Parasitosis desatendidas en LA.	Simposio: Hacia la erradicación de la transmisión vertical del VIH.	
CAFÉ			
Taller Puntos de corte en estudios de susceptibilidad.			Taller API: Directrices en el tratamiento de osteomielitis e infecciones de partes blandas.
Simposio GILEAD/GADOR: Simplificación de la Terapia Antiretroviral con regímenes de dosis única.			Reunión de trabajo Revistas Cientificas.
Conferencia: HIV y TBC en LA.			
CAFÉ			
Simposio: Estado de la tipificación molecular.	Simposio: Decisiones clínicas en micología médica en el 2013.	Simposio: Influenza en las Américas.	
Simposio SANOFI PASTEUR: Prevención a través de vacunas, basada en evidencias epidemiológicas: pertussis, influenza y meningococo.			Comité API Resistencia Antimicrobianos.

Viernes 31 de Mayo de 2013

HORARIO		SALÓN SAN CRISTÓBAL A	SALÓN SAN CRISTÓBAL B	SALÓN SAN CRISTÓBAL C
08.30 - 09.00		Conferencia: Prevención de IAAS en Construcciones.		Conferencia: Andre Lomar Leptostirosis.
09.15 - 10.45		Manejo de las Infecciones del torrente sanguíneo asociadas al CVC.	Mesa Redonda API Inmunizaciones para adolescentes y adultos en LA. La Visión de la API.	SAMR Hospitalario.
10.45 - 11.15		CAFÉ		
11.15 - 12.45	EXPOSICIÓN DE POSTER	Simposio API/SLIPE Impacto de las inmunizaciones en la Epidemiología de LA.		
13.00 - 14.30		Simposio PFIZER: Manejo de la infección por patógenos multiresistentes: golpe duro, golpe precoz.		
14.45 - 15.15		Conferencia: El viajero con VIH en latinoamérica.		
15.15 - 15.45		CAFÉ		
15.45 - 17.15		Simposio: Prevención Transmisión VIH y vacunas.	Simposio API/OPS Cólera.	Simposio:Manejo Actual de los bacilos gram negativos multiresistentes.
17.30 - 19.00		Asamblea Sociedad Chilena de Infectología.		
21.00		ACTIVIDAD SOCIAL DE CLAUSURA		

Viernes 31 de Mayo de 2013

SALÓN PEDRO VALDIVIA A	SALÓN PEDRO VALDIVIA B	SALÓN PEDRO VALDIVIA C	SALÓN O'HIGGINS
Conferencia: Enfermedades desatendidas en las Américas.			
Cómo usar antibióticos en UCI. Problemas claves y posibles soluciones.	Parasitosis y Sistema Nervioso Central.	Taller ¿Qué hemos logrado en calidad y seguridad en la atención sanitaria en países de América Latina? Logros y limitaciones.	
CAFÉ			
Simposio Microbiología: Presente y futuro.			Taller de VIH
Simposio GSK: Vacunas en la mujer.			
Conferencia: Daño Colateral ATB.			
CAFÉ			
Simposio: Desafíos Comunicacionales en Vacunas.	Simposio: Dengue en las Américas.	Infecciones Fúngicas en el paciente Oncohematológico.	
			Asamblea Asociación Panamericana de Infectología.
ACTIVIDAD SOCIAL DE CLAUSURA			

Sábado 1 de Junio de 2013			
HORARIO	SALÓN SAN CRISTÓBAL A	SALÓN SAN CRISTÓBAL B	SALÓN SAN CRISTÓBAL C
08.30 - 09.00	ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA		
10.45 - 11.15	CAFÉ		
12.00 - 13.00	CONFERENCIA DE CLAUSURA: Enrico Caruso: el artista y la enfermedad. Dr. Giuseppe Cornaglia CEREMONIA FINAL PREMIACIÓN		

Sábado 1 de Junio de 2013			
SALÓN PEDRO VALDIVIA A	SALÓN PEDRO VALDIVIA B	SALÓN PEDRO VALDIVIA C	SALÓN O'HIGGINS
SIMPOSIO API/OPS LLEGAR A CERO: ESTRATEGIA ONUSIDA 2011-2015 PARA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNOINFANTIL DE VIH ¿ESTAMOS PREPARADOS?			
CAFÉ			

Plano Salón Pedro de Valdivia (Nivel Zócalo - Nivel Z)

Plano Salón San Cristóbal (Nivel Lobby - Nivel L)

SALÓN SAN CRISTÓBAL B **29 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

1º Sesión Oral (CO 1 al CO 6)
Tema: Resistencia Antimicrobiana
Co-presiden: Dra. María Virginia Villegas - Dra. Patricia García

CO Nº 1 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE PSEUDOMONAS SPP. PRODUCTORAS DE METALO-BETA-LACTAMASAS.
Papa R. (1), Bado I. (1), Hitateguy P. (2), Gutiérrez C. (3), Seija V. (3,4), Vignoli R. (1).
(1) Instituto De Higiene, Facultad De Medicina (Udelar); (2) Hospital De Florida, (3) Hospital De Clínicas, Facultad De Medicina (Udelar); (4) Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

CO Nº 2 IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALELOS DE BETALACTAMASAS CTX-M GRUPO 1, EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS EN HOSPITALES CHILENOS ENTRE LOS AÑOS 2008-2011.
Guggiana P. (1), Cid N. (1), Domínguez M. (1), González G. (1), Mella S. (1), García P. (2), Labarca J. (2), Bello H. (1) y Grupo Estudio de BLEE.
(1) Universidad de Concepción, Concepción, Chile. (2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

CO Nº 3 DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS DE TIPO KPC EN ENTEROBACTERIAS CON SUSCEPTIBILIDAD DISMINUIDA A CARBAPENÉMICOS EN AISLADOS CLÍNICOS.
De La Lastra V. (1), Ulloa M. (2), Silva F. (1), Pinto M. (1), Vidal. (1), Rivas L. (2).
1- Hospital Clínico Universidad De Chile, Santiago 2-Instituto De Ciencias Biomédicas, Santiago.

CO Nº 4 MUTATIONS IN LIARS PREDICT FAILURE OF DAPTOMYCIN MONOTHERAY AGAINST ENTEROCOCCUS FAECIUM.
Jm Munita (1,3), Wr Miller (1), D Panesso (1,2), Tt Tran (1), J Reyes (1,2), Ca Arias (1,2).
(1)Univ. Of Texas Med Sch., Houston, Tx, (2) Univ. El Bosque, Bogotá, Colombia, (3) Clínica Alemana – Universidad Del Desarrollo Sch. Of Medicine, Santiago, Chile.

CO Nº 5 CARBAPENEM-RESISTANT SERRATIA MARCESCENS OUTBREAK AFTER MISUSE IN AN INTENSIVE CARE UNIT OF A TERTIARY TEACHING PUBLIC HOSPITAL IN RIO DE JANEIRO.
Delgado J. (1), Teixeira L. (2), Proença A. (2), Silva M. (2), Ribeiro D. (2)
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Hospital Municipal Salgado Filho De Rio De Janeiro (2).

CO Nº 6 CLONALIDAD DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE KPC-2 AISLADA EN CUATRO PROVINCIAS DE ECUADOR.
Zurita J. (1), Alcocer I. (2), Barba P. (2), Yauri F. (2), Ortega D. (2), Iñiguez D. (3), Izquierdo K. (4), Parra H. (5).
1servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Hospital Vozandes. Facultad De Medicina De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (Puce). Quito; 2laboratorio De Microbiología. Escuela De Biología. Facultad De Ciencias Exactas De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Quito; 3. Hospital De La Sociedad De Lucha Contra El Cáncer. Cuenca; 4 Hospital Alcívar. Guayaquil; 5 Hospital Luis Vernaza. Guayaquil.

SALÓN SAN CRISTÓBAL C **29 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

2º Sesión Oral (CO 7 al CO 12)
Tema: IAAS - 1
Co-presiden: Dr. Abel Jasovic - Dr. Mario Calvo

CO Nº 7 CARACTERIZACIÓN DE AISLAMIENTOS DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE, PROVENIENTES DE HOSPITALES CHILENOS. ISP 2012.
Hormazábal J., Araya P., Flores R., Duery O., Ibáñez D., Fernández J., Ulloa S., Pidal P., Díaz J.
Instituto De Salud Pública De Chile.

CO Nº 8 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE MODO DE FALLA Y EFECTO EN LA FASE DE PREPARACIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN EL PERSONAL DE SALUD.
Godino M. (1) (2), Bagnulo H (1) (2), Diabarboure H (1), González A (3), Luzardo G (1), Sosa B (4)
(1) Cti Hospital Maciel Montevideo (2) Comisión Nacional De Seguridad Del Paciente Msp (3) Sanatorio Canzani, Banco De Previsión Social, Montevideo, Uruguay (4) Centro Comunal Zonal Nª14, Intendencia Municipal De Montevideo, Uruguay.

CO Nº 9 INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD POR VIRUS RESPIRATORIOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.
Edwards J, Pérez R, Aguayo K, Fernández P, Riquelme Mi, Medel M, Montecinos L, Contreras Am, Ajenjo Mc, Ferrés M.
Cpc Iaas Hospital Clínico, Laboratorio Infectología Y Virologia Molecular, Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

CO Nº 10 CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SECTOR PÚBLICO DE ARGENTINA.
Lossa, G. (1), Giordano Lerena, R (1); Flichtentrei, D (2); Calvo, E (3); Prats, M (2); Mastandueno, R (2); Díaz, C (1); Cabral, M (1); Fernández, L (1); Arcidiácono, D (1).
1: Programa Nacional De Epidemiología Y Control De Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional De Epidemiología \"Dr. Juan H. Jara\". Anlis. Ministerio De Salud De La Nación Argentina. 2: Intramed 3: Dirección Nacional De Maternidad E Infancia. Ministerio De Salud De La Nación Argentina.

CO Nº 11 ANÁLISIS DE MANEJO DE CASOS DE DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CD) EN HOSPITAL BARROS LUCO TRADEAU (HBLT) DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2012.
Tapia J, Rojas L, Díaz H, Beltrán C, Acevedo W, Paredes L, Acevedo W, Hitschfeld R, Machuca M, Urzua C, Palma S, Jiménez S.
Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago Chile.

CO Nº 12 TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN INFECCION DE SITIO QUIRURGICO DE PACIENTES POST COLECISTECTOMIA TANTO ABIERTA COMO VIDEOLAPAROSCOPICA.
Palacios H.
Hospital Roosevelt.

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA B **29 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

3º Sesión Oral (CO 13 al CO 18)
Tema: Emergentes / Parasitología
Co-presiden: Dr. Hugo García - Dra. Cecilia Perret

CO Nº 13 MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN QUITO- ECUADOR.
Zurita J. (1,2), Izurieta Y. (1), Vargas AC. (1), Sierra E. (1), Mora M. (2), Zurita-Salinas C. (2)
1 Hospital Vozandes, Servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Quito - Ecuador; 2 Centro Internacional De Investigaciones En La Salud-Ecuador (Ciies). Quito – Ecuador.

CO Nº 14 SEROPREVALENCIA DE INFECCION POR TOXOCARA CANIS EN SANTIAGO, CHILE Y COMPARACIÓN DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS PARA ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA.
Weitzel T (1), Abarca K (2,3), Jercic MI (4), López J (5), Oyarce A (4), Acosta-Jamett G (6).
Laboratorio Clínico, Clínica Alemana, Universidad Del Desarrollo, Santiago (1), Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago (2), Laboratorio De Infectología Y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago (3), Sección De Parasitología, Instituto De Salud Pública, Santiago (4), Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago (5), Instituto De Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad De Medicina Veterinaria Universidad Austral, Valdivia. (6). Proyecto Fondecyt N°1100809.

CO Nº 15 DESARROLLO DE UNA PCR SIMPLE, PARA LA IDENTIFICACION DE LEISHMANIA MEXICANA Y LEISHMANIA BRAZILIENSIS EN IMPRONTAS HUMANAS.
Monteón V, Quen E, Díaz R, López R.
Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Campeche, México.

CO Nº 16 NEURONOPATÍA DE LAS CÉLULAS GRANULOSAS DEL CEREBELO CAUSADA POR EL VIRUS JC: UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH.
Kassab MJ (1), Fink MCD (2), Penalva De Oliveira AC (3), Vidal JE (4)
Instituto De Infectología Emílio Ribas (IIER), São Paulo-Brasil.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 17 EVIDENCIA SEROLÓGICA DE INFECCIÓN HUMANA POR RICKETTSIA SPP EN CHILE
Abarca K (1,2), López J (3), Labruna M (4), Acosta-Jamett G (5), Azócar T (2).
División De Pediatría, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile (1); Laboratorio De Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2); Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago, Chile (3); Departamento de Medicina Veterinaria Preventiva y Salud Animal, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia Universidad de Sao Paulo, Brasil (4),Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad de Medicina Veterinaria Universidad Austral, Valdivia, Chile (5). Proyecto Fondecyt N°1100809.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 18 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS CON PLASMA HUMANO INMUNE PARA VIRUS ANDES.
Vial P.(1), Valdivieso F.(1), Calvo M.(2), Riquelme R.(3), Rioseco ML.(3), Ferrés M. (4), Cuiza A.(1), Marco C.(1), Belmar E.(1), Vinko T.(5), Paredes L.(5), Taeger M.(2), Florenzano M. (6), Bidart T. (7), Vial C. (1), Rivera JC. (1), Delgado I.(1), Ye C.(8), Hjelle B.(8), Mertz G.(8)
(1)Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad Del Desarrollo, Santiago. (2)Hospital Base de Valdivia, Valdivia. (3)Hospital Regional de Puerto Montt, Puerto Montt. (4)Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. (5) Clínica Alemana de Santiago, Santiago. (6)Clínica Las Condes, Santiago. (7)Clínica Santa María, Santiago. (8) University of New Mexico, USA.

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA C **29 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

4º Sesión Oral (CO 19 al CO 24)
Tema: Pediatría
Co-presiden: Dra. Rosa Bologna - Dra. Paulina Coria

CO Nº 19 HOSPITALIZACIONES PEDIÁTRICAS POR INFLUENZA 2012 Y SU RELACIÓN CON EL ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL.
Acuña M., Soto C., Apablaza K., González C., Galaz M., Benadof D., Skarmeta M., Topelberg S.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

CO Nº 20 EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES MENINGOCÓCICAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE (SSMN): REVISIÓN DE 5 AÑOS.
Acuña M., De Tezanos-Pinto A., Benadof D.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago.

CO Nº 21 DESCRIPCIÓN GENOTÍPICA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA AISLADA DE ESPUTO DE NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA CHILENO.
Haro C. (1), Jofré L. (2), Hormazábal JC. (3)
Clínica Hospital Del Profesor (1), Hospital Metropolitano (2), Instituto De Salud Pública (3).

CO Nº 22 COLONIZACIÓN POR CANDIDA SPP. EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS HOSPITALIZADOS EN UCIN.
Caviedes P, Delpiano L, Barraza B, Cifuentes M.
Hospital Clínico San Borja Arriarán.

CO Nº 23 TRATAMIENTO ACORTADO DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS.
Prado M. Peña A., Rabello M., Valenzuela C., Viviani T.
Hospital Sótero del Río. Santiago, Chile.

CO Nº 24 COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF A MULTICOMPONENT MENINGOCOCCAL SEROGROUP B (4CMENB) VACCINE IN EPIDEMIC SITUATION IN A DEVELOPING COUNTRY.
Izquierdo G (1), Torres Jp (1,4); Santolaya Me (1); Valenzuela Mt (2); Vega J (3); Chomali M (4).
(1)Department Of Pediatrics, Division Of Pediatric Infectious Diseases, Faculty Of Medicine, Universidad De Chile, Santiago, Chile. (2)Institute Of Public Health, Santiago, Chile. (3)Faculty Of Medicine, Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile. (4)Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

SALÓN SAN CRISTÓBAL B **30 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

5º Sesión Oral (CO 25 al CO 30)
Tema: IAAS - 2
Co-presiden: Dr. Gabriel Levy-Hara - Dra. María Cristina Ajenjo

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 25 MORTALITY AND LETHALITY DUE TO BLOODSTREAM INFECTION IN A TERTIARY UNIVERSITY HOSPITAL OF RIO DE JANEIRO 2005 – 2011, BRAZIL.
Delgado J. (1), Castro E. (1), Damasco (2).
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro (2).

CO Nº 26 RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MULTIDRUG-RESISTANT ESCHERICHIA COLI IN PATIENTS WITH URINARY TRACT INFECTIONS ATTENDED IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF RIO DE JANEIRO.
Delgado J. (1), Rosa A. (1), Seraphim C. (1), Mendes G. (2), Souza G. (2), Castro E. (1), Damasco P. (2)
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro (2).

CO Nº 27 LA INFECCION POR KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS MAYORES: ¿COMO IMPACTA EN LOS INDICES DE CALIDAD DE ATENCION?
Cusmano L., Valdivia Dahl A., Viteri Ma., Terusi A., Mattiello Sacchi V., Shimank E, Zugasty N., Ezcurra Mc.
Unidad Asistencial Por Más Salud. Dr Cesar Milstein. Ciudad Autónoma De Buenos Aires.

CO Nº 28 PACIENTES TRASLADADOS: FUENTE DE INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MOMR).
Herve B., Chomali M., Espinoza R., Skarmeta M., Gutiérrez C, Rivas J, Luna M., Gattas S.
Clínica Las Condes.

CO Nº 29 RELACIÓN ENTRE LA TRAQUEOBRONQUITIS Y LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN.
Modernel J., Tejera D, Silva M, Alonso M, Villalba F, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española.

CO Nº 30 USO PREVIO DE ANTIMICROBIANOS: CLAVE PARA PREDECIR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA.
Paciel D, Medina J, Pontet J, Formento C.
Facultad De Medicina, Udelar.

SALÓN SAN CRISTÓBAL C **30 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

6º Sesión Oral (CO 31 al CO 36)
Tema: VIH - 1
Co-presiden: Dr. Martín Casapía - Dr. Carlos Beltrán

CO Nº 31 AUSENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON TERAPIA DE ALTA POTENCIA (HAART) EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL H HENRÍQUEZ A. PERÍODO 2001 – 2012.
Chahin C (1), Ferrada R (2), Abarzúa F (3, 4), Stegmeier H (1), Ewert F (1), Venegas K (1), Molina C (1), Concha C (1), Ferrada M (1).
(1) Unidad Infectología. (2) Unidad Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Regional H Henríquez. (3) Clínica Alemana Temuco. Región De La Araucanía. Chile. (4) Pontificia Universidad Católica De Chile.

CO Nº 32 EVALUACIÓN DE LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN PACIENTES VIVIENDO CON VIH EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL QUE RECIBEN ATAZANAVIR O ATAZANAVIR/RITONAVIR.
Tapia J., Rojas L., Palma S., Acevedo W., Cofre M., Zitko P., Díaz H., Jiménez S., Beltrán C.
Universidad de Santiago De Chile. Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABLT). Santiago, Chile.

CO Nº 33 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES HOSPITALIZADOS VIH/SIDA.
Bernal Fernando (1), Vásquez Patricia (2), Alejandra Gavrilovics (3), Michel Serri (4).
Policlínico de Infectología, Hospital San Juan de Dios.

CO Nº 34 SPIRIT: SIMPLIFYING TO RILPIVIRINE/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF SINGLE-TABLET REGIMEN FROM BOOSTED PROTEASE INHIBITOR REGIMEN MAINTAINS HIV SUPPRESSION AT WEEK 48 IN THE HISPANIC/LATINO SUBPOPULATION.
Morales-Ramirez, J(1); Fisher, M(2); Palella, F(3); Tebas, P(4); Ruane, P(5); Shamblaw, D(6); Wang, H(7); Porter, D(7); De-Oertel, S(7); Fralich, T(7); Sanchez, SP(7).
(1)Clinical Research Puerto Rico Inc., San Juan, Pr; (2)Brighton And Sussex University Hospitals, Brighton, Uk; (3)Northwestern University Feinberg School Of Medicine , Chicago, Il, Us; (4)University Of Pennsylvania, Philadelphia, Pa, Us; (5)Peter J. Ruane, Md, Inc.Los Angeles, Ca, Us; (6)La Playa Medical Group And Clinical Research, San Diego, Ca, Us; (7)Gilead Sciences, Foster City, Ca, Us.

CO Nº 35 STAR STUDY: SINGLE TABLET REGIMEN RILPIVIRINE/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IS NON-INFERIOR TO EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IN ART-NAÏVE ADULT HISPANIC/LATINO SUBPOPULATION.
Hawkins,T(1); Cohen, C(2); Wohl, D(3); Arribas, J(4); Henry, K(5); Bloch, M(6); Towner, W(7); Wang, H(8); Porter, D(8); De-Oertel, S(8); Fralich, T(8); Sanchez, SP(8).
(1)Southwest Care Center, Santa Fe, Nm, Us; (2)Community Research Initiative Of New England, Boston, Ma, Us; (3)University Of North Carolina At Chapel Hill, Nc, Us; (4)Hospital Universitário La Paz, Madrid, Spain; (5)Hennepin County Medical Center, Minneapolis, Mn, Us; (6)Holdsworth House Medical Practice, Darlinghurst, Nsw; (7)Kaiser Permanente Medical Center, Los Angeles, Ca, Us; (8)Gilead Sciences, Foster City, Ca, Us.

CO Nº 36 EFFICACY AND SAFETY OF ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IN HISPANIC SUBJECTS AT WEEK 48 FROM AN INTEGRATED ANALYSIS OF PHASE 2 AND 3 CLINICAL TRIALS.
Andrade-Villanueva, J (1); Morales-Ramírez, J (2); Saavedra S (3); Dejesus, E (4); Nguyen, T (5); Zhong, L (5); Rhee, M (5); Szwarcberg, J (5).
(1)Antiguo Hospital Civil De Guadalajara, México; (2) Clinical Research Puerto Rico Inc., San Juan, Pr; (3) Va Caribbean Healthcare System, San Juan, Pr.

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA B **30 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

7º Sesión Oral (CO 37 al CO 42)
Tema: Adultos - 1
Co-presiden: Dr. Germán Ambasch - Dr. Manuel Guzmán Blanco

CO Nº 37 PREVALENCIA DE VARIANTES DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C DE RESISTENCIA NATURAL A LOS INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA NO ESTRUCTURAL 5A: ANÁLISIS DE 722 SECUENCIAS DE GENOMA COMPLETO.
Kolarovic, Mb (1), Trinks, J (1, 2) Y Farinati, A (1)
(1) Cátedra De Microbiología Y Parasitología, Facultad De Medicina, Universidad Del Salvador, Tucumán 1845, Buenos Aires; (2) Instituto De Ciencias Básicas Y Medicina Experimental (Icbme), Hospital Italiano De Buenos Aires, Potosí 4240, Buenos Aires, Argentina.

CO Nº 38 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE E EM CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS NO BRASIL CENTRAL.
Reis N.R.S. (1), Freitas N.R. (1), Kozlowski A.G. (1), Lopes C.L.R. (2), Teles S.A. (2), Carneiro M.A.S. (1), Matos M.A.D. (1), Martins R.M.B. (1).
Instituciones: (1) Instituto De Patologia Tropical E Saúde Pública, Universidade Federal De Goiás (Ufg), Goiânia-Go; (2) Faculdade De Enfermagem/Ufg.

CO Nº 39 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C EM ASSENTADOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL.
Carneiro, M A S; Araujo, La (1); Del-Rios, N.H.A, (2); Teles, S.A (3); Martins, R.M.B (4); Matos, M.A.D (5); Caetano, Kaa (6); Matos, Ma (7); Marinho, T.A (8); Diniz, F.A. (9).
Instituto De Patologia Tropical E Saúde Pública Da Universidade Federal De Goiás (Iptsp/Ufg).

CO Nº 40 TUBERCULOSIS LATENTE EN CENTROS PENITENCIARIOS: PRIMERA EXPERIENCIA EN CHILE CON DETECCIÓN DE LIBERACIÓN DE INTERFERÓN GAMMA (TB SPOT).
Aguilera X (1), González, C (1), Nájera M (1), Hirmas M (1), Delgado I (1), Olea A (1), González P (1), Montaña A (2), Rodríguez G (3), Lezaeta L (3) García Ch (4), Herrera T (4), Hormazabal Jc (5) Del Granado M (6).
(1) Centro De Epidemiología Y Políticas De Salud, Facultad De Medicina Clínica Alemana-Universidad Del Desarrollo (Udd) (2) Clínica Alemana De Santiago (Cas) (3) Departamento De Salud Gendarmería De Chile (4) Ministerio De Salud De Chile (5) Instituto De Salud Pública De Chile (6) Organización Panamericana De La Salud.

CO Nº 41 INFECCIONES POR LISTERIA MONOCYTOGENES (LM) EN UN HOSPITAL GENERAL EN CHILE. UNA EXPERIENCIA DE 2 DÉCADAS.
Sedano R, Fica A, Guiñez D, Braun S, Porte L, Dabanch J, Weitzel T, Soto S.
Servicio De Infectología Y Laboratorio De Microbiología, Hospital Militar De Santiago, Chile.

CO Nº 42 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VIRUS DA HEPATITE B (VHB) EM ASSENTADOS RURAIS DO BRASIL CENTRAL.
Teles Sa (1), Caetano Ka (1), Pinheiro Rs (1), Bergamaschi Fpr (2), Carneiro Mas (1), Matos Ma (1), Motta-Castro Arc (3), Del Rios Nh (1), Araujo La (1), Silva Ln (1), Martins, Rmb (1).
Universidade Federal De Goiás, Goiânia-Go (1); Universidade Estadual Do Mato Grosso Do Sul, Dourados-Ms (2); Universidade Federal Do Mato Grosso Do Sul, Campo Grande-Ms (3).

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA C **30 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

8º Sesión Oral (CO 43 al CO 48)
Tema: Diagnóstico y Tipificación
Co-presiden: Dra. Jeannete Zurita - Dra. Alejandra Fernández

CO Nº 43 DESARROLLO DE UN TEST PARA LA DETECCIÓN DE ASPERGILLUS FUMIGATUS POR PCR EN TIEMPO REAL EN PACIENTES SOSPECHOSOS DE ASPERGILOSIS INVASORA.
Wozniak A. (1), Sanhueza F. (1), Rabagliati R. (2), Vizcaya C. (3), Rivera G. (2), Pérez R. (3), Flores J. (2), Miranda C. (1), Castillo C. (1), García P. (1).
(1): Laboratorio De Microbiología - Departamento De Laboratorios Clínicos Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile; (2): Departamento De Enfermedades Infecciosas Del Adulto. Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile; (3) Departamento De Enfermedades Infecciosas - División Pediatría Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile.

CO Nº 44 HPV GENOTYPING IN HISTOLOGICALLY DIAGNOSED CASES OF CERVICAL CANCER IN ECUADOR.
Zambrano, H., (1), Scallion, M., (2) Alcivar, V., (3) Ortega, P., (4), Lee, A. (2) González, M. (5).
(1) Secretaría Nacional De Ciencia Y Tecnología, (2) Hospital Luis Vernaza, (3) Solca Manabí Núcleo De Portoviejo, (4) Labotario De Patología Ortega, Loja (5) Instituto Nacional De Investigación En Salud Pública, Ecuador.

CO Nº 45 DETECTION OF HISTOPLASMA CAPUSLATUM IN HIV-POSITIVE PATIENTS IN GUAYAQUIL, ECUADOR: COMPARISON BETWEEN A PCR-BASED PROTOCOL AND CONVENTIONAL CULTURE TECHNIQUE FROM BONE MARROW SAMPLES.
Sánchez S. (1), Zambrano H. (2), Lee A. (3), Vega W. (1), Almeida R. (1).
(1)Instituto Nacional De Investigación En Salud Pública De Ecuador; (2) Secretaria Nacional De Ciencia Y Tecnología, Ecuador; (3) Hospital Luis Vernaza, Ecuador.

CO Nº 46 OFERTA PÚBLICA MASIVA DE TEST RÁPIDOS PARA VIH/SIDA, HEPATITIS B Y C, EN PLAZA DE ARMAS, SANTIAGO, CHILE. EXPERIENCIA ÚNICA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA. HOSPITAL DR. LUCIO-CÓRDOVA, ONG VIVO-POSITIVO.
González-P. A., (1), Acevedo W., (2) Aravena J.C., (3) Espinosa D., (4) Farah, C., (5) Poblete H. (6).
Hospital Dr. Lucio Córdova, ONG Vivo Positivo.

CO Nº 47 CARACTERIZACIÓN DE LA DIVERSIDAD GENÉTICA DEL COMPLEJO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (cMT) EN DOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA-CHILE.
Meza P. (1), García P. (1), Miranda C. (1), Cifuentes M. (2), Balcells E. (3), Geoffroy E (1), Wozniak A. (1).
(1)Laboratorio De Microbiología- Departamento De Laboratorios Clínicos. Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. (2) Hospital San Borja Arriaran. (3) Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

CO Nº 48 CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUSCEPTIBILIDAD DE ESPECIES DE CANDIDA EN UN HOSPITAL EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2007 - 2011.
Fuentes M. (1), Alburquenque C. (1,2), Amaro J. (1), Falconer M. (1), Tapia C. (1,3).
1. Programa De Microbiología Y Micología, Instituto De Ciencias Biomédicas, Facultad De Medicina, Universidad De Chile, Santiago, Chile. 2. Escuela De Tecnología Médica, Universidad Mayor, Santiago, Chile. 3. Laboratorio Central Clínica Dávila, Santiago, Chile.

SALÓN SAN CRISTÓBAL B **31 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

9º Sesión Oral (CO 49 al CO 54)
Tema: VIH - 2
Co-presiden: Dra. Isabel Cassetti - Dr. Ricardo Espinoza

CO Nº 49 REPRESENTACION CULTURAL DEL VIH/SIDA DE LAS PERSONAS MAPUCHE VIVIENDO CON LA ENFERMEDAD EN LA REGION DE LA ARAUCANÍA, CHILE.
Panguinao L (2), Alarcón A (2), Chahin C (1), Muñoz S (2), Ampuero C (2)
(1) Unidad De Infectología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco Chile. 2) Universidad De La Frontera, Temuco Chile.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 50 PREDICCIÓN GENOTÍPICA Y BIOINFORMÁTICA DEL USO DE CORRECEPTORES DE VIH-1 Y PREVALENCIA DE LA CEPA R5 EN CHILE.
Ferrer P (1), Montecinos L (2), Ferrés M (2), Pérez C (2), Guzmán Ma (1), Afani A (1).
Instituciones: Laboratorio De Medicina Molecular. Hospital Clínico Universidad De Chile, Santos Dumont 999, Santiago, Chile. 2 Laboratorio De Infectología Molecular. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica De Chile, Marcoleta 391, Santiago, Chile.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 51 DEFICIENT REPORTING AND INTERPRETATION OF NON-INFERIORITY RANDOMIZED CLINICAL TRIALS IN HIV PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW.
Hernández A.V. (1, 2), Pasupuleti V. (3), Deshpande A. (3), Thota P. (2), Collins J.A. (4), Vidal J.E. (5, 6).
(1) Postgraduate School, Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Peru; (2) Health Outcomes and Clinical Epidemiology Section, Dept. of Quantitative Health Sciences, Lerner Research Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Oh, USA; (3) Dept. of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, Oh, USA; (4) Hiv/Aids Unit, Dept. of Internal Medicine, Guillermo Almenara General Hospital, Lima, Perú; (5) Dept. Of Infectious Diseases, Emilio Ribas Institute Of Infectious Diseases, Sao Paulo, Brazil; (6) Aids Clinic, Hospital Das Clinicas, University Of Sao Paulo School Of Medicine, Sao Paulo, Brazil.(3).

CO Nº 52 INCIDENCIA DE COINFECCIONES ENTRE PACIENTES HIV Y TUBERCULOSIS.
Cuesta Cruz Julian, Aleman Espinoza Washington.
Hospital De Infectología.

CO Nº 53 PERSONAS VIH +: CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER INGRESO EN UN SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.
Paciel D, Prieto, J, López M, Vidal M, Guirado M, Arteta Z, Breijo M, Cabrera S, Medina, J.
Cátedra De Enfermedades Infecciosas, Udelar. Uruguay.

CO Nº 54 RESPUESTA INMUNOGENICA DE UN RÉGIMEN DE VACUNACION DOBLE DE CUATRO DOSIS IM VS UN REGIMEN ESTANDAR DE TRES DOSIS PARA HEPATITIS B EN ADULTOS CON INFECCION VIH.
Núñez-Freile B., Beltrán S., Torres F., Tapia M., Núñez I.
Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito, Ecuador.

SALÓN SAN CRISTÓBAL C **31 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

10º Sesión Oral (CO 55 al CO 60)
Tema: Adultos - 2
Co-presiden: Dr. Isidro Zavala - Dr. Eugenio Báez

CO Nº 55 NO ASISTE

CO Nº 56 INCIDENCE OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION IN ADULTS AT-RISK HOSPITALIZED IN FOUR LARGE CENTERS IN LATIN AMERICA.
Lopardo G. (1), Noriega F. (2), Zambrano B. (3), Rivas E. (4).
(1) Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay, De Vicente López. Buenos Aires, (2) Sanofi Pasteur, Usa, (2) Sanofi Pasteur, Uruguay, (3) Sanofi Pasteur, México.

CO Nº 57 PREVALENCIA DE PORTACIÓN FARÍNGEA DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN INDIVIDUOS SANOS ENTRE 18-24 AÑOS DE EDAD, SANTIAGO, CHILE, OCTUBRE 2012.
Rodríguez P. (1), Álvarez I. (2), Torres MT. (2), Díaz J. (3), Bertoglia MP. (3), Cárcamo M. (3), Seoane M. (4), Araya P. (4), Santolaya ME. (1).
(1) Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Universidad de Chile. (2) Laboratorio Microbiología Hospital Luis Calvo Mackenna. (3) Asuntos Científicos, Instituto Salud Pública de Chile. (4) Departamento Biomédico, Sección Bacteriología, Instituto Salud Pública de Chile.

CO Nº 58 MENINGITIS MENINGOCÓCICA (MM) EN EL INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS (IIER), SAN PABLO-BRASIL, 2006 – 2011: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-LABORATORIALES, LETALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.
Strelow V, Kolbe K, Peixoto De Miranda E, Vidal JE.
Instituto De Infectología Emílio Ribas.(IIER)

CO Nº 59 ESPONDILODISCITIS EN UNA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA: ANÁLISIS DE UNA SERIE CLÍNICA EN UN HOSPITAL GENERAL.
Soto A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Fica A. (1,2), Weitzel T. (1), Cartes A. (1).
Instituciones: (1) Servicio De Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.

CO Nº 60 VALIDACION PROSPECTIVA DEL SCORE CRB65 Y UN NUEVO PUNTAJE PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.
Calderón - Gerstein, Walter (1,2); Lozano Orihuela, Edith; Ramos Cóndor, Jhamilen; Escobar Zavaleta, Jorge (1).
Essalud (1), Uncp (2).

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA B **31 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

11º Sesión Oral (CO 61 al CO 66)
Tema: Inmunosuprimidos
Co-presiden: Dr. Marcio Nucci - Dra. María Elena Santolaya

CO Nº 61 UTILIDAD DE PERFILES DE EXPRESIÓN GÉNICA EN LA DETERMINACIÓN PRECOZ DE RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA INVASORA EN EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN NIÑOS CON CÁNCER.
Torres JP. (1), Santolaya ME. (1), Villarroel M. (2), Tordecilla J. (2), Topelberg S. (2), Zubieta M. (2), Salgado C. (2), Álvarez AM. (2), Varas M. (2), Avilés C. (2), Viviani T. (2), Becker A. (2), Farfán M. (1), De La Maza V. (1), Suárez N. (3), Ramilo O. (3), Mejías A. (3).
(1) Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (2) Comité de Infectología del Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas, Chile. (3) The Research Institute At Nationwide Children´S Hospital Ohio State University, Columbus, USA.

CO Nº 62 NEUTROPENIA FEBRIL DE ALTO RIESGO. EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO TERAPÉUTICO.
Guadagna R. (1), Boada M. (2), Grille S. (3), Stevenazzi M. (4), Díaz L. (5), Guillermo C. (6).
Cátedra De Hematología. Hospital De Clínicas. Facultad De Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay.

CO Nº 63 CARACTERIZACIÓN DE LOS EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN NIÑOS CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.
Ducasse K. (1), Fernández J. (1), Salgado C. (2), Álvarez A. (3), Avilés C. (4), Becker A. (5), Topelberg S. (6), Tordecilla J. (1,6), Varas M. (3), Villarroel M. (1, 7), Viviani T. (5), Zubieta M. (2), Santolaya M. (1,7).
Universidad De Chile. Facultad De Medicina (1), Hospital Exequiel González Cortés (2), Hospital San Juan De Dios (3), Hospital San Borja Arriarán (4), Hospital Sotero Del Río (5,) Hospital Roberto Del Río (6), Hospital Luis Calvo Mackenna (7).

CO Nº 64 EPIDEMIOLOGIA DE NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES ADULTOS CON LEUCEMIA AGUDA Y LINFOMA EN QUIMIOTERAPIA. ESTUDIO DE COHORTE DE HOSPITALES PÚBLICO Y PRIVADO DE SANTIAGO, CHILE.
Rabagliati R. (1), Bertín P. (2), Cerón I. (3), Rojas H. (4), Domínguez I. (3), Vera A. (3), Siri L. (1) Flores J. (1), Fernández P. (4), Pérez M. (5), De La Cruz R. (6).
(1) Dpto. de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Dpto. de Hematología y Oncología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (3) Unidad de Infectología. Hospital Sótero del Río. (4) Unidad de Hematología. Hospital Sótero del Río. Santiago. (5) Gerencia de Tecnología en Información. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (6) Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago, Chile.

CO Nº 65 USO DE LA CARGA VIRAL PARA CITOMEGALOVIRUS EN SANGRE EN TRASPLANTADOS RENALES, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ARGENTINA.
Sánchez P.; García E.; Zarate A.; Alvarellos T.; De La Fuente J.; Caeiro J.
Hospital Privado Centro Médico De Córdoba.

CO Nº 66 ESTUDIO PROSPECTIVO AÑO 2012 DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS EN NIÑOS.
Acuña M., Maldonado M., Benadof D, Galaz M., Topelberg S., Skarmeta M.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago.

SALÓN PEDRO DE VALDIVIA C **31 de Mayo de 2013** **11.15 a 12.45 hrs.**

12º Sesión Oral (CO 67 al CO 72)
Tema: Infección y Diagnóstico
Co-presiden: Dr. Carlos Bergallo - Dra. Paola Pidal

CO Nº 67 EL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO: OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO.
Lasso M, Rivera G, Vera A.
Complejo Asistencial "Dr. Sótero Del Río". Santiago De Chile.

CO Nº 68 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD IN VITRO DE LA COMBINACIÓN DE RIFAMPICINA Y TIGECICLINA CON IMIPENEM, AMIKACINA Y COLISTÍN EN CEPAS DE A. BAUMANNII Y P. AERUGINOSA MULTI- O PANRESISTENTES.
Moreno M. (1), Silva F. (2) Canales A. (2) Ulloa M. (1).
1: Programa De Microbiología-Micología. Icbm. Facultad De Medicina, Universidad De Chile. 2: Hospital Clínico Universidad De Chile (HCUCH).

CO Nº 69 SINERGIA Y EFECTO BACTERICIDA DE COMBINACIONES DE COLISTIN SOBRE CEPAS DE ACINETOBACTER BAUMANNII Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTES A COLISTIN AISLADAS EN HOSPITALES CHILENOS.
Santos R., Guggiana P., Opazo A., Mella S., González G., Bello H., Domínguez M.
Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

CO Nº 70 RESULTADO DE 9 AÑOS DE UN PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NIÑOS.
Espinosa C., Acuña M., Benadof D., Topelberg S., Galaz M., Skarmeta M.
Hospital De Niños Roberto Del Río, Facultad De Medicina Universidad De Chile, Santiago.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 71 CAMBIOS HISTOLÓGICOS SECRETORIOS EN PNEUMOCYSTOSIS EXPERIMENTAL INDUCIDA POR BETAMETASONA VERSUS CICLOFOSFAMIDA.
Méndez A., Ponce Ca., Bustamante R., Vargas Sl.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 72 LA PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS (PCP) INDUCE EDEMA PULMONAR EN RATAS.
Pérez F., Iturra P., Ponce Ca., Vargas Sl.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 1 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE PSEUDOMONAS SPP. PRODUCTORAS DE METALO-BETA-LACTAMASAS.

Papa R (1), Bado I (1), Hitateguy P (2), Gutiérrez C (3), Seija V (3,4), Vignoli R (1).
(1) Instituto De Higiene, Facultad De Medicina (Udelar); (2) Hospital De Florida, (3) Hospital De Clínicas, Facultad De Medicina (Udelar); (4) Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción: El uso de carbapenemes para el tratamiento de infecciones por *Pseudomonas* spp multiresistentes se ve amenazado por el surgimiento de carbapenemasas. Estos microrganismos, detectados en distintos centros hospitalarios, podrían ser responsables de brotes nosocomiales. Objetivo: Estudiar las relaciones filogenéticas entre aislamientos clínicos de *Pseudomonas* spp. Productores de metalo-beta-lactamasas. Métodos: Se estudiaron 20 aislamientos de *Pseudomonas* spp productores de metalo-beta-lactamasas provenientes de distintos centros hospitalarios recolectadas entre 2010 y 2012. Las cepas fueron comparadas mediante electroforesis de campo pulsado (PFGE) y adicionalmente multilocus sequence typing (MLST) para P. *aeruginosa*. Dado que se trabajo únicamente con microorganismos no fue necesaria la presentación frente a un comité de ética. Resultados: El análisis de MLST permitió reconocer cepas pertenecientes a los secuenciotipos ST586, ST1195 y uno nuevo; estos últimos provenientes de distintos centros hospitalarios. Por PFGE, los pulsotipos no mostraron relaciones filogenéticas entre los diferentes aislamientos; a excepción de dos P. *aeruginosa* provenientes de dos pacientes internados en un mismo centro. Conclusión: Los secuenciotipos detectados no corresponden con los epidémicos previamente reportados, incluso uno de ellos lo detectamos por primera vez. El hallazgo de un mismo secuenciotipo en diferentes hospitales establece una relación filogenética entre los aislamientos, que no se relaciona con los pulsotipos observados, coincidiendo con la estructura poblacional de este microorganismo. Los pulsotipos reconocidos indican la ausencia de un clon predominante. Las técnicas MLST y PFGE, permiten estudios epidemiológicos y vigilancia de microorganismos multirresistentes, colaborando con el control de infecciones intrahospitalarias.

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 2 IDENTIFICACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE ALELOS DE BETALACTAMASAS CTX-M GRUPO 1, EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS EN HOSPITALES CHILENOS ENTRE LOS AÑOS 2008-2011.

Guggiana P. (1), Cid N. (1), Domínguez M. (1), González G. (1), Mella S. (1), García P. (2), Labarca J. (2), Bello H. (1) y Grupo Estudio de BLEE.
(1) Universidad de Concepción, Concepción, Chile. (2) Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Introducción: Las betalactamasas de espectro extendido CTX-M grupo 1 destacan por la amplia diversidad de alelos, informándose más de 30 variantes, siendo el 1, 3 y 15 los más importantes, por su distribución mundial. En Chile no existe información respecto del tipo y la distribución de estos alelos en enterobacterias hospitalarias. Objetivo: Identificar alelos de CTX-M grupo 1 en cepas de *Klebsiella pneumoniae* (Kp), *Escherichia coli* (Ec) y *Proteus mirabilis* (Pm) aisladas en hospitales chilenos, entre 2008-2011. Materiales/Métodos: En 44 cepas de Kp, 91 de Ec y 35 de Pm se identificó los alelos mediante RCP, RFLP con las enzimas MwoI, TaqI, EagI y NruI y secuenciación nucleotídica. Resultados: En las cepas estudiadas se detectaron los alelos 1, 3, 15, 23, 30 y 109, siendo prevalentes en Kp CTX-M-15 (66%) y CTX-M-30 (16%), en Ec CTX-M-15 (80%), CTX-M-3 (7%) y CTX-M-30 (7%) y en Pm CTX-M-3 (77%) y CTX-M-23 (11%). Conclusiones: En Chile se presentan diferencias en el tipo de alelos de CTX-M grupo 1 según las especies bacterianas, siendo CTX-M-15 el de mayor prevalencia en Kp y Ec, y CTX-M-3 en Pm. Financiamiento: Proyecto MSD (I.A.) Corp. Chile.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 3 DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS DE TIPO KPC EN ENTEROBACTERIAS CON SUSCEPTIBILIDAD DISMINUIDA A CARBAPENÉMICOS EN AISLADOS CLÍNICOS.

De La Lastra V. (1), Ulloa M. (2), Silva F. (1), Pinto M. (1), Vidal. (1), Rivas L. (2).
1- Hospital Clínico Universidad De Chile, Santiago 2-Instituto De Ciencias Biomédicas, Santiago.

Introducción: La emergencia de enterobacterias con susceptibilidad disminuida a carbapenémicos debido a serino-carbapenemasas de tipo KPC amenaza seriamente el uso de estos antibióticos. Algunas se han asociado a brotes de alta mortalidad. Objetivo: Búsqueda de serino-carbapenemasas tipo KPC en enterobacterias con susceptibilidad disminuida a carbapenémicos en aislados clínicos. Método: Se estudiaron prospectivamente todas las enterobacterias con susceptibilidad Intermedia o resistente a ertapenem, imipenem y/o a meropenem del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante abril a septiembre del año 2010. Se recolectaron 23 aislados: 18 correspondían a *Klebsiella pneumoniae* y 5 a *Enterobacter cloacae*. Se usó test de Hodge modificado con ertapenem y meropenem, y ácido borónico para detectar fenotípicamente la presencia de KPC. La detección genotípica de KPC se realizó mediante reacción de polimerasa en cadena (RPC), usando como control positivo la cepa *Klebsiella pneumonaie* ATCC BAA1705. Resultados: El test de Hodge con ertapenem resultó positivo para 2 de las 23 cepas y el mismo test con meropenem resultó positivo también para 2 de las 23 cepas, pero sólo una de ellas fue positiva con ambos antibióticos. La prueba con ácido borónico resultó positiva sólo para 1 de las 23 cepas y correspondió a *Klebsiella pneumoniae*, la cual dio negativa para el test de Hodge. Todas las RPC para detectar KPC fueron negativas. Conclusión: En las cepas con test fenotípicos de carbapenemasas positivos, no se encontró presencia de KPC. Dada la importancia clínica e epidemiológica es necesario continuar con una activa vigilancia activa de estas enzimas.

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 4 MUTATIONS IN LIARS PREDICT FAILURE OF DAPTOMYCIN MONOTHERAY AGAINST ENTEROCOCCUS FAECIUM.

Jm Munita (1,3), Wr Miller (1), D Panesso (1,2), Tt Tran (1), J Reyes (1,2), Ca Arias (1,2).
(1)Univ. Of Texas Med Sch., Houston, Tx, (2) Univ. El Bosque, Bogotá, Colombia, (3) Clínica Alemana – Universidad Del Desarrollo Sch. Of Medicine, Santiago, Chile.

Background: Daptomycin (DAP) is the only bactericidal antibiotic against multidrug-resistant *enterococci*. Mutations in the liaFSR system (which regulates the cell-envelope response to antibiotics), play a critical role in DAP resistance/tolerance in *enterococci*. We previously reported that a high proportion (ca.75%) of DAP-susceptible *E. faecium* clinical isolates with a DAP MIC close to the breakpoint (3–4ug/mL) harbored mutations in liaRS. Moreover, a single amino-acid deletion in LiaF of a DAP-susceptible *E. faecalis* abolished DAP bactericidal activity in vitro. Here, we show for the first-time, that mutations in liaSR are associated with clinical failure of DAP monotherapy for the treatment of severe DAP-susceptible *E. faecium*. Methods: We performed genotypic and phenotypic characterization of *E. faecium* isolates sequentially recovered from the blood of a patient who failed DAP monotherapy. Isolates were characterized by PFGE and sequencing of liaFRS. Susceptibility testing was performed using Etest. Time-kill assays in Mueller-Hinton were performed as described elsewhere. Results: We recovered 10 isolates. The initial *E. faecium* isolate was DAP-susceptible (MIC of 3ug/mL) and harbored mutations in LiaS (Thr120→Ala) and LiaR (Trp73→Cys). No mutations were found in the other genes implicated in DAP-resistance. Time-kill assays showed DAP 5X MIC did not achieve bactericidal activity. The addition of ampicillin (1/4X MIC) restituted DAP bactericidal activity (decrease of >3log10/mL in CFU). Conclusions: this is the first report correlating genetic changes in liaFSR with clinical failure of DAP monotherapy in a DAP-susceptible *E. faecium*. LiaFSR genotyping may be a novel strategy to predict failure and guide treatment of severe enterococcal infections.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 5 CARBAPENEM-RESISTANT SERRATIA MARCESCENS OUTBREAK AFTER MISUSE IN AN INTENSIVE CARE UNIT OF A TERTIARY TEACHING PUBLIC HOSPITAL IN RIO DE JANEIRO.

Delgado J. (1), Teixeira L. (2), Proença A. (2), Silva M. (2), Ribeiro D. (2)
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Hospital Municipal Salgado Filho De Rio De Janeiro (2).

Introduction: The increasing use of polymyxins in critical settings due to the high prevalence of multidrug-resistant *Acinetobacter spp*. and carbapenem-resistant Enterobacteriaceae are selecting virulent bacteria naturally resistant to this antibiotic such as *Serratia marcescens*. Objectives: To describe the characteristics of an carbapenem-resistant *Serratia marcescens* (CRSM) outbreak occurred between May to October 2012 in the intensive care unit (ICU) of a tertiary university hospital of Rio de Janeiro. Methods: The defined daily dose (DDD) for polymyxin B at the ICU in a previous two-year period was calculated. The clinical and epidemiological characteristics of the patients with CRSM cultures were recorded and univariate, bivariate e multivariate analysis were done. A p-value of 0.05 or less were considered statistically significant. Results: In the last two years the DDD of polymyxin B in this ICU reached 35 times the average consumption of other public hospitals of the São Paulo city. In total 17 patients were observed with critical infections due to CRSM. The mortality in this group was 58.8%. In all cases was documented an nosocomial origin of the infections, which were mainly ventilator-associated pneumonia (64.3%). Most of the patients were previously treated with polymyxin B (78.6%). The mortality of the patients was also related to the severity of infectious episode and comorbidities (Charlson index) ($p < 0.05$). Conclusions: The misuse of polymyxins are selecting bacteria naturally resistant to this antibiotic which increase mortality among critically ill patients.

1ª Sesión Oral **Resistencia Antimicrobiana** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 6 CLONALIDAD DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PRODUCTORA DE KPC-2 AISLADA EN CUATRO PROVINCIAS DE ECUADOR.

Zurita J. (1), Alcocer I. (2), Barba P. (2), Yauri F. (2), Ortega D. (2), Iñiguez D. (3), Izquierdo K. (4), Parra H. (5).
1servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Hospital Vozandes. Facultad De Medicina De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (Puce). Quito; 2laboratorio De Microbiología. Escuela De Biología. Facultad De Ciencias Exactas De La Pontificia Universidad Católica Del Ecuador. Quito; 3. Hospital De La Sociedad De Lucha Contra El Cáncer. Cuenca; 4 Hospital Alcívar. Guayaquil; 5 Hospital Luis Vernaza. Guayaquil.

INTRODUCCIÓN: En Ecuador, la primera detección de *K. pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC (Kpn-KPC) fue a finales del 2010. En los últimos dos años (2011 y 2012) los aislamientos de Kpn-KPC se han descrito con mayor frecuencia, detectándose en varias provincias del país. En vista del surgimiento cada vez mayor de este tipo de cepas se estructuró un proyecto colaborativo en la Pontificia Universidad Católica de Ecuador. Este proyecto permitió analizar aislamientos sospechosos provenientes de varios hospitales de las provincias de Cañar, Azuay, Guayas y Pichincha para su confirmación y posterior caracterización molecular. OBJETIVO: Caracterizar molecularmente los aislamientos con KPC-2 para evaluar su relación clonal con el primer aislamiento reportado. METODOLOGÍA: La identificación fenotípica de la producción de carbapenemasas se realizó de acuerdo al CLSI. Se determinó la presencia de los genes blaKPC, blaTEM, blaSHV, blaCTX, blaIMP, blaVIM, y blaGES mediante PCR. El tipo de KPC se definió por secuenciación y su relación clonal se analizó por electroforesis de campo pulsado (PFGE). RESULTADOS: En 23 aislamientos se detectó el gen BlaKPC-2 al igual que BlaSHV. El gen blaTEM estuvo presente en 65% mientras blaVIM, y blaGES en 13% y 17% respectivamente. La caracterización por PFGE sugiere que más de un clon circula por Ecuador, descartando la hipótesis que todos los aislados encontrados derivan del primer clon reportado. CONCLUSION: La posible alta diseminación y múltiple aparición del gen BlaKPC-2 es una fuente de alerta para las autoridades sanitarias nacionales y regionales debido a que esta carbapenemasa reduce las opciones terapéuticas en forma importante.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

2ª Sesión Oral **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 7 CARACTERIZACIÓN DE AISLAMIENTOS DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE, PROVENIENTES DE HOSPITALES CHILENOS. ISP 2012.

Hormazábal J., Araya P., Flores R., Duery O., Ibáñez D., Fernández J., Ulloa S., Pidal P., Díaz J.
Instituto De Salud Pública De Chile.

Las infecciones asociadas a la atención en salud, representan una amenaza mundial. En Chile, *C. difficile* ha sido responsable de casos y brotes en hospitales, especialmente en la Región Metropolitana. Objetivos: Caracterización molecular y de susceptibilidad antimicrobiana de aislamientos provenientes de hospitales chilenos. Materiales y Métodos: se incluyeron 302 aislamientos de 32 hospitales de 9 regiones del país. Estos fueron cultivados por el Lab. de Referencia ISP durante Enero-Septiembre 2012. Las cepas fueron sometidas a subtipificación molecular por electroforesis de campo pulsado, utilizando la enzima SmaI, según protocolo ISP – INSPQ, Canadá. Una muestra de cepas fue sometida a estudio de susceptibilidad a metronidazol (200) y vancomicina (203) por CIM, estándar CLSI y EUCAST. Resultados: El estudio de subtipificación identificó 35 subtipos diferentes. El 70.5% (213) correspondió al subtipo CL-CDF-SMA-001 (clon 001), el resto de las cepas se distribuyó en otros 34 subtipos. El clon 001 fue identificado en hospitales de 8 regiones. El análisis bioinformático reveló que el clon 001 presenta tres bandas de diferencia con el clon NAP-1 por lo que correspondería a una variante chilena. El estudio de susceptibilidad antimicrobiana reveló un 100% de sensibilidad para metronidazol y 99.5% para vancomicina. El hallazgo de una cepa resistente fue referido a un centro internacional. Conclusión: Los hallazgos en la caracterización insertan a Chile dentro del fenómeno de expansión global que ha desarrollado el *C. difficile* a través del clon norteamericano NAP-1 y sus variantes. El fenómeno de resistencia antimicrobiana no representa un problema en las cepas estudiadas.

2ª Sesión Oral **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 8 APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE MODO DE FALLA Y EFECTO EN LA FASE DE PREPARACIÓN DE UN PROGRAMA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN EL PERSONAL DE SALUD.

Godino M. (1) (2), Bagnulo H (1) (2), Diabarboure H (1), González A (3), Luzardo G (1), Sosa B (4)
(1) Cti Hospital Maciel Montevideo (2) Comisión Nacional De Seguridad Del Paciente Msp (3) Sanatorio Canzani, Banco De Previsión Social, Montevideo, Uruguay (4) Centro Comunal Zonal Nª14, Intendencia Municipal De Montevideo, Uruguay.

Introducción: Los trabajadores sanitarios (TS) son grupo prioritario a ser vacunado. Uruguay recomienda vacunación antigripal y distribuye gratuitamente la vacuna. Sin embargo, la adhesión es baja. La vacunación antigripal es recomendada en las estrategias de seguridad del paciente (SP). Objetivo: Analizar fallas en estrategias de vacunación con una herramienta recomendada por la SP: Análisis Modal de Fallos y Efectos (AMFE). Métodos: El AMFE considera posibles fallos, causas y efectos y prioriza riesgos para diseñar acciones de mejora. Resultados: Cuatro modos de fallo teóricos fueron identificados: 1. No es prioridad para la institución vacunar. 2. La institución prioriza vacunar, el TS lo acepta, pero las vacunas no son suficientes. 3. La organización prioriza vacunar, las vacunas son suficientes y el TS se niega. 4. La institución prioriza vacunar, las vacunas son suficientes, pero no se vacuna eficazmente. Se describen 25 causas: 11 consideradas prioritarias y clasificadas en relación a: Fallas del proceso de vacunación o fallas en la educación. Conclusiones: La falta de vacunación del TS en Uruguay se asocia con los fallos 3 y 4 Las causas y efectos se agrupan en: fallas del proceso de vacunación y falta de herramientas educativas que fomenten la vacunación. Del AMFE surgen 3 recomendaciones: Antes de iniciar la vacunación desarrollar un módulo educativo sobre vacunación y SP Implementar una "SEMANA DE VACUNACIÓN" con suficientes recursos humanos y materiales que garantice la accesibilidad a todo TS. Diagnosticar el estado de vacunación del TS (otras vacunas recomendadas) para completar su vacunación durante el año.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

2ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1 Hora de presentación: 11.45 - 12.00

CO Nº 9 INCIDENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD POR VIRUS RESPIRATORIOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Edwards J, Pérez R, Aguayo K, Fernández P, Riquelme Mi, Medel M, Montecinos L, Contreras Am, Ajenjo Mc, Ferrés M.
Cpc Iaas Hospital Clínico, Laboratorio Infectología Y Virologia Molecular, Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción: Las infecciones asociadas a la atención de salud por virus respiratorios (IAAS-VR) no son parte de la vigilancia en los hospitales y la dimensión del problema es desconocida. Objetivos: Estimar la magnitud de IAAS-VR en un hospital universitario. Métodos: Se calculó la incidencia de IAAS-VR en hospitalizados con síntomas respiratorios y con diagnóstico etiológico viral, entre mayo-septiembre 2012. Los diagnósticos se realizaron por Reacción Polimerasa en Cadena (Seegene ®, 15 virus respiratorios), o Inmunofluorescencia Directa (DHI, USA®, 8 virus respiratorios). Se definió IAAS-VR en pacientes con resultado positivo cuyo tiempo de hospitalización excedía al tiempo de incubación del virus encontrado. Se calcularon tasas de IAAS-VR por 1000 egresos, y se calculó la fracción de infecciones virales atribuible a la atención de salud. Resultados: Se estimó una tasa global de 6,3 IAAS-VR por 1000 egresos (77/12.309). La tasa fue mayor en julio (11 ‰). En pediatría se obtuvo una tasa de 21 ‰ y en pacientes adultos 3,9 ‰. Los virus respiratorios más frecuentes fueron Parainfluenza (25%), Influenza A (16%), VRS (16%) y Rinovirus (14%). La fracción global de infecciones atribuidas a la atención de salud correspondió a 21%, observándose valores máximos en agosto para servicios pediátricos (26%) y en julio para servicios de adultos (35%). Conclusiones: Las IAAS-VR son frecuentes, siendo posible atribuir una de cada cinco infecciones virales respiratorias a la atención de salud. Este hallazgo apoya la necesidad de establecer vigilancia sistemática de estas infecciones y reforzar las medidas para evitar transmisión dentro de los hospitales.

2ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1 Hora de presentación: 12.00 - 12.15

CO Nº 10 CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE HIGIENE DE MANOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD DEL SECTOR PÚBLICO DE ARGENTINA.

Lossa, G. (1), Giordano Lerena, R (1); Flichtentrei, D (2); Calvo, E (3); Prats, M (2); Mastandueno, R (2); Díaz, C (1); Cabral, M (1); Fernández, L (1); Arcidiácono, D (1).
1: Programa Nacional De Epidemiología Y Control De Infecciones Hospitalarias. Instituto Nacional De Epidemiología \"Dr. Juan H. Jara\". Anlis. Ministerio De Salud De La Nación Argentina. 2: Intramed 3: Dirección Nacional De Maternidad E Infancia. Ministerio De Salud De La Nación Argentina.

Introducción: La adecuada higiene de manos es reconocida como la medida individual más importante para prevenir la propagación de infecciones asociadas al cuidado de la salud. Objetivo: Conocer la realidad de la higiene de manos, desde la perspectiva de los profesionales involucrados en la atención de salud. Método: Estudio transversal, descriptivo y de autopercepción implementado vía web por el Portal IntraMed mediante cuestionario con opciones cerradas. Se relevaron las conductas de los profesionales del sector público de salud de Argentina (n=4925). El estudio, aprobado por el comité de ética, fue realizado entre abril y septiembre de 2011. Resultados: El 63,5% fueron mujeres; 51,8% eran parte del staff, 15,4% eran jefes, 15,2% residentes, y el resto tenían otros cargos. En consultorios externos, el 69,2% respondió que higieniza sus manos siempre, 20,9% lo hace a veces y 9,9% no lo hace. En internación, el 82,8% lo hace siempre, el 12,9% a veces y el 4,3% respondió que no higieniza sus manos. Los enfermeros, infectólogos, pediatras, cirujanos y emergentólogos se encuentran por encima del promedio en cumplimiento de higiene de manos. Cuando existen recomendaciones y las personas están capacitadas, las respuestas positivas se elevan a 76,4% y 90,7% en consultorios e internación, respectivamente. Conclusión: Los factores independientes asociados a la conducta percibida de higiene de manos fueron sexo femenino, capacitación, existencia de recomendaciones, disponibilidad de alcohol, ciertas especialidades y cargo que ocupan. Los resultados alcanzados retroalimentan la gestión y permiten priorizar las intervenciones sanitarias preventivas. La encuesta puede presentar sesgo por ser voluntaria.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

2ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1 Hora de presentación: 12.15 - 12.30

CO Nº 11 ANÁLISIS DE MANEJO DE CASOS DE DIARREA ASOCIADA A CLOSTRIDIUM DIFFICILE (CD) EN HOSPITAL BARROS LUCO TRADEAU (HBLT) DURANTE EL MES DE DICIEMBRE DEL 2012.

Tapia J, Rojas L, Díaz H, Beltrán C, Acevedo W, Paredes L, Acevedo W, Hitschfeld R, Machuca M, Urzua C, Palma S, Jiménez S.
Hospital Barros Luco Trudeau, Santiago Chile.

Introducción: La diarrea asociada a *Clostridium difficile*, es una de las principales causas de infecciones asociadas a la atención de salud. El aumento progresivo en los casos hace necesario establecer un protocolo para el manejo de pacientes. Objetivo: Describir los casos de diarrea asociada CD ocurridos durante el mes de diciembre del año 2012 en HBLT. Metodología: Se realiza seguimiento de los casos sospechosos de diarrea asociada a CD. En casos sospechosos se aplica test rápido de toxina A y B (Quickchek) y precauciones de contacto. A los casos negativos se realiza PCR mediante GeneExpert. Según el resultado de estos test se clasifican según gravedad y se realiza tratamiento estándar. Resultados: Se evalúan un total de 17 muestras sospechosas de CD, el resultado positivo de toxina A y B fue de 5 pacientes (29,4%) al realizar el test de PCR a los casos negativos se establecen 2 nuevos casos, lo que aumenta el diagnóstico a un 41%. Además se determina una sensibilidad de 71,4% con un valor predictivo positivo de un 83%. De los casos evaluados el 64% fueron mujeres con un promedio de edad de 64 años. La presentación clínica fue un 82% como moderada, 17% como grave y 5,8% como grave complicada, se pesquisaron 4 episodios de recaídas. No se observaron fallecimientos por diarrea asociada CD. Conclusión: Los datos entregados por nuestro trabajo demuestra valores similares a los descritos en la literatura. Es necesario prolongar el estudio para poder tener un poder estadístico mayor.

2ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1 Hora de presentación: 12.30 - 12.45

CO Nº 12 TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO EN INFECCION DE SITIO QUIRURGICO DE PACIENTES POST COLECISTECTOMIA TANTO ABIERTA COMO VIDEOLAPAROSCOPICA.

Palacios H.
Hospital Roosevelt.

INTRODUCCION: Notamos que las videolaparoscopías son procedimientos quirúrgicos con tasas alternas de infección (ISQ), por lo que buscamos reducir dichas tasas con determinación de pacientes a quienes administrarles profilaxis. OBJETIVOS: (1) Determinar si el tabaquismo es factor de riesgo independiente para adquirir ISQ post colecistectomía abierta o videolaparoscópica. (2) Calcular incidencia de ISQ según índice tabáquico. (3) Determinar si el tabaquismo se asocia a mayor mortalidad post-operatoria (30 días post-operatorios) en pacientes con ISQ. METODO: Cohorte prospectivo; dos grupos, (1) pacientes post colecistectomía abierta o videolaparoscópica con ISQ y antecedente de tabaquismo, (2) con los que no tienen el antecedente de tabaquismo como factor de riesgo. Durante enero a diciembre del 2008. Muestra de 137 pacientes, los cuales se siguieron desde su ingreso a SOP, se evaluaron factores de riesgo (índice tabáquico, grado de tabaquismo, asa, comorbilidades), post-operatorio: se siguieron por 30 días para evaluar el desarrollo de ISQ o no. RESULTADOS Y CONCLUSIONES: (1) El tabaquismo es factor de riesgo independiente para adquirir ISQ en pacientes post-colecistectomía abierta, vrs. VDLP, (RR 8.89; p 0.01). (2) Según índice Tabáquico, la incidencia de ISQ es mayor cuando el rango está entre 15 a 33.8, (28.5%). (3) No existe asociación con mayor mortalidad post-operatoria (30 días post-operatorios) en pacientes con ISQ (ningún paciente falleció). (4) En nuestra población el tabaquismo se asocia a infección de sitio quirúrgico en colecistectomías realizadas en el Hospital Roosevelt en un 28.5% de las Operaciones Abdominales.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 13 MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN QUITO- ECUADOR.

Zurita J. (1,2), Izurieta Y. (1), Vargas AC. (1), Sierra E. (1), Mora M. (2), Zurita-Salinas C. (2)
1 Hospital Vozandes, Servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Quito - Ecuador; 2 Centro Internacional De Investigaciones En La Salud-Ecuador (Ciies). Quito – Ecuador.

INTRODUCCIÓN: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son un grupo de bacterias cuya incidencia ha aumentando en los últimos años. Los cuadros clínicos causados son muy variados, pudiendo prácticamente afectar a cualquier órgano o sistema. OBJETIVO: Reportar las infecciones causadas por MNT en un hospital de tercer nivel de Quito-Ecuador durante los años 2003 al 2012. METODOLOGÍA: Se revisaron los archivos del Servicio de Microbiología y tuberculosis (sistema Whonet) del Hospital Vozandes y se registraron los cultivos positivos para MNT. Se realizó la identificación manual, siembra en agar chocolate, Lowenstein-Jensen y capa delgada. Se refirió la bacteria a otro laboratorio para su identificación molecular, mediante PCR-RFLP. RESULTADOS: Se aislaron MNT en 36 pacientes. De estos, 18 (50%) se aislaron en esputo, 13 (36%) en piel y tejidos blandos, 3 (8%) en hueso y 2 (6%) en úlcera corneal. La MNT aislada con mayor frecuencia fue *M. fortuitum* (12), *M abscessus* (8) y *M chelonae* (7). Además se encontró *M. avium complex* (5), *M kansasi* (2), y *M scrofulaceum* (2). Los pacientes con enfermedad pulmonar presentaron: EPOC, bronquiectasias, fibrosis quística, tuberculosis previa, entre otras. Diez de trece pacientes con infecciones en piel y tejidos blandos tuvieron antecedentes de cirugía plástica (implantes) y/o mesoterapia y tres historial de trauma. CONCLUSIÓN: Prevemos un aumento de la incidencia de interacciones entre los seres humanos y micobacterias en los próximos años, lo que dará lugar a un mayor número de casos. Es necesario que los laboratorios asistenciales estén en capacidad de identificarlos.

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 14 SEROPREVALENCIA DE INFECCION POR TOXOCARA CANIS EN SANTIAGO, CHILE Y COMPARACIÓN DE DIFERENTES ESTRATEGIAS DIAGNOSTICAS PARA ESTUDIOS DE SEROPREVALENCIA.

Weitzel T (1), Abarca K (2,3), Jercic MI (4), López J (5), Oyarce A (4), Acosta-Jamett G (6).
Laboratorio Clínico, Clínica Alemana, Universidad Del Desarrollo, Santiago (1), Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago (2), Laboratorio De Infectología Y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago (3), Sección De Parasitología, Instituto De Salud Pública, Santiago (4), Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago (5), Instituto De Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad De Medicina Veterinaria Universidad Austral, Valdivia. (6).
Proyecto Fondecyt N°1100809.

Introducción: la infección por *Toxocara canis* se asocia a variadas manifestaciones clínicas de diversa severidad, desde casos asintomáticos hasta cuadros graves y secuelantes. Entre diversas técnicas diagnósticas disponibles, Western blot (Wb) es considerado el estándar de oro, pues combina elevada Sensibilidad (S) y Especificidad (E). Objetivo: determinar prevalencia de anticuerpos anti-*Toxocara canis* en habitantes de dos comunas de Región Metropolitana (RM), Santiago y comparar distintos ensayos de laboratorio. Método: estudio transversal descriptivo en comunas de Puente Alto (urbana) y Pirque (semi-rural). Se realizó muestreo domiciliario aleatorio en Puente Alto y por conveniencia en Pirque, entre diciembre 2010 y enero 2011. En viviendas con mascotas caninas se tomó muestra de sangre a una o dos personas adultas. Se determinaron anticuerpos anti-*Toxocara canis* mediante Wb y por tres técnicas de ELISA: dos kits comerciales y uno in-house. Se determinó y comparó la prevalencia por comuna y se calcularon S, E y valores predictivos para cada técnica comparada con Wb. Resultados: se estudiaron 288 personas (144 por comuna). La seroprevalencia fue 31,3% (23,9-39,6%) en Puente Alto y 38,2% (30,3-46,7%) en Pirque; diferencias no significativas. Las 3 metodologías de ELISA mostraron resultados muy variables: S 25-62%, E 68-100%, VPP 49-100% y VPN 72-81%. Uno de los kits comerciales mostró los resultados más concordantes con Wb. Conclusión: se documenta elevada prevalencia anti-*Toxocara canis* en dos comunas de la RM, Chile. No todos los ensayos evaluados muestran la elevada S requerida para estudios de seroprevalencia, siendo algunos más adecuados para el diagnóstico de casos clínicos.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 15 DESARROLLO DE UNA PCR SIMPLE, PARA LA IDENTIFICACION DE LEISHMANIA MEXICANA Y LEISHMANIA BRAZILIENSIS EN IMPRONTAS HUMANAS.

Monteón V, Quen E, Díaz R, López R.
Centro de Investigaciones Biomédicas, Universidad Autónoma de Campeche, México.

Introducción: En la península de Yucatán, México, la leishmaniasis cutánea es causada principalmente por *Leishmania mexicana*, pero también se ha identificado a *L. braziliensis*. La segunda puede diseminar a mucocutánea y ser más resistente al tratamiento. Los servicios de salud sólo realizan tinción de improntas con Giemsa, procedimiento que no identifica especies. Objetivo: Desarrollar un técnica sensible y de pocos pasos que permita diferenciar entre *L. mexicana* y *L. braziliensis*. Método: Se analizaron 72 improntas de casos presuntamente con leishmaniasis cutánea con tiempos de archivo de 2 años a dos semanas. Todas fueron previamente teñidas con Giemsa para búsqueda de *leishmania*. Se extrajo DNA de todas las laminillas y se realizaron dos tipos PCR simple: una PCR que utiliza "primers" para cinetoplasto y otra que usa un par de "primers" para una proteína hipotética *L. braziliensis*, referencia XM_001561534.1 y que identifica diferencialmente a ambas especies. Resultados: Por Giemsa 50 de 72 improntas (70%) fueron positivas y por PCR 53/72 (74%). En 25 improntas frescas, la tinción de Giemsa identificó 17 (68%) y la PCR 20 (80%) que representó mayor sensibilidad. En 42 improntas la PCR simple para complejo identificó que 35/42 improntas (83%) fueron sólo *L. mexicana,* 4/42 (9 %) *L. braziliensis* y 3/42 (7%) infección mixta. Conclusiones: La microscopía sigue siendo una buena herramienta diagnóstica parasitológica, pero complementariamente el uso de la PCR simple que permita diferenciar entre *L. mexicana* y *L. braziliensis* es de importancia epidemiológica, ya que 17% de los casos resultaron ser *L. braziliensis*.

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 16 NEURONOPATÍA DE LAS CÉLULAS GRANULOSAS DEL CEREBELO CAUSADA POR EL VIRUS JC: UNA ENFERMEDAD NEUROLÓGICA EMERGENTE EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIH.

Kassab MJ (1), Fink MCD (2), Penalva De Oliveira AC (3), Vidal JE (4)
Instituto De Infectología Emílio Ribas (IIER), São Paulo-Brasil.

Introducción: La neuronopatía de las células granulosas del cerebelo (NCG) es una enfermedad causada por el vírus JC (VJC) que afecta pacientes infectados por el VIH, descrita en 2008. El objetivo de este estudio fue reportar las principales características clínicas, radiológicas y laboratoriales de pacientes con esa enfermedad. Pacientes y Métodos: fueron incluídos todos los pacientes con NCG-VJC e infección por el VIH, internados en el IIER, en el periodo 2008 - 2011. Definición de NCG-JCV: presencia de síndrome clínica cerebelar, atrofia cerebelar demostrada en la resonancia magnética (RM) e identificación del VJC en el líquido cefalorraquídeo (LCR) mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del IIER. Resultados: cinco casos fueron identificados (mujeres: 60%; edad media: 42 años). Todos los pacientes tenían diagnóstico previo de infección por el VIH y cuatro pacientes habían usado TARGA. Tres pacientes presentaron antecedentes de enfermedades oportunistas. La mediana de la duración de los síntomas fue de 15 días. La mediana del CD4+ fue de 100 células/mm3 y la media de la carga viral plasmática del VIH fue de 17,461 cópias/mcL. No hubo óbitos durante la internación, pero todos los pacientes presentaron secuelas neurológicas, independiente del uso de TARGA. Conclusiones: este reporte constituye la primera serie clínica de pacientes infectados por el VIH con NCG-VJC, enfermedad oportunista de baja mortalidad y elevada morbilidad. La NCG-VJC debe ser considerada en pacientes infectados por el VIH que presentan síndrome cerebelar de instalación subaguda.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

NOMINADO A PREMIO JOVEN 2013

CO Nº 17 EVIDENCIA SEROLÓGICA DE INFECCIÓN HUMANA POR RICKETTSIA SPP EN CHILE

Abarca K (1,2), López J (3), Labruna M (4), Acosta-Jamett G (5), Azócar T (2).
División De Pediatría, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile, Santiago, Chile (1); Laboratorio De Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile (2); Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago, Chile (3); Departamento de Medicina Veterinaria Preventiva y Salud Animal, Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia Universidad de Sao Paulo, Brasil (4),Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad de Medicina Veterinaria Universidad Austral, Valdivia, Chile (5). Proyecto Fondecyt N°1100809.

Introducción: las infecciones por *Rickettsias* spp. del grupo fiebres manchadas (GFM) son de creciente interés y reconocimiento global. En Chile se ha documentado presencia de *Rickettsia felis* y *R. andeanae* en vectores y dos casos clínicos caninos, pero no infecciones en personas. Objetivo: determinar prevalencia de anticuerpos anti-*Rickettsias* del GFM en habitantes de cuatro regiones. Método: estudio transversal descriptivo, regiones XV (Arica y Parinacota), IV (Coquimbo), RM (Santiago) y IX (Angol). Muestreo domiciliario aleatorizado en ciudades y por conveniencia en localidades rurales, entre 2010 y 2012. Tamaño muestral: 114 por localidad. En viviendas con mascotas caninas se tomó muestra de sangre a una o dos personas adultas. Considerando la reactividad cruzada entre especies del GFM, se determinaron anticuerpos contra tres especies representativas: *R. parkeri*, *R. amblyommii* y *R. felis* mediante inmunofluorescencia, usando placas preparadas en el Laboratorio de Rickettsias, Universidad de Sao Paulo, en sueros diluidos 1/64. Se determinó y comparó la prevalencia por antígeno y localidad, usando Chi cuadrado. Resultados: se estudiaron 1091 personas (124-147 por localidad). La seroprevalencia anti-*R. parkeri* fluctuó entre 18-34%, anti-*R. amblyomii* entre 17-49% y anti-*R. felis* entre 2-12%. Según regiones, la prevalencia fue significativamente menor en la RM y en la ciudad de Arica y según el antígeno, fue menor para *R. felis*. Conclusión: se documenta una significativa prevalencia de anticuerpos anti-*Rickettsia* spp. en distintas zonas geográficas de Chile, variable según el antígeno utilizado y la localidad. Los resultados indican que en Chile existe contacto humano con una o más especies de *Rickettsia* del GFM y apoyan la existencia de estas infecciones en el país, a pesar que a la fecha no se han documentado casos clínicos.

3ª Sesión Oral **Emergentes / Parasitología** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

NOMINADO A PREMIO JOVEN 2013

CO Nº 18 TRATAMIENTO DEL SÍNDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS CON PLASMA HUMANO INMUNE PARA VIRUS ANDES.

Vial P.(1), Valdivieso F.(1), Calvo M.(2), Riquelme R.(3), Rioseco ML.(3), Ferrés M. (4), Cuiza A.(1), Marco C.(1), Belmar E.(1), Vinko T.(5), Paredes L.(5), Taeger M.(2), Florenzano M. (6), Bidart T. (7), Vial C. (1), Rivera JC. (1), Delgado I.(1), Ye C.(8), Hjelle B.(8), Mertz G.(8)
(1)Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad Del Desarrollo, Santiago. (2)Hospital Base de Valdivia, Valdivia. (3)Hospital Regional de Puerto Montt, Puerto Montt. (4)Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago. (5) Clínica Alemana de Santiago, Santiago. (6)Clínica Las Condes, Santiago. (7)Clínica Santa María, Santiago. (8) University of New Mexico, USA.

Antecedentes: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) en Chile, por virus Andes (ANDV) presenta una letalidad de 32% y no tiene tratamiento específico. Hay correlación inversa entre título de anticuerpos neutralizantes (AcN) al ingreso hospitalario y gravedad. En modelo animal de SCPH la administración precoz de plasma con AcN previene la muerte. Reportamos estudio abierto para evaluar seguridad y eficacia del plasma humano inmune para ANDV como tratamiento del SCPH. Métodos: Realizamos plasmaféresis a donantes sobrevivientes de infección por ANDV, que se almacenó en bolsas y se midió el título de AcN por ensayo de reducción de focos. Establecimos 10 centros en Chile que enrolaron casos sospechosos o confirmados de SCPH y se les infundió plasma inmune en dosis de 5.000U de AcN/Kg. Se confirmó diagnóstico por serología IgM o RT-PCR. Seguimos los casos por seis meses. Se comparó letalidad con casos nacionales del mismo periodo; con casos de los mismos centros entre Ene/2005 y Mar/2012 y con casos enrolados en ensayo clínico de metilprednisolona. Resultados: Entre Ene/2008 y Mar/2012 enrolamos 32 casos, 29 confirmados (15 hombres, 14 mujeres; edad media=33). La letalidad de enrolados fue 4/29(13,8%) vs. 63/199(31,7%) en Chile en igual periodo [p=0.052; OR=0.35 (IC=0.12-1.03)]; 18/66 (27.3%) de los mismos centros 2005-2012 y 20/60 (33%) en estudio metilprednisolona, siendo no estadísticamente significativas. No detectamos eventos adversos serios asociados al tratamiento. Conclusiones: La administración de plasma inmune para ANDV es una intervención segura para el SCPH. Se observó disminución de letalidad clínicamente significativa pese a no alcanzar significancia estadística.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 19 HOSPITALIZACIONES PEDIÁTRICAS POR INFLUENZA 2012 Y SU RELACIÓN CON EL ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL.

Acuña M., Soto C., Apablaza K., González C., Galaz M., Benadof D., Skarmeta M., Topelberg S.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Introducción: La morbilidad de influenza aumenta en grupos de riesgo, entre ellos los niños, principalmente < 24 meses. Objetivos: Describir epidemiológica y clínicamente a pacientes pediátricos hospitalizados por influenza. Determinar la tasa de vacunación antigripal en este grupo. Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el Hospital de Niños Roberto Del Río en pacientes hospitalizados con inmunofluorescencia positiva para influenza, durante 2012. Análisis estadístico: comparación de proporciones. Resultados: 79 pacientes hospitalizados. 81% influenza A. Edad promedio: 39,42 meses (0-183). 27% (21/79) < 6 meses, 29% (23/79) de 6 a 23 meses y 44% (35/79) > 23 meses. 63% masculino. La hospitalización duró promedio de 7,92 días (1-94). El diagnóstico más frecuente: neumonía (50%). 51% tenía patología de base. La tasa de vacunación de 6-23 meses fue 43%; en los > 23 meses con patología de base: 12%; significativamente menor a la tasa de vacunación del SSMN para estos mismos grupos: 80% y 100% respectivamente (p<0,0001). El 9% fue IAAS. El único paciente que falleció, tenía patología de base, > 23 meses y no había recibido la vacuna antigripal 2012. Conclusiones: Se hospitalizaron principalmente pacientes con influenza A. El principal grupo etario es > 23 meses, que también concentra las patologías de base, la menor tasa de vacunaciones y la mortalidad. La tasa de vacunaciones de los pacientes hospitalizados es significativamente menor a la de la población equivalente del SSMN. Debe implementarse nuevas estrategias para mejorar tasa vacunación en <23 meses y pacientes pediátricos con patología de base.

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 20 EXPERIENCIA CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIONES MENINGOCÓCICAS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE (SSMN): REVISIÓN DE 5 AÑOS.

Acuña M., De Tezanos-Pinto A., Benadof D.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: Las infecciones meningocócicas son una causa importante de morbimortalidad en pediatría. Chile mostraba descenso de tasas de incidencia hasta el 2011, pero en 2012 se observa aumento de incidencia y letalidad. Objetivos: Describir las características clínicas, demográficas y los hallazgos microbiológicos de pacientes que presentaron infección por Neisseria meningitidis. Método: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados al Hospital de Niños Roberto del Río por infección meningocócica entre 2008 y 2012. Datos clínicos obtenidos de ficha, microbiológicos de registro de laboratorio y poblacionales del DEIS. Resultados: Se registraron 21 casos. Las tasas de incidencia en < 15 años en SSMN fueron en aumento desde 2008 (1,60/100.000) hasta el 2011 (3,25/1000.000) y el 2012 fue de 2,70/100.000. La edad promedio fue 22 meses, 17/21 < 24 meses. 47,6% masculino. Se presentaron 6 meningitis con meningococcemia, 5 meningitis, 5 bacteriemias, 4 meningococcemias y 1 artritis. Hasta 2010 predominó el serotipo B (7/10) y desde el 2011 el W135 (10/11). Letalidad global fue del 4,7% (1/21), causada por serotipo C. Conclusiones: La infección meningocócica en niños ha mantenido una baja prevalencia en SSMN, pero con ascenso sostenido hasta 2011 y luego descenso el 2012, contrario a lo observado en el país. La mayoría son menores de 2 años, que concuerda con los datos nacionales, como el serotipo predominante a partir del 2011: W135. Baja letalidad del período, a diferencia de lo descrito a nivel nacional, no asociada al serotipo W135. La vigilancia local puede permitir detectar precozmente cambios epidemiológicos y detallar características clínicas.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 21 DESCRIPCIÓN GENOTÍPICA DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA AISLADA DE ESPUTO DE NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA CHILENO.

Haro C. (1), Jofré L. (2), Hormazábal JC. (3)
Clínica Hospital Del Profesor (1), Hospital Metropolitano (2), Instituto De Salud Pública (3).

Objetivos: describir la clonalidad de cepas de *Pseudomonas aeruginosa* (PA) aisladas de cultivos de secreción bronquial en niños con fibrosis quística (FQ) y analizar las condiciones en las que son compartidas. Métodos: Se analizaron las cepas de PA obtenidas de cultivos de esputo de niños con FQ atendidos en un centro de referencia chileno en el período comprendido entre agosto de 2009 y octubre de 2010. Las cepas fueron estudiadas y comparadas por electroforesis en gel de campo pulsado (EFCP). Resultados: de un total de 25 niños con FQ, 6 tuvieron al menos 1 cultivo de esputo positivo para PA. Se analizaron 21 cepas obteniéndose 7 genotipos distintos; 2 cepas fueron compartidas por 4 pacientes en distintas condiciones. Conclusión: PA, es un patógeno importante en la FQ, e incluso en grupos de pacientes con baja tasa de infección existe el riesgo de transmisión por distintos mecanismos. Se deben reforzar las medidas de prevención y control de diseminación de este agente en pacientes con esta patología.

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 22 COLONIZACIÓN POR CANDIDA SPP. EN RECIÉN NACIDOS MENORES DE 1500 GRAMOS HOSPITALIZADOS EN UCIN.

Caviedes P, Delpiano L, Barraza B, Cifuentes M.
Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Las infecciones por *Candida* sp representan una importante causa de morbimortalidad en neonatología, particularmente en RN (recién nacidos) menores de 1500 g. en quienes se ha sugerido esquemas de profilaxis con fluconazol. Conocer la colonización por *Candida* constituye un elemento a considerar en la incorporación de esta práctica a nivel local. Este trabajo tiene como objetivo conocer la colonización por *Candida* spp. en menores de 1500 g. hospitalizados en UCIN y efectuar la caracterización epidemiológica del fenómeno colonización/infección. Definido el tamaño muestral, se incluyó prospectivamente a RN < de 1500g hospitalizados (2011- 2012) previo consentimiento informado. Se efectuó seguimiento clínico de procedimientos invasivos, uso de antimicrobianos, y determinación de colonización mediante toma de cultivo para hongos en cavidad oral, recto y piel (inguinal o axilar) en las primeras horas y al mes de vida, muestras procesadas en Bacteriología del HCSBA. En 66 pacientes (todos con uno o más dispositivos invasivos) se tomó 396 muestras. 9 pacientes tuvieron al menos una muestra positiva con desarrollo de *Candida* sp (incidencia de 13,6%), hubo 2 casos de colonización precoz, ambos nacidos vía vaginal. La colonización de recto fue el lugar más frecuente (7/9). No hubo candidemia y hubo 1 paciente con ITU por *C. albicans*. Este estudio prospectivo, determina la incidencia local de colonización por *Candida* spp. en una UCIN de Santiago, revelando un valor comparable a otros reportados en el extranjero. Sin presencia de candidemia, se mantiene pendiente la necesidad de incorporar profilaxis con fluconazol.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 23 TRATAMIENTO ACORTADO DE INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS.

Prado M. Peña A., Rabello M., Valenzuela C., Viviani T.
Hospital Sótero del Río. Santiago, Chile.

En pediatría existe tendencia a acortar los tratamientos (tto) con antimicrobianos, entre ellos IOA. Objetivos: caracterizar IOA, demostrar que tto acortado: 4 días ev y entre 21-28 días total, es seguro a largo plazo. Método: Estudio descriptivo en pacientes con IOA entre 6 semanas-15 años, 01/2011-06/2012. Manejo con tto ev y oral respectivamente: AS 4 y 21 días, excepto cadera 28 días, OM y OA 4 y 28 días. Leucocitos y PCR al ingreso, 2°, 4° día. < 6 años iniciaron cloxacilina-ceftriaxona y mayores, cloxacilina-amikacina, ajuste según cultivo. Si (-), en < de 6 años se indicó flucloxacilina-cloramfenicol o cefadroxilo y en mayores, cloxacilina. Criterios para cambio a oral: 24 hrs afebril, PCR <40 mg/L o < al 50% de valor más alto y clínicamente mejor. Rx y control al inicio, 1, 6 y 12 meses. Resultados: Ingresaron 40 niños. Promedio edad: 5a9m, 24 hombres. AS 28, OM 8 y OA 4. Promedio leuc 14700/mm3, PCR día 0: 78, día 2: 74; día 4: 42 mg/L. En 60% cultivo (+). SAMS 8/24. Cambio a vo: 75%. Cumplieron tto total: 88%. Control entre 6-12 meses. 75%, todos bien, 80% con Rx normal. Ninguno reingresó por el mismo diagnóstico. Conclusión: Tto acortado de IOA, ev como vo, es seguro a largo plazo. Tiene la ventaja de evitar días de hospitalización y uso prolongado de ATM orales al alta.

4ª Sesión Oral **Infectología Pediátrica** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 24 COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF A MULTICOMPONENT MENINGOCOCCAL SEROGROUP B (4CMENB) VACCINE IN EPIDEMIC SITUATION IN A DEVELOPING COUNTRY.

Izquierdo G (1), Torres Jp (1,4); Santolaya Me (1); Valenzuela Mt (2); Vega J (3); Chomali M (4).
(1)Department Of Pediatrics, Division Of Pediatric Infectious Diseases, Faculty Of Medicine, Universidad De Chile, Santiago, Chile. (2)Institute Of Public Health, Santiago, Chile. (3)Faculty Of Medicine, Universidad Del Desarrollo, Santiago, Chile. (4) Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Background: Invasive disease caused by *Neisseria meningitidis* (Nmen) remains a public health problem. Until 2012, ≈45% of Meningococcal Disease (MD) cases in Chile are caused by NmenB. A new multicomponent meningococcal serogroup B vaccine (4CMenB) is now available but there are not studies about the cost effectiveness in an outbreak situation. The aim of this study was to evaluate the cost-effectiveness of 4CMenB in a epidemic situation in a developing country. Methods:We analyzed the direct and indirect costs of acute illness, sequelae and death for each case of MD based on the latest epidemic NmenB occurred in Metropolitan Region(MR),Chile, between 1993-1999, with an incidence rate of 5.9/100,000inhabitants and mortality of 9.2%. We analyzed the costs of a mass vaccination campaign in case of outbreak, with one dose of 4CMenB for population aged 2 months-25 years from MR.We made an analysis of cost-effectiveness considering 4CMenB immunogenicity of 92% and a sensitivity analysis to different theoretical costs of the vaccine. Results: The total cost of the epidemic was U$38,046,373, each acute case(U$2,151),the total proportional cost of the sequelae(U$1,619) and the cost of each death episode(U$297,060).A vaccination campaign with one dose of 4CMenB avoid 220 acute cases,63 sequelae and 14.5 deaths. The sensitivity analysis showed a cost-effective one-dose 4CMenB strategy of U$15 or less. Conclusions: This is the first report about cost-effectiveness of the 4CMenB vaccine on epidemic setting. This information is relevant for countries with predominant Nmen B serogroup. Mass vaccination with one dose of 4CMenB is cost-effective to control an outbreak in if the cost is less than $15 per dose.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 11.15 - 11.30

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 25 MORTALITY AND LETHALITY DUE TO BLOODSTREAM INFECTION IN A TERTIARY UNIVERSITY HOSPITAL OF RIO DE JANEIRO 2005 – 2011, BRAZIL.

Delgado J. (1), Castro E. (1), Damasco (2).
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro (2).

BACKGROUND: Mortality rates of nosocomial bloodstream infection (BSI) range from 12 % to 80% mostly depending on the microbial etiology involved. METHODS: This study was a retrospective analysis on blood system infection (BSI) performed during the past 7 years at the Pedro Ernesto Hospital (State University of Rio de Janeiro, Brazil). Patient´s characteristics, microorganisms (MO) and antimicrobial susceptibility were evaluating by univariate, bivariate and multivariate analyses. A p-value of < 0.05 was considered to have statistical significance. RESULTS: A total of 2869 BSI positive for pathogens were included in this study; of these 2554 were from adults patients. In a 3-day-before to death study, mortality attributable to BSI in 211 selected patients shown predominantly fatal outcomes due to *enterobacteriaceae genus* (Non-ESBL:35;16.6%, MDR-*Acinetobacter* spp. specimens (28;13.2%) and *enterobacteriaceae* ESBL + (24;11.3%). An nosocomial origin of the isolates were documented in 81.3%. Lethality analysis showed a wide range, being the most virulent MO causing BSI the vancomycin resistant *enterococci* (lethality ratio LR 21.4%) and the MO with less fatal outcomes the methicillin susceptible coagulase-negative *Staphylococci* (LR 4.3%). Interesting found were the lethality associated to MDR-*Acinetobacter* BSI (LR = 18.1%). Trends analysis showed increasing number of fatal outcomes due to MDR *Acinetobacter* BSI, and ESBL+*enterobacteriacae* in this study period ($R^2 = 0, 42$ and $R^2 = 0, 48$). CONCLUSIONS: Over the past 20-30 years there have been significant changes in the etiology of BSI. In our study, different from developed countries, *enterobacteriaceae* and MDR-*Acinetobacter* BSIs are a major concern for the Infection Control Department.

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 11.30 - 11.45

CO Nº 26 RISK FACTORS ASSOCIATED WITH MULTIDRUG-RESISTANT ESCHERICHIA COLI IN PATIENTS WITH URINARY TRACT INFECTIONS ATTENDED IN A UNIVERSITY HOSPITAL OF RIO DE JANEIRO.

Delgado J. (1), Rosa A. (1), Seraphim C. (1), Mendes G. (2), Souza G. (2), Castro E. (1), Damasco P. (2)
Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro (1), Universidade Federal Do Estado Do Rio De Janeiro (2).

Background: Infections due to multidrug-resistant *Escherichia coli* in Brazil menacing piooner programs in medicine such as transplants, heart surgery and critical medicine. Objectives: The aim of this study was to know multidrug resistance (MDR) patterns in *Escherichia coli* causative of urinary tract infections (UTI) in a tertiary university hospital of Rio de Janeiro Brazil and compare with recommendations from recent guidelines. Methods: A retrospective analysis of the infectious episodes were done, evaluating clinical and demographic characteristics of outpatients and inpatients. Results: It was observed high antibiotic resistances rates in *E. coli* from community and healthcare-onset especially for trimethoprim-sulfamethoxazole and fluoroquinolones. A prior three-month hospitalization (OR: 2.4; CI 95%: 1.3-4.4; $p < 0.005$), the presence of neurogenic bladder (OR: 3.7; CI 95% :1.7-8.3; $p < 0.01$) and previous kidney transplantation (OR: 3.1; CI 95%:1-0.5; $p < 0.04$) were independently associated with UTIs due to MDR *E. coli* isolates. Conclusions: Consideration of optimal empiric therapies should be done based on local resistance patterns and specific patients risk factors. In Rio de Janeiro the local initial empiric therapy for community-associated UTI should avoid trimethoprim-sulfamethoxazole and fluoroquinolones use. Nitrofurantoin and amoxicillin /clavulanic association seems the best options for community-acquired UTI and the association piperacillin/tazobactam or gentamicin could be considered for the empiric treatment of healthcare-associated UTIs.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 11.45 - 12.00

CO Nº 27 LA INFECCION POR KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS MAYORES: ¿COMO IMPACTA EN LOS INDICES DE CALIDAD DE ATENCION?

Cusmano L., Valdivia Dahl A., Viteri Ma., Terusi A., Mattiello Sacchi V., Shimank E, Zugasty N., Ezcurra Mc.
Unidad Asistencial Por Más Salud. Dr Cesar Milstein. Ciudad Autónoma De Buenos Aires.

Introducción: Las infecciones por *Klebsiella* productora de carbapenemasas (KPC) se han asociado con altas tasas de mortalidad, especialmente en pacientes con hospitalización prolongada y expuestos a procedimientos invasivos. El objetivo de este estudio fue comparar los índices de calidad de atención de los pacientes internados en UCI con y sin eventos clínicos por KPC durante los años 2011-2012, en el marco de un subprograma de control de microorganismos multirresistentes (MORM). Método: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal. Se tabularon las variables epidemiológicas e índices de calidad de atención comparando dos cohortes de pacientes. Grupo A: no colonización/ no infección por KPC; Grupo B: infección por KPC. Resultados. Durante el bienio en estudio, ingresaron a UCI 1228 pacientes. 68 pacientes con colonización por KPC (hisopados anales positivos), y 26 pacientes con 38 eventos clínicos (bacteriemias: 11 y muestras respiratorias: 11, entre las más frecuentes). Las variables evaluadas de ambos grupos A/B fueron: edad 77/ 78 años, APACHE II al ingreso: 18/23, días de estada 7/31, días promedio de AVM: 7/28, accesos vasculares centrales por paciente: 0.7/ 4, ATB previos: 1.7/5.5. Mortalidad real: 28%/83%. Conclusiones: La infección por KPC triplicó la tasa de mortalidad en UCI. Se asoció con un efecto negativo sobre los otros índices de calidad de atención médica, incrementando el costo promedio directo de atención. Un eficaz Programa de control de infecciones de MORM es un desafío pendiente para el abordaje de la pandemia por KPC.

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 12.00 - 12.15

CO Nº 28 PACIENTES TRASLADADOS: FUENTE DE INFECCIÓN POR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES (MOMR).

Herve B., Chomali M., Espinoza R., Skarmeta M., Gutiérrez C, Rivas J, Luna M., Gattas S.
Clínica Las Condes.

Introducción: Las IAAS por MOMR, son de difícil manejo. Actualmente se acepta uso racional de antimicrobianos y aislamiento, para su control. Objetivo: Evaluar la colonización por MOMR en pacientes trasladados, mediante cultivo nasal y rectal. Material y Métodos: paciente trasladado: estuvo hospitalizado o recibió atención en algún Servicio de Urgencia o centro asistencial y desde ahí llega a CLC. Se analizó 100% de las muestras estudiadas de pacientes trasladados entre Jul2007 y Dic2012. Durante 2011 se evaluó la correlación entre positividad y procedencia (establecimiento público o privado), edad, tiempo de permanencia en centro de procedencia y unidad a la que viene (crítica o no crítica), para definir criterios de aislamiento. Resultados: • Entre los años 2007 y 2012, la positividad para MOMR de los pacientes trasladados desde otra institución osciló entre 9,8% y 16,61%.• La distribución por MOMR para el conjunto de los años en estudio fue: SAMR 20 a 25%, ERV 35 a 49% y Gramnegativos 38 a 60%.• 26% de pacientes vienen colonizados con más de un MOMR • Según los resultados obtenidos durante 2011, se estableció algoritmo que considera centro de origen y tiempo de permanencia en él, edad, unidad de destino, para definir la necesidad de aislamiento. Esto permitió reducir la carga de aislamientos y cultivos en 20%. Comentarios: • Los pacientes que llegan trasladados de otras instituciones son fuente de contagio de MOMR, uno de cada 7 llega colonizado, siendo potencial generador de brote.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 12.15 - 12.30

CO Nº 29 RELACIÓN ENTRE LA TRAQUEOBRONQUITIS Y LA NEUMONIA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN.

Modernel J., Tejera D, Silva M, Alonso M, Villalba F, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española.

Introducción: La traqueobronquitis asociada a la ventilación (TAV) tiene una incidencia de 2,6 al 16%, se asocia al desarrollo de neumonía asociada a la ventilación (NAV) y prolonga los días de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Objetivos: Describir la etiología de la TAV, su relación con el desarrollo de NAV y la mortalidad. Material y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte, retrospectivo, de pacientes con TAV entre los años 2010 y 2012 en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalentes. Se realizó un análisis descriptivo para cada variable de interés. Resultados: Se detectaron 128 episodios de TAV, de los cuáles 19 se asociaron con el desarrollo de NAV. La media de días entre el inicio de la ventilación y el diagnóstico de TAV es de 12,5 con un desvío estándar ± 5 días. La etiología fue monomicrobiana en 94 casos; en 33 episodios se aislaron dos microorganismos responsables y en un caso 3 mircoorganismos. Los microorganismos más frecuentes fueron los bacilos gram negativos no fermentadores (*Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa*), las Enterobacterias (*Klebsiella pneumoniae*) y los cocos gram positivos (*Staphylococcus aureus*). La NAV fue previa a la TAV en 16 casos y posterior a esta en 3 casos. No hubo asociación entre la presencia de NAV y la mortalidad. Conclusiones: Los bacilos gram negativos multirresistentes son los principales responsables de TAV. La mortalidad entre el grupo de TAV que desarrolló o no NAV es similar. La mayoría de las NAV fueron previo al diagnóstico de TAV.

5ª Sesión Oral Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2 Hora de presentación: 12.30 - 12.45

CO Nº 30 USO PREVIO DE ANTIMICROBIANOS: CLAVE PARA PREDECIR MICROORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A LA VENTILACIÓN MECÁNICA.

Paciel D, Medina J, Pontet J, Formento C.
Facultad De Medicina, Udelar.

El uso previo de antimicrobianos (ATB) y la duración de la asistencia respiratoria invasiva (ARM) son factores de riesgo para el desarrollo de neumonías asociadas a la ventilación (NAV) por microorganismos potencialmente multirresistentes (MOPMR). Objetivo: determinar la etiología de la NAV a MOPMR en función del número de días de ARM y la exposición previa a ATB. Se incluyeron prospectivamente episodios de NAV entre el 2004 y 2006 en 2 unidades de medicina intensiva de Montevideo. Definidos como MOPMR: *Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii y Stenotrophomonas maltophilia*. Se dividieron 4 grupos de NAV según uso de ATB previo y duración de ARM (Grupo A: ARM < 5 días y no ATB previos, GRUPO B: < 5 días y uso de ATB previos, GRUPO C: ≥ 5 días y no ATB, GRUPO D: ≥ 5 días y uso de ATB) Se observaron 193 episodios de NAV. Grupo A: 34 episodios, 14% MOPMR, Grupo B: 26 episodios, 60% MOPMR, GRUPO C: 36 episodios, 42,5% MOPMR, GRUPO D: 97 episodios, 73% MOPMR. El desarrollo de NAV por MOPMR se asoció en forma estadísticamente significativa para los grupos B, C, y D vs grupo A ($p<0.0002$), mientras que no se encontró diferencia entre los grupos B vs D ($p = 0.11$). Conclusión: El conocimiento de la ecología de cada unidad y el tiempo de ventilación impacta sobre la etiología de la NAV, pero el mayor impacto en el desarrollo de MOPMR lo tiene el uso de previo de antimicrobianos.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

6ª Sesión Oral VIH - 1 Hora de presentación: 11.15 - 11.30

CO Nº 31 AUSENCIA DE TRANSMISIÓN VERTICAL (TV) DE VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) CON TERAPIA DE ALTA POTENCIA (HAART) EN LA REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL H HENRÍQUEZ A. PERÍODO 2001 – 2012.

Chahin C (1), Ferrada R (2), Abarzúa F (3, 4), Stegmeier H (1), Ewert F (1), Venegas K (1), Molina C (1), Concha C (1), Ferrada M (1).
(1) Unidad Infectología. (2) Unidad Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Regional H Henríquez. (3) Clínica Alemana Temuco. Región De La Araucanía. Chile. (4) Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción: En las regiones más pobres del mundo se describen las mayores tasas de transmisión vertical (TV). HAART para prevención de TV reduce significativamente dicho riesgo. La región de la Araucanía es la más pobre de Chile, y ha sido pionera en la política de tamizaje en el país. Objetivo: describir los resultados maternos y perinatales de todos los binomios atendidos en el Hospital Regional H Henríquez, Araucanía, Chile, desde el momento de incorporación de HAART para prevención de la TV en 2001. Resultados: Período 2001-2012. 48 embarazadas atendidas. Edad promedio 26 años. 18% etnia mapuche. 21/48 (43%) tenían diagnóstico de VIH previo al embarazo. 33 (69%) näive a HAART. 28 (58%) iniciaron HAART antes de las 24 semanas. 40/48 (83%) recibió HAART. 90% de ellas usó 2 NRTI + IP. 27/44 (61%) logró CV menor a 1.000 c/ml al parto. 6% de los partos fueron menores a 35 semanas. 2 pacientes recibieron sólo terapia de urgencia intraparto. No hubo casos de mortalidad perinatal ni malformaciones congénitas mayores. El 100% de los partos fueron cesárea. 98% de ellos con AZT iv. El peso promedio de los RN fue 3064 gr. Hubo 4% de macrosomía fetal. Todos los niños completaron 6 semanas de profilaxis. No hubo casos de transmisión perinatal de VIH. Discusión: En una población de bajos recursos socio/económicos, una pesquisa sistemática y adecuado manejo infectológico y perinatal permiten evitar la transmisión perinatal de VIH, con bajo riesgo de complicaciones maternas y neonatales.

6ª Sesión Oral VIH - 1 Hora de presentación: 11.30 - 11.45

CO Nº 32 EVALUACIÓN DE LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN PACIENTES VIVIENDO CON VIH EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL QUE RECIBEN ATAZANAVIR O ATAZANAVIR/RITONAVIR.

Tapia J., Rojas L., Palma S., Acevedo W., Cofre M., Zitko P., Díaz H., Jiménez S., Beltrán C.
Universidad de Santiago De Chile. Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABLT). Santiago, Chile.

Introducción: La presencia de *viremia* de bajo nivel (VBN) en pacientes viviendo con VIH (PVVIH) que están recibiendo terapia anti-retroviral (TAR) se ha asociado con la emergencia de resistencia y fracaso virológico. Sin embargo, se desconoce la presencia de VBN en pacientes tratados con Atazanavir (ATZ) o Atazanavir/ritonavir (ATZ/r). Objetivo: Determinar si existe asociación entre PVVIH tratados con ATZ o ATZ/r y la presencia de VBN. Método: Estudio realizado entre agosto de 2009 hasta abril de 2012 en PVVIH atendidos en el CABLT de Santiago de Chile. Se incluyeron todos los PVVIH tratados con ATZ (40 pacientes) o ATZ/r (31 pacientes), independiente del back- bone, a los cuales se les habia realizado periódicamente mediciones de carga viral (CV) a través de de PCR (NUCLISENS EasyQ HIV1). Se incluyeron aquellos que presentaron al menos 1 medición de CV posterior a una CV <10 copias/mL. Se definió VBN como la presencia de una CV entre 10 y 400 copias/mL y fracaso virológico a una CV >1000 copias/mL, posterior a una CV <10 copias/mL. Resultados: De 71 pacientes, 20 pacientes (28,2%) presentaron algún episodio de VBN. No se observó diferencias en la frecuencia de estos episodios entre los PVVIH tratados con ATZ versus ATZ/r: 11 (55%) vs 9 (45%), p= 0,89). Hubo solo 2 (2,8%) pacientes que presentaron CV >1000, uno de cada grupo de tratamiento. No se observó asociación entre VBN y fracaso. Conclusión: El uso de ATZ sin ritonavir no se asoció con VBN ni fracaso virológico en PVVIH.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

6ª Sesión Oral **VIH - 1** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 33 SEGUIMIENTO FARMACOTERAPÉUTICO A PACIENTES HOSPITALIZADOS VIH/SIDA.

Bernal Fernando (1), Vásquez Patricia (2), Alejandra Gavrilovics (3), Michel Serri (4).
Policlínico de Infectología, Hospital San Juan de Dios.

El seguimiento farmacoterapéutico, consiste en la detección, prevención y resolución de los problemas relacionados con los medicamentos (PRM), de forma continua, sistematizada y documentada. Un PRM es un problema de salud vinculado con la farmacoterapia, que interfiere o puede interferir con los resultados de salud esperados en el paciente. Objetivo y métodos: Realizar un seguimiento farmacoterapeutico a pacientes hospitalizados VIH/SIDA, a través de un estudio prospectivo de 1 año (Enero a Diciembre 2012). Resultados: El 88,3% (98/111) de los pacientes se encuentra en etapa SIDA, con una mediana de Linfocitos T CD4+ de 29 cels/mm3 y una CV de 107.000 copias/ mm3. El 15,3% ingresó a una unidad de paciente crítico. Se detectaron 269 PRM (2,4 PRM por paciente); El 72 % de los PRM (n=213) están asociados a seguridad del tratamiento, un 23,3% (n=69) a la necesidad de incorporar o eliminar algún fármaco y un 4,7 % (n= 14) a problemas asociados a efectividad. Se observó una relación estadísticamente significativa al asociar el N° de PRM con la unidad de pacientes críticos, uso de más de 6 fármacos, etapa clínica SIDA y edad avanzada. Los resultados permiten concluir que los pacientes hospitalizados presentan problemas relacionados al uso de medicamentos principalmente asociado a la toxicidad, encontrándose como factores de riesgo para el desarrollo de estos: la etapa clínica SIDA, unidad de paciente crítico, uso concomitante de más de 6 fármacos y edad avanzada.

6ª Sesión Oral **VIH - 1** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 34 SPIRIT: SIMPLIFYING TO RILPIVIRINE/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF SINGLE-TABLET REGIMEN FROM BOOSTED PROTEASE INHIBITOR REGIMEN MAINTAINS HIV SUPPRESSION AT WEEK 48 IN THE HISPANIC/LATINO SUBPOPULATION.

Morales-Ramirez, J(1); Fisher, M(2); Palella, F(3); Tebas, P(4); Ruane, P(5); Shamblaw, D(6); Wang, H(7); Porter, D(7); De-Oertel, S(7); Fralich, T(7); Sanchez, SP(7).
(1)Clinical Research Puerto Rico Inc., San Juan, Pr; (2)Brighton And Sussex University Hospitals, Brighton, Uk; (3) Northwestern University Feinberg School Of Medicine , Chicago, Il, Us; (4)University Of Pennsylvania, Philadelphia, Pa, Us; (5)Peter J. Ruane, Md, Inc.Los Angeles, Ca, Us; (6)La Playa Medical Group And Clinical Research, San Diego, Ca, Us; (7) Gilead Sciences, Foster City, Ca, Us.

Introduction: ARV regimen simplification improves adherence while reducing risk of virologic failure and long-term drug-related toxicities. Rilpivirine/Emtricitabine/Tenofovir DF (RPV/FTC/TDF) is a well-tolerated, efficacious, once daily single-tablet regimen (STR). SPIRIT is the 1st study to evaluate switching from boosted protease inhibitor (PI+RTV+2 NRTIs) based ART to a simplified regimen of RPV/FTC/TDF STR. Objective: Evaluate safety and efficacy in overall study population and Hispanic/Latino subgroup Methods Ph3b open-label int'l 48 week study evaluating safety and efficacy of switching from PI+RTV regimens to RPV/FTC/TDF in virologically-suppressed HIV-1 infected subjects. Randomization was 2:1 to switch to RPV/FTC/TDF at BL (immediate switch) or maintain PI+RTV regimen with switch at Week 24 (delayed switch). Primary endpoint was non-inferiority of RPV/FTC/TDF vs PI+RTV regimens in maintaining plasma HIV-1 RNA<50 c/mL at W24. Additional analyses included outcomes in the Hispanic/Latino subgroup. Results: Overall for the primary endpoint, RPV/FTC/TDF was non-inferior to PI+RTV+2 NRTIs (94% vs 90%) at W24 for HIV RNA<50 c/mL (difference 3.8%, 95% CI:-1.6%, 9.1%) per FDA snapshot analysis. For Hispanic/Latino subjects (n=82), non-inferiority was met at W24 (94% RPV/FTC/TDF vs 81% PI+RTV+2NRTIs; difference 13.5%, 95% CI: -1.9%, 28.8%) and maintained through W48, 90.2%.The rate of virologic suppression at W48 for the delayed switch group was comparable, 89.7%. Conclusions: In Hispanic/Latinos simplifying to RPV/FTC/TDF STR was non-inferior to remaining on a PI+RTV+2 NRTI regimens. Viral suppression was maintained through W48 in subjects switching to RPV/FTC/TDF at BL or W24.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

6ª Sesión Oral **VIH - 1** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 35 STAR STUDY: SINGLE TABLET REGIMEN RILPIVIRINE/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IS NON-INFERIOR TO EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IN ART-NAÏVE ADULT HISPANIC/LATINO SUBPOPULATION.

Hawkins,T(1); Cohen, C(2); Wohl, D(3); Arribas, J(4); Henry, K(5); Bloch, M(6); Towner, W(7); Wang, H(8); Porter, D(8); De-Oertel, S(8); Fralich, T(8); Sanchez, SP(8).
(1)Southwest Care Center, Santa Fe, Nm, Us; (2)Community Research Initiative Of New England, Boston, Ma, Us; (3) University Of North Carolina At Chapel Hill, Nc, Us; (4)Hospital Universitário La Paz, Madrid, Spain; (5)Hennepin County Medical Center, Minneapolis, Mn, Us; (6)Holdsworth House Medical Practice, Darlinghurst, Nsw; (7)Kaiser Permanente Medical Center, Los Angeles, Ca, Us; (8)Gilead Sciences, Foster City, Ca, Us.

Introduction: Rilpivirine/Emtricitabine/Tenofovir DF (RPV/FTC/TDF) is a once-daily single-tablet regimen (STR) HIV-1 treatment option. This is the first study to directly compare safety and efficacy of the two STRs, RPV/FTC/TDF and Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir DF (EFV/FTC/TDF) in treatment-naïve adults. Objective: Evaluate safety and efficacy in the overall study population and Hispanic/Latino subgroup. Methods: STAR is an ongoing, open-label, international, 96-week study evaluating safety and efficacy of the STR RPV/FTC/TDF vs the STR EFV/FTC/TDF in ARV-naïve HIV-1 infected subjects. Subjects were randomized 1:1 to RPV/FTC/TDF or EFV/FTC/TDF. Eligibility criteria included screening HIV-1 RNA ≥2,500 c/mL, genotypic sensitivity to EFV, FTC, TDF, and RPV, and no prior ARV therapy. The primary endpoint was proportion of subjects with HIV-1 RNA <50 c/mL at Week 48 (12% non-inferiority margin). Results: Overall for the primary endpoint, RPV/FTC/TDF was non-inferior to EFV/FTC/TDF (86% [n=394] vs 82% [n=392]) at W48 for HIV RNA <50 c/mL (difference 4.1%, 95% CI [-1.1%, 9.2%]) per FDA snapshot analysis. In the Hispanic/Latino (n=134) subgroup, RPV/FTC/TDF was non-inferior to EFV/FTC/TDF (90% vs 81%) at W48 (difference 7.9%, 95% CI[-4.3%, 20.1%]).Virologic failure was 5% RPV/FTC/TDF vs. 9% EFV/FTC/TDF (difference -4.1%, 95% CI [-13.3%, 5.1%]).There were no drug discontinuations due to AEs for RPV/FTC/TDF compared to 5.3% for EFV/FTC/TDF. Conclusion: In treatment-naïve HIV-1-infected Hispanic/Latino subjects, RPV/FTC/TDF was non-inferior to EFV/FTC/TDF and was better tolerated with no discontinuations due to adverse events.

6ª Sesión Oral **VIH - 1** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 36 EFFICACY AND SAFETY OF ELVITEGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DF IN HISPANIC SUBJECTS AT WEEK 48 FROM AN INTEGRATED ANALYSIS OF PHASE 2 AND 3 CLINICAL TRIALS.

Andrade-Villanueva, J (1); Morales-Ramírez, J (2); Saavedra S (3); Dejesus, E (4); Nguyen, T (5); Zhong, L (5); Rhee, M (5); Szwarcberg, J (5).
(1)Antiguo Hospital Civil De Guadalajara, México; (2) Clinical Research Puerto Rico Inc., San Juan, Pr; (3) Va Caribbean Healthcare System, San Juan, Pr.

Introduction: Elvitegravir/cobicistat/emtricitabine/tenofovir DF (STRIBILD® [STB]) was noninferior to efavirenz/emtricitabine/tenofovir DF (Atripla® [ATR] and to ritonavir-boosted atazanavir plus emtricitabine/tenofovir DF [ATV/r+TVD] by snapshot analysis at Week (Wk) 48 in HIV-infected treatment naïve subjects. Objective: To evaluate safety and efficacy of STB in the Hispanic subgroup. Methods: Analysis of safety and efficacy at Week 48 in HIV-1 treatment naïve hispanics in studies 102, 103 and 104. Results: Of a total of 1479 subjects, 285 (19%) were Hispanics: 150 STB, 88 ATR, 47 ATV/r+TVD. The rates of virologic suppression (HIV-1 RNA < 50 c/mL) were 89%, 84% and 83%; difference 5.7% (95% CI: -3.7 to 15.1) between STB and ATR; and 7.1% (-5.3 to19.4) between STB and ATV/r + TVD. Emergent resistance was observed in 1 subject to STB and 3 subjects to ATR Adverse events (AEs) leading to study drug discontinuation were similar in the 3 groups (STB 2.7% vs. ATR 3.4% vs. ATV/r+TVD 4.3%). Serious AEs were comparable between STB and ATR (11% vs. 9%) and higher in ATV/r+TVD (17%). The safety and efficacy of STB in hispanics is comparable to non hispanics. Conclusion: In Hispanics, STRIBLID was well tolerated, and demonstrated high rates of virologic suppression with low rates of resistance.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 37 PREVALENCIA DE VARIANTES DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C DE RESISTENCIA NATURAL A LOS INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA NO ESTRUCTURAL 5A: ANÁLISIS DE 722 SECUENCIAS DE GENOMA COMPLETO.

Kolarovic, Mb (1), Trinks, J (1, 2) Y Farinati, A (1)
(1) Cátedra De Microbiología Y Parasitología, Facultad De Medicina, Universidad Del Salvador, Tucumán 1845, Buenos Aires; (2) Instituto De Ciencias Básicas Y Medicina Experimental (Icbme), Hospital Italiano De Buenos Aires, Potosí 4240, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Para la terapéutica anti-virus hepatitis C (HCV), se desarrollaron más de 50 drogas llamadas antivirales de acción directa (AAD) dirigidas contra las proteínas virales NS3/4A, NS5A y NS5B. Ensayos farmacológicos demostraron la selección de mutantes resistentes. Un estudio reciente reportó la prevalencia de variantes de resistencia natural a inhibidores de NS3/4A y NS5B (Kolarovic y cols., ICAAC 2012). Objetivo: Determinar la prevalencia de variantes de resistencia natural a inhibidores de NS5A en las secuencias genómicas completas del HCV disponibles en la base de datos GenBank. Métodos: Utilizando el programa BioEdit versión 7.1.3.0, 722 secuencias genómicas completas del HCV incluidas en el GenBank antes del desarrollo de los AAD fueron alineadas y la secuencia aminoacídica fue deducida. La región NS5A fue analizada en búsqueda de variantes de resistencia natural. El genotipo viral fue asignado mediante análisis filogenético con el paquete PHYLIP versión 3.5c. Resultados: Los genotipos más prevalentes de las secuencias analizadas fueron: 1a (59%), 1b (25%) y 6 (6%). La variante Q30R -resistencia a daclatasivir- fue la más prevalente (29%), seguida por P58T -resistencia a DBPR110- (4%) y L31M -resistencia a daclatasivir- (4%). El 78% de las secuencias con Q30R pertenecen al HCV-1b, 70% de las secuencias con P58T son del HCV-6 y 35% de las que presentaron L31M se agruparon con el HCV-1b. Conclusiones: Sería necesario realizar ensayos de resistencia genotípica previos al tratamiento con AAD para evitar la falla terapéutica, gastos excesivos de salud pública y la diseminación de variantes de resistencia natural a la comunidad.

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 38 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE E EM CATADORES DE MATERIAIS RECICLÁVEIS NO BRASIL CENTRAL.

Reis N.R.S. (1), Freitas N.R. (1), Kozlowski A.G. (1), Lopes C.L.R. (2), Teles S.A. (2), Carneiro M.A.S. (1), Matos M.A.D. (1), Martins R.M.B. (1).
Instituciones: (1) Instituto De Patologia Tropical E Saúde Pública, Universidade Federal De Goiás (Ufg), Goiânia-Go; (2) Faculdade De Enfermagem/Ufg.

Introdução: A infecção pelo vírus da hepatite E (HEV) é importante causa de hepatite aguda epidêmica e esporádica nos países em desenvolvimento, sendo transmitida principalmente pela via fecal-oral. No Brasil, ainda são poucos os estudos sobre essa infecção. Objetivo: Estimar a prevalência da infecção pelo HEV em catadores de materiais recicláveis em Goiânia-GO, Brasil Central. Métodos: A população estudada consistiu de 431 catadores de materiais recicláveis, integrantes de 15 cooperativas em Goiânia. Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, os indivíduos foram entrevistados e, em seguida, foi coletada uma amostra de sangue de cada participante. Os soros foram testados por ensaio imunoenzimático (ELISA) com reagentes comerciais (Recomwell HEV IgG e IgM, Mikrogen). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFG. Resultados: Dos 431 catadores de materiais recicláveis, 24 indivíduos foram reagentes para anti-HEV IgG, dois para anti-HEV IgM e um para os dois marcadores, resultando em uma prevalência da infecção pelo HEV de 6,0% (IC 95%: 4,0-8,8). Conclusão: Estes achados evidenciam a circulação do vírus da hepatite E em nossa região, sendo a prevalência encontrada em catadores de materiais recicláveis superior à observada (2,3%; IC 95%: 1,5-3,5) em uma população de doadores de sangue no Brasil.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 39 INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E MOLECULAR DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE C EM ASSENTADOS DA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL.

Carneiro, M A S; Araujo, La (1); Del-Rios, N.H.A, (2); Teles, S.A (3); Martins, R.M.B (4); Matos, M.A.D (5); Caetano, Kaa (6); Matos, Ma (7); Marinho, T.A (8); Diniz, F.A. (9).
Instituto De Patologia Tropical E Saúde Pública Da Universidade Federal De Goiás (Iptsp/Ufg).

Estima-se que 150 milhões de pessoas no mundo estejam infectados pelo vírus da hepatite C (HCV), podendo evoluir para a cronicidade e hepatocarcinoma. Estudos revelam que muitas famílias assentadas vivem em precárias condições de saneamento ambiental, o que pode favorecer a ocorrência de doenças infecciosas como as hepatites virais. No Brasil, ainda são poucas as investigações que retratam a situação de saúde das populações assentadas. O Objetivo do estudo foi investigar os aspectos epidemiológicos da infecção pelo HCV em 923 assentados da Região Centro-Oeste do Brasil, no período de julho de 2011 a julho de 2012. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre, os participantes foram entrevistados e, em seguida coletada uma amostra de sangue. Todas as amostras foram testadas para a detecção de anticorpos para o HCV (anti-HCV) por ELISA. As amostras positivas foram submetidas à pesquisa do RNA-HCV pela reação em cadeia da polimerase (PCR). A genotipagem foi realizada por hibridização reversa, (LiPA). A prevalência para anti-HCV foi de 0,55% (IC 95%: 0,2-1,3). O RNA viral foi detectado em três das cinco amostras anti-HCV reagentes e, o genótipos 1 (subtipos 1a) foi identificados nestas amostras. Quanto às características dos indivíduos soropositivos para o HCV, verificou-se 80% viveram em acampamento por mais de um ano. Procedimento cirúrgico (4/5); historia de hemotransfusão (3/5), uso de drogas (1/5), múltiplos parceiros sexuais (4/5) foram fatores relatados pelos indivíduos infectados. Estudos epidemiológicos são essenciais para o planejamento de ações de saúde pública para a prevenção e controle da hepatite C.

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 40 TUBERCULOSIS LATENTE EN CENTROS PENITENCIARIOS: PRIMERA EXPERIENCIA EN CHILE CON DETECCIÓN DE LIBERACIÓN DE INTERFERÓN GAMMA (TB SPOT).

Aguilera X (1), González, C (1), Nájera M (1), Hirmas M (1), Delgado I (1), Olea A (1), González P (1), Montaña A (2), Rodríguez G (3), Lezaeta L (3) García Ch (4), Herrera T (4), Hormazabal Jc (5) Del Granado M (6).
(1) Centro De Epidemiología Y Políticas De Salud, Facultad De Medicina Clínica Alemana-Universidad Del Desarrollo (Udd) (2) Clínica Alemana De Santiago (Cas) (3) Departamento De Salud Gendarmería De Chile (4) Ministerio De Salud De Chile (5) Instituto De Salud Pública De Chile (6) Organización Panamericana De La Salud.

Introducción: La tuberculosis (TB) sigue siendo importante en Chile y el mundo. Los grupos de riesgo son las personas VIH+, los migrantes y los privados de libertad (PPL), en quienes se centra este estudio. Se estima que la incidencia de TB en PPL en Chile es 15 a 30 veces mayor que en población general, pudiendo constituir un reservorio. En otros países, la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITBL) en PPL varía entre 20-62%, reforzando la importancia de considerar esta población y la ITBL en el control avanzado de TB. Objetivo: Medir la ITBL y sus determinantes en contactos de casos de TB en PPL. Método: Longitudinal prospectivo: investigación de contactos de casos incidentes de TB en centros penitenciarios de las regiones Valparaíso, Metropolitana y O´Higgins (51% PPL nacional). Se utilizó detección de liberación de interferón gamma específico para *M. tuberculosis* (IGRA) (laboratorio Clínica Alemana) y entrevista estructurada sobre factores de riesgo. Financiamiento FONIS SAI2073 y UDD. Aprobación Comité de Ética UDD. Resultados: Desde Junio 2012 se investigaron 27 casos, identificando 413 contactos: 306 PPL (74%), 35 personal de salud (8,5%), 26 gendarmes (6,3%) y 11 familiares/visitas (6,3%). Se examinaron 358 contactos (86,7%): 104 IGRA+ (29,1%), 17 IGRA no concluyente (4,7%). Un IGRA+ fue diagnosticado como TB activa, quedando 103 casos de ITBL (28,8%). La prevalencia de ITBL varía desde 32% en las PPL que compartían dormitorio con caso índice hasta 3,8% en personal de Gendarmería. Conclusiones: El estudio cuantifica un fenómeno hasta ahora desconocido en nuestro país.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 41 INFECCIONES POR LISTERIA MONOCYTOGENES (LM) EN UN HOSPITAL GENERAL EN CHILE. UNA EXPERIENCIA DE 2 DÉCADAS.

Sedano R, Fica A, Guiñez D, Braun S, Porte L, Dabanch J, Weitzel T, Soto S.
Servicio De Infectología Y Laboratorio De Microbiología, Hospital Militar De Santiago, Chile.

Las infecciones por LM representan una zoonosis con escasa caracterización clínica en Chile. Objetivo: Análisis de manifestaciones clínicas y factores de riesgo asociados a desenlace fatal. Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo usando el registro local desde 1991 al 2012. Caracterización clínica y análisis de factores de riesgo. Principales resultados: Se identificaron 20 casos en 21 años, 2 de ellos de aparición nosocomial (10%). La edad promedio fue 66,3 años (rango 44-86). El 70% de los casos ha ocurrido desde el 2003. La prevalencia de factores de riesgo conocidos fue edad ≥ 65 años (55%), co-morbilidad (78,9%) o inmunosupresión (26,3%). La presentación clínica correspondió a i) infección del SNC (45%,) incluyendo 8 casos de meningitis (40%) y un caso de romboencefalitis (5%), ii) *bacteriemias* (40%), incluyendo un caso de endocarditis infecciosa, iii) abscesos (10%) y iv) un caso de neumonía (5%). El consumo de alimentos de riesgo fue buscado en 5 pacientes y confirmado en 4 (80%). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron fiebre (89,5%), compromiso de conciencia (63,2%), cefalea (52,9%), mialgias (46,2%) y náuseas- vómitos (42,9%). Un 23,1% presentó hipotensión y 7 de 9 pacientes con infección del SNC presentaron signos meníngeos (77,8%). Sólo un 36,8% recibió terapia antibiótica empírica inicial adecuada y un 42,1% un esquema sinérgico. Un 30% de los pacientes fallecieron pero no se encontraron factores asociados a un desenlace fatal. Conclusiones: Las infecciones por LM tienden a aumentar en Chile, producen una diversidad de manifestaciones clínicas, afectan a pacientes vulnerables y tienen una alta letalidad.

7ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 1** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

NOMINADO A PREMIO 2013

CO Nº 42 PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO PELO VIRUS DA HEPATITE B (VHB) EM ASSENTADOS RURAIS DO BRASIL CENTRAL.

Teles Sa (1), Caetano Ka (1), Pinheiro Rs (1), Bergamaschi Fpr (2), Carneiro Mas (1), Matos Ma (1), Motta-Castro Arc (3), Del Rios Nh (1), Araujo La (1), Silva Ln (1), Martins, Rmb (1).
Universidade Federal De Goiás, Goiânia-Go (1); Universidade Estadual Do Mato Grosso Do Sul, Dourados-Ms (2); Universidade Federal Do Mato Grosso Do Sul, Campo Grande-Ms (3).

Introdução: Um estudo conduzido em capitais do Centro-Oeste do Brasil classificou a região como de baixa endemicidade para hepatite B. Contudo, informações sobre a prevalência desta infecção em populações rurais são escassas, principalmente em populações rurais emergentes como os assentados. Objetivo: Estimar a prevalência da infecção pelo VHB em populações assentadas em Goiás e Mato Grosso do Sul, Brasil Central. Métodos: Estudo de corte transversal. Um total de 923 assentados foram entrevistados e testados para os marcadores do VHB (AgHBs, anti-HBc e anti-HBs) pelo ELISA. Os dados obtidos foram analisados por meio do programa SPSS. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás e da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Resultados: A média de idade dos assentados foi de 36 anos (DP: 18,4), sendo 49% do sexo masculino. Estimou-se uma prevalência global para hepatite B de 17,4%: 1,7% eram positivos para o HBsAg, 17,2% para o anti-HBc e 37,6% para o anti-HBs. A detecção isolada do anti-HBs foi verificada em 24,8% dos assentados, sugerindo vacinação prévia. Ser do sexo masculino, ser filiado aos movimentos sociais: CUT, MST e FENAGRI e ter história de hemotransfusão foram fatores associados ao HBV ($p < 0,05$). Conclusões: a baixa frequência de indivíduos imunizados e a prevalência elevada do HBV comparada a população urbana da mesma região, evidenciam o risco desta população para infecção pelo HBV e a necessidade de investimentos públicos em educação em saúde e prevenção desta infecção na população assentada.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 43 DESARROLLO DE UN TEST PARA LA DETECCIÓN DE ASPERGILLUS FUMIGATUS POR PCR EN TIEMPO REAL EN PACIENTES SOSPECHOSOS DE ASPERGILOSIS INVASORA.

Wozniak A. (1), Sanhueza F. (1), Rabagliati R. (2), Vizcaya C. (3), Rivera G. (2), Pérez R. (3), Flores J. (2), Miranda C. (1), Castillo C. (1), García P. (1).
(1): Laboratorio De Microbiología - Departamento De Laboratorios Clínicos Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile; (2): Departamento De Enfermedades Infecciosas Del Adulto. Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile; (3) Departamento De Enfermedades Infecciosas - División Pediatría Escuela De Medicina - Pontificia Universidad Católica De Chile.

Aspergilosis invasora (AI) especialmente aquella producida por *Aspergillus fumigatus* es una enfermedad con alta mortalidad en inmunocomprometidos. El diagnóstico de AI es complejo. El cultivo de biopsia es confirmatorio pero es invasivo, lento y tiene baja sensibilidad; la detección sérica de galactomanano (GM) es útil pero tiene riesgo de contaminación; las imágenes (TAC) contribuyen al diagnóstico por su precocidad, aunque tiene baja especificidad. La amplificación de ácidos nucleicos por PCR en tiempo real (RT-PCR) ofrece una alternativa al diagnóstico por su alta sensibilidad, bajo riesgo de contaminación, rapidez y requiere solamente una muestra de sangre. El objetivo es desarrollar un RT-PCR dirigido al gen rRNA 28S de *Aspergillus fumigatus*. Se analizaron prospectivamente 44 muestras de suero, sangre y LBA de 21 pacientes de la Red Salud UC con riesgo de presentar AI. Se consideró gold standard el diagnóstico clínico definitivo de aspergilosis basado en criterios EORTC/MSG: aspergilosis probada, probable, posible o descartada. Las muestras de pacientes con aspergilosis probada y probable se consideraron positivas y las de pacientes con aspergilosis posible y descartada se consideraron negativas. La sensibilidad y especificidad clínica fue 71% y 100% respectivamente. El valor predictivo negativo fue 74% y el valor predictivo positivo (VPP) fue 100%. La tasa de concordancia entre RT-PCR y GM fue 75%. En 8 de las 10 muestras discordantes, el RT-PCR y el diagnóstico clínico fueron positivos con GM negativo. El RT-PCR es una técnica con sensibilidad aceptable y excelente VPP, que puede contribuir a la confirmación del diagnóstico de AI.

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 44 HPV GENOTYPING IN HISTOLOGICALLY DIAGNOSED CASES OF CERVICAL CANCER IN ECUADOR.

Zambrano, H., (1), Scallion, M., (2) Alcivar, V., (3) Ortega, P., (4), Lee, A. (2) González, M. (5).
(1) Secretaría Nacional De Ciencia Y Tecnología, (2) Hospital Luis Vernaza, (3) Solca Manabí Núcleo De Portoviejo, (4) Labotario De Patología Ortega, Loja (5) Instituto Nacional De Investigación En Salud Pública, Ecuador.

INTRODUCTION: While HPV genotyping is crucial in the effective treatment and prevention of cervical cancer, limited information exists about the HPV prevalence in cervical cancer cases in Ecuador. OBJECTIVE: To determine HPV prevalence in cases with confirmed histological diagnoses of cervical cancer in Ecuador. METHOD: Formalin-fixed paraffin embedded (FFPE) tissue samples were taken from patients with confirmed histopathological diagnoses of cervical cancer. Paraffin removal and DNA extraction were performed using the QIAamp DNA FFPE Tissue Kit. DNA amplification was done using the INNO-LiPA HPV Genotyping Extra Amp. Genotyping was conducted using reverse hybridization with the INNO-LiPA HPV Genotyping assay. RESULTS: Twenty-five of the 28 total samples amplified. Of these, 18 were positive for HPV-16, 15 for HPV-33, followed by 14 samples for HPV-56, and 13 samples for both HPV 31 and 58. Interestingly, HPV-18 was present in four samples; however, three of these were also positive for HPV-16. All samples showed expression of multiple HPV genotypes, with one exhibiting as many as 17 different genotypes. CONCLUSION: This study provides insight into HPV genotype prevalence among cervical cancer patients in Ecuador. While the sample size is small, our results suggest that HPV 18 may not play a large role in this particular population in Ecuador. Furthermore, our data may also indicate a high rate of HPV co-infection within this population. Future studies are needed to further investigate these possible trends, which may have important implications for the implementation of future vaccine programs.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 45 DETECTION OF HISTOPLASMA CAPUSLATUM IN HIV-POSITIVE PATIENTS IN GUAYAQUIL, ECUADOR: COMPARISON BETWEEN A PCR-BASED PROTOCOL AND CONVENTIONAL CULTURE TECHNIQUE FROM BONE MARROW SAMPLES.

Sánchez S. (1), Zambrano H. (2), Lee A. (3), Vega W. (1), Almeida R. (1).
(1)Instituto Nacional De Investigación En Salud Pública De Ecuador; (2) Secretaria Nacional De Ciencia Y Tecnología, Ecuador; (3) Hospital Luis Vernaza, Ecuador.

Introduction. Histoplasma Capsulatum (HC) is a fungal, etiologic agent of Histoplasmosis, which poses an important health risk for those diagnosed with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). While current diagnoses of HC in Ecuador are based on culturing the fungus, molecular techniques are slowly being incorporated. Objective: To compare an in-house molecular technique with fungal isolation in culture to diagnose HC in bone marrow samples of HIV positive patients Methods: Bone marrow aspiration samples from HIV positive patients were obtained from the Hospital de Infectologia Jose Daniel Rodriguez Maridueña in Guayaquil, Ecuador. The presence of HC was detected using conventional culture techniques and an in-house PCR-based detection protocol. Afterwards, statistical comparisons between both methods were done using the Graph Path Program. Results. HC was detected in 139 (37.3%) of the 373 total samples using either method. Of these, 73 (52.5%) were positive using the in-house PCR method while 28 (20.2%) were positive using conventional culture techniques. Both were able to detect HC in 38 samples (27.33%), suggesting a weak correlation between the two techniques. This may be due to the reported difficulty of culturing the fungus. Conclusion: This study compares conventional culture techniques with a PCR-based method for HC detection in HIV positive patients from Ecuador. The results indicate that the PCR-based method was able to detect HC in more samples, demonstrating the importance of molecular techniques in diagnosing HC in HIV patients in clinical settings. Clinical suspicion of HC infection should be confirmed with a laboratory-based methodology.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 46 OFERTA PÚBLICA MASIVA DE TEST RÁPIDOS PARA VIH/SIDA, HEPATITIS B Y C, EN PLAZA DE ARMAS, SANTIAGO, CHILE. EXPERIENCIA ÚNICA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA. HOSPITAL DR. LUCIO-CÓRDOVA, ONG VIVO-POSITIVO.

González-P. A., (1), Acevedo W., (2) Aravena J.C., (3) Espinosa D., (4) Farah, C., (5) Poblete H. (6).
Hospital Dr. Lucio Córdova, ONG Vivo Positivo.

Introducción: Generamos una alianza entre Hospital Dr. Lucio-Córdova y ONG Vivo-Positivo, para realizar por primera vez el examen del VIH/SIDA, Hepatitis B y C en espacio público. Objetivo: Realizar diagnóstico a personas de 18 años y más a través de un test rápido (screening) VIH/SIDA y Hepatitis B y C con la entrega inmediata de resultados. Material y Métodos: Intervención pública, piloto, exploratoria. Se realizaron 70 atenciones a transeúntes. Criterios de inclusión: para hacerse el test de VIH/SIDA era portar su cédula identidad, consejería pre-test, firma consentimiento informado, datos solicitados: nombre completo, RUT, edad, Nº teléfono contacto. Para las muestras reactivas, se solicitará nueva muestra de sangre venosa, y se enviaría al ISP. 2 personas fueron excluidas, no portaban cédula. Se realizaron 68 consejerías pretest, 4 personas: desistieron (5,9%). Resultados: 64 consejerías pre-test (94,1%), promedio edad 37,5; rango edad 19-77. Participaron 62,5% hombres, 37,5% mujeres. Nacionalidad: chilena (95,3%), peruana (4,7%). Los resultados de las Hepatitis B y C fueron todos negativos. 63 serologías VIH no reactivas (98,44%), 1 reactiva (1,56%), al usuario se solicitó nueva muestra de sangre venosa para enviarla al ISP. Cuyo resultado fue positivo, en espera del chequeo de identidad. Conclusiones: La experiencia fue sorprendentemente bien-recibida, incluso se debió rechazar a personas porque la actividad debía terminar. Repetir por la alta convocatoria.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 47 CARACTERIZACIÓN DE LA DIVERSIDAD GENÉTICA DEL COMPLEJO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (cMT) EN DOS CENTROS DE SALUD DE LA REGIÓN METROPOLITANA-CHILE.

Meza P. (1), García P. (1), Miranda C. (1), Cifuentes M. (2), Balcells E. (3), Geoffroy E (1), Wozniak A. (1).
(1)Laboratorio De Microbiología- Departamento De Laboratorios Clínicos. Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile. (2) Hospital San Borja Arriaran. (3) Escuela De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

La genotipificación del cMT es actualmente una herramienta epidemiológica de gran importancia en la contención de la enfermedad. Permite conocer la diseminación a nivel local y regional junto con distinguir reinfección de reactivación, orientando más racionalmente las medidas de prevención y control. Además, existe asociación entre ciertos linajes (Beijing, de amplia distribución en Asia) y multirresistencia. El método de referencia ha sido RFLP pero es engorroso y poco reproducible. La introducción de dos métodos complementarios, basados en amplificación/hibridación (spoligotyping y MIRU-VNTRs) ha facilitado la genotipificación. El objetivo del trabajo fue determinar los linajes del cMT aislados de pacientes de dos centros de salud de la Región Metropolitana y compararlos con los descritos en otros países. Se estudiaron 47 aislados del cMT de pacientes consultantes entre 2008 y 2011 del Hospital San Borja Arriaran y Red Salud UC. Se realizó spoligotyping (presencia/ausencia de 43 espaciadores de una región de repeticiones directas) y MIRU-VNTR (variación del número de repeticiones en tándem de elementos genéticos interespaciadores). Los resultados se analizaron con la base de datos http://www.miru-vntrplus.org Los linajes encontrados fueron LAM 36.2%, T 29.8%, H 6.4%, Beijing 4.2%, X 2.1% y huérfanas 21.3%. LAM9 fue el más frecuente (21%). Este es el primer trabajo realizado en Chile que permite conocer los linajes predominantes. Concordante con lo descrito para Latinoamérica, el linaje más frecuente fue LAM. Destaca la presencia de Beijing, de rara ocurrencia en América Latina con excepción del Perú. Este hallazgo puede explicarse por la migración desde este país.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

8ª Sesión Oral **Diagnóstico y Tipificación** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 48 CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUSCEPTIBILIDAD DE ESPECIES DE CANDIDA EN UN HOSPITAL EN CHILE DURANTE EL PERÍODO 2007 - 2011.

Fuentes M. (1), Alburquenque C. (1,2), Amaro J. (1), Falconer M. (1), Tapia C. (1,3).
1. Programa De Microbiología Y Micología, Instituto De Ciencias Biomédicas, Facultad De Medicina, Universidad De Chile, Santiago, Chile. 2. Escuela De Tecnología Médica, Universidad Mayor, Santiago, Chile. 3. Laboratorio Central Clínica Dávila, Santiago, Chile.

Candida spp. son microorganismos comensales capaces de transformarse en patógenos especialmente en pacientes inmunosuprimidos. Clínica Dávila es un hospital pero, atiende a pacientes ambulatorios. Previamente demostramos, en nuestra institución, que los las cepas más resistentes provenían de pacientes ambulatorios. El principal objetivo de este estudio fue detectar los cambios en los patrones de susceptibilidad de *Candida* spp. en aislados de pacientes ambulatorios y hospitalizados durante el año 2007 (n=98) y 2011 (n=223), usando los puntos de corte clínicos y los puntos de corte epidemiológicos (ECVs) propuestos por CLSI. Las cepas aisladas fueron obtenidas de muestras vaginales, tracto respiratorio, orina, herida y sangre. *C. albicans* fue la principal especie aislada en ambos períodos (83,7% y 84,8%), seguido por *C. glabrata* (7,1% y 7,6%). Los rangos de globales de susceptibilidad en 2007/2011 fueron <0,125->64/<0,125->64 ug/mL para fluconazol, <0,0313->16/<0,0313->16 ug/mL para voriconazol, <0,0313-1/<0,0313-2 ug/mL para anidulafungina, 0,25-2/0,0313-2 ug/mL para caspofungina y <0,03-1/<0,03-2 ug/mL para anfotericina B, respectivamente. Interesantemente, hubo menos resistencia a azoles en 2011 comparado a 2007 en *C. albicans*. Hubo un aumento en el límite alto de susceptibilidad para anidulafungina y anfotericina B y altos porcentajes de *C. albicans* sobre los ECVs a anidulafungina en 2011. Esto es particularmente interesante ya que este último antifúngico fue incorporado recientemente en Chile. La epidemiología local se encuentra en constante cambio afectando principalmente la susceptibilidad a equinocandinas y probablemente esto se asocia a su mayor uso.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 49 REPRESENTACION CULTURAL DEL VIH/SIDA DE LAS PERSONAS MAPUCHE VIVIENDO CON LA ENFERMEDAD EN LA REGION DE LA ARAUCANÍA, CHILE.

Panguinao L (2), Alarcón A (2), Chahin C (1), Muñoz S (2), Ampuero C (2)
(1) Unidad De Infectología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco Chile. 2) Universidad De La Frontera, Temuco Chile.

Introducción: Persisten vacíos de información para lograr cobertura e incluya la perspectiva cultural, especialmente en población vulnerable emergente, destacando los mapuche, por razones económico sociales y cultural, mantendrían conocimientos y actitudes diferente al VIH/SIDA en relación a los no mapuche. Basados en la cosmovisión, construyen modos particulares de vivir y explicar VIH/SIDA. Objetivo: Describir y analizar las representaciones culturales del VIH/SIDA en la población mapuche que vive con la enfermedad en la región de La Araucanía. Método: Estudio exploratorio-cualitativo, que integra etnografía y entrevistas semiestructuradas, realizadas en Unidad de Apoyo Clínico en Infectología, Hospital Hernán Henríquez, entre enero-septiembre del 2011 a 27 mapuche, previo consentimiento informado aprobado por el comité de ética del Servicio de Salud Araucanía Sur. Complementados los datos con 4 entrevistas a machi. Se utilizó el programa ATLAsTI 5.0. Mapuche son personas con al menos un apellido mapuche o que se autoidentifique. Resultados: Se representa el VIH/SIDA como sancionadora. Persisten significados de transgresión cultural y religioso. Las causas se enlazan a: desprotección social, transgresión espiritual, abandono de prácticas y creencias como el ad-mapu y el gulam. Existen tratamientos a cargo del machi; los tratamientos consideran la recuperación espiritual. Denominan VIH: wingka kutran y molfün kutran. Conclusión: El estudio permitió identificar representaciones como categoría cultural, desde una perspectiva sociocultural. La vigencia de la medicina mapuche, es clave para explicar y recuperar su salud, incide en algunos casos al abandono y adherencia a TARV, por eficacia terapéutica y modo de proceder en la terapia versus la biomedicina ligada a métodos materialistas.

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 50 PREDICCIÓN GENOTÍPICA Y BIOINFORMÁTICA DEL USO DE CORRECEPTORES DE VIH-1 Y PREVALENCIA DE LA CEPA R5 EN CHILE.

Ferrer P (1), Montecinos L (2), Ferrés M (2), Pérez C (2), Guzmán Ma (1), Afani A (1).
Instituciones: Laboratorio De Medicina Molecular. Hospital Clínico Universidad De Chile, Santos Dumont 999, Santiago, Chile. 2 Laboratorio De Infectología Molecular. Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica De Chile, Marcoleta 391, Santiago, Chile.

Introducción: La secuencia aminoácidos del loop V3 del virus VIH-1 presenta una fuerte asociación con el tropismo viral, es decir, la preferencia del virus por usar algunos de los dos correceptores CCR5 o CXCR4 que funcionan in vivo. Alterar la interacción entre VIH-1 y el correceptor surge como un blanco terapéutico muy atractivo. Objetivo: Estudiar el loop V3 de la glicoproteína gp120 del virus VIH-1 y predecir mediante bioinformática el tropismo viral. Métodos: A partir de RNA de personas que viven con VIH y en terapia se realizó en triplicado la sintesís de cDNA y una primera ronda de amplificación del loop V3 de VIH-1. Posteriormente se llevó a cabo un segundo PCR. La secuenciación de los amplicones se hizo en forma automática con el método de Sanger. Para el ensamble de las secuencias se utilizó Recall y la predicción del tropismo se hizo con Geno2pheno [coreceptor]. Resultados: De un total de 250 pacientes experimentados en terapia antirretroviral y que tuvieron al menos una falla virológica, 167 resultaron R5 (66,8%), 61 X4 (24,4%) y 22 (8,8%) no pudieron ser analizados. Conclusiones: El método genotípico utilizado logró predecir el uso de correceptores para el virus VIH-1. Esta estrategia mostró ser una alternativa más rápida y económica que los ensayos fenotípicos. La cepa viral R5 es de mayor prevalencia a pesar de tratarse de pacientes experimentados con varios años de tratamiento para los cuales el uso de antagonistas de CCR5 puede ser útil como terapia para controlar la infección.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 51 DEFICIENT REPORTING AND INTERPRETATION OF NON-INFERIORITY RANDOMIZED CLINICAL TRIALS IN HIV PATIENTS: A SYSTEMATIC REVIEW.

Hernández A.V. (1, 2), Pasupuleti V. (3), Deshpande A. (3), Thota P. (2), Collins J.A. (4), Vidal J.E. (5, 6).
(1) Postgraduate School, Universidad Peruana De Ciencias Aplicadas (UPC), Lima, Peru; (2) Health Outcomes and Clinical Epidemiology Section, Dept. of Quantitative Health Sciences, Lerner Research Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Oh, USA; (3) Dept. of Medicine, Case Western Reserve University, Cleveland, Oh, USA; (4) Hiv/Aids Unit, Dept. of Internal Medicine, Guillermo Almenara General Hospital, Lima, Perú; (5) Dept. Of Infectious Diseases, Emilio Ribas Institute Of Infectious Diseases, Sao Paulo, Brazil; (6) Aids Clinic, Hospital Das Clinicas, University Of Sao Paulo School Of Medicine, Sao Paulo, Brazil.(3).

OBJECTIVES: Non-inferiority (NI) randomized clinical trials (RCTs) commonly evaluate efficacy of new antiretroviral (ARV) drugs in HIV patients. We evaluated the reporting of NI RCTs in HIV patients according to the CONSORT statement and assessed the degree of misinterpretation of RCTs when NI was inconclusive or not established. METHODS: PubMed, Web of Science, and Scopus were systematically reviewed until December 2011. Selection and extraction was performed independently by three reviewers. RESULTS: Of the 42 RCTs (n = 21,919; range 41-3,316) selected, 23 were in ARV-naïve and 19 in ARV-experienced patients. Twenty-seven (64%) RCTs provided information about prior RCTs of the active comparator, and 37 (88%) used 2-sided CIs. Two thirds of trials used a NI margin between 10 and 12%, although only 12 explained the method to determine it. Blinding was used in 9 studies only. The main conclusion was based on both intention-to-treat (ITT) and per protocol (PP) analyses in 5 trials, on PP analysis only in 4 studies, and on ITT only in 31 studies. Eleven of 16 studies with NI inconclusive or not established highlighted NI or equivalence, and distracted readers with positive secondary results. CONCLUSIONS: There is poor reporting and interpretation of NI RCTs performed in HIV patients. Maximizing the reporting of the method of NI margin determination, use of blinding and both ITT and PP analyses, and interpreting negative NI according to actual primary findings will improve the understanding of results and their translation into clinical practice.

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 52 INCIDENCIA DE COINFECCIONES ENTRE PACIENTES HIV Y TUBERCULOSIS.

Cuesta Cruz Julian, Aleman Espinoza Washington.
Hospital De Infectología.

Introducción: La incidencia de Tuberculosis (TB) a nivel mundial está en aumento coincidiendo con la infección por VIH. El VIH constituye el principal factor para desarrollar TB y es el marcador de pronóstico. La prevalencia de pacientes con TB supera 19% en Ecuador. OBJETIVO: Describir la incidencia de la TB en coinfección - HIV/SIDA, en el período 2011. MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio fue descriptivo y retrospectivo de confección VIH sida y tuberculosis. RESULTADOS: Se detectaron 1.577 pacientes sintomáticos respiratorios y 301 casos (19%) de TB, el 85% eran varones, la relación varón/mujer (5:1). El 78% con confección y VIH/SIDA, el 62% con tratamiento para tuberculosis eran BAAR (-). La Tb Pulmonar sigue siendo la de mayor incidencia (59%) y las Extrapulmonares las meningeas (35%). La tasa de Mortalidad Hospitalaria (18%) y (70%) y con coinfección - HIV/SIDA. El 68% con HIV/SIDA y tratamiento Tb son BAAR (-) y 65% sin tratamiento ARV. Con HIV/SIDA y tratamiento ARV toman medicación < de 3 meses (70%) y el grupo etario afectado (edad productiva 46%). Los Métodos de diagnóstico con mayor sensibilidad fue la baciloscopía (50%) y el esquema de tratamiento empleado (VIRADAY 60%). CONCLUSIONES: La TB demuestra un ascenso importante, los datos obtenidos reflejan la situación real. El programa de control de la TB, tomará los datos obtenidos para la toma de estrategias y acciones que puedan tener un impacto en la disminución de la tuberculosis.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 53 PERSONAS VIH +: CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER INGRESO EN UN SERVICIO DE INFECTOLOGÍA.

Paciel D, Prieto, J, López M, Vidal M, Guirado M, Arteta Z, Breijo M, Cabrera S, Medina, J.
Cátedra De Enfermedades Infecciosas, Udelar. Uruguay.

En Uruguay se vive un proceso de descentralización en la asistencia de las personas VIH+ en el sector público. Hasta ahora la internación era principalmente en un centro de referencia. Nuestro objetivo es describir las características de las personas VIH+ en su primer ingreso al servicio. Estudio descriptivo prospectivo de pacientes internados entre 2007- 2012. De 757 pacientes ingresados, 260 presentaron su primer ingreso al servicio en el período. La mediana de edad fue de 37 años (30-46), 63 % hombres y con un tiempo desde el diagnóstico de VIH de 1 año (0 -3) (mediana, p25-p75). En 36% la causa de su primer ingreso al servicio fue una primera enfermedad marcadora de estadío SIDA, con una mediana de CD4 de 71 /ml (21 -192). Sólo el 20% estaba recibiendo tratamiento antirretroviral al ingreso, pero 51% tenía un recuento de CD4 menor a 200/ml. Un 31 % tenía antecedente de trastorno por dependencia a drogas. Un 8,5 % presentaban serología positiva para VHC y 22% para VHB. En cuanto a los grupos diagnósticos principales: 28% de filiación respiratoria, 18% neurológica y 20% más de una infección oportunista. La mortalidad cruda fue de 7,3% y 6,9% trasladado a un centro de terapia intensiva. Conclusiones: El cambio de modelo de asistencia actual en nuestro país creemos es mandatorio en vista a los resultados descritos. Asistimos a una población joven, con alta prevalencia de trastorno por dependencia y coinfecciones, particularmente con una baja cobertura de tratamiento antirretroviral cuando la amplia mayoría tenía criterio de inicio.

9ª Sesión Oral **VIH - 2** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 54 RESPUESTA INMUNOGENICA DE UN RÉGIMEN DE VACUNACION DOBLE DE CUATRO DOSIS IM VS UN REGIMEN ESTANDAR DE TRES DOSIS PARA HEPATITIS B EN ADULTOS CON INFECCION VIH.

Núñez-Freile B., Beltrán S., Torres F., Tapia M., Núñez I.
Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito, Ecuador.

INTRODUCCION: Se ha comprobado la baja respuesta inmunogénica a la vacuna de hepatitis B en pacientes VIH+. OBJETIVO: Comparar la inmunogenicidad de 4 dosis de 40 mcg IM (0, 1, 2 y 6 meses) de vacuna de hepatitis B vs esquema estándar de 3 dosis de 20 mcg IM (0, 1 y 6 meses). METODO: Estudio comparativo de 2 cohortes de pacientes VIH con CD4 superior a 200cel/mL. Recibieron vacuna (ENGERIX-B-GSK) 78 pacientes: La cohorte A (n=47) recibió el régimen estándar y la Cohorte B (n=31) el doble. La cohorte A tenía: edad media 41,3 años, varones 97, 9%, CD4 media 467,76 cel/mL, CV>400 copias/mL el 95,7% y tratamiento ARV el 91,5%. La cohorte B: edad media 42,39 años, varones 83,9%, CD4 media 517,81 cel/mL, CV>400 copias/ml 93,5% y tratamiento ARV el 93,5%. Determinan respuesta inmunogénica por titulación de Anti-HBs>10.UI con radioinmunoensayo a los 8 meses. RESULTADOS: Respuesta general de Anti-Hbs al régimen estándar de 59,6% y al esquema 4 dosis doble de 80,6%, diferencia de 21%(p<0,05). Respuesta en <50 años la cohorte A de 68,5% y la B 79,1%. En >50 años 33,3% la cohorte A y 85,7% la B. Respuesta de la cohorte A con CD4<350cel/mL es 42,8% y la B de 100%. Con CD4>350 es 66,6% la cohorte A y 76% la B. Respuesta de la cohorte A con CV<400copias/mL es 60% y 88,8% la B. Los pacientes en terapia ARV respuesta de 62,7% la A y 86,2% la B. CONCLUSION: La respuesta inmunogénica al régimen de cuatro dosis dobles de vacuna para hepatitis B es superior al régimen estándar de tres dosis.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

CO Nº 55 NO ASISTE

10ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 2** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 56 INCIDENCE OF CLOSTRIDIUM DIFFICILE INFECTION IN ADULTS AT-RISK HOSPITALIZED IN FOUR LARGE CENTERS IN LATIN AMERICA.

Lopardo G. (1), Noriega F. (2), Zambrano B. (3), Rivas E. (4).
(1) Hospital Municipal Prof. Dr. Bernardo Houssay, De Vicente López. Buenos Aires, (2) Sanofi Pasteur, Usa, (2) Sanofi Pasteur, Uruguay, (3) Sanofi Pasteur, México.

Introduction: For the prevention of primary *Clostridium difficile* infection (CDI) in at-risk individuals, Sanofi Pasteur is developing a toxoid vaccine. A prospective study was conducted in 4 tertiary hospitals in Latin America in order to describe the occurrence of CDI in these settings. Objectives: To evaluate the incidence of CDI in at-risk populations in Argentina (1 center) and Mexico (3 centers) and to explore further sites for vaccine development in this region. Methods: A prospective, descriptive, CDI surveillance study in hospitalized patients aged ≥40 years who had received ≥48 hours of antibiotic treatment. Stool samples were collected from those with diarrhea within 30 days after starting antibiotics and analysed for toxins A and B by ELISA; positive samples were further tested by toxinogenic culture and REA type assay. Results & Conclusions: Overall 466 patients were enrolled (193 in Argentina and 273 in Mexico) of whom 414 completed the follow-up. Of these, 15/414 (3.6%) experienced CDI, with 14/168 (8.3%) and 1/246 (0.4%) occurring in the centers Argentina and Mexico, respectively. CDI episodes occurred on average 18.1 (SD: 7.4) days after admission to hospital and 15.9 (SD: 7.4) days after the end of antibiotics treatment. The incidence rate of CDI was 3.1 per 1000 patient-days during the initial hospitalization, and 1.1 per 1000 patient-days during the follow-up period. Factors which may have influenced the variable CDI rates at these sites are discussed.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

10ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 2** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 57 PREVALENCIA DE PORTACIÓN FARÍNGEA DE NEISSERIA MENINGITIDIS EN INDIVIDUOS SANOS ENTRE 18-24 AÑOS DE EDAD, SANTIAGO, CHILE, OCTUBRE 2012.

Rodríguez P. (1), Álvarez I. (2), Torres MT. (2), Díaz J. (3), Bertoglia MP. (3), Cárcamo M. (3), Seoane M. (4), Araya P. (4), Santolaya ME. (1).
(1) Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente, Universidad de Chile. (2) Laboratorio Microbiología Hospital Luis Calvo Mackenna. (3) Asuntos Científicos, Instituto Salud Pública de Chile. (4) Departamento Biomédico, Sección Bacteriología, Instituto Salud Pública de Chile.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad invasora por *Neisseria meningitidis* continúa siendo un problema mayor de salud pública. La mortalidad se mantiene en 8-14%. Tiene una incidencia global entre 1 a 1000/100.000 habitantes, en Chile es de 0,5/100.000 habitantes. La portación faríngea es un pre requisito para enfermar, alcanza un 10% en la población general y hasta 30% entre 20-24 años. En Chile no hay estudios publicados sobre portación. Nuestro objetivo es evaluar la prevalencia de portación faríngea de *N. meningitidis* en individuos sanos entre 18-24 años de edad y la seroagrupación de las cepas aisladas. METODO: Estudio de corte transversal en 500 sujetos sanos, estudiantes Universidad de Chile, de 18 a 24 años, Santiago, Chile, Octubre 2012. Se realizó cultivo faríngeo, las muestras fueron sembradas antes de 5 horas en el laboratorio de Microbiología del Hospital Luis Calvo Mackenna, procesadas de acuerdo a recomendaciones internacionales y seroagrupadas en el Instituto de Salud Pública. RESULTADOS: Se aisló *N. meningitidis* en 22/500 individuos (4,4%); edad promedio 21 años, 50% sexo masculino. El 22,7% fue serogrupo B, 13,6% W135, 40% no capsuladas y 23,7% no replicables. DISCUSIÓN: La prevalencia encontrada en el grupo estudiado (4,4%) es menor a lo reportado en la literatura internacional y no hay datos nacionales previos que permitan una comparación en el tiempo. Nuestro hallazgo sugiere la necesidad de evaluar portación faríngea en otros grupos etarios.

10ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 2** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 58 MENINGITIS MENINGOCÓCICA (MM) EN EL INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS (IIER), SAN PABLO-BRASIL, 2006 – 2011: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-LABORATORIALES, LETALIDAD Y FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA.

Strelow V, Kolbe K, Peixoto De Miranda E, Vidal JE.
Instituto De Infectología Emílio Ribas.(IIER)

INTRODUCCIÓN: La MM causa importante morbi-mortalidad globalmente. OBJETIVOS: Describir las principales características clínico-laboratoriales e identificar la letalidad y los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria de pacientes con MM. MÉTODOS: Estudio retrospectivo realizado en el IIER, principal centro de referencia para pacientes con meningitis en San Pablo- Brasil. Fueron revisadas las historias clínicas de pacientes internados, entre 2006 y 2011, con diagnóstico confirmado de MM. Se calculó la letalidad y se identificaron los factores asociados a mortalidad intrahospitalaria, utilizando un modelo de regresión logística multivariado. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del IIER. RESULTADOS: Fueron incluidos 316 casos (sexo masculino=60%; edad mediana=16 años). Las tríadas de fiebre/cefalea/rigidez de nuca y pleocitosis/hiperproteinorraquia/hipoglicorraquia fueron observadas en 89% y 79% de los casos, respectivamente. El serotipo C fue identificado en 85% de los casos. La letalidad fue del 5%. Los factores asociados a mortalidad fueron edad superior a 50 años (OR 21.65, IC 95% 2.46-190.22, P=0.006), convulsiones (OR 4.64, IC 95% 1.06-20.28, P=0.042), taquicardia (OR 23.37, IC 95% 2.46-221.78, P=0.006), hipotensión (OR 20.28, IC 95% 3.00-13687, P=0.002) y rigidez de nuca (OR 0.16, IC 95% 0.005-0.47, P=0.001). CONCLUSIONES: Las manifestaciones clínico-laboratoriales fueron mayoritariamente clásicas. La letalidad fue baja. Los factores asociados directamente a mortalidad fueron edad superior a 50 años, taquicardia, hipotensión y convulsiones. La presencia de una o más de esas condiciones debe alertar sobre la posibilidad de mala evolución. La presencia de rigidez de nuca fue factor protector, probablemente, por elevar la sospecha diagnóstica de la enfermedad.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

10ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 2** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 59 ESPONDILODISCITIS EN UNA POBLACIÓN DE EDAD AVANZADA: ANÁLISIS DE UNA SERIE CLÍNICA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Soto A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Fica A. (1,2), Weitzel T. (1), Cartes A. (1).
Instituciones: (1) Servicio De Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: Espondilodiscitis (ED) es la infección del espacio intervertebral y sus vértebras adyacentes, que en pacientes de edad avanzada generalmente se asocia a una alta morbimortalidad. Objetivos: Conocer características clínicas de adultos mayores con ED en nuestro centro para optimizar su manejo. Materiales y método: Estudio descriptivo retrospectivo, con serie de pacientes con ED ≥65 años ingresados entre enero/2005 y diciembre/2012 en el Hospital Militar de Santiago. Los casos se recopilaron en una pauta estructurada y se analizaron distintas variables. Resultados: 36 pacientes con ED, 25 adultos mayores (48,0% mujeres, 52,0% hombres), con promedio etario 74 años. El factor de riesgo más importante fue DM (32,0%). Los motivos de consulta más relevantes fueron dolor (84,0%) y fiebre (16,0%). Un 88,0% tuvo VHS elevada. 76,0% contó con RNM que siempre confirmó el diagnóstico, siendo la ubicación lumbar la principal. 20,0% fueron multifocales. Se identificó etiología en 19/25 (76,0%), siendo las más frecuentes *E. faecalis* (31,6%) y micobacterias (15,8%). El mejor rendimiento fue el del cultivo obtenido por punción quirúrgica. 12,0% fue de adquisición nosocomial, con promedio de estadía 40 días (IQR: 23-59). El tratamiento antibiótico se indicó por 75 días promedio (IQR: 56-91). 40,0% requirió cirugía. 6/25 quedó con secuelas neurológicas, sin existir fallecidos. Conclusiones: En nuestra serie fue de gran relevancia *E. faecalis* como agente etiológico, probablemente relacionado con la presencia de algunas condiciones predisponentes, lo que difiere a lo publicado. La RNM fue fundamental como examen confirmatorio, logrando precisarse etiología en un alto porcentaje de nuestros pacientes.

10ª Sesión Oral **Infectología Adultos - 2** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 60 VALIDACION PROSPECTIVA DEL SCORE CRB65 Y UN NUEVO PUNTAJE PREDICTIVO DE MORTALIDAD EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Calderón - Gerstein, Walter (1,2); Lozano Orihuela, Edith; Ramos Cóndor, Jhamilen; Escobar Zavaleta, Jorge (1).
Essalud (1), Uncp (2).

El presente estudio pretende comparar el puntaje CRB65 con el nuevo puntaje DESCARTAP para predecir mortalidad en neumonía adquirida en la comunidad (NAC). Este es un estudio prospectivo, longitudinal y observacional. En el grupo de derivación del puntaje DESCARTAP del Hospital Sabogal del Callao participaron 152 pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), confirmada con radiografía de tórax. El grupo de validación consistió en 80 pacientes del Hospital El Carmen de Huancayo, Perú. Se realizó seguimiento hasta el fallecimiento o el alta. RESULTADOS: La mortalidad fue de 36. 8% en la cohorte de derivación y de sólo 15% en la cohorte de validación. La mortalidad fue 100% con un DESCARTAP de 6 o 7, 85.3% con un DESCARTAP de 5, 70% con un puntaje de 4, 27.3% con 3 puntos, 22.2% si llegaba a 2 y sólo 5.9% para un puntaje de 1. Para un CRB-65 de 4 fue de 77.8%, 22% para un CRB-65 de 3 y 3.8% para un CRB-65 de 2. No hubo fallecidos entre aquellos que tuvieron un DESCARTAP o CRB65 de cero. El área COR del DESCARTAP fue de 0.942 en la cohorte de validación y de 0.885 en la cohorte de derivación, a diferencia del CRB-65, en el cual el área COR fue de 0.926 y 0.812 respectivamente. CONCLUSIONES: El nuevo puntaje DESCARTAP es superior al CRB-65, utilizados en la actualidad, por su elevada sensibilidad y especificidad, siendo recomendable su uso en pacientes con NAC.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 61 UTILIDAD DE PERFILES DE EXPRESIÓN GÉNICA EN LA DETERMINACIÓN PRECOZ DE RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA INVASORA EN EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN NIÑOS CON CÁNCER.

Torres JP. (1), Santolaya ME. (1), Villarroel M. (2), Tordecilla J. (2), Topelberg S. (2), Zubieta M. (2), Salgado C. (2), Álvarez AM. (2), Varas M. (2), Avilés C. (2), Viviani T. (2), Becker A. (2), Farfán M. (1), De La Maza V. (1), Suárez N. (3), Ramilo O. (3), Mejías A. (3).
(1) Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. (2) Comité de Infectología del Programa Infantil de Drogas Antineoplásicas, Chile. (3) The Research Institute At Nationwide Children´S Hospital Ohio State University, Columbus, USA.

Antecedentes: La clasificación precoz de episodios de neutropenia febril (NF) en alto y bajo riesgo de infección bacteriana invasora (IBI) es clave para el adecuado manejo de los niños con cáncer que sufren esta patología. Objetivo: Establecer la utilidad de perfiles de expresión génica en la determinación precoz de riesgo de IBI en niños con NF. Método: Estudio prospectivo, multicéntrico, en niños con NF de 6 hospitales de Santiago, Chile. Se evaluaron variables clínicas, bioquímicas y microbiológicas en cada episodio y se obtuvo una muestra de sangre al ingreso para perfiles de expresión génica (ARN-microarrays, 47.000 genes). El estudio fue aprobado por los Comités de Ética de cada hospital. Resultados: Entre mayo 2009 y julio 2011 se evaluaron 331 episodios de NF, de los cuales 194 fueron de alto riesgo de IBI según criterios clínicos y bioquímicos (Santolaya et al., JCO 2001, CID 2002). Se seleccionaron aleatoriamente 20 episodios de alto riesgo y 39 de bajo riesgo para perfiles de expresión génica, más 10 controles sanos pareados por sexo y edad. La comparación de clases ($p<0.01$, 1.25 fold change y corrección de Benjamini) identificó 3004 genes diferencialmente expresados entre episodios de alto y bajo riesgo de IBI. El score genómico fue mayor en los episodios de alto riesgo. Conclusión: Se demuestra el valor potencial de los perfiles de expresión génica en la determinación precoz del riesgo de IBI en episodios de NF en niños, en una muestra de sangre obtenida al ingreso del paciente. Estos resultados validan, a través de la expresión génica, el valor de los score clínicos-bioquímicos utilizados en la determinación de riesgo de IBI en niños con NF.

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 62 NEUTROPENIA FEBRIL DE ALTO RIESGO. EXPERIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE UN NUEVO PROTOCOLO TERAPÉUTICO.

Guadagna R. (1), Boada M. (2), Grille S. (3), Stevenazzi M. (4), Díaz L. (5), Guillermo C. (6).
Cátedra De Hematología. Hospital De Clínicas. Facultad De Medicina. Udelar. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La neutropenia febril constituye la principal causa de morbimortalidad en los pacientes hematooncológicos. Objetivo: evaluar los resultados del 8/11 al 8/12 del protocolo de neutropenia febril del Hospital Universitario. Metodología: Estudio retrospectivo que incluye pacientes sometidos a quimioterapia intensiva: 41 episodios de neutropenia de alto riesgo (duración prevista > 10 días). Resultados: Mediana de edad: 36 años (18-66). Incidencia de neutropenia febril: 58%. Mortalidad: 20.8% (60% relacionada a sepsis). Media de días de neutropenia en los casos que presentaron fiebre: 15,8 vs 8,4 en los que no (p=0,002). El uso de G-CSF no se relacionó con la duración de la neutropenia ni la incidencia de fiebre. De los episodios febriles el 62% presentaron foco clínico (29% pulmonar, 12.5% cutáneo y otros). Documentación microbiológica: 54% (73% BGN, 18% Cocos G+, 9% *M. tuberculosis*). El 65.5% fueron multiresistentes (MR) (37.5% *E. coli,* 25% *Klebsiella* BLEE, 12.5% SAMR, 25% otros). Mortalidad en los episodios con y sin documentación microbiológica: 36% vs 0% (p=0,027). Elementos de sepsis: 29% de los episodios, con 57% de mortalidad vs 6% en los que no los presentaron (p=0,006). Tratamiento: 63% de los episodios requirieron escalar a meropenem, con una media de 4.5 días (DS 2.5) de piperacilina-tazobactam. Duración media de tratamiento con vancomicina: 7.8 días (DS6.1). Conclusiones: La duración de la neutropenia y su profundidad se relacionó con la presencia de fiebre. Destacamos la elevada tasa de confirmación microbiológica. La alta prevalencia de BGN MR y la precoz necesidad de escalar a meropenem, podría hacer necesario el inicio terapéutico con carbapenémicos.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 63 CARACTERIZACIÓN DE LOS EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN NIÑOS CON LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA.

Ducasse K. (1), Fernández J. (1), Salgado C. (2), Álvarez A. (3), Avilés C. (4), Becker A. (5), Topelberg S. (6), Tordecilla J. (1,6), Varas M. (3), Villarroel M. (1, 7), Viviani T. (5), Zubieta M. (2), Santolaya M. (1,7).
Universidad De Chile. Facultad De Medicina (1), Hospital Exequiel González Cortés (2), Hospital San Juan De Dios (3), Hospital San Borja Arriarán (4), Hospital Sotero Del Río (5,) Hospital Roberto Del Río (6), Hospital Luis Calvo Mackenna (7).

Introducción: En Chile, Leucemia es el cáncer más frecuente en niños. Leucemia linfoblástica aguda (LLA) es más prevalente y con mayor sobrevida con respecto a Leucemia mieloide aguda (LMA). Objetivo: Describir episodios de neutropenia febril (NF) en niños con LMA, determinando frecuencia de infecciones según agente, foco y evolución, comparándolos con episodios de niños con LLA. Método: Estudio prospectivo, multicéntrico. Pacientes menores de 18 años con NF de 6 Hospitales del grupo PINDA, que participaran en proyectos FONDECYT. Datos de los pacientes con LMA y LLA fueron seleccionados. Resultados: Se evaluaron 506 episodios de NF: 173 (LMA) y 333 (LLA). Variables con diferencia significativa ($p<0.001$) fueron: Tiempo de QMT y RAN al ingreso, siendo mayor el tiempo de QMT y menor RAN en el grupo LMA. En cuanto a evolución, en LMA se encontró, mayor duración de fiebre, neutropenia y de PCR elevada, mayor frecuencia de hipotensión, sepsis y shock séptico, ingreso a UCI y mayor duración de hospitalización. En cuanto a los focos infecciosos, mayor presencia de bacteremia, en LMA, con mayor aislamiento microbiológico, principalmente S. grupo viridans, además de necesidad de mayor número de cambio de esquema antimicrobiano. No se encontró diferencia significativa en infecciones virales ni en uso de antivirales, tampoco en las infecciones fúngicas, pero si en el uso de antifúngicos, a favor de LMA. Conclusiones: Este estudio demuestra que los episodios de NF en niños con LMA evolucionan en mayor medida en forma desfavorable, comparado con episodios de NF en niños con LLA.

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 64 EPIDEMIOLOGIA DE NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES ADULTOS CON LEUCEMIA AGUDA Y LINFOMA EN QUIMIOTERAPIA. ESTUDIO DE COHORTE DE HOSPITALES PÚBLICO Y PRIVADO DE SANTIAGO, CHILE.

Rabagliati R. (1), Bertín P. (2), Cerón I. (3), Rojas H. (4), Domínguez I. (3), Vera A. (3), Siri L. (1) Flores J. (1), Fernández P. (4), Pérez M. (5), De La Cruz R. (6).
(1) Dpto. de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Dpto. de Hematología y Oncología. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (3) Unidad de Infectología. Hospital Sótero del Río. (4) Unidad de Hematología. Hospital Sótero del Río. Santiago. (5) Gerencia de Tecnología en Información. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (6) Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago, Chile.

Neutropenia febril (NF) es una reconocida complicación de quimioterapia (QMT) de leucemias agudas (LA) y linfomas (L). Objetivos: 1. Determinar incidencia NF y factores asociados en LA/L, 2. Determinar frecuencia y factores asociados infecciones bacterianas (IBI), fúngicas invasoras (IFI) y mortalidad. Métodos: Estudio prospectivo aprobado por Comité de Ética, de pacientes > 15 años de 2 hospitales de Santiago (público y privado) que iniciaban QMT por LA/L (Abr2010-Dic2011). Se registraron datos generales, oncológicos, comorbilidades, episodio de NF, riesgo según MASCC, etiología, terapia y respuesta. Resultados: Se incluyeron 130 pacientes que recibieron 717 ciclos de QMT registrándose 105 episodios de NF, incidencia 0,65[0,53-0,78]/100 días post QMT; mayor incidencia en LA que L; 44(41,9%) episodios de alto riesgo (AR). Se documentó infección en 67(63,8%) episodios, 33(31,4%) episodios con IBI (gram+ > gram-) y 21(20%) IFI (aspergilosis > candidiasis). IBI se asoció a > nº de ciclos de QMT y > Tº, IFI a ciclos iniciales de QMT. En cada episodio se utilizaron 2[1-4] esquemas antibióticos, predominando cef3ª -4ª ± aminoglicósidos + vancomicina. En 45(42,5%) fueron utilizados antifúngicos, predominando azoles. Asociaciones significativas entre condición de egreso de episodio NF de LA con IFI, traslado a UCI y AR; L con días de neutropenia. Mortalidad 25/130(19,2%), mayor aquellos con NF vs. sin NF, 14(21,5%) vs. 11(16,9%) y en AR que BR, 7(15,9%) vs. 0, p=0.001. Conclusiones: Incidencia de NF en LA/L 0,65[0,53-0,78]/100 días post QMT. Gram+/aspergilosis causas más frecuente de IBI/IFI. Se requieren estudios locales del impacto de profilaxis antibacteriana/antifúngica en la incidencia de NF/IBI/IFI/mortalidad. Financiamiento FONIS SA09I211.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

CO Nº 65 USO DE LA CARGA VIRAL PARA CITOMEGALOVIRUS EN SANGRE EN TRASPLANTADOS RENALES, EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ARGENTINA.

Sánchez P.; García E.; Zarate A.; Alvarellos T.; De La Fuente J.; Caeiro J.
Hospital Privado Centro Médico De Córdoba.

Introducción: El Citomegalovirus (CMV) es el virus más frecuentemente asociado con infecciones luego del trasplante renal (TR) y reno-páncreas. Las manifestaciones fluctúan desde viremia asintomática, hasta el síndrome por CMV (SCMV). La reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-TR) es una técnica simple y rápida para el diagnóstico y manejo de esta patología. Métodos: 104 trasplantados renales y reno-páncreas en nuestro centro, con carga viral (CV) para CMV. Se determinó CV CMV mediante PCR-TR con técnica in-house, días de internación, infecciones asociadas, recaídas y pérdida de injerto. Resultados: 71 pacientes con SCMV. La carga viral media fue de 4.010.000 copias/ml entre pacientes con SCMV y 25515 copias/ml sin SCMV (p= 0,023). La hospitalización para el grupo SCMV tuvo una media de 9,34 días y 3.73 días para el grupo no SCMV, p= 0,012. El 84,93% de SCMV tuvieron otra infección asociada comparada con los que no presentaron SCMV con p 0,038, la mayoría fueron infecciones urinarias (22 casos). Hubo 7 recaídas CMV con promedio CV de 1.352.010 copias/ml, sin pérdida de injerto. 11 pacientes perdieron su injerto, 9 en el grupo SCMV (p= 0,03). Conclusión: Los pacientes con SCMV presentaron mayor tiempo de hospitalización, pérdida del injerto e infecciones asociadas principalmente infecciones urinarias. Altas cargas virales se asociaron con SCMV. Con la utilización de PCR-TR se puede ajustar el manejo de CMV en trasplantados renales y reno-páncreas.

11ª Sesión Oral **Inmunosuprimidos** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

CO Nº 66 ESTUDIO PROSPECTIVO AÑO 2012 DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS EN NIÑOS.

Acuña M., Maldonado M., Benadof D, Galaz M., Topelberg S., Skarmeta M.
Hospital de Niños Roberto del Río, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago.

Introducción: En las últimas décadas el diagnóstico de infecciones fúngicas invasoras (IFI) se ha incrementado, especialmente en inmunosuprimidos y pacientes críticos, vinculado a factores de riesgo conocidos. Objetivo: Caracterizar pacientes pediátricos, con diagnóstico de IFI probada o probable en el Hospital de Niños Roberto del Río. Material y método: Estudio descriptivo prospectivo. Se incluyen casos de IFI diagnosticados durante el año 2012 como probado o probable según consenso EORTC/MSG. Se recolectaron datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, expresando los resultados en tasas, promedios y porcentajes. Resultados: Hubo 15 IFI (1,15 casos/1000 egresos), excluyendo 1 caso de IFI posible. Edad promedio 5 años (15 días-14 años). 78,5% masculino. Patología de base: 78,5% hemato-oncológicos y de ellos 54,5% con LMA. Factores de riesgo en pacientes hemato-oncológicos: catéter venoso central 100%, antibioticoterapia de amplio espectro 90,9% y neutropenia severa 72,7%. En no oncológico: catéter venoso central, antibioticoterapia de amplio espectro y sepsis 66,6%. Se identificó el hongo en 12 casos, *Candida* el género más común: 55,5% *C. parapsilosis,* 22,2% *C. albicans* y 22,2% *Candida* sp., seguido por *Fusarium* sp. Cuatro pacientes fallecieron. Uno presenta secuelas (lobectomia pulmonar). Conclusiones: la tasa de IFI fue elevada en relación a otros estudios. A diferencia de estudios previos *C.parapsilosis* es el agente más frecuente. El perfil del paciente en este estudio, se caracteriza por amplio rango etario, con patología de base hemato-oncológica, usuario de catéter venoso central y antibioticoterapia de amplio espectro, neutropenia severa en pacientes oncológicos y sepsis en no oncológicos. Se asocia alta letalidad.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 11.15 - 11.30**

CO Nº 67 EL PACIENTE CRÍTICO PORTADOR DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDO: OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL SISTEMA PÚBLICO CHILENO.

Lasso M, Rivera G, Vera A.
Complejo Asistencial "Dr. Sótero Del Río". Santiago De Chile.

Introducción: El alcance terapéutico en UTI de los pacientes viviendo con VIH (PVVIH) debe ser equiparable al de cualquier otro que requiera cuidado crítico dado el incremento ostensible de la expectativa vital del VIH/SIDA. Objetivo: Describir el perfil del PVVIH en UTI, evolución y pronóstico. Método: Estudio de cohorte de PVVIH-UTI ingresados entre 2005 y 2012. Se determinó edad, sexo, tiempo de hospitalización, diagnósticos, estado de la infección VIH: TAR, linfocitos CD4 (L-CD4), carga viral (CV) y enfermedades marcadoras de SIDA, APACHE II, indicación/duración de ventilación mecánica (VM), infecciones nosocomiales (IAAS) y mortalidad. Se aplica método de Kaplan-Meier. Resultados: Se admitieron 72 pacientes (81 ingresos), edad promedio: 40,11 años, relación hombre/mujer 60/12, tiempo de estadía promedio UTI: 10,26 días/paciente. Diagnósticos de ingreso: neumonía por *P. jirovecii* (35), neumonía bacteriana (17), IAAS (10), tuberculosis (5), neoplasias (4), meningitis (3), toxoplasmosis (2), abscesos partes blandas (2) y causas no infecciosas (15). Mediana APACHE II: 19. En 69 pacientes se necesitó VM, tiempo promedio de 7,85 días. CV promedio: 216.954 copias RNA/mL (n: 34) y L-CD4 promedio: 141 cel/mL (n: 41). En 34 pacientes se habían indicado TAR y 9 (27%) tuvieron CV indetectable al ingreso. Fallecieron 33 (45,8%) pacientes en UTI y 11 (15,2%) fuera de UTI (p: 284 días). Los PVVIH con > 2 años desde su ingreso fueron 57 y 59,6% fallecieron durante ese período. Conclusiones: El PVVIH crítico obedece al perfil de un individuo con falla respiratoria e infecciones pulmonares oportunistas, poco adherente a su TAR y de pronóstico ominoso.

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 11.30 - 11.45**

CO Nº 68 EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD IN VITRO DE LA COMBINACIÓN DE RIFAMPICINA Y TIGECICLINA CON IMIPENEM, AMIKACINA Y COLISTÍN EN CEPAS DE A. BAUMANNII Y P. AERUGINOSA MULTI- O PANRESISTENTES.

Moreno M. (1), Silva F. (2) Canales A. (2) Ulloa M. (1).
1: Programa De Microbiología-Micología. Icbm. Facultad De Medicina, Universidad De Chile. 2: Hospital Clínico Universidad De Chile (HCUCH).

Acinetobacter baumannii y Pseudomonas aeruginosa son causas frecuentes de infecciones nosocomiales y presentan altas tasas de resistencia antimicrobiana. Actualmente no existe terapia óptima para tratar organismos multi-resistentes y la combinación sinérgica de antibióticos, es una alternativa de tratamiento de infecciones severas. Estas combinaciones han sido exploradas en pacientes con infecciones nosocomiales, no obstante, solo algunas han sido evaluadas previamente in vitro. Objetivo: Evaluar la actividad sinérgica in vitro de rifampicina y tigeciclina con imipenem, amikacina y colistín. Métodos: En 50 cepas de BNF aislados de pacientes del HCUCH durante el 2010-12, se evaluó la actividad sinérgica de las combinaciones por método de damero y curva de cinética de muerte. Se determinó la presencia de enzimas modificantes asociada a integrones y bombas de eflujo, mediante RCP y el uso de protones-ionóforos. Resultados: el método de damero demostró sinergia para la combinación de rifampicina/colistín en un 53% de las cepas de *P. aeruginosa* y 53% de las cepas de *A.baumannii* y para la combinación de rifampicina/imipenen en 27% de las cepas de *P. aeruginosa* y en 20% cepas de *A.baumannii.* Las combinaciones de tigeciclina con rifampicina, imipenem, colistín y amikacina evidenciaron sólo indiferencia. La cinética de muerte confirmó sinergia para rifampicina/colistín (96%) y rifampicina/imipenem (86%). La mayoría de las cepas presentaron integrón clase 1, pero no el cassette arr-2 y la bomba de eflujo AdeABC. Conclusión: En *A. baumannii* y *P. aeruginosa* multi- o panresistentes, se demostró interacciones sinérgicas para las combinaciones de rifampicina/imipenem y rifampicina/colistín, incluso en cepas resistentes a rifampicina, pero no se evidenció sinergia para las combinaciones con tigeciclina.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 11.45 - 12.00**

CO Nº 69 SINERGIA Y EFECTO BACTERICIDA DE COMBINACIONES DE COLISTIN SOBRE CEPAS DE ACINETOBACTER BAUMANNII Y KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTES A COLISTIN AISLADAS EN HOSPITALES CHILENOS.

Santos R., Guggiana P., Opazo A., Mella S., González G., Bello H., Domínguez M.
Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

Introducción: Ante la falta de nuevos antibacterianos para tratamiento de infecciones por bacilos Gram negativos panresistentes, como *Acinetobacter baumannii* (Ab) y *Klebsiella pneumoniae* (Kp), se ha utilizado medicamentos discontinuados como colistín (COL). Ante emergente resistencia a éste, las asociaciones antibióticas ofrecen una alternativa. Objetivo: Evaluar efecto de combinaciones de COL sobre cepas de Ab y Kp resistentes a COL. Materiales/Métodos: Se determinó CIM de COL, ampicilina/sulbactam (SAM), vancomicina (VAN), rifampicina (RIF), tigeciclina (TIG) e imipenem (IMP) sobre 44 y 48 cepas clínicas multirresistentes de Ab y Kp, aisladas en hospitales chilenos. Mediante tablero de ajedrez se evaluó la potencial sinergia de cinco combinaciones de COL. En aquellas con mejor efecto sinérgico, se estudió efecto bactericida. Resultados: En Ab se encontró sinergia entre COL y RIF, VAN e IMP (9/12 cepas) y SAM (6/12 cepas). En Kp predominó sinergia con COL/RIF y adición con COL/TIG. Todas las combinaciones fueron bactericidas, excepto COL/RIF para Ab; la muerte fue más rápida (1 h) con COL/TIG y COL/RIF frente a Kp. Con todas las combinaciones se presentó recrecimiento a las 24 h. Conclusiones: COL combinado, incluso con VAN, presenta, predominantemente, efecto sinérgico y bactericida sobre cepas de Ab y Kp resistentes a ambos componentes de la asociación. Financiamiento: Pfizer Chile S.A.

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 12.00 - 12.15**

CO Nº 70 RESULTADO DE 9 AÑOS DE UN PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIMICROBIANOS EN SERVICIO DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NIÑOS.

Espinosa C., Acuña M., Benadof D., Topelberg S., Galaz M., Skarmeta M.
Hospital De Niños Roberto Del Río, Facultad De Medicina Universidad De Chile, Santiago.

Introducción: El uso inadecuado de antimicrobianos puede generar toxicidad, selección de cepas, aumento de resistencia y aumento de costos en salud. A nivel mundial y en Chile se ha generado promoción de programas de uso racional de antimicrobianos (PURA). Objetivos: Comparar el consumo anual de antibióticos entre el período previo y el período de la implementación del PURA. Establecer relación entre consumo y resistencia antimicrobiana. Comparar el costo económico. Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo "antes / después" en el período comprendido entre el año 2000(preintervención) y 2001-2009. Intervención consiste en visitas diarias de infectólogos, visación de antimicrobianos en formulario ad-hoc. Indicador de consumo: DDD/100 días cama. Se obtuvieron datos de microbiología y consumo. Costos calculados al año 2011. Resultados: Reducción de consumo global de antimicrobianos en un 18,4%. Cefotaxima fue el más utilizado, con disminución de 44% (DDD 0,0173 v/s 0,0097). Vancomicina, segundo lugar en consumo, con disminución de 51% (DDD 0,0035 v/s 0,0017). Carbapenémicos incrementaron su consumo a partir de 2005 (DDD: 0,012), el que se mantiene estable hasta 2009 (DDD: 0,010). Sensibilidad de E. coli a cefotaxima se mantiene sobre el 80%, de K. pneumoniae a cefotaxima ha oscilado entre 20 y 100%; sensibilidad de S. aureus a oxacilina sobre 80%. Costos disminuyeron en un 34%. Conclusiones: PURA logró disminuir el consumo de antimicrobianos y mantener una sensibilidad entre 80 a 100% para los patógenos estudiados. Además hubo una disminución importante de gastos en este rubro. Lo consideramos localmente exitoso por continuidad de logros en el tiempo.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 12.15 - 12.30**

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 71 CAMBIOS HISTOLÓGICOS SECRETORIOS EN PNEUMOCYSTOSIS EXPERIMENTAL INDUCIDA POR BETAMETASONA VERSUS CICLOFOSFAMIDA.

Méndez A., Ponce Ca., Bustamante R., Vargas SI.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

La inmunosupresión inducida por el glucocorticoide betametasona (BM), o por el alquilante de DNA y citotóxico Ciclofosfamida (CY), favorece infecciones oportunistas como *Pneumocystosis*. Esta infección induce cambios en el epitelio de la vía aérea, como aumento de moco, que pueden afectar la función pulmonar. Para describir la intensidad de cambios histológicos de estos dos fármacos, indujimos pneumocystosis experimental mediante BM o CY en 56 ratas Sprague-Dawley juveniles divididas en 4 grupos de 14 ratas cada uno: BM, CY, BM+trimetoprim-sulfametoxazol (TMS) y CY+TMS. El grosor del epitelio bronquiolar y su porcentaje teñido para mucinas fueron medidos en cortes de pulmón teñidos con Hematoxilina-eosina y alcian blue-PAS, respectivamente. *Pneumocystis* se diagnosticó por PCR y su carga se estimó semicuantitativamente usando tinción de Gomori-Grocott. Todas las ratas en BM y CY desarrollaron pneumocystosis, y tanto el grosor como el porcentaje del epitelio bronquiolar teñido con Alcian Blue (mucinas) fue mayor en el grupo con CY. Tanto en relación a BM ($p<0.05$) como a controles ($p<0.05$). La magnitud de los cambios histológicos se correlacionó inversamente con la carga de *Pneumocystis*, mayor en el grupo BM. Estos resultados evidencian que BM induce una inmunosupresión mayor y más global que CY al regular transcripción de mediadores de inflamación. CY, en cambio afecta parcialmente la respuesta inmune produciendo una caída parcial de linfocitos T a expensas del número de células T-regulatorias (Treg). Los cambios histológicos asociados a PcP son dependientes de la respuesta inmune e incluyen cambios secretorios del epitelio no cuantificados previamente. FONDECYT Regular 1100225.

12ª Sesión Oral **Infección y Diagnóstico** **Hora de presentación: 12.30 - 12.45**

NOMINADO A PREMIO API 2013

CO Nº 72 LA PNEUMONIA POR PNEUMOCYSTIS (PCP) INDUCE EDEMA PULMONAR EN RATAS.

Pérez F., Iturra P., Ponce Ca., Vargas SI.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

Pneumocystis es un micro-hongo extracelular causante de pneumonia de riesgo vital en mamíferos inmunocomprometidos. Esta infección se acompaña de hipersecreción de mucus, gel compuesto en 97% por agua, cuya acumulación explicaría en parte la hipoxemia característica de la enfermedad. Sin embargo, el líquido pulmonar durante PcP no ha sido cuantificado. Su acumulación puede causar falla respiratoria. Cuantificamos el líquido pulmonar durante PcP utilizando 15 ratas Sprague-Dawley (200+ 10 g) mantenidas en jaulas con aire controlado. 5 no recibieron medicamentos y 10 fueron inmunosuprimidas mediante administración de betametasona (3mg/L) en el agua a beber, administrándose profilaxis anti-*Pneumocystis* con trimetoprim/sulfametoxazol (TMP-SMZ 40/260 mg/Kg) a las 5 restantes. Los animales fueron sacrificados mediante sobredosis anestésica a las 8 semanas. Se pesaron, se diagnosticó *Pneumocystis*, y se midió la relación peso pulmonar húmedo/seco como medida aceptada de edema pulmonar. Todos los animales sin profilaxis desarrollaron PcP. TMP-SMZ previno la *Pneumocystosis*. Los animales inmunosuprimidos bajaron de peso en comparación a los sanos ($p. <0,0001$). Animales con PcP incrementaron significativamente su peso pulmonar tanto húmedo ($p. =0,0008$) como seco ($p. =0,0003$) en comparación a los sanos. El índice peso húmedo/seco aumentó significativamente en ratas con PcP comparado con el de ratas inmunosuprimidas con profilaxis ($p. <0,0001$). *Pneumocystis* induce edema pulmonar durante PcP. El edema fue evidente pese al efecto de betametasona como inductor de pneumonia y fue reproducible en experimentos sucesivos. El control del edema pulmonar podría constituir un nuevo blanco terapéutico para tratar la *Pneumocystosis*. Proyecto FONDECYT 1100225 y Beca CONICYT de Doctorado Nacional.

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 1 al P 7)
Tema: Antimicrobianos y Resistencia
Evaluadores: Dr. César Arias - Dr. Michel Serri

P Nº 1 SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS DE USO CLINICO EN AISLAMIENTOS HUMANOS DE BRUCELLA SPP. EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.
Deodato B. (1), Wallach J. (2), Quinteros M. (3).
Hospital De Infecciosas F.J.Muñiz Buenos Aires.Arg.

P Nº 2 PERFIL DE SENSIBILIDAD EN MICROORGANISMOS RESPONSABLES DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN.
Silva M, Tejera D, Modernel J, Alonso M, Villalba F, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española.

P Nº 3 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE LOS PRIMEROS AISLAMIENTOS DETECTADOS EN CHILE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PORTADORA DE CARBAPENEMASA (KPC).
Araya P., Hormazábal J., Fernández J., Prat S., Escobar D., Araya I., Ibáñez D., Pidal P.
Instituto de Salud Pública de Chile.

P Nº 4 EVALUACIÓN DE PIPERACILINA Y CEFOPERAZONA COMBINADAS CON INHIBIDORES DE B-LACTAMASAS PARA LA DETECCIÓN DE B-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENSO EN ENTEROBACTERIAS.
Guevara A., Tedesco-Maiullari R.
Departamento De Parasitología Y Microbiología. Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Battistini". Universidad De Oriente. Ciudad Bolívar, Venezuela.

NOMINADO A PREMIO 2013

P Nº 5 PESQUISA Y CARACTERIZACIÓN DE INTEGRONES EN CEPAS DE E. COLI AISLADAS DE ORINA DE PACIENTES NO HOSPITALIZADOS.
Pincheira A. (1), Bello H. (1), Domínguez M. (1), Camponovo R. (2), Colina R. (2), Pinilla L. (2), Chamorro M. (3), Sepúlveda M. (4), González-Rocha G. (1).
(1) Laboratorio De Investigación En Agentes Antibacterianos, Departamento De Microbiología. Facultad De Ciencias Biológicas. Universidad De Concepción; (2) Laboratorio Integramédica, Santiago; (3) Clínica Universitaria De Concepción; (4) Laboratorio Diagnomed, Concepción.

P Nº 6 PRIMER REPORTE DE NDM-1 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN URUGUAY.
Bado I (1), Outeda M (2), Caiata L (2), Papa R (1), Rieppi G (2), Seija V (2), Vignoli R (1).
(1)Instituto De Higiene, Facultad De Medicina (Udelar), Montevideo, Uruguay; (2) Hospital De Clínicas, Facultad De Medicina (Udelar), Montevideo, Uruguay.

P Nº 7 CARACTERIZACIÓN Y DESENLACE CLÍNICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES COLONIZADOS CON KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS (KPC).
Candia E., Obregón G., Samudio D Gc, Espínola Mc, Núñez D.
Instituto De Previsión Social.

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 8 al P 14)
Tema: Infectología Adultos - 1
Evaluadores: Dr. Raúl Istúriz - Dr. Martín Lasso

P Nº 8 DETECTION OF HIGH-RISK HPV (HRHPV) GENOTYPES AMONG THE ECUADORIAN FEMALE POPULATION WITH REAL TIME PCR COBAS 4800.
Zambrano H. (1), Lee A., Scallin M., Zavala L., Arosemena E., Baquerizo M. (2).
(1)Secretaria Nacional De Ciencia Y Tegnología; (2) Hospital Luis Vernaza.

P Nº 9 SÍNDROME DE BEHÇET, COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES ULCERATIVAS.
Mallorquin J., Taboada A., Benítez G., Samaniego S.
Instituto De Medicina Tropical.

P Nº 10 SÍNDROME DE LEMIERRE O NECROBASILOSIS EN UNA JOVEN MUJER.
Villalba J., Taboada A., Aguilar G., Benítez G., Samaniego S
Instituto De Medicina Tropical.

P Nº 11 PROFILAXIS CON PENICILINA BENZATÍNICA PARA ERISIPELA/CELULITIS RECIDIVANTE.
Guerrero A. (1), Benítez G. (2), Ovando F. (3).
Instituto De Previsión Social. Servicio De Infectología. Paraguay.

P Nº 12 PANCREATITIS A RAOULTELLA PLANTICOLA. REPORTE DE UN CASO.
Guerrero A. (1), Ovando F. (2), Samaniego S. (3)
Instituto De Previsión Social. Servicio De Infectología. Paraguay.

P Nº 13 IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA MEDICIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE PROCALCITONINA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL EN PACIENTES CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA ACORDE CON LA EVIDENCIA MÉDICA ACTUAL.
Fernando Vela-Lozada (1), Carlos Eugenio Sánchez (1), Marlon Mauricio Bustos (2), Darío Londoño (3)
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

P Nº 14 COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTESOFAGECTOMÍA EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA.
Tejera D. (1, 3, 4), Micol M. (1), Laino A. (1, 5), Tarocco L. (2, 3), Deicas A. (3), Cancela M. (1, 4).
(1) Hospital De Clínicas. (2) Hospital Militar. (3) Casmu. (4) Asociación Española. (5) Camdel.

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 15 al P 21)
Tema: Infectología Adultos - 2
Evaluadores: Dr. Hugo Pezzarossi - Dr. Julio Medina

P Nº 15 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA POR NEISSERIA ELONGATA: REPORTE DE CASO.
Soto A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Porte L. (2,3), Von Mühlenbrock C. (2), Fica A. (1,2), García P. (4).
(1) Servicio De Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Chile (3) Unidad De Microbiología, Laboratorio Clínico, Hospital Militar, Santiago, Chile (4)Laboratorio De Microbiología, Departamento De Laboratorios Clínicos, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

P Nº 16 BACTERIEMIA Y SEPSIS SEVERA ASOCIADA AL USO DE ENEMAS: ANÁLISIS DE UNA SERIE EN UN HOSPITAL GENERAL.
Soto A. (1,2), Fica A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Weitzel T. (1).
(1) Servicio de Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

P Nº 17 NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA EN LA ALTURA: ESTUDIO COMPARATIVO CON UNA POBLACION A NIVEL DEL MAR.
Walter Calderón- Gerstein, Edith Lozano Orihuela, Jhamilen Ramos – Cóndor Y Zoila Sovero – Muñoz.
Servicio De Medicina. Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Essalud. Huancayo, Junín, Perú.

NOMINADO A PREMIO API 2013

P Nº 18 EL PUNTAJE CLTP Y EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES OCULTAS EN EL ANCIANO.
Calderón Gerstein, Walter (1,2), Lagos Poma, Pedro (1), Espinoza Flores, Rosario (1), Escobar Zavaleta, Jorge (1)
Essalud Junín. Uncp.

P Nº 19 SÍNTOMAS SISTÉMICOS Y COMPLICACIONES INFRECUENTES ASOCIADAS A BRUCELOSIS AGUDA Y MULTIFOCAL.
Ramírez Wong F. (1), Díaz Tavera Z. (2).
Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa (1), Universidad Nacional Del Callao.

P Nº 20 BACTEREMIA POR RAOULTELLA PLANTICOLA: REPORTE DE UN CASO.
Valencia C., Novoa C., Saavedra S. Pinto M., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

P Nº 21 MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS EPSTEIN BARR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Pinto M., Novoa C., Saavedra S., Valencia C., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 22 al P 30)
Tema: Infectología Adultos - 3
Evaluadores: Dr. Homero Bagnulo - Dra. Elvira Balcells

P Nº 22 ENCEFALITIS AMEBIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.
Saavedra S., Novoa C., Pinto M., Valencia C., Orellana K., Olivares R. Hospital Clínico Universidad De Chile.

P Nº 23 FASCITIS NECROTIZANTE CAUSADA POR EDWARSIELLA TARDA COMUNICACIÓN DEL PRIMER CASO EN URUGUAY.
Bagnulo, H (1), Galiana, A (2), Godino M (1), Gadea A (1).
(1) Cti Hospital Maciel Montevideo Uruguay, (2) Servicio Udyci Hospital Maciel.

P Nº 24 MENINGITIS TUBERCULOSA: ANÁLISIS DE 108 CASOS NACIONALES POSTERIOR AL CONSENSO MUNDIAL DEL 2009.
Enberg M., Quezada ML. Universidad De Los Andes, Hospital De Enfermedades Infecciosas.

P Nº 25 ABSCESO CEREBRAL POR PROTOTHECA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.
Luck M., Giorgio P., Pinoni MV., Jordan R., Verbanaz S., Martínez JV., Dezanzo P., Chomont JM., Efron E.
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

P Nº 26 NOCARDIOSIS CUTÁNEA EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.
Vallejo V. (1), Hernández P. (1), Alemán W. (1), Andino F. (1), Marcillo J. (1), Villa J. (1), Camposano S. (1), Vidal M. (1).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña.

P Nº 27 NEUMOTÓRAX BILATERAL SECUNDARIO A NEUMONÍA GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS OXACILINA RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO.
Vidal F (1), Lama E (1), Zambrano A (2), Aleman W (3). Hospital Kennedy.

P Nº 28 BACTEREMIC PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA: SEROTYPE DISTRIBUTION, ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY, AND RISK FACTORS FOR MORTALITY IN ADULT PATIENTS IN A SINGLE CENTRE IN CHILE.
Fica A, Bunster N, Olivares F, Porte L, Braun S, Dabanch J, Hormázabal Jc, Hernández A, Benavides Mg.
Servicio De Infectología, Laboratorio De Microbiología, Unidad De Pacientes Críticos, Servicio Enfermedades Respiratorias, Hospital Militar De Santiago, And Subdepartamento De Microbiología, Instituto De Salud Pública De Chile.

P Nº 29 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE RENAL.
Gonzáles L. (1), Fernández L. (2), Molina C. (3)
Departamento De Trasplantes. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú.

P Nº 30 ALTA INCIDENCIA DE BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS. DATOS DE LA COHORTE URUGUAYA.
Prieto J, Medina J, Castelli J, Valverde M, Grecco G, Scalone P, Menéndez JM, Gerona S.
Unidad Bi Institucional De Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital Militar, Hospital De Clínicas). Programa De Trasplante Hepático-Uruguay.

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 31 al P37)
Tema: Infecciones Fúngicas - 1
Evaluadores: Dr. Clovis Arns da Cunha- Dr. Luis Thompson

P Nº 31 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CANDIDEMIA EN CÓRDOBA ARGENTINA.
Medeot M.(1,3), Sartori L.(1,3), Riera Fo(2,4), Bergallo Ce(2, 4), Minoli J(4), Vilchez V.(2) Sánchez P.(1,3), Abiega C(1,3), Caeiro Jp(1,3).
Hospital Privado(1), Sanatorio Allende(2), Hospital Ferreyra(3), Hospital Córdoba(4).

P Nº 32 ASPECTOS CLÍNICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE LA CANDIDEMIA EN NO NEUTROPÉNICOS.
Candia E., Samudio DG C., Núñez D., Pérez D.
Instituto De Previsión Social

P Nº 33 INFECCIÓN CEREBRAL POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM: CASO CLÍNICO ADULTO.
Candia E., Benítez G., Silva G., Aguilar G.
Instituto De Previsión Social Hospital Central.

P Nº 34 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS AGUDA: PRESENTACIÓN ATIPICA.
Cárdenas G, Sánchez Cunto M, Samaniego M, Ros M, Lavarra E, Echazarreta S, Trombetta L, Messina F, Arechavala A, Negroni R.
Hospital Francisco Javier Muñíz.

P Nº 35 MENINGITIS POR CANDIDA ALBICANS COMO UNICA MANIFESTACIÓN DE CANDIDASIS INVASORA: PRESENTACIÓN CLINICA INUSUAL EN UN HUESPED ADULTO MAYOR.
Mattiello V., Cusmano L., Viteri M., Terusi A., Rebora J., Herrera J., Ezcurra M.
Unidad Asistencial Por Más Salud Dr. Cesar Milstein. Ciudad Autónoma De Buenos Aires.

P Nº 36 UTILIDAD DEL ESTUDIO DE MICROSOPIA DIRECTA DE MEDULA OSEA EN EL DIAGNOSTICO DE HISTOPLASMOSIS EN PACIENTES CON VIH.
Marcillo J. (1), Aleman W, (2), Andino F, (2), Espinoza A, (2), Vallejo V, (2), Villa J. (2), Camposano S. (2), Vidal M. (2).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña. Guayaquil, Ecuador.

P Nº 37 INCIDENCIA DE COINFECCIONES ENTRE PACIENTES HIV Y CRIPTOCOCOSIS.
Cuesta Cruz Julian; Aleman Espinoza Washington
Hospital De Infectología

Miércoles 29 de Mayo de 2013

Intervalo (P 38 al P 44)
Tema: Infecciones Fúngicas - 2
Evaluadores: Dr. Mario Luppi - Dra. Lourdes Rodríguez

P Nº 38 PREVALÊNCIA DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM AUTÓPSIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO BRASIL - DADOS PRELIMINARES.
Resende Lsr. (1), Yasuda Ag (2), Domingues Mac (3), De Faveri J (4), Marques Sa (5), Mendes Rp (6)
Faculdade De Medicina De Botucatu – Unesp.

P Nº 39 EVALUATION OF ADRENAL IMPAIREMENT IN PATIENTS WITH PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS
Farat Jg, Cavalcante Rs, Levorato Ad, Sylvestre Tf, Carvalho Lr, Mendes Rinaldo P.
Faculdade De Medicina De Botucatu - Unesp.

P Nº 40 PREVALENCE OF INVASIVE ASPERGILLOSIS IN HEMATOLOGICAL AND BONE MARROW TRANSPLANTATION FACILITIES IN GOIÂNIA, BRAZIL.
Cinta H.S. (1), Saddi V.A. (1), Arantes A.M. (1).
Laboratório De Transplante De Medula Óssea, Associação De Combate Ao Câncer Em Goiás (Accg).

P Nº 41 PRESENTACION CONCOMITANTE DE HISTOPLASMOSIS Y PARACOCCIDIODOMICOSIS EN PACIENTE NO VIH.
Cristaldo M, Taboada A., Benítez G., Samaniego S., Aguilar G.,
Instituto De Medicina Tropical.

P Nº 42 IDENTIFICACIÓN FENOTÍPICA Y MOLECULAR DE CRYPTOCOCCUS SPP AISLADOS DE PACIENTES VIH (+) CONSULTANTES EN EL HOSPITAL DR LUCIO CÓRDOVA, SANTIAGO, CHILE.
Díaz M.C (1), Torres P, (1), Poblete H (2), Hermosilla G (1).
(1) Programa De Microbiología Y Micología, Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile. Santiago, Chile.

P Nº 43 HALLAZGO DE CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN BIOPSIA DUODENAL DE UN PACIENTE CON HIV-SIDA.
Bertelli M. (1), Pacífico N. (1), Ros M. (1), Benchetrit A. (1), Lavarra E. (1), Echazarreta S. (2), Orduna T. (2), Messina F. (3), Arechavala A. (3), Negroni R. (3).

P Nº 44 SERUM ANTIGEN TITERS FOR MONITORING THE ANTIFUNGAL THERAPY IN NON-HIV-INFECTED CRIPTOCOCCAL PATIENTS.
Cavalcante Rs (1), De Faveri J (2), Coelho Kyr (2), Moris Dv (1), Mondelli Al (3), Carvalho Lr (4), Mendes Rp (1).
(1) Departament Of Tropical Diseases, (2) Departament Of Pathology, (3) Departament Of Internal Medicine – Faculdade De Medicina De Botucatu, São Paulo State University - Unesp. (4) Departament Of Biostatistics, Instituto De Biociências De Botucatu – Unesp.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 45 al P51)
Tema: VIH - 1
Evaluadores: Dra. Ana Paulina Celi - Dr. Rodrigo Blamey

P Nº 45 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA POBLACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS EN MONTEVIDEO – URUGUAY.
Pereira S., Dutra A.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

P Nº 46 PESQUISA SEROLOGICA DE SIFILIS EN PACIENTES VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
Urra C., Bernal F., Giadalah C., Rodríguez B., Farías O., Vásquez P., Chanqueo L.
Policlínico Infectología, Laboratorio Clínico CDT Hospital San Juan De Dios, Santiago.

P Nº 47 PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS RELATED TO ANOGENITAL WARTS IN HIV-INFECTED MEN.
Camargo, C.C., Tasca, K.I., Mendes, M.B., Miot, H.A., Souza, L.R.
Universidade Estadual Paulista "Julio De Mesquita Filho" – Unesp, Botucatu Medical School, Brazil.

P Nº 48 COMPLICACIONES DEFINIDORAS DE SIDA Y EVENTOS SERIOS NO SIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS, ASINTOMATICOS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIAL DIFERIDO.
Georgina Baudracco, Luis Marconi, Marcela Agostini, Pablo Parenti, Matias Weskamp, Sergio Lupo.
Centro De Altos Estudios De Ciencias En Ciencias Humanas Y De La Salud, Sede Rosario, Universidad Abierta Interamericana (Caecihs), Instituto Caici (Centro De Asistencia De Investigación Clínica Aplicada).

P Nº 49 HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES VIH DE ARGENTINA.
Luis Marconi, Matias Weskamp, Marcela Agostini, Pablo Parenti, Damián Águila, Jorge Palazzi, Georgina Baudracco, Sergio Lupo.
Universidad Abierta Interamericana, Sede Rosario, Instituto Caici, Iict Labs, Argentina.

P Nº 50 LINFOMAS RELACIONADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA ERA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL ALTAMENTE EFECTIVA (TARAE) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL, BOGOTA COLOMBIA.
Fernando Vela-Lozada (1), Julio Cesar Solano (2), Marlon Mauricio Bustos (3), Gerardo Andrés Puentes (4).
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

P Nº 51 SITUACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVOS DIAGNOSTICOS EN VIH: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL.
Pincheira, C(1); Correa, S (1); Montamat, M(1); Frola, S(1); Spitale, N(1); Huerta, M(1); Del Castello, J(1); Bernardi, G(1); Brito, R(1); Mínguez, A(1).
1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 52 al P 58)
Tema: VIH - 2
Evaluadores: Dra. Susana Cabrera - Dr. Pedro Cahn

P Nº 52 CARCINOMA DE MERCKEL Y VIH. REPORTE DE CASO CLÍNICO.
Buele L.
Hospital Del Salvador.

P Nº 53 MENINGOENCEFALITIS CHAGÁSICA EN PACIENTE HIV/SIDA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE.
Correa, S (1); Landa, M (1); Brito, R (1); Spitale, N (1); Bernardi, G (1); Mínguez, A (1).
(1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

P Nº 54 COINFECCIÓN VIH, HVB Y HVC.
Núñez-Freile B. (1), Beltrán S. (1) Torres F. (2) Tapia M. (3) Núñez I. (4)
Hospital Carlos Andrade Marín (Hcam). Quito, Ecuador.

P Nº 55 LIPODISTROFIA Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DE UNA CLINICA DE VIH DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.
Celi, AP.
Hospital de Especialidades de Fuerzas Armadas de Quito, Ecuador.

P Nº 56 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PERTENECIENTES AL POLICLÍNICO DE LA MUJER VIH/SIDA.
Roessler P. (1) Giadalah C. (2), Vásquez P. (2), Rodríguez L.(2), Maturana M.(3), Vera C (3), Bernal F.(3)
Hospital San Juan De Dios.

P Nº 57 ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES VIH CON TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.
Vallejo V. (1), Alemán W. (1), Andino F. (1), Marcillo J. (1), Villa J. (1), Camposano S. (1), Vidal M. (1).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña.

P Nº 58 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y CLINICO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA EN LA REGION DE LA ARAUCANIA: CHILE: DIFERENCIAL ETNICO.
Chahin C (1 ,2), Alarcón A. (2), Panguinao L (2), Muñoz S (2), Ampuero C (2), Concha C (1,2).
(1) Unidad De Infectología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco Chile, (2) Universidad De La Frontera, Temuco Chile.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 59 al P65)
Tema: Infecciones en Pediatría - 1
Evaluadores: Dra. Tamara Viviani - Dr. Juan Pablo Torres

P Nº 59 AMPLIFICACIÓN DE LA RESPUESTA SECRETORA DE LA VÍA AÉREA A LA INHALACIÓN DE POLVO DE HABITACIÓN DURANTE LA INFECCIÓN PRIMARIA POR PNEUMOCYSTIS EN RATAS INMUNOCOMPETENTES.
Iturra P., Pérez F., Ponce Ca., Vargas Sl.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

P Nº 60 MIELITIS DE SINGER EN PEDIATRÍA.
Samudio-D GC, Penayo C, Volkart K, Ortiz-C LM.
Hospital Nacional De Itaugua.

P Nº 61 OSTEOMELITIS POR ACTINOMYCES EN HUESOS LARGOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN PEDIATRÍA.
Acevedo L., Cortés A., Acuña M., Veloso L., Navarrete C.
Hospital Roberto del Río.

P Nº 62 BOTULISMO DEL LACTANTE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.
Pavez D., Labraña Y., Navarro M., Álvarez AM., Carvajal R., Barragán T., Bravo P., Sepúlveda J.
Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

P Nº 63 THE RESULTS OF THE STUDY IN CASES WITH TUBERCULAR MENINGITIS IN ALBANIAN CHILDREN.
Petrela.R, Myftari.L
Department Of Pediatrics, Infectious Disease Service, University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania.

P Nº 64 A RETROSPECTIVE EVALUATION OF EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, LABORATORY FEATURES AND TREATMENT OF CHILDHOOD BRUCELLOSIS IN ALBANIA FROM 2002 TO 2011.
Petrela.R, Foto.E, Hoxha.H, Kuli.Gj
University Hospital Center \"Mother Theresa\"

P Nº 65 ACUTE VIRAL HEPATITIS E IN ALBANIAN CHILDREN.
Petrela.R, Kallfa E.
Department Of Pediatrics, Infectious Disease Service, University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 66 al P 72)
Tema: Infecciones en Pediatría - 2
Evaluadores: Dra. Paulina Coria - Dra. Catalina Pirez

P Nº 66 INFECÇÕES POR BACTÉRIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA ONCO-HEMATOLÓGICA DE REFERÊNCIA.
Costa P., Gregory S., Ferman S., Velasco E., Silva A.
Instituto Nacional Do Câncer, Universidade Federal Fluminense.

P Nº 67 NO ASISTE

P Nº 68 VIRUS RESPIRATORIOS CIRCULANTES EN ÉPOCA DE VERANO. ESTUDIO EN NIÑOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO.
Peña C. (1), Collao X. (2), Lira D. (1), Torres M. (2), Noguera M. (2)
(1)Laboratorio De Virología, Depto Preclínicas, Escuela De Medicina Universidad De Valparaíso. (2) Laboratorio, Hospital Carlos Van Buren.

NOMINADO A PREMIO API 2013

P Nº 69 DIAGNÓSTICO POR XTAG LUMINEX® Y EVOLUCIÓN DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL Y RHINOVIRUS EN LACTANTES CHILENOS.
Luchsinger V (1), Lizama L (1), Gaggero A (1), Ampuero S (1), Palomino Ma (2), Larrañaga C (1).
(1) Programa De Virología, Facultad De Medicina, Universidad De Chile, Santiago, Chile (2) Hospital R. Del Río, Santiago, Chile.

P Nº 70 NOCARDIOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.
Volkart, K., Penayo, C; Samudio-D, Gc.
Departamento De Pediatría. Hospital Nacional De Itauguá Guasú.

P Nº 71 SENSIBILIDAD DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.
González C, Acuña M, Benadof D, Galaz M I, Skarmeta M, Topelberg S.
Hospital Roberto Del Río, Santiago.

P Nº 72 CENTRAL NERVOUS SYSTEM INFECTION WITH ATYPICAL MYCOBACTERIA PRESENTED AS A BACK PAIN IN A 15 YEAR OLD MALE.
Medrano R., Orellana, M. Del Valle G.
Hospital General San Juan De Dios.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 73 al P79)
Tema: Emergentes - 1
Evaluadores: Dr. Jaime Torres - Dra. Patricia Muñoz

P Nº 73 REPORTE DE 14 CASOS DE LEPTOSPIROSIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL ENTRE LOS AÑOS 2010-2012.
Fernando Vela-Lozada (1), Carlos Eugenio Sánchez (1), Gabriel Mosquera Klinger (1), Carlos Álvarez Moreno (2).
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

P Nº 74 FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE AGUAS RECREACIONALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA Y V MEDIANTE DETECCIÓN DE ACANTHAMOEBA SPP.
Astorga B (1)., Fuenzalida E. (1), Ewert P.(2), Cárcamo M. (3), Mancilla M.E. (4), Henríquez C. (5), Neira P.†
Sección Parasitología Ambiental, Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) (1). Unidad de Coordinación Laboratorios Ambientales-ISP (2). Subdpto Etesa-ISP (3). Oficina Territorial, Viña del Mar-Seremi (4), Dpto. Estadística-U. Valparaíso (5).

P Nº 75 CRYPTOSPORIDIUM SPP Y GIARDIA SPP EN AGUAS RECREACIONALES DE LA V Y REGIÓN METROPOLITANA.
Astorga B. (1), Fuenzalida E. (1), Ewert P. (1), Cárcamo M. (1), Mancilla M.E. (2), Henríquez C. (3), Neira P.†(3).
Instituto Salud Pública De Chile (ISP) (1). Oficina Territorial, Viña Del Mar-Seremi (2), U. Valparaíso (3).

P Nº 76 QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.
Novoa C., Saavedra S., Pinto M., Valencia C., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

P Nº 77 LEISHMANIASIS VISCERAL, PRESENTACION CLINICA DE PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL.
Méndez G, Niveyro C, Fernández J, Bernard H, Lorenzati M, Silva G.
Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas, Misiones Argentina.

P Nº 78 DOS MANIFESTACIONES CLÍNICAS INUSUALES DE INFESTACIÓN POR RHIPICEPHALUS SANGUINEUS.
Lechuga M., Salomone C., Pérez-Cotapos M., Corredoira Y.
Departamento Dermatología Pontificia Universidad Católica De Chile.

P Nº 79 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA REPORTE PRELIMINAR.
Penayo C, Volkart K, Samudio-D Gc.
Hospital Nacional De Itaugua.

Jueves 30 de Mayo de 2013

Intervalo (P 80 al P 86)
Tema: Emergentes - 2
Evaluadores: Dr. Aníbal Sosa - Dr. Thomas Weitzel

P Nº 80 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA REALIZADA EN LA QUINTA REGIÓN: TAXONOMÍA, DISTRIBUCIÓN E IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS MOSQUITOS CULÍCIDOS (DIPTERA CULICIDAE).
Collao X. (1), Prado L. (1), Mejías G. (2), González Ch. (3,4), Reyes C. (3)
1.- Laboratorio de Virología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.2.- Oficina de Zoonosis y Vectores de Viña del Mar, Seremi Salud Región de Valparaíso, Chile.3.- Laboratorio de Entomología, Instituto de Salud Pública, Santiago, Chile.4.- Laboratorio de Entomología, Universidad Técnica de Ciencias de La Educación, Santiago, Chile.

P Nº 81 EXPERIENCIA DEL EJÉRCITO DE CHILE EN MALARIA GRAVE POR PLASMODIUM FALCIPARUM (PF): A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS PROVENIENTES DEL CARIBE Y ÁFRICA SUB-SAHARIANA.
Rosas R. (1), Álvarez M. (2), Weitzel T. (3), Fica A. (4), Dabanch J. (5).
Ejército de Chile, Unidad Infectología Adultos Hospital Militar de Santiago.

P Nº 82 DIAGNÓSTICO DE ACANTHAMOEBA SPP. POR CULTIVO EN SOSPECHA DE QUERATITIS EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA.
Soto A. (1), Jercic M.I. (2), Oyarce A. (2), Castillo A. (2), Romero P. (3).
(1)Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Chile (2) Sección De Parasitología, Instituto De Salud Pública, Chile (3) Servicio De Oftalmología, Hospital Del Salvador, Chile.

P Nº 83 PERSISTENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN GRUPO FAMILIAR MEDIANTE EL MECANISMO DE TRANSMICION VERTICAL TRES GENERACIONES, DEL SIGLO XX AL XXI.
González A., Mousques N., Basmadjian Y.
Banco de Previsión Social, Uruguay.

P Nº 84 PERFIL BIOSSOCIAL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL COUTO MAIA, SALVADOR, BAHIA, BRASIL .
Bastos C.R., Silva C.S., Conceição B.F., Bastos C.J.C.
Hospital Especializado Couto Maia.

P Nº 85 NO ASISTE

P Nº 86 AVALIAÇÃO CLÍNICA E IMUNOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS NAS DIFERENTES FASES DA INFECÇÃO.
Bastos C.J.C. (1), Grassi M.F.R. (2), Aras J.R. (3), Galdame A.R.M.A. (2).
Hospital Couto Maia, Salvador, Bahía, Brasil (1); Fiocruz – Bahía, Brasil (2); Hupes – Ufba – Salvador (3).

Viernes 31 de Mayo de 2013

Intervalo (P 87 al P93)
Tema: IAAS - 1
Evaluadores: Dra. María Cristina Ajenjo - Dra. Alejandra Marcotti

P Nº 87 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.
Lima L.F.A. (1), Almeida J.I. (2), Fontele D.M. (3)
Hospital Da Irmandade Beneficente Da Santa Casa Da Misericórdia De Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

P Nº 88 DESCRIÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR PROVOCADOS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS.
Silva A., Henriques C., Werneck L.
Prontobaby-Hospital Da Criança.

P Nº 89 PREVENÇÃO DE PNEUMONIAS ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA- EDUCAR É PRECISO.
Silva A., Campos A., Oka C.
Universidade Federal Fluminense.

P Nº 90 CONDUÇÃO DE SURTO DE BACTÉRIAS GRAM NEGATIVAS NÃO FERMENTADORAS MULTIRRESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO NORDESTE BRASILEIRO.
Lima L.F.A. (1), Almeida J.I. (2), Fontele D.M. (3), Moura C.M. (4), Andrade M.S.S. (5), Furlani S.M.T. (6)
Hospital Da Irmandade Beneficente Da Santa Casa Da Misericórdia De Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

P Nº 91 PRÁTICAS DE UTILIZAÇÃO E PERFIL DE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE JALECOS USADOS POR DOCENTES E DISCENTES DO UNIFESO.
Scheidt KLS., Araújo ARVF., Chagas GMS., Carneiro MS., Canuto R, Corbelli CCO.
Centro Universitário Serra Dos Orgãos- Unifeso. Teresópolis-RJ Brasil.

P Nº 92 VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM INDIVÍDUOS RENAIS CRÔNICOS.
Lopes LP. (1), Teles SA. (2), Reis RK. (3), Canini SRMS. (4), Galvão MTG. (5), Gir E. (6).
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto Da Universidade De São Paulo, Brasil.

P Nº 93 ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES-PADRÃO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EXPOSTOS OU NÃO A MATERIAL BIOLÓGICO.
Toffano-Malaguti SE., Reis RK., Silva AM., Pereira FMV., Belini JM., Canini SRMS., Gir E.
Universidade Federal De São Joao Del Rei.

Viernes 31 de Mayo de 2013

Intervalo (P 94 al P 100)
Tema: IAAS - 2
Evaluadores: Dr. Gabriel Levy-Hara - Dra. Erna Cona

P Nº 94 DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE AGENTES INFECCIOSOS NOSOCOMIALES EN HOSPITAL CLÍNICO VETERINARIO DOCENTE (HCVD) DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, TALCA.
Weinborn R. (1), Sánchez N. (1), Daneck D. (1), Troncoso I. (2), Báez F. (3).
(1) Universidad Santo Tomás-Talca (2) Universidad Santo Tomás-Concepción (3) Hospital Clínico Veterinario Docente UST Talca.

P Nº 95 CONTROL DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL (BRC) EN DOS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE ADULTOS DE MONTEVIDEO.
Guerra S. (1), Trindade G. (2).
(1) S.M.I. (2) Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

P Nº 96 EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE RESISTENCIA DEL SARM EN UNA POBLACIÓN DE ALTURA DEL PERÚ. 2006 – 2010.
Calderón- Gerstein, Walter (1,2), Alcócer- De La Cruz, Regina, Oyardo- Guillermo, Oscar.
(1) Essalud Huancayo, Perú, (2) Uncp.

P Nº 97 ACCIDENTES LABORALES CON OBJETOS CORTOPUNZANTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.
Tapia M. (1), Andino X. (1) Núñez-Freile B. (2) Beltrán S. (3) Torres F. (4)
Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito. ECUADOR.

P Nº 98 EVALUACION DEL SITIO WEB EDUCATIVO: WWW.HIGIENEDEMANOS.ORG.
Núñez-Freile B. (1), Hinostroza D. (1).
Hospital Carlos Andrade Marín (Hcam). Quito, Ecuador.

P Nº 99 INFECCIONES RESPIRATORIAS POR BURKHOLDERIA CEPACIA, OCASIONADAS POR ANTISÉPTICO BUCAL.
Zurita J. (1,2), Mejía L (3), Zapata S (3), Trueba G (3), Vargas AC (1), Aguirre S (4), Falconi G. (4), Alcocer I (2).
1servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Hospital Vozandes. Quito, Ecuador; 2 Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (Puce). Quito, Ecuador; 3instituto De Microbiología, Universidad San Francisco De Quito (Usfq). Quito, Ecuador; 4unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Vozandes Quito, Ecuador.

P Nº 100 INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN UNA POBLACIÓN DE ALTURA. HUANCAYO, PERÚ, 2012.
Calderón Gerstein, Walter; Escobar Zavaleta, Jorge; Kong Paravicino, César; Egoavil Morales, Yusara.
Essalud, Uncp.

Viernes 31 de Mayo de 2013

Intervalo (P 101 al P108)
Tema: IAAS - 3
Evaluadores: Dr. Abel Jasovic - EU Alejandra Zambrano

P Nº 101 CONHECIMENTO DA TRANSMISSÃO OCUPACIONAL DO HIV ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM TERAPIA INTENSIVA.
Pereira F.M.V.; Malaguti-Toffano, S. E.; Almeida, M. C. M.; Caetano, E. A.; Gir, E.
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto – Usp.

P Nº 102 CARACTERÍSTICAS DAS EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL.
Almeida M.C.M, Pereira F.M.V. (1), Reinato, L.A.F. (2), Gaspar, J. (3), Gir, E. (4).
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto.

P Nº 103 ESTADO DE INMUNIZACION PARA HEPATITIS B DEL PERSONAL DE SALUD DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE DE CLINICA SANTA MARIA.
Verbeke S. (1), Catalán M. (1), Celis M. (1), Gálvez G. (1), Canals A. (2).
(1) Sección Inmunología, Laboratorio Central; (2) Estadística, Dirección Académica, Clínica Santa María. Santiago, Chile.

P Nº 104 COSTO DE LA INTERVENCION USANDO EL BUNDLE DE MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES, PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS LABORAL DE UN HOSPITAL GENERAL 2005-2012.
Ramírez Wong F. (1), Díaz Tavera Z. (2)
Hospital María Auxiliadora (1), Universidad Nacional Del Callao (2).

P Nº 105 LUNG INFECTION AND COLONIZATION BY EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT ACINETOBACTER SPP. IN INTENSIVE CARE SETTINGS.
Delgado J. (1), Castro E. (1), Werneck G. (2).
(1) Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro, (2) Instituto Fiocruz. Rio De Janeiro.

P Nº 106 NO ASISTE

P Nº 107 O ESTADO VACINAL E SOROCONVERSÃO DA HEPATITE B EM ACADÊMICOS DO QUARTO AO QUINTO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIFESO, 2012.
Pestana CLS., Scheidt KLS., Costa ALBS., Marques PL., Mendes MC., Santos EM.
Centro Universitário Serra Dos Orgãos- Unifeso. Teresópolis-Rj Brasil.

P Nº 108 ANAEROBIC OSTEOMYELITIS - EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGICAL PROFILE.
Oliveira PR, Carvalho VC, Félix CS, Tavares JF, Paula AP, Lima AL.
Hospital das Clinicas, University of Sao Paulo.

Viernes 31 de Mayo de 2013

Intervalo (P 109 al P 117)
Tema: VIH - 3
Evaluadores: Dra. Macarena Silva - Dra. Ana María Álvarez

P Nº 109 CONDICIONES CLÍNICAS INDICADORAS DE SIDA EN PACIENTES VIH CONTROLADOS EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.
Pizarro L. (1), Gallardo C. (2), Cortés E. (3).
1. Universidad De Chile, 2. Hospital Clínico Universidad De Chile, 3. Hospital Del Salvador.

P Nº 110 REACCIONES ADVERSAS GRAVES EN PACIENTES CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL.
Pizarro L. (1), Gallardo C. (2), Cortés E. (3).
1. Universidad De Chile; 2. Hospital Clínico Universidad De Chile; 3. Hospital Del Salvador.

P Nº 111 CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS PRESENTES EN LA ADQUISICIÓN DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA, SIN TRANSMISIÓN VERTICAL. HOSPITAL DR. LUCIO CÓRDOVA SANTIAGO , CHILE.
González-P A., Bahamondes L., Gebauer M., Muñoz V., Pavez J., García E., Arredondo. Hospital Dr. Lucio Córdova.

P Nº 112 SOSPECHA DIAGNOSTICA VIH EN NIÑOS: EXPERIENCIA DE 22 AÑOS.
Galaz M., Acuña M. (1), Topelberg S. (1), Navarrete C. (1), Skarmeta M. (2), Velasco M. (3)
(1) Hospital De Niños Roberto Del Rio, (2) Universidad De Chile, Facultad Medicina Norte, Facultad Medicina Uft.

P Nº 113 DETERMINACION DE CARGA VIRAL Y CONTEO DE LINFOCITOS EN PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. LA HABANA. CUBA 2011.
Duque González, Ana Cristina1; Gómez Rivera, Carmen1, Salas Hierrezuelo, José Luis1.
Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana.

P Nº 114 PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA A COINFECÇÃO DO GBV-C EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, BRASIL.
Campelo Júnior, E.,1,3 , Passos, Ana Maria,2 , Morais, Viviane,1,3 Cahú, Georgea,3 Lopes Neto, Edmundo,4 Granato, Celso,2 Ximenes, Ricardo ,1 E Coêlho, Maria Rosângela3,5. 1departamento De Medicina Tropical, Centro De Ciências Da Saúde, Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe, Brasil; 2 laboratório De Virologia Clínica, Universidade Federal De São Paulo, São Paulo-Sp, Brasil; 3 setor De Virologia Do Laboratório De Imunopatologia Keizo-Asami (Lika), Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe Brasil; 4departamento De Medicina Clínica Centro De Ciências Da Saúde Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe Brasil; 5departamento De Fisiologia E Farmacologia Do Centro De Ciências Biológicas, Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe, Brasil.

P Nº 115 ESTADO NUTRICIONAL Y ASPECTOS FAMILIARES EN NIÑOS PERUANOS CON VIH EN LA ERA TARAA.
Miranda-Choque E. (1), Farfán-Ramos S. (2), Barrientos-Zulca S. (1), Lara-Levano L. (3), Coz-Bustamante D. (2).
(1) Instituto Nacional De Salud Del Niño, (2) Hospital 2 De Mayo, (3) Hospital De Emergencias Pediátricas.

P Nº 116 IMPACTO DE LA TERAPIA COMBINADA DE TENOFOVIR –ENTRICITABINA- EFAVIRENZ EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA. GUAYAQUIL – ECUADOR.
Espinoza A. (1), Vidal F. (1), Alemán W. (2). Hospital de Infectología.

P Nº 117 NO ASISTE

Viernes 31 de Mayo de 2013

Intervalo (P 118 al P126)
Tema: Diagnóstico y Antimicrobianos
Evaluadores: Dra. Alicia Farinati - Dra. María Luisa Rioseco

P Nº 118 ACTIVIDAD DE MAYTENUS ILICIFOLIA SOBRE AISLAMIENTOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y ENTEROCOCCUS FAECALIS Y SU POSIBLE USO TERAPÉUTICO.
Toran J; Doloisio N; Goñi E; Martinon F; Farinati
Cátedra De Microbiología De La Facultad De Medicina, Licenciatura En Ciencias Ambientales, Universidad Del Salvador.

P Nº 119 COSTO-EFECTIVIDAD DE ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA DE ANTIBIOTICOS.
Palacios H.
Hospital General San Juan De Dios.

P Nº 120 CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN NIÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ.
Volkart K, Penayo C; Martínez L; Samudio-D Gc; Gómez G; Duré C.
Departamento De Pediatría Hospital Nacional Itauguá Guazú .Trabajo Seleccionado Por La Sociedad Paraguaya De Infectología.

P Nº 121 VIGILANCIA DE PORTACIÓN INTESTINAL DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC EN 8 HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA, SANTIAGO, CHILE.
Silva F.(1), Benadof D. (2), Cona E.(3), Cifuentes M.(4), Braun S.(5), Porte L.(5), Juliet C.(6), Mihalic V.(7), Sakurada A. (8), San Martín M.(9), Tapia C. (10), Pidal P. (11).
(1) Hospital Clínico Universidad De Chile, (2) Hospital Roberto Del Rio, Santiago(3) Hospital Clínico Fuerza Aérea De Chile, (4) Hospital Clínico San Borja Arriaran, (5) Hospital Militar De Santiago, (6) Hospital Del Salvador, (7) Clínica Indisa, (8) Clínica Tabancura, (9) Laboratorios Vidaintegra, (10) Clínica Dávila, (11) Instituto De Salud Pública (ISP).

P Nº 122 TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE CEPAS DE SHIGELLA SONNEI PROVENIENTES DE DOS BROTES EN CHILE MEDIANTE ELECTROFORESIS EN CAMPO PULSADO Y ANÁLISIS DEL NÚMERO VARIABLE DE REPETICIONES EN TÁNDEM.
Ladino A. (1), Silva J. (2), Camponovo R. (3), Ulloa MT. (1), Toro CS. (1).
(1) Programa de Microbiología Micología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago. (2) Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta. (3) Laboratorio de Microbiología, Integramédica, Santiago.

P Nº 123 COMPARACIÓN DE SISTEMAS COMERCIALES DE ESPECTROMETRÍA DE MASAS, MICROFLEX LT (BRUKERDALTONICS) Y VITEK MS (BIOMÉRIEUX), PARA LA IDENTIFICACIÓN BACTERIANA EN UN LABORATORIO CLÍNICO EN CHILE.
Porte L. (1,4), Montaña A. (1), García P. (2), Miranda C. (2), Ulloa MT. (3), Braun S. (4), Weitzel T. (1)
(1) Laboratorio Clínico, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago; (2) Laboratorio de Microbiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago; (3) Programa de Microbiología, ICBM Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago; (4) Unidad De Microbiología, Laboratorio Clínico, Hospital Militar, Santiago.

P Nº 124 EVALUACION DE VITEK®MS (MALDI-TOF) PARA LA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA CLINICA.
Lafourcade M, Rojas P (1), Illanes L (1), Peñaloza J (1), García P (2).
(1) Laboratorio De Microbiología, Clínica Santa María, (2) Laboratorio De Biología Molecular, Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago De Chile.

P Nº 125 COMPARACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA Y REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA EN TIEMPO REAL MULTIPLEX EN LA DETECCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN ADULTOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.
Prades Y. (1), Ruiz M. (2), Larrañaga C. (1), Avendaño LF. (1), Pizarro R. (3), Luchsinger V (1).
(1) Programa De Virología, Icbm, Facultad De Medicina, U. De Chile; (2) Depto. Medicina, Hospital Clínico U. De Chile; (3) Hospital Lucio Córdova, Santiago, Chile.

P Nº 126 EVALUACIÓN DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA DETECCIÓN DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN RELACIÓN AL TEST DE CITOTOXICIDAD.
Llanos J. (1), Briceño I. (2).
(1) Escuela De Medicina - Universidad De Valparaíso. Hontaneda 2653 - Valparaíso, (2) Hospital Naval Almirante Nef.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 1 al 7 Antimicrobianos y Resistencia

P Nº 1 SENSIBILIDAD A LOS ANTIMICROBIANOS DE USO CLINICO EN AISLAMIENTOS HUMANOS DE BRUCELLA SPP. EN BUENOS AIRES, ARGENTINA.
Deodato B. (1), Wallach J. (2), Quinteros M. (3).
Hospital De Infecciosas F.J.Muñiz Buenos Aires.Arg.
Brucelosis en Argentina es una infección endémica en el ganado con una prevalencia estimada del 10%.Las regiones afectadas son Noroeste y Noreste de Argentina donde predominan infecciones por *B. metilensis* y en Pampa Húmeda y Mesopotamia por *B. abortus* y *B. suis*. Ha sido identificada en operarios de la industria de la carne, trabajadores rurales y veterinarios. Es poco diagnosticada y subnotificada. OBJETIVO: Evaluar la sensibilidad antibiótica de aislamientos humanos de *Brucella* spp. METODOS: Se estudiaron 22 aislamientos de *Brucella* de pacientes atendidos en el Hospital de Infecciosas entre agosto 2008 y noviembre 2012.Se identificaron: *B. suis*(n: 16), *B. abortus* (n: 5) y *B. canis* (n: 1).El diagnóstico fue clínico, serológico y por aislamiento de la bacteria de hemocultivos automatizados. Recibieron tratamiento según las recomendaciones de la OMS. Se determinó la actividad in vitro de rifampicina(RIF),tetraciclina(TET),azitromicina(AZI),ciprofloxacina(CIP),gentamicin (GEN),amicacina(AKN)ytrimetroprima-sulfametoxazol(TMS) por método de E-test. Condiciones: inóculo 0,5 McFarland en medio Mueller-Hinton con 5% sangre ovina a 37°C/48hs con 5%CO2. Controles de calidad: *E. coli* ATCC25922, *S. aureus* 29213 y *E.faecalis* 29212. RESULTADOS en:
CIM(µg/ml):RIF<0,5 (suis:14/16;abortus3/5;canis1/1) RIF>0,5(suis2/16)yRIF>1 (abortus2/5) CIP<0,5(suis16/16;ab5/5;can1/1) TET<0,5(suis16/16;ab5/5;canis1/1)TMS<0,5(suis16/16;ab5/5;canis1/1)AZI<0,5(suis16/16;ab3/5,canis1/1) AZI>1(abortus2/5) GEN<0,5(suis16/16;ab5/5;canis1/1) AKN<5(sui16/16;ab5/5;canis1/1)
CONCLUSIONES: Brucelosis en nuestro medio es una infección de transmisión laboral principalmente en trabajadores de la industria de la carne. Si bien las especies de brucella son sensibles "in vitro" a muchos antibióticos las pruebas de sensibilidad no están estandarizadas y los puntos de corte no están definidos. La vigilancia de la sensibilidad es relevante en pacientes con recaídas o fallo de tratamiento. Si bien en este estudio no se han observado valores altos de CIM para RIF y TMS se hace necesario encontrar puntos de corte para estos antibióticos ya que existen resistencias descriptas.

Intervalo 1 al 7 Antimicrobianos y Resistencia

P Nº 2 PERFIL DE SENSIBILIDAD EN MICROORGANISMOS RESPONSABLES DE TRAQUEOBRONQUITIS ASOCIADA A LA VENTILACIÓN.
Silva M, Tejera D, Modernel J, Alonso M, Villalba F, Bertullo M, Limongi G, Cancela M.
Asociación Española.
Introducción: El tratamiento antibiótico (ATB) profiláctico o terapéutico de la traqueobronquitis asociada a la ventilación (TAV) es controvertido en las diferentes publicaciones. Sin embargo, en algunos casos sería beneficioso, por lo que se debe conocer la sensibilidad (S) antibiótica de los microorganismos más frecuentes. Objetivo: Describir los perfiles de resistencia antibiótica de los microorganismos causantes de TAV en una Unidad de Cuidados Intensivos Polivalente. Material y métodos: Se analizaron los antibiogramas de 162 microorganismos aislados en 128 episodios de TAV en el periodo 2010 al 2012. Se describen los perfiles de sensibilidad y resistencia (R) de los micoorganismos aislados con mayor frecuencia. Resultados: Los microorganismos más frecuentes fueron 40 *Pseudomonas aeruginosa* (PAU), 34 *Acinetobacter baumanni* (AC), 30 *Klebsiella pneumoniae* (KPN) y 24 *Staphylococus aureus* (SA). PAU tiene niveles de S de 92,5% para amikacina (AMK), 87,2% gentamicina (GEN), 80% imipenem (IPM), 80% meropenem (MEM), 92% polimixina E (POL), 75% ciprofloxacina (CIP) y 80,6% piperacilina-tazobactam (TZP); en AC la S fue de 28,2% AMK, 50% GEN, 12,2% IMP, 5,9% MEM, 82,6% POL y 3,1% TZP; en KPN la S fue de 78,5% AMK, 73,3% GEN, 100% IMP y MEM, 51,7% CIP, 50% trimetoprim-sulfametoxazol (SXT) y 46,1% ceftriaxona. En el caso de SA, 10 eran meticilino sensibles y 14 meticilino resistentes (SAMR). Conclusión: Se observa alto nivel de R en PAU y AC; no hay R de KPN a carbapenem. En el caso de AC destaca la multirresistencia a todos los ATB evaluados. En SA predominan las infecciones por SAMR.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 1 al 7 **Antimicrobianos y Resistencia**

P Nº 3 CARACTERIZACIÓN MOLECULAR DE LOS PRIMEROS AISLAMIENTOS DETECTADOS EN CHILE DE KLEBSIELLA PNEUMONIAE PORTADORA DE CARBAPENEMASA (KPC).

Araya P., Hormazábal J., Fernández J., Prat S., Escobar D., Araya I., Ibáñez D., Pidal P.
Instituto de Salud Pública de Chile.

Introducción: La diseminación mundial de Enterobacterias productoras de carbapenemasas representa un problema mayor en Salud Pública. *Klebsiella pneumoniae* portadora de KPC ha sido responsable de extensos brotes hospitalarios de dimensiones nacionales e internacionales, tanto en el hemisferio norte como en América Latina. Objetivo: Caracterización molecular de aislamientos de *K. pneumoniae* portadora de KPC detectados en Chile. Materiales y Métodos: Se incluyeron los seis primeros aislamientos de *K. pneumoniae* confirmados por el laboratorio de referencia como portadores de carbapenemasa, que correspondieron a un caso importado y cinco autóctonos, provenientes de cuatro centros hospitalarios durante el 2012. Los aislamientos fueron sometidos a confirmación de carbapenemasas por PCR, determinación tipo blaKPC por amplificación y secuenciación, subtipificación por electroforesis de campo pulsado (PFGE) con enzima SpeI y determinación de linaje genético por secuenciación de multilocus (MLST), según protocolo Instituto Pasteur, Francia. Resultados: la caracterización permitió confirmar en todas las cepas la presencia de KPC-2. La identificación de linajes por MLST detectó los tipos de secuencia (ST): ST101 (caso importado), ST 25, ST 11 (tres cepas) y ST 258, correspondiendo estos dos últimos ST al complejo clonal 258. La subtipificación por PFGE, identificó 5 subtipos distintos, dos de los cuales se determinaron genéticamente relacionados que incluyeron exclusivamente las cepas ST11. Conclusión: Se confirma la presencia de KPC-2 en el país. Cuatro de las cepas correspondieron al CC258 el cual ha sido reconocido internacionalmente como el mayor responsable de la diseminación mundial de *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa.

Intervalo 1 al 7 **Antimicrobianos y Resistencia**

P Nº 4 EVALUACIÓN DE PIPERACILINA Y CEFOPERAZONA COMBINADAS CON INHIBIDORES DE B-LACTAMASAS PARA LA DETECCIÓN DE B-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENSO EN ENTEROBACTERIAS.

Guevara A., Tedesco-Maiullari R.
Departamento De Parasitología Y Microbiología. Escuela De Ciencias De La Salud "Dr. Francisco Battistini". Universidad De Oriente. Ciudad Bolívar, Venezuela.

Introducción: La resistencia mediada por β-lactamasas de espectro extenso (BLEE) tiene un impacto clínico significativo, por tanto, se debe contar con diferentes métodos para su detección. Objetivo: Evaluar la piperacilina (PIP) y piperacilina/tazobactan (TZP) así como cefoperazona (CFP) y cefoperazona/sulbactan (CPS) para detección de BLEE en enterobacterias mediante la técnica del disco combinado. Método: Se evaluaron 111 cepas de enterobacterias (91 productoras de BLEE CTX-M y 20 no productoras de BLEE) aisladas de pacientes hospitalizados en centros clínicos de Ciudad Bolívar, Venezuela. Se probaron discos de PIP (100µg), TZP (100/10µg), CFP (75µg) y CPS (75/30µg). Se compararon los diámetros de halos de inhibición y la diferencia entre halos. Se determinó su significancia estadística mediante el test t de Student y se propusieron puntos de corte utilizando el Indice de Jouden (IJ). Mediante curvas de características operacionales (ROC) se verificó los puntos de corte escogidos y la capacidad de discriminación de ambas pruebas. Resultados: Mediante el aumento del diámetro de los halos de inhibición de PIP y CFP combinadas con inhibidores, se pudo diferenciar la mayoría de las cepas productoras de BLEE de las no productoras, estableciéndose como punto de corte una diferencia de ≥5mm para CFP-CPS (S: 0,989; E: 0,950; IJ: 0,939) y de ≥8mm para PIP-TZP (S: 0,945; E: 0,850; IJ: 0,795). Mediante las curvas ROC se comprobó que CFP-CPS tiene mayor poder discriminatorio entre cepas productoras y no productoras de BLEE. Conclusión: Mediante el uso de PIP-TZP y CFP-CPS es posible la detección de enterobacterias productoras de BLEE. La combinación de CFP-CPS resultó ser más eficiente.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 1 al 7 **Antimicrobianos y Resistencia**

P Nº 5 PESQUISA Y CARACTERIZACIÓN DE INTEGRONES EN CEPAS DE E. COLI AISLADAS DE ORINA DE PACIENTES NO HOSPITALIZADOS.

Pincheira A. (1), Bello H. (1), Domínguez M. (1), Camponovo R. (2), Colina R. (2), Pinilla L. (2), Chamorro M. (3), Sepúlveda M. (4), González-Rocha G. (1).
(1) Laboratorio De Investigación En Agentes Antibacterianos, Departamento De Microbiología. Facultad De Ciencias Biológicas. Universidad De Concepción; (2) Laboratorio Integramédica, Santiago; (3) Clínica Universitaria De Concepción; (4) Laboratorio Diagnomed, Concepción.

En Chile los integrones han sido descritos ampliamente en cepas hospitalarias, pero escasamente en bacterias de pacientes no hospitalizados. Las infecciones del tracto urinario (ITU) son frecuentes en la comunidad, causadas principalmente por *E. coli*. Los integrones favorecen la evolución de la resistencia, permitiendo la expresión de genes de resistencia a varios de los antibióticos utilizados en el tratamiento de ITU, por lo que conocer su estructura resulta de interés, especialmente en la proyección de terapias empíricas. El objetivo de este trabajo fue pesquisar y caracterizar integrones clase 1 y 2 en cepas de *E. coli* aisladas de orina de pacientes no hospitalizados. Se incluyó 211 cepas aisladas en las ciudades de La Serena, Quillota, Santiago y Concepción. Se amplificó por RPC el gen *intI1 e intI2* y caracterizó la zona variable (ZV) de los integrones, como también el extremo 3'CS. Sólo se pesquisó integrones clase 1 en 32 cepas, siendo prevalentes en aislados de La Serena y Santiago. De éstas, 65,6 % posee integrón clase 1 tradicional con extremo 3'CS clásico. El tamaño de la ZV varió entre 1000 y >3000 pb, indicando la presencia de algún casete genético. En 11 cepas no se obtuvo ZV y no se amplificó el extremo 3'CS, sugiriendo la alteración del gen qacΔE1. Se determinó 5 tipos de integrones conteniendo todos ellos un casete *aadA* y la mayoría un casete *dfrA*. Además, un tipo contenía el casete *blaOXA-1*. Los casetes genéticos prevalentes codifican para enzimas modificantes de aminoglicósidos y para dehidrofolato reductasas.

Intervalo 1 al 7 **Antimicrobianos y Resistencia**

P Nº 6 PRIMER REPORTE DE NDM-1 EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO EN URUGUAY.

Bado I (1), Outeda M (2), Caiata L (2), Papa R (1), Rieppi G (2), Seija V (2), Vignoli R (1).
(1)Instituto De Higiene, Facultad De Medicina (Udelar), Montevideo, Uruguay; (2) Hospital De Clínicas, Facultad De Medicina (Udelar), Montevideo, Uruguay.

Introducción: La creciente presencia de carbapenemasas en Latinoamérica es alarmante, dada su capacidad de hidrolizar los carbapenems y por su rápida diseminación regional. Objetivo: Caracterización de una carbapenemasa en un paciente internado en un Hospital Universitario. Método: Se obtuvo un aislamiento de *C. freundii* a partir de una muestra de urocultivo de un paciente internado. Se estudió su sensibilidad mediante la utilización de Vitek2(R), interpretando los resultados según la CLSI, y se realizó test de screening para carbapenemasas por disco difusión. Por medio de PCR, se realizó la búsqueda de mecanismos de resistencia a betalactamicos, aminoglucosidos y fluoroquinolonas, integrones de clase 1, 2 y 3, e *ISCR1*. Mediante ensayos de conjugación se transfirió la resistencia observada a una *E. coli* sensible. Dado que se trabajó únicamente con microorganismos no fue necesaria la presentación frente a un comité de ética. Resultados: El microorganismo presentaba resistencia a betalactamicos, aminoglucosidos, fluoroquinolonas y trimetoprim-sulfametoxazol, y presento un test de sinergia positivo para metalobetalactamasas. Mediante PCR se detectaron los genes; *blaNDM-1, blaTEM, aac (6´) Ib; IntI1, IntI2, e ISCR1*. Por conjugación, se transfirió un plásmido que confería resistencia a los antibióticos antes mencionados. Conclusión: Este es el primer reporte de NDM-1 en un Hospital Universitario de Uruguay. Su presencia en un plásmido conjugativo demuestra su gran capacidad de diseminación, explicando su creciente detección en Latinoamérica. Estas enzimas conllevan a la toma de medidas de control de infecciones por parte del Hospital, por lo tanto es fundamental su detección y reporte al Sistema de Salud.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 1 al 7 **Antimicrobianos y Resistencia**

P Nº 7 CARACTERIZACIÓN Y DESENLACE CLÍNICO INTRAHOSPITALARIO DE PACIENTES COLONIZADOS CON KLEBSIELLA PNEUMONIAE RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS (KPC).

Candia E., Obregón G., Samudio D Gc, Espínola Mc, Núñez D.
Instituto De Previsión Social.

Introducción: La prevalencia de infecciones intrahospitalarias por KPC ha incrementado en la población hospitalizada constituyendo un problema de gran magnitud por su alta morbilidad y mortalidad. Objetivo: Caracterización y desenlace clínico intrahospitalario de pacientes con colonización con KPC en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Metodología: Estudio restrospectivo de corte transverso de pacientes con KPC en hisopado rectal (HR) desde Enero a Noviembre del 2012 en UCI del Instituto de Previsión Social. Resultados: Se estudiaron 64 pacientes, 52% sexo masculino, edad media 59.5 (±19.4) años, estancia hospitalaria 48(±30) días, APACHE y SOFA media 19 y 8.5. Ochenta y nueve por ciento utilizaron carbapenemes, 64% vancomicina, 58% colistina, 58% quinolonas y 34% piperacilina tazobactam. Entre las comorbilidades encontradas se halló 62% sometidos cirugía, 58% hipertensos, 25% diabéticos, 16% nefrópatas y 12% neoplasias. Estancia hospitalaria media previa al HR fue 27 (±24.4) días, estancia media en UCI antes de HR fue de 16 (±20.7) días. Cuarenta y dos por ciento fallecieron, edad promedio 64.8 (±16.2), APACHE y SOFA media 22.3 y7 respectivamente, estancia hospitalaria 59.5 (±32.3) días y 31% sometidos a procedimiento invasivo. En 3 pacientes se aisló en hemocultivo, en 2 en hemocultivo y urocultivo, en 2 secreción traqueal, en 1 herida operatoria, en 1 en líquido abdominal, en 1 en urocultivo. Tres de 10 pacientes fallecieron (mortalidad de 33%). Conclusión: Los pacientes colonizados con KPC en general tienen estancia hospitalaria prolongada, uso antibiótico de amplio espectro y diversas comorbilidades. El porcentaje de invasividad fue de 14% y fallecieron 33% de los mismos. Este trabajo no pudo atribuir letalidad al germen.

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 8 DETECTION OF HIGH-RISK HPV (HRHPV) GENOTYPES AMONG THE ECUADORIAN FEMALE POPULATION WITH REAL TIME PCR COBAS 4800.

Zambrano H. (1), Lee A., Scallin M., Zavala L., Arosemena E., Baquerizo M. (2).
(1)Secretaria Nacional De Ciencia Y Tegnología; (2) Hospital Luis Vernaza.

INTRODUCTION: While it is widely known that HPV 16 and 18 are responsible for approximately 70% of cervical cancer cases worldwide, limited information exists about the HPV genotype distribution in Ecuador. OBJECTIVE: To detect the prevalence of hrHPV genotypes in a group of women attending gynecology service for routine control. METHOD: Samples were taken from patients at the gynecology department at Hospital Luis Vernaza, Guayaquil, Ecuador from August 2012 to November 2012. Cervical samples were collected with Rovers Cervex brushes and then placed in PreservCyt Solution. Samples were then run on the cobas 4800 according to the manufacturer´s protocol. RESULTS: Screening indicated the presence of an hr-HPV genotype in 63 of the 264 total cervical samples (23.8%). Of these samples, 9 (14.3%) were positive for HPV 16 only while 2 (3.2%) were positive for HPV 18 only. Interestingly, the remaining 52 samples (82.5%) were genotyped under the category of "Other," indicating the presence of a hrHPV genotype other than HPV 16/18. Three of these patients were co-infected with HPV 16 while none were co-infected with HPV 18. CONCLUSION: This study provides novel epidemiological data concerning the HPV distribution in Ecuador. While the sample size is small, it should be noted that very few of the samples were positive for HPV 18. Future studies are needed to further investigate this possible trend, which may have important public health implications for the implementation of the HPV vaccine, which solely covers HPV 16/18.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 9 SÍNDROME DE BEHÇET, COMO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE INFECCIONES ULCERATIVAS.

Mallorquin J., Taboada A., Benítez G., Samaniego S.
Instituto De Medicina Tropical.

Introducción: Síndrome de Behçet, inflamación crónica, multisistémico de causa desconocida. Se presenta con úlceras orales y genitales recurrentes, afección ocular, cutánea y del sistema nervioso central, artritis y vasculitis. El diagnóstico se basa en la presencia de ulceras orales a repetición, y dos o más de las siguientes: Úlceras genitales a repetición, uveitis, lesiones de piel, y/o la presencia de patergia. Se presenta este caso por la rareza, y por ser motivo de errores diagnósticos y tratamiento. Caso: varón, 27 años, consulta por 5 días de odinofagia, ulceras orales lesiones en piel y genitales, fiebre. Cuadro similar anterior en 5 oportunidades, internaciones en 2008 y 2010, diagnóstico de eritema polimorfo mayor; con síntomas respiratorios con IgM para *Mycoplasma* positiva en 2010. Ingresa estable con 38ºC, inyección conjuntival, ulceras en lengua, paladar y faringe, prepucio y glande; en escroto lesiones cicatriciales. Lesiones eritematovioláceas en miembros inferiores. Diagnóstico: Herpes simple o Síndrome de Steven Johnson, se inicio aciclovir y antibióticos. En sala por los antecedentes y los hallazgos físicos, se plantea el diagnóstico de Síndrome de Behcet. Biopsia de lesiones en piel y lengua: infiltrado inflamatorio a predominio linfocitario. Ojo normal. Estudios inmunológicos y colagénicos negativos. Se inicia prednisona 80 mg/día. Buena evolución y remisión parcial de las lesiones. Comentario: la presencia de ulceras orales y genitales recidivantes en este paciente, ya con otros diagnósticos previos para los cuales recibió tratamiento, y la extensión de las lesiones, nos hizo sospechar en Síndrome de Behcet, con buena respuesta al tratamiento con corticoides.

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 10 SÍNDROME DE LEMIERRE O NECROBASILOSIS EN UNA JOVEN MUJER.

Villalba J., Taboada A., Aguilar G., Benítez G., Samaniego S
Instituto De Medicina Tropical.

Introducción: Cuadro con tromboflebitis séptica de las venas tonsilares y yugular Interna, bacteriemia, abscesos metastáticos, secundario a infección orofaringea aguda, o mastoideo, oído, tejido periodontales. Descripta por André Lemierre. El agente más frecuente: *Fusobacterium necrophorum*. En la era preantibiótica, su curso era generalmente fatal. Caso clínico: Mujer, 19 años, 10 días de eritema cervical derecho, doloroso, tumefacción y fiebre. Blancos: 23.600, Ne: 91%, Granulaciones toxicas, Plaq: 108.000, Hb: 10,9, Hto: 33,6%, VSG: 89, PCR: 384. Se interna en otro servicio, recibe cefotaxima+gentamicina. LCR: Leucocitos: 682, N: 40% L: 60% Prot: 250, Glucosa: 2,6. Ecografía cervical: adenopatías múltiples bilaterales, vena yugular derecha: TROMBO. Ingresa taquicárdica, taquípneica, desviación de lengua hacia derecha, cuello asimétrico, tumefacción dolorosa derecha, múltiples ganglios. Derrame en base y crepitantes en campo medio, derecho. Rigidez de nuca, Kerning y Brudzinski +. GB: 31.210, NS: 91%, VSG: 100mm. Derrame Pleural derecho e Infiltrado algodonoso difuso. LCR: Glucosa: 10, proteínas: 34 mg/dl, Leucocitos: 160, MN: 88%. Inició cefriaxona+metronidazol luego vancomicina por sospecha de absceso cerebral y estafilococcemia. Doppler: trombo. TAC: velamiento parcial seno mastoideo y etmoidal, tumefacción cervical y derrame pleural, derecha, nódulos pulmonares. Se agrega gentamicina. Fibrobroncoscopía normal. Por LCR y clínica sin mejoría se inicia antibacilares. TAC: velamiento completo: seno mastoideo y etmoidal, hidrocefalia moderada, neumotórax derecho. Se plantea como foco mastoide y Síndrome de Lemierre. Se suspende antibacilares y se inicia Ampicilina/sulbactam, con una respuesta favorable. Ecodoppler sin trombos. DISCUSION: El síndrome de Lemierre es poco conocido. Tras el uso masivo de antibióticos, se la denomina "enfermedad olvidada". Queremos llamar la atención sobre una patología grave que por su baja incidencia puede tardar en ser diagnosticada y tratada, como este caso.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 11 PROFILAXIS CON PENICILINA BENZATÍNICA PARA ERISIPELA/CELULITIS RECIDIVANTE.

Guerrero A. (1), Benítez G. (2), Ovando F. (3).
Instituto De Previsión Social. Servicio De Infectología. Paraguay.

Erisipela/ celulitis recidivante motivo de consulta frecuente. Controversia: tratamiento para superar las recurrencias. Se evaluó uso mensual de penicilina benzatínica para evitar recidivas. Estudio observacional trasversal. Pacientes admitidos enero 2011 a octubre 2012, acudían al consultorio de Infectología, diagnóstico clínico de erisipela/celulitis con historia de episodios recurrentes (segundo evento) y primer episodio con factores de riesgo (insuficiencia arterial venosa, diabetes, micosis). Penicilina benzatínica 2400000 UI si no alergia o anticoagulación. Análisis con medidas estadísticas básicas. Resultados: Un total de 39 pacientes con diagnóstico celulitis/erisipela. 27 mujeres (69,2%) y 12 (30,7%) varones. Promedio de edad fue de 54,3 _+ 5. 100% en piernas. Factores predisponentes fueron encontrados en todos los pacientes, más prevalente várices 20 (51,2%), diabetes 10 (25,6%), 12 (30,7%) onicomicosis y 1 trasplantado renal. Cinco consultaron tras su primer episodio (12,8%). Tiempo promedio inicio recurrencias 35,29_+3 meses, menor de 3 meses, mayor 108 meses. Promedio eventos infecciosos /año 1,4 39 pacientes iniciaron penicilina mensual. Recurrencia 4 (10,2%) Ninguna recurrencia fue grave. No efectos colaterales. Total adherencia al régimen de penicilina. Discusión: Resultados consistentes con estudios como PATCH II, el tratamiento con penicilina probablemente no logra eliminación microbiana. Nos preguntamos si el tiempo de intervención y seguimiento fue suficiente, en literatura mayor tiempo 6 meses. 4 de los pacientes presentaron recurrencia a pesar de recibir profilaxis, todos insuficiencia venosa. Profilaxis con penicilina, sigue muy controversial queda mucho por investigar.

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 12 PANCREATITIS A RAOULTELLA PLANTICOLA. REPORTE DE UN CASO.

Guerrero A. (1), Ovando F. (2), Samaniego S. (3)
Instituto De Previsión Social. Servicio De Infectología. Paraguay.

Raoultella planticola bacilo gram negativo considerado bacteria ambiental, no causante típico de infección en humanos. Raoultella propuesto como género en 2001, tras análisis del género Klebsiella. Primera infección en humanos descripta en 1984. Pocos casos de infección reportada en adultos, menos de diez cita la literatura. Este sería el primer caso descrito en Paraguay. Caso clínico Mujer 76 años, hipertensa, diabética, con Síndrome de oclusión intestinal, se concluye Pancreatitis aguda grave, ingresa a cuidados críticos. Segunda semana de internación empeoramiento, policultivos, terapia empírica con meropenen, seudoquiste pancreático de 10 cm de diámetro en control tomográfico, sometida a cirugía, líquido oscuro con tejido pancreático necrótico, anastomosis cistogástrica. Por estancia prolongada en terapia y comorbilidades, muestras rectales para gérmenes multirresistentes, retornan positivos para colonización por EVR y KPC. Luego de tres semanas en terapia es derivada a sala de cirugía donde continúa medicación antibiótica dirigida al germen aislado en líquido pancreático, Raoultella planticola sensible a carbapenémico y ceftazidima, obtenido en medio de crecimiento. Completa esquema antimicrobiano con buena evolución. En su semana 6 de internación, fallece por complicación cardiovascular. Discusión: Adulta mayor con un seudoquiste pancreático infectado a Raoultella planticola, germen raramente descrito como causante de enfermedad en humanos, cuya mortalidad es cercana al 100%.En este caso la muerte fue por un evento cardiovascular y no atribuible a la infección, esto también semejante a una descripción de pancreatitis grave descripto en la literatura en cuanto a su desenlace.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 13 IMPACTO CLÍNICO Y ECONÓMICO DE LA MEDICIÓN DE NIVELES SÉRICOS DE PROCALCITONINA EN LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL EN PACIENTES CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTÉMICA ACORDE CON LA EVIDENCIA MÉDICA ACTUAL.

Fernando Vela-Lozada (1), Carlos Eugenio Sánchez (1), Marlon Mauricio Bustos (2), Darío Londoño (3)
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Introducción: La sepsis es un proceso complejo y los cuatro signos mayores de inflamación no siempre están presentes, ni son exclusivos de infecciones bacterianas. En la literatura médica actual, se ha postulado que las mediciones de procalcitonina (PCT) son útiles para el diagnóstico temprano y pronóstico de infecciones bacteriana . Objetivos: Determinar si la procalcitonina se usa de acuerdo a la evidencia médica y el impacto de ésta en las decisiones clínicas y económicas en el servicio de urgencias y la unidad de cuidado intensivo (UCI). Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyeron pacientes adultos internados en un hospital universitario durante el año 2011 con signos de respuesta inflamatoria sistémica a quienes se les realizó procalcitonina. Resultados: 236 historias clínicas cumplieron con los criterios de inclusión. El 34% recibió manejo en el servicio de urgencias y 66% en la UCI. Entre los diagnósticos principales lideran en frecuencia los estados postoperatorios, seguido en su orden por la sepsis, choque, neoplasias sólidas y neumonías. Las concentraciones séricas promedio de PCT fueron más altas en bacteriemias, aislamientos de gérmenes gram negativos y en quienes fallecieron, siendo estas 4 veces más altas frente a quienes sobrevivieron. En el 79% de los pacientes el nivel de PCT no tuvo ninguna determinación en la conducta médica. Conclusión: No se hace un uso adecuado de la PCT de acuerdo a la evidencia médica, además de no cambiar la conducta clínica y generar altos costos para el sistema de salud.

Intervalo 8 al 14 **Infectología Adultos - 1**

P Nº 14 COMPLICACIONES INFECCIOSAS POSTESOFAGECTOMÍA EN UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA.

Tejera D. (1, 3, 4), Micol M. (1), Laino A. (1, 5), Tarocco L. (2, 3), Deicas A. (3), Cancela M. (1, 4).
(1) Hospital De Clínicas. (2) Hospital Militar. (3) Casmu. (4) Asociación Española. (5) Camdel.

Introducción: La esofagectomía es el tratamiento de elección del cáncer de esófago, sin embargo la morbimortalidad es elevada. Objetivos: Describir y analizar las principales complicaciones infecciosas en esta población de pacientes. Material y Métodos: Estudio retrospectivo, multicéntrico, entre los años 2001 a 2010. Se incluyeron pacientes sometidos a esofagectomía por cáncer que ingresaron en Unidades de Medicina Intensiva. Se realizó un análisis estadístico descriptivo. Se tomó como significativo un valor $p < 0,05$ con un intervalo de confianza de 95 % para cada variable. Se realizó un análisis univariado, y aquellas variables significativas se incluyeron en un análisis multivariado. Resultados: Se incluyeron 227 pacientes, 72% hombres, edad 61 ± 11 años. El abordaje quirúrgico fue transhiatal 69,7%, transtorácico 29,1% y mínimamente invasivo 1,2%. La morbilidad fué de 77% y la mortalidad de 22%. Las complicaciones infecciosas ocurrieron en 51,5% de los casos, destacan neumonía 38,7%, infección sitio quirúrgico superficial 9,3%, infección por catéter 8,1%, mediastinis 7,6% e infección urinaria 2,9%. El 21,9% desarrolló una sepsis grave, la mayoría a foco respiratorio o mediastinal. Las mediastintis fueron polimicrobianas; en los casos de neumonía, empiema pleural, infecciones por catéter y urinarias predominaron los bacilos gram negativos nosocomiales, principalmente Enterobacterias. La sepsis grave fue la principal causa de muerte y se asoció de forma independiente a mayor mortalidad (OR 29; IC 95% 1,72-21,30; p 0,001). Conclusiones: Las complicaciones infecciosas son muy frecuentes en esta población. La sepsis grave a foco mediastinal o respiratorio constituye la principal causa de muerte.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 15 al 21 **Infectología Adultos - 2**

P Nº 15 ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA PROTÉSICA POR NEISSERIA ELONGATA: REPORTE DE CASO.

Soto A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Porte L. (2,3), Von Mühlenbrock C. (2), Fica A. (1,2), García P. (4).
(1) Servicio De Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Chile (3) Unidad De Microbiología, Laboratorio Clínico, Hospital Militar, Santiago, Chile (4)Laboratorio De Microbiología, Departamento De Laboratorios Clínicos, Facultad De Medicina, Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción: N. elongata es un agente etiológico infrecuente de endocarditis infecciosa (EI), generalmente de compleja identificación mediante técnicas microbiológicas habituales. Se presenta un caso de EI en válvula protésica por N. elongata diagnosticada en un hospital general. Descripción: Mujer, 51 años, antecedente de recambio valvular mecánico mitro-aórtico en año 2000 por estenosis reumática severa, con historia de 5 días de astenia, mialgias, fiebre (hasta 39,6ºC) y calofríos. Consultó en servicio de urgencia del Hospital Militar donde ingresa hemodinámicamente estable, con un soplo sistólico aórtico. En exámenes destacó VHS: 70 mm/hr y PCR: 209 mg/dL. Inició terapia con gentamicina, ampicilina y cloxacilina por sospecha de EI, previa toma de 3 sets de hemocultivos, que resultaron positivos a cocobacilos en cadena Gram negativos a 15 hrs. de incubación. Se modificó esquema a gentamicina y ceftriaxona. El ecocardiograma transesofágico mostró vegetación de 3-4 mm en válvula mitral. Se obtuvo crecimiento de cepa sólo en agar sangre cordero 5%, sin lograr su diagnóstico por métodos bioquímicos manuales ni automatizados. La espectrometría de masas (MALDI-TOF) y RCP bacteriana universal con secuenciación 16S rRNA permitieron identificar N. elongata subsp. elongata. Completó 6 semanas con antibióticos y los hemocultivos intratratamiento fueron negativos. La evolución fue favorable, sin requerir cardiocirugía. Discusión: N. elongata es un cocobacilo Gram negativo fastidioso, agente infrecuente de EI, cuyo diagnóstico se logra con métodos bioquímicos y, como fue en nuestra paciente, a través de técnicas moleculares y espectrofotométricas en forma reciente. De nuestro conocimiento este corresponde al primer caso reportado en Chile.

P Nº 16 BACTERIEMIA Y SEPSIS SEVERA ASOCIADA AL USO DE ENEMAS: ANÁLISIS DE UNA SERIE EN UN HOSPITAL GENERAL.

Soto A. (1,2), Fica A. (1,2), Dabanch J. (1,2), Weitzel T. (1).
(1) Servicio de Infectología, Hospital Militar, Santiago, Chile (2) Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

Introducción: El uso de enemas es una práctica habitual en nuestro medio, asociada a un riesgo poco descrito de bacteriemia y sepsis. Objetivos: Conocer algunas características clínicas de pacientes con bacteriemia y sepsis severa asociada al uso de enemas (BSAE) en nuestro centro. Materiales y Método: Estudio descriptivo, con serie de pacientes pesquisados en el registro local con BSAE, entre enero/2010 y diciembre/2012 en el Hospital Militar de Santiago. Los casos se recopilaron en una pauta estructurada y se analizaron distintas variables. Resultados: Se pesquisó 7 pacientes con BSAE. Todos adultos mayores, con promedio etario 81 años (3 mujeres, 4 hombres). 71,4% eran diabéticos y un 85,7% habían recibido antibióticos en forma reciente. Las manifestaciones clínicas se presentaron en todos durante las siguientes 24 horas a la administración del enema, siendo las más relevantes dolor abdominal y fiebre. En 6/7 hubo criterios de sepsis severa, con necesidad de ingreso a UPC. 100% tuvo PCR elevada. Todos contaron con imágenes de abdomen/pelvis; en ninguno se documentó perforación o complicaciones mayores. Se objetivó bacteriemia en 4/7 incluyendo *Enterococcus* spp., *Clostridium perfringens* y bacilos Gram negativos. En todos se descartó foco urinario. El tratamiento antibiótico se indicó por 9 días promedio (rango: 7-14). Ninguno tuvo bacteriemia persistente, requirió cirugía, ni falleció durante la estadía hospitalaria. Conclusiones: La BSAE es una asociación raramente descrita. Llamó la atención la gravedad de nuestros pacientes, su edad avanzada y la necesidad de apoyo intensivo, por lo que probablemente se deberá racionalizar el uso de enemas.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 15 al 21 **Infectología Adultos - 2**

P Nº 17 NEUMONÍA EXTRAHOSPITALARIA EN LA ALTURA: ESTUDIO COMPARATIVO CON UNA POBLACION A NIVEL DEL MAR.

Walter Calderón- Gerstein, Edith Lozano Orihuela, Jhamilen Ramos – Cóndor Y Zoila Sovero – Muñoz.
Servicio De Medicina. Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé – Essalud. Huancayo, Junín, Perú.

Estudio prospectivo, longitudinal y observacional, desarrollado en el Hospital Alberto Sabogal de Bellavista, Callao y en el Hospital El Carmen de la ciudad de Huancayo, Junín. En el Hospital Sabogal fueron incluídos 152 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC), confirmada con radiografía de tórax. El grupo comparativo consistió en 80 pacientes del Hospital El Carmen. Se realizó el seguimiento de cada caso hasta el alta o fallecimiento. En la población del Callao, la edad promedio fue de 72.8 años y el 92.8% de los sujetos tenían comorbilidades. En la población de altura, la edad promedio fue de 63.7 años y el 78% de los sujetos tenían comorbilidades. La mortalidad global fue de 36. 8% en el Callao y de sólo 15% en Huancayo. En la población evaluada a nivel del mar se observó una mayor tasa de hipertensión arterial, postración, secuela de DCV, diabetes mellitus, hiperglicemia, trastorno de conciencia, uso de sonda nasogástrica y presencia de úlceras de decúbito ($p<0.05$). En la población de altura fueron más frecuentes la desnutrición, síndrome consuntivo, disnea, dolor torácico, taquipnea, taquicardia, fiebre y leucocitosis. Los principales factores de riesgo para mortalidad por NAC a nivel del mar fueron la malnutrición y dependencia, a diferencia de los pobladores andinos para los que fueron más significativos el trastorno de conciencia y la postración crónica. Las poblaciones de altura presentaron una menor tasa de comorbilidades, estancia hospitalaria y mortalidad debida a NAC, así como buena precisión diagnóstica de los Índices predictivos de mortalidad.

NOMINADO A PREMIO API 2013

P Nº 18 EL PUNTAJE CLTP Y EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES OCULTAS EN EL ANCIANO.

Calderón Gerstein, Walter (1,2), Lagos Poma, Pedro (1), Espinoza Flores, Rosario (1), Escobar Zavaleta, Jorge (1)
Essalud Junín. Uncp.

Se evaluó la utilidad de la proteína C-Reactiva (PCR) como marcador temprano de Sepsis e infecciones ocultas en el anciano, para elaborar un puntaje predictivo de infección. El presente es un estudio prospectivo, longitudinal y observacional, desarrollado en el Hospital Regional EsSalud de Huancayo, Junín. Fueron incluídos 105 pacientes adultos admitidos a las Salas de Emergencia, Medicina, Cuidados Intermedios e Intensivos del hospital entre Marzo y Junio del 2008. Las variables categóricas fueron analizadas mediante la prueba de chi cuadrado y las variables continuas mediante ANOVA. RESULTADOS: La edad promedio fue de 74.6 años, la tasa de infección fue de 52.1%, el 25% tenían sepsis y el 14.6% desarrollaron shock séptico. El valor promedio de la PCR para pacientes infectados fue de 139.7 mg/dl y de 24.09 mg/dl en los no infectados. Un valor de PCR de 48 o más mg/dL predijo infección con una sensibilidad (S) de 94%, una especificidad (E) del 100% y un valor de área COR de 0.970. Usando la PCR junto con otras 3 variables: la presencia de trastorno de conciencia, el conteo de leucocitos > o iguales a 10000/mm3 y una temperatura > o igual a 37.5ºC se construyó el puntaje CLTP. El hallazgo de 2 de las 4 características en un mismo paciente se asoció con un 100% de Sensibilidad y Especificidad diagnóstica y un valor de área COR de 0.980. CONCLUSIONES: El puntaje CLTP permitiría realizar un diagnóstico precoz de infecciones en el paciente anciano.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 15 al 21 **Infectología Adultos - 2**

P Nº 19 SÍNTOMAS SISTÉMICOS Y COMPLICACIONES INFRECUENTES ASOCIADAS A BRUCELOSIS AGUDA Y MULTIFOCAL.

Ramírez Wong F. (1), Díaz Tavera Z. (2).
Hospital Emergencias José Casimiro Ulloa (1), Universidad Nacional Del Callao.

Son complicaciones infrecuentes la insuficiencia renal aguda (IRA), colecistitis, bursitis y celulitis; subdiagnosticadas, poco reportadas por su inespecífico cuadro clínico y mala respuesta a antibióticos. Presentamos caso de mujer de 54 años, ingresada a traumashock por 4 días de diarrea acuosa, dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos, hiporexia, fiebre vespertina y somnolencia. Fiebre 38.7°C, PA: 80/40 mm Hg. FC 145 X´, deshidratada, mucosas secas, abdomen distendido con resistencia, doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos disminuidos; piernas edematosas. Leucocitosis 17,200, plaquetopenia 65, 000, anemia 5.3 grs., hipokalemia 2.8, creatinina 7.7, urea 403, diuresis 650cc, proteinuria 682 mgs, acidosis metabólica. Ecografía : hepatomegalia, vesícula biliar excluida, esteatosis hepática; urianálisis: leucocitos 45, hematíes 35, leucocitos aglutinados 50,gérmenes 3+; urocultivo E. coli >100,000;tratada con ciprofloxacino y meropenen por 3 semanas, mejoró la IRA .Apareció dolor y placa máculopapular de 5x5 cms en cara posterior y distal de muslo ,rodilla y hueco poplíteo derechos, éste con quiste de 18x16 mm asociado a colección en músculo gastrecnomio 30x6x100 mm.; tomografía; bursitis suprarotuliana, gonartrosis; líquido sinovial turbio, leucocitos 200 a predominio linfomononuclear. Urocultivo negativo, continuó febril a los 22 días de hospitalización, sospechamos fiebre de origen oscuro y corroboramos brucelosis: Rosa Bengala positivo, aglutinación placa 1/160; recibió doxiciclina y rifampicina seis semanas, egresó afebril a los 32 días de estancia. Planteamos diagnóstico diferencial con obstrucción, perforación, absceso intestinales, tifoideo, tuberculosis, linfoma, dengue, leptospirosis, enfermedad oncológica, reumatológica. El caso presentó varias localizaciones conjuntamente; compromiso tercio distal fémur derecho, las lesiones cutáneas, poco frecuentes en adultos, menos del 5%.

Intervalo 15 al 21 **Infectología Adultos - 2**

P Nº 20 BACTEREMIA POR RAOULTELLA PLANTICOLA: REPORTE DE UN CASO.

Valencia C., Novoa C., Saavedra S. Pinto M., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: *Raoultella* spp son enterobacterias, hasta el 2001 informadas como *Klebsiella*. *R.planticola*, descrita por primera vez en 1981 como *K. planticola*, fue originalmente relacionada a infecciones ambientales de aguas y pescados. En la literatura, hay solo 10 casos de infección por *R. planticola* reportados en humanos. Se presenta un caso de bacteremia por dicho microorganismo. Caso clínico: Mujer, 73 años. Antecedentes de DM 2, HTA, suboclusiones intestinales repetidas, requiriendo hemicolectomía derecha con ileostomía. Presenta cuadro de un mes de aumento de débito de ileostomía, mal control metabólico y deterioro nutricional progresivo. En hospitalización evoluciona con shock séptico de foco abdominal. Del laboratorio destaca leucocitosis de 24290 mm3, 6% baciliformes, PCR 119, PCT 165, deterioro de perfil hepático y función renal. Se inicia imipenem + vancomicina. Ecotomografía abdominal compatible con hepatitis aguda en contexto de sepsis. Dos hemocultivos (+) a *Raoultella planticola* MS. Se ajusta terapia a ciprofloxacino con buena respuesta clínica. Discusión: Existen pocos casos descritos de infección por *R. planticola*, probablemente por la dificultad de la identificación microbiológica. Los cuadros clínicos asociados son diversos, incluyendo infecciones de piel y tejidos blandos e intraabdominales principalmente. Existen similitudes en los casos reportados: la mayoría son adultos mayores, con cierto grado de inmunosupresión, sometidos a procedimientos invasores. En lo reportado, los resultados con tratamiento antibiótico suelen ser exitosos, existiendo 2 casos de mortalidad asociada a *R. planticola* resistente a carbapenémicos. Nuestro caso concuerda con lo descrito en la literatura, principalmente en cuanto a los factores de riesgo y evolución.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 15 al 21 **Infectología Adultos - 2**

P Nº 21 MENINGOENCEFALITIS POR VIRUS EPSTEIN BARR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Pinto M., Novoa C., Saavedra S., Valencia C., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

Introducción: Las manifestaciones neurológicas de la infección por virus Epstein-Barr (VEB) constituyen una complicación rara (1-10% de los casos), pudiendo constituir la primera y única sintomatología de la infección. Historia Clínica: Mujer de 39 años, sin antecedentes de importancia, presenta cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre, calofríos, odinofagia y aumento de volumen amigdalino, por lo que recibió azitromicina por 7 días. Dada persistencia de síntomas consulta nuevamente, destacando parámetros inflamatorios discretamente elevados y perfil hepático con patrón mixto de predominio colestásico. TAC de cuello - tórax - abdomen y pelvis; ColangioRNM y ecocardiograma sin hallazgos patológicos. Cultivos (-). Serología para VHB/VHC/VIH, VDRL, Brucella y Bartonella, negativos. IgM para VEB y CMV negativo. Durante evolución destaca compromiso de conciencia cuantitativo, con anemia, trombocitopenia y hepatitis. RNM cerebral evidencia romboencefalitis. Punción lumbar resulta inflamatoria, de predominio mononuclear, con PCR para VEB (+). Se inician medidas de neuroprotección clásicas, con evolución favorable a la fecha. Discusión: El VEB se presenta en más de 90% de la población. La presencia de compromiso neurológico es un hallazgo poco frecuente, más aún en sujetos inmunocompetentes. La importancia de relatar este caso, es tener presente las manifestaciones neurológicas debidas al VEB, que en la mayoría de pacientes, como en nuestro caso, ocurren luego de una mononucleosis infecciosa. El diagnóstico se basa en hallazgos serológicos y presencia de DNA en LCR y sangre. El pronóstico a mediano plazo dependerá de la precocidad del diagnóstico y manejo neuroprotector.

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 22 ENCEFALITIS AMEBIANA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Saavedra S., Novoa C., Pinto M., Valencia C., Orellana K., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

INTRODUCCIÓN: Las amebas de vida libre son protozoos capaces sobrevivir y replicarse en el medio ambiente. Las de mayor importancia clínica son *Naegleria, Acanthamoeba y Balamuthia.* Las infecciones asociadas son raras, neurológicamente devastadoras y habitualmente fatales. Se presenta un caso de encefalitis amebiana. HISTORIA CLÍNICA: Hombre de 52 años. Antecedente de trasplante hepático por daño hepático secundario a virus hepatitis C y diabetes mellitus 2. Es encontrado comprometido de conciencia y con relajación de esfínteres. Al examen destaca en sopor superficial, asimetría facial y asterixis (+). TAC de cerebro: múltiples lesiones hipodensas corticales y subcorticales. RM: múltiples imágenes corticosubcorticales y profundas, en ambos hemisferios cerebrales, tronco y cerebelo, que no captan gadolinio. Punción lumbar: proteinorraquia aumentada sin pleocitosis; látex meningococo, tinta china, baciloscopía, PCR VHS1-2 y cultivos negativos. Ecocardiograma y TAC de tórax, abdomen y pelvis sin lesiones significativas. Se inicia meropenem y vancomicina. Evoluciona con deterioro progresivo de conciencia requiriendo conexión a ventilación mecánica. Se agrega anidalafungina y cotrimoxazol empíricamente. Se realiza biopsia estereotáxica de lesión frontal izquierda. Finalmente fallece, recibiéndose post-mortem biopsia que informa presencia de abundantes amebas tanto en estado quístico como trofozoítos, compatible con encefalitis amebiana necrotizante multifocal. DISCUSIÓN: Aunque la frecuencia de infecciones por amebas de vida libre es baja, constituyen una de las infecciones oportunistas emergentes de mayor interés; ya que su diagnóstico resulta muy difícil desde el punto de vista clínico y morfológico, realizándose generalmente post-mortem, debido al retraso diagnóstico y a la evolución fulminante de esta enfermedad.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 23 FASCITIS NECROTIZANTE CAUSADA POR EDWARSIELLA TARDA COMUNICACIÓN DEL PRIMER CASO EN URUGUAY.

Bagnulo, H (1), Galiana, A (2), Godino M (1), Gadea A (1).
(1) Cti Hospital Maciel Montevideo Uruguay, (2) Servicio Udyci Hospital Maciel.

Introducción: *Edwarsiella tarda* (Et) es un microorganismo infrecuente como patógeno en el ser humano. Bacilo gram negativo, se encuentra en agua dulce y peces. Las infecciones, ocurren ocasionalmente cuando las heridas son expuestas al medio acuático. Se presenta el primer caso a nivel nacional de infección de partes blandas debido a Et. Historia Clínica Hombre, 66 años, tareas rurales. Obeso. Lesiones tróficas de MMII Alcoholista. 48h de artromialgias, fiebre, dolor abdominal e ictericia. Analítica: Leucocitosis 8120, Bilirrubina Total/Bilirrubina Directa 9.88/5.42, Fosfatasa Alcalina 181, TGO 136, Tiempo de Protrombina 16%, Creatinina 4.44, Amilasemia 555. Al examen; Lúcido, Hipotermia de 35,0º, mal perfundido, flictenas en dorso de pie, y 1/3 proximal de pierna derecha de coloración violácea. Hepatoesplenomegalia. Reinterrogada la familia surge el antecedente de actividades de pesca deportiva en agua dulce 7 días previos al comienzo de la sintomatología. Evolución: Hipotensión mantenida, Disfunción multiorgánica. La exploración quirúrgica constata miositis, fascitis necrotizante. Fallece a las 36 horas del ingreso. De los cultivos realizados en sangre, flictena y músculo se aisló Edwarsiella tarda multisensible. Discusión: El hallazgo de Et constituye la primera comunicación en nuestro país. La presentación clínica fue engañosa. La amilasemia e ictericia orientaron precozmente a Pancreatitis. Posteriormente la disfunción multiorgánica y el entorno laboral hacen pensar en Hantavirus y Leptospirosis. La lección aprendida es la dificultad del diagnóstico certero en las primeras etapas de la fascitis necrotizante donde es determinante el alto índice de sospecha. Es necesario realizar incisiones precoces en tejidos sospechosos como el más certero método diagnostico.

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 24 MENINGITIS TUBERCULOSA: ANÁLISIS DE 108 CASOS NACIONALES POSTERIOR AL CONSENSO MUNDIAL DEL 2009.

Enberg M., Quezada ML.
Universidad De Los Andes, Hospital De Enfermedades Infecciosas.

Introducción: La meningitis tuberculosa es la forma más grave de infección por *Mycobacterium tuberculosis* produciendo una importante morbimortalidad. La clave para su disminución es el inicio precoz de la terapia antituberculosa, pero el cuadro clínico inespecífico y la falta de un test rápido suficientemente sensible lo dificultan. El año 2009 un grupo de expertos publicó un consenso mundial de definición de caso para facilitar su manejo y estandarizar los próximos estudios. Objetivo: bajo la nueva definición, analizar 108 adultos ingresados en Hospital de Enfermedades Infecciosas. Método: estudio retrospectivo y analítico de historias clínicas. Resultados: al aplicar los criterios al ingreso de los 108 casos, 6 (5%) tenían diagnóstico definitivo por baciloscopía, 62 probables y 38 posibles. 2 casos no cumplían los criterios, destacando que 1 de ellos tuvo cultivo de Koch positivo posteriormente. En 98% se habría iniciado en forma precoz la terapia antituberculosa. Con los resultados bacteriológicos del total de los paciente, 47% (51) correspondió a caso definitivo. Dentro de las características clínicas destacan mediana de 40 años, 64% hombres, 18% coinfección VIH. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre 87% y cefalea 80%, la triada clásica se presentó solo en 41%. El estudio del líquido-céfalo-raquídeo es claro en 94%, células menor a 500 en 95% y 87% predominio de mononucleares. Tratamiento antituberculoso fue recibido por el 97%, corticoidal por el 93%. Fallecidos 12%. Conclusión: los criterios del consenso ayudan al inicio precoz de terapia antituberculosa empírica, reflejándose con un 98% de pacientes de inclusión de nuestros casos.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 25 ABSCESO CEREBRAL POR PROTOTHECA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Luck M., Giorgio P., Pinoni MV., Jordan R., Verbanaz S., Martínez JV., Dezanzo P., Chomont JM., Efron E.
Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Aunque las algas están muy difundidas en la naturaleza, las infecciones humanas son muy infrecuentes. Presentamos un caso de un paciente inmunocompetente con absceso cerebral con diagnóstico anatomo-patológico de *protothecosis*. Historia Clínica y Exámenes complementarios: Varón de 19 años con antecedente de tratamiento de tuberculosis latente en la infancia. Ingresó a Cuidados Intensivos por traumatismo cerebral y paresia braquiocrural izquierda. La resonancia cerebral mostró una imagen compatible con absceso cerebral. Se realizó biopsia estereotáxica. Los cultivos para bacterias, hongos, micobacterias, PCR de TBC y parásitos fueron negativos. Inició tratamiento para absceso cerebral piógeno y tuberculoso. Luego de 2 semanas la resonancia no mostró cambios. La nueva biopsia estereotáxica evidenció en la anatomía patológica organismos esferoidales de aspecto de «mórulas» compatibles con absceso cerebral por *Prototheca* spp. Los cultivos fueron negativos. Se suspendió el tratamiento antibacteriano e inició Anfotericina B desoxicolato y luego liposomal. Por hipokalemia severa y refractaria se rotó a fluconazol completando 12 semanas de tratamiento. Evolucionó clínicamente sin secuelas y con resolución en imágenes. Discusión: *Prototheca* es un alga de distribución universal, pero excepcionalmente provoca infección en humanos. Las presentaciones más comunes son cutáneas y bursitis. Las formas diseminadas se describen en inmunocomprometidos. No hay en la bibliografía referencias a absceso cerebral por *Prototheca*. En este paciente no se pudo establecer la puerta de entrada ni un factor inmunológico predisponente. Recibió tratamiento con Anfotericina B y luego Fluconazol hasta la resolución clínica y radiológica.

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 26 NOCARDIOSIS CUTÁNEA EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Vallejo V. (1), Hernández P. (1), Alemán W. (1), Andino F. (1), Marcillo J. (1), Villa J. (1), Camposano S. (1), Vidal M. (1).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña.

Introducción: Enfermedad poco común de áreas tropicales y subtropicales, que suele ser subdiagnósticada. Ocasionada por una bacteria aeróbica gram positiva que se encuentra en el suelo y aguas estancadas. Ocasiona infección primaria cutánea o diseminada sobre todo en huéspedes inmunodeprimidos, sin embargo, tenemos dos casos en pacientes inmunocompetentes. Historia clínica: Caso 1. Masculino 34 años, agricultor con lesiones cutáneas tipo nódulo y pústulas en tórax de 7 años, con síntomas respiratorios de 3 meses, en lesión de piel tinción de Kinyoun bacilo parcialmente ácido y cultivo *Nocardia* spp. Caso 2. Masculino 31 años empacador de camarón, 3 años con lesiones cutáneas tipo nódulos, pústulas y abscesos en abdomen inferior, región lumbar y muslo izquierdo. Lesión de piel revela bacilo ácido alcohol resistente y cultivo *Nocardia* spp. Exámenes complementarios: Caso 1. Rx de tórax consolidación de ápex derecho, enfisema subcutáneo derecho, biopsia de piel lesión granulomatosa. El diagnóstico diferencial incluye, infecciones por *Staphylococcus aureus*, micobacterias no tuberculosas, leishmaniasis, esporotricosis, y en inmunodeprimidos criptococosis, histoplasmosis, aspergillosis, mucormicosis y blastomicosis. En ambos casos se descartó inmunosupresión, y al ser lesiones crónicas con nexos epidemiológicos sospechosos junto con tinciones ácido rápidas positivas, se inició tratamiento con cotrimoxazol en ambos casos por 5 meses con evoluciones favorables, sin recaídas. Conclusiones: La nocardiosis cutánea sigue siendo un reto diagnóstico por lo que ante infecciones cutáneas crónicas se debe tener alta sospecha de esta enfermedad y notificar a laboratorio para su aislamiento, ya que *Nocardia* puede tardar varias semanas en crecer en cultivos estándar.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 27 NEUMOTÓRAX BILATERAL SECUNDARIO A NEUMONÍA GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS OXACILINA RESISTENTE DE LA COMUNIDAD EN EL ADULTO.

Vidal F (1), Lama E (1), Zambrano A (2), Aleman W (3).
Hospital Kennedy.

INTRODUCCION: El *Staphylococcus aureus* de la comunidad resistente a oxacilina (CA-MRSA) ha demostrado ser un importante causal de neumonía grave, llevando a una mortalidad entre un 10 a 50%. La presencia de la toxina Panton Valentine-leucocidine (LPV) como principal factor de virulencia conlleva que la afectación pulmonar se manifieste como una neumonía necrotizante multilobar; con formación de abscesos, neumatoceles, especialmente en pediatría; siendo el neumotórax secundario una de las complicaciones que se puede presentar en menos del 10% de los pacientes. HISTORIA CLINICA: A continuación se describe el caso de una mujer de 17 años de edad, que ingresa por neumonía grave de la comunidad con el antecedente previo hace 7 días de presentar infección viral (varicela no complicada); que evoluciona tórpidamente con signos de insuficiencia respiratoria severa, y criterios de shock séptico. Se realizo lavado bronqueoalveolar con aislamiento de (CA-MRSA). En Rx / TAC de tórax se evidencio neumotórax bilateral refractario al manejo convencional; requiriendo decorticación por toracotomía, con evolución clínica favorable. CONCLUSION Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: La dificultad para un diagnóstico etiológico en neumonía grave de la comunidad es uno de los principales retos clínicos. Las complicaciones propias de la varicela como la neumonitis intersticial son presentaciones inusuales. Tanto la coinfección bacteriana como las posteriores a cuadros virales deberían hacernos sospechar en sobreinfecciones por microorganismos capsulados y *Staphylococcus aureus.*

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 28 BACTEREMIC PNEUMOCOCCAL PNEUMONIA: SEROTYPE DISTRIBUTION, ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY, AND RISK FACTORS FOR MORTALITY IN ADULT PATIENTS IN A SINGLE CENTRE IN CHILE.

Fica A, Bunster N, Olivares F, Porte L, Braun S, Dabanch J, Hormázabal Jc, Hernández A, Benavides Mg.
Servicio De Infectología, Laboratorio De Microbiología, Unidad De Pacientes Críticos, Servicio Enfermedades Respiratorias, Hospital Militar De Santiago, And Subdepartamento De Microbiología, Instituto De Salud Pública De Chile.

Bacteremic pneumococcal pneumonia (BPP) is a severe condition. Aims: Evaluate seasonal distribution, mortality, serotype frequencies, antimicrobial susceptibility and different severity scores among patients with BPP. Patients and methods: BPP patients were identified by laboratory data and restricted to adulthood. Standard methods were used for serotyping and antimicrobial susceptibility. Risk factors were analyzed by univariate and multivariate methods. Severity scores were compared using ROC curves. Results: Between 2005 and 2010, 60 events of community-acquired BPP occurred in 59 patients. A seasonal pattern was detected. Mean age was 72.1 years old, and 81.4% were ≥ 60 years old. Most (94.9%) had a predisposing factor. Previous influenza (3.3%) or pneumococcal immunization (1.7%) was infrequent. Admission to critical units was required by 51.7%. Twenty two serotypes were identified among 59 strains. Only one strain was intermediate to penicillin (1.7%). In-hospital mortality reached 33.3%. Multivariate analysis identified a CAP PIRO score > 3, age ≥ 65 years, and a platelet count < 100000/μL as significant independent factors linked to death. ROC curve analysis revealed not statistical differences between the 3 severity scores to predict death (AUC 0.77-0.90). The prognostic yield for all of them was limited (LR+:1.5-3.8). Conclusions: BPP had a high case-fatality ratio in this group of adult patients with no association to resistant isolates. Serotype vaccine coverage was limited (72% for the 23v non-conjugated vaccine and 50% for the 13v conjugated vaccine). Three independent factors were related to death and the prognostic yield of different severity scores was limited.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 29 SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE RENAL.

Gonzáles L. (1), Fernández L. (2), Molina C. (3)
Departamento De Trasplantes. Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. Lima-Perú.

Introducción: Citomegalovirus, ubicuo, inmunomodulador, altamente prevalente, infecta al hombre y permanece latente en células mieloides y órganos linfoides. Importante infección oportunista en trasplante renal. Síndrome hemofagocítico por genética primaria ó secundaria a procesos neoplásicos/infecciosos. Historia clínica: Mujer 60 años, enfermedad renal por Poliquistosis renal, PPD 14mm, injerto renal cadavérico, derrame pleural, VDRL reactivo. Compatibilidad sanguínea, HLA 3 mismatching, PRA I: 11%-II: 17%, Cross match compatible, CMV D (+)/R (+), EBV D (+)/R (+).Tiempo isquemia fría: 10horas. Inmunosupresión: Basiliximab, Tacrolimus, Micofenolato y Prednisona. Diuresis espontánea, función renal inmediata, alta 7ºdía. Cursó Febril, dolor abdominal, diarrea flujo alto, deshidratación severa, compromiso hemodinámico y hepato-esplenomegalia. Shock séptico, síndrome convulsivo generalizado, encefalopatía. Hiponatremia < 125 mEq/l, bicitopenia, hiperferrinemia, hemofagocitosis en AMO. Evolución favorable. Resultados: Leucocitos 1930µl, Hb:8,7g/dl; plaquetas 231000µl-828000µl; LDH 547IU/l; hiperferritinemia 1412ng/ml; hipotriglicéridemia 54 mg/dl; hipoalbuminemia 2,7g/dl; hipofosfatemia 1,3mg/dl, GGTP 31U/L; AST and ALT < 20U/L; ALP 55U/L; Urea 20mg/dlm, creatinina 1,1mg/dl, hiponatremia 123,9mEq/l; proteinuria/24h:1,1g/d; Tacrolimus: 3,1-18,8ng/ml; GFR:74 ml/min/1.73 m2. Cultivos negativos. Carga viral CMV 105 909copias/ml. Biopsia: Proctitis crónica inespecífica leve, múltiples focos erosivos. Diagnóstico: 1.Síndrome hemofagocítico secundario: Citomegalovirus/Linfoproliferativo.2.Shock séptico: Bacteriana/Viral/Fúngica. 3. Encefalopatia: Infecciosa/Neurotoxicidad 4.Hiponatremia secundaria: Síndrome Hemofagocítico/Dilucional.5.Bicitopenia secundaria: Medicamentosa/Infecciosa. Discusión: Síndrome hemofagocítico en 0,4% trasplantados renales; patogénesis desconocida, trastorno inmunológico por activación incontrolada de función citotóxica de linfocitos T, función células NK disminuida o ausente y actividad citotóxica CD8+defectuosa. Con cuadro clínico pleomórfico, por infecciones y/o neoplasias, 20% causa no identificada. Mortalidad 53%. Karras et al, de 4230, 17 casos con Hemofagocitosis, 47%(8) fallecen, nefrectomía del injerto: 4 de 9 sobrevivientes (44.4%).

Intervalo 22 al 30 **Infectología Adultos - 3**

P Nº 30 ALTA INCIDENCIA DE BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS. DATOS DE LA COHORTE URUGUAYA.

Prieto J, Medina J, Castelli J, Valverde M, Grecco G, Scalone P, Menéndez JM, Gerona S.
Unidad Bi Institucional De Enfermedades Hepáticas Complejas (Hospital Militar, Hospital De Clínicas). Programa De Trasplante Hepático-Uruguay.

Las infecciones bacterianas son frecuentes en el paciente trasplantado determinando importante morbimortalidad. Para determinar la incidencia de las infecciones bacterianas en el primer mes pos trasplante y su perfil de susceptibilidad se realizó un estudio de cohorte en el cual los pacientes con trasplante hepático fueron incluidos prospectivamente en nuestra base de datos nacional, BaDaInTOS. Período de estudio comprendido entre el julio de 2009 a noviembre 2012. Resultados: 52 pacientes trasplantados hepáticos. Profilaxis quirúrgica, ampicilina sulbactam asociada a cefazolina en 55,7% de los pacientes, en el restante 44,3% se ajustó a factores individuales. De los 52 pacientes, 17 desarrollaron al menos una infección de etiología bacteriana en el primer mes; (9 presentaron 1 episodio; 4 pacientes 2 episodios y los 4 restantes presentaron 3 o más). Los principales focos identificados fueron: neumonías 10 episodios e Infección de sitio quirúrgico (ISQ) 7 episodios. La incidencia de ISQ es del 13,46%. De la totalidad de los 40 microorganismos aislados: los bacilos gram negativos (BGN) presentan un franco predominio (77,5%); *Acinetobacter baumannii y Klebsiella pneumoniae* fueron los más prevalentes; con un perfil de extremada resistencia en el 100% de los aislamientos a Acinetobacter baumannii y de multirresistencia en el 63% de las *Klebsiella pneumoniae*. Conclusiones: En nuestro centro las complicaciones infecciosas bacterianas son un problema frecuente en el primer mes pos trasplante; con un franco predominio de BGN MR. Los focos más frecuentes son el respiratorio e ISQ. La profilaxis quirúrgica, ha mostrado eficacia comparable a la de centros de referencia.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 31 ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CANDIDEMIA EN CÓRDOBA ARGENTINA.

Medeot M.(1,3), Sartori L.(1,3), Riera Fo(2,4), Bergallo Ce(2, 4), Minoli J(4), Vilchez V.(2) Sánchez P.(1,3), Abiega C(1,3), Caeiro Jp(1,3).
Hospital Privado(1), Sanatorio Allende(2), Hospital Ferreyra(3), Hospital Córdoba(4).

Introducción: La candidemia es una causa importante de morbimortalidad hospitalaria, está asociada a pacientes oncológicos, con postoperatorio complicado, en unidades críticas, quemados, trasplantados, y bajo peso al nacer. Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico, retrospectivo en cuatro Hospitales de nivel terciario de la Ciudad de Córdoba, Argentina para determinar las especies de *Candida* presentes en nuestro medio desde enero 2010 a agosto de 2012. Resultados: Se incluyó 118 pacientes de 2 meses a 81 años de edad (promedio 44,5 años) con desarrollo positivos de *Candida* en sangre. El 56% (66) de las candidemias fueron de tipo no albicans, de las cuales las más frecuentes correspondían a las especies *parapsilosis* (39% n=26) y a la especie *tropicalis* (21% n=14). En 52 pacientes (44%) se aisló *Candida albicans*. El 42% (50) de las candidemias fueron asociadas a catéter de los cuales la mayoría (64%) desarrollaron *Candida* no albicans siendo las especies más prevalentes *parapsilosis y tropicalis* (44% y 19% respectivamente). El 59% (70) de las candidemias desarrollaron de pacientes que estaban cursando internación en unidad de cuidados intensivos en el momento del diagnóstico. Conclusión: En nuestro medio las especies no *albicans de Candida* son la causa más frecuente de candidemia. Un alto porcentaje provienen de pacientes internados en cuidados críticos y asociadas a catéter.

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 32 ASPECTOS CLÍNICOS Y MICROBIOLÓGICOS DE LA CANDIDEMIA EN NO NEUTROPÉNICOS.

Candia E., Samudio DG C., Núñez D., Pérez D.
Instituto De Previsión Social

Objetivos: Determinar aspectos clínicos y microbiológicos en pacientes no neutropénicos con candidemia. Material y Métodos: Trabajo observacional descriptivo de corte transverso de 66 pacientes internados en un Hospital de tercer nivel con aislamiento Candida en hemocultivos desde Enero 2011 a Setiembre 2012. Resultados: Se estudiaron 66 pacientes con Candida en hemocultivos, 62% sexo masculino, edad media de 68.6 (±13.9) años, estancia hospitalaria media 46.09 (±33.1) días. Las comorbilidades fueron 76%Hipertensión Arterial, 41%Diabetes Mellitus, 24 % Nefropatía, 11 % Neoplasia y el 45% fue sometido cirugías. Todos los pacientes recibieron antibioticoterapia previa, promedio de 4.3 antibióticos por cada paciente, los más utilizados Carbapenémicos 89%, Vancomicina76%, Piperacilina/Tazobactam 47%, Colistina 41% y Quinolonas53%. Las especies aisladas fueron *C. parapsilosis* 30,3%, *C. albicans* 30,3%, *C. tropicalis* 24%, *C. famata* 4.5%, *C. glabrata* 7.5%, *C. pelliculosa* 1.5% y *C. guillermondi* 1.5%. El 95.7% demostró sensibilidad al fluconazol, 1.5% sensibilidad intermedia y 3.03% resistencia al mismo. El 98.5% sensibles a Anfoterina B desoxicolato y 1.5% resistentes a la misma. El 54.5% de los pacientes falleció, edad promedio 70(± 15.2) días, y una estancia hospitalaria media de 50(±32.7) días, correspondiéndose en un 69.4% a especies de *Candida* no *albicans*. De los que fallecieron 25% no recibió tratamiento antifúngico, 61% recibió menos de 2 semanas y 14% recibió por más de 2 semanas. Conclusiones: Se observo candidemia en pacientes con estancia hospitalaria prolongada, antibioticoterapia de amplio espectro. Se aisló en misma proporción *C. albicans y C. parapsilosis*. Aparentemente la mortalidad podría deberse al inicio tardío o falta de tratamiento.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 33 INFECCIÓN CEREBRAL POR SCEDOSPORIUM APIOSPERMUM: CASO CLÍNICO ADULTO.

Candia E., Benítez G., Silva G., Aguilar G.
Instituto De Previsión Social Hospital Central.

Introducción: *Scedosporium apiospermun* es la forma asexuada de *Pseudallescheria boydii*. Se ha presentado en forma cada vez más frecuente como agentes viscerales en pacientes inmunoduprimidos. Caso Clínico: masculino 44 años, post operado de trasplante renal un mes antes del ingreso, historia de 48 h de hemiparesia izquierda, progresa a parálisis facial derecha, desvío de la mirada hacia lado contralateral y afasia de expresión, sin trastornos del estado de conciencia. TAC simple de cráneo: imágenes hipodensas en región frontoparietal izquierda, temporal y talámica derecha. Se inicia tratamiento para Cerebro Agudo. Diagnóstico probable Accidente Cerebrovascular, en nueva TAC de Cráneo progresión de lesiones luego de 48 h. Se inicia tratamiento empírico con meropenem, vancomicina,trimetoprim/sulfametoxazol y anfotericina B. RMN con contraste revela efecto de masa y realce en anillo de las lesiones y visualización de nuevos abscesos a los 8 días de tratamiento. Progresa a Falla Orgánica Múltiple y fallece a los 12 días de internación. En cultivo post morten de la lesión cerebral se aísla *Scedosporium apiospermum*. Diagnósticos Diferenciales: Toxoplasmosis Cerebral, Nocardiosis, Actinomicosis, Paracoccidiomicosis, Aspergilosis, Tuberculosis, Herpes Virus Simple, Linfoma Primario de SNC. Discusión: Las infecciones fúngicas intracraneales debida *S. apiospermum* son difíciles de tratar y a menudo son fatales, se puede mejorar el pronóstico teniendo un alto índice de sospecha, el diagnostico se establece precózmente y se instala terapia antifúngica apropiada con la exéresis quirúrgica.

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 34 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS AGUDA: PRESENTACION ATIPICA.

Cárdenas G, Sánchez Cunto M, Samaniego M, Ros M, Lavarra E, Echazarreta S, Trombetta L, Messina F, Arechavala A, Negroni R.
Hospital Francisco Javier Muñíz.

Introducción: La pracoccidioidomicosis (PCM) es endémica en Latinoamérica y es causada por el hongo termo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. La forma aguda infanto-juvenil, una de las presentaciones clásicas de PCM, se caracteriza por afectar casi exclusivamente a individuos menores de 35 años. Historia clínica: Hombre de 71 años, paraguayo, chagásico, trabajador rural en su juventud. Consulta por presentar desde hace 2 meses fiebre, síndrome de impregnación, diarrea y compromiso del sistema retículoendotelial con hepatosplenomegalia y conglomerados poliadenomegálicos con supuración espontánea. No presenta compromiso mucocutáneo ni pulmonar. Tras el diagnóstico de PCM inició anfotericina B y luego Trimetoprima sulfametoxazol con buena respuesta clínica. Exámenes complementarios • Examen micológico de aspirado de adenopatía cervical: fresco y cultivo *P. brasiliensis* • Coproparasitológico: levaduras compatibles con *P. brasiliensis* • Serología para PCM: positiva. • Paracoccidioidina: negativa. • Proteinograma electroforético: hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia policlonal. • Cortisol: 16.9 ng/ml. • Tomografia axial computada: Abscesos en ambos psoas. Discusión y diagnósticos diferenciales: Se presenta un paciente con un patrón clínico y de laboratorio típico de la forma aguda de PCM. Sin embargo, resulta una excepción el reporte de esta presentación en la octava década de la vida. La gravedad del caso se refleja en la intensidad y diversidad órganos afectados, involucrando incluso aquellos raramente descriptos en la bibliografía: psoas y tubo digestivo. Entendemos que a pesar de ser una presentación altamente sugestiva de PCM por clínica y epidemiología, la edad del paciente obliga a sospechar otros diagnósticos, principalmente procesos oncohematológicos y micobacterianos.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 35 MENINGITIS POR CANDIDA ALBICANS COMO UNICA MANIFESTACIÓN DE CANDIDASIS INVASORA: PRESENTACIÓN CLINICA INUSUAL EN UN HUESPED ADULTO MAYOR.

Mattiello V., Cusmano L., Viteri M., Terusi A., Rebora J., Herrera J., Ezcurra M.
Unidad Asistencial Por Más Salud Dr. Cesar Milstein. Ciudad Autónoma De Buenos Aires.

Introducción: La Candidiasis invasora (CI) es una patología que afecta a pacientes con procedimientos invasivos, neonatos, postneuroquirúrgicos e inmunosuprimidos. El impacto a nivel del SNC es una manifestación inusual en huéspedes inmunocompetentes, con elevada mortalidad. Se describe un caso de meningitis por *Candida albicans* con fisicoquímico del LCR normal en un huésped adulto mayor. Historia clínica: paciente femenino, 74 años con antecedentes de epilepsia, quiste subaracnoideo. Dos internaciones por crisis comiciales y neumonías tratadas con antibióticoterapia en el mes previo a la internación. Ingresa el 8/08/12 a UCI por Shock séptico y deterioro del sensorio. Con el 1° LCR con fisicoquímico normal, inicia tratamiento antibiótico por sepsis. Al sexto día, se aislan levaduras en LCR. Inicia fluconazol, luego de una 2° PL. El 1° y 2° LCR: *Candida albicans*. Se rota a Anfotericina liposomal y a los 7 días de tratamiento efectivo, el cultivo del LCR fue negativo. Completa 4 semanas de Anfotericina. Con secuelas neurológicas y varios eventos clínicos de infecciones intrahospitalarias, la paciente fallece a los 2 meses. Exámenes complementarios: 10/08 anticuerpos VIH neg. 10/08 y16/08 Cito-fisicoquímico LCR normal.10/08,16/08 Hemocultivos/pta de catéter negativos.10/08,16/08 y 23/08 LCR: *Candida albicans*. 31/08 y 07/09 LCR cultivo negativo y fisicoquímico normal. RNM de encéfalo: quiste cortico-subcortical. Discusión: La meningitis como única manifestación clínica de CI es una patología infrecuente, especialmente en un paciente sin antecedentes de inmunosupresión severa, cirugías y LCR con fisicoquímico normal. Su diagnóstico precoz requiere una alta sospecha clínica para un adecuado tratamiento antifúngico precoz, efectivo y oportuno.

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 36 UTILIDAD DEL ESTUDIO DE MICROSOPIA DIRECTA DE MEDULA OSEA EN EL DIAGNOSTICO DE HISTOPLASMOSIS EN PACIENTES CON VIH.

Marcillo J. (1), Aleman W, (2), Andino F, (2), Espinoza A, (2), Vallejo V, (2), Villa J. (2), Camposano S. (2), Vidal M. (2).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña. Guayaquil, Ecuador.

Introducción: La histoplasmosis continúa siendo una de las infecciones oportunistas más frecuentes en países tropicales en pacientes con VIH. La afectación sistémica es la de mayor dificultad diagnóstica, en muchos casos confundida con tuberculosis, retardando los inicios terapéuticos y elevando la mortalidad. El diagnóstico de laboratorio de la histoplasmosis diseminada se basa entre otras, en técnicas de cultivo con sensibilidad del 85%, microscopia directa 43%, detección de antígenos 92% y de anticuerpos 71%. Objetivo: Correlacionar el cultivo de médula ósea con la microscopía directa en pacientes VIH en el diagnóstico de histoplasmosis. Métodos: Estudio retrospectivo observacional de los cultivos de médula ósea realizado en el Departamento de Micología del Instituto Nacional de Salud e Investigación y las microscopías directas realizadas por el Servicio de Hematología en el año 2011. El estudio fue aprobado por el comité de ética. Resultados: Se estudiaron 322 muestras de médula ósea, el cultivo confirmó el diagnóstico de histoplasmosis en el 24% de las muestras (n= 77), de éstas se observó a través de la microscopía directa coloreada con Giemsa estructuras compatibles con *Histoplasma* en 60% (n= 46). Conclusiones: El cultivo de médula ósea es el método diagnóstico definitivo de histoplasmosis diseminada, su utilidad es muy pobre debido a que sus resultados se obtienen en 2 a 4 semanas. La microscopía directa en nuestro hospital ha sido de mucha utilidad ante la ausencia de pruebas diagnósticas sensibles y específicas. Se necesitan nuevas técnicas moleculares que mejoren el diagnóstico oportuno.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 31 al 37 **Infecciones Fúngicas - 1**

P Nº 37 INCIDENCIA DE COINFECCIONES ENTRE PACIENTES HIV Y CRIPTOCOCOSIS.

Cuesta Cruz Julian; Aleman Espinoza Washington
Hospital De Infectología

Introducción: En el Hospital de Infectología existe una gran cantidad de pacientes con diagnóstico de criptococosis que en la actualidad están con tratamiento específico pero existe una alta tasa de abandono terapéutico representado en la alta mortalidad por esta enfermedad. OBJETIVO: Describir las infecciones oportunistas del sistema nervioso central en los pacientes con VIH atendidos en un Hospital de Infectología. MATERIAL Y MÉTODOS: El estudio se realizó durante el año 2011 en el Hospital. Fue descriptivo y retrospectivo de los casos de confección VIH/SIDA y criptococosis. RESULTADOS: Se encontraron 67 casos de infección del SNC. Predominaron los hombres jóvenes (28 años). Se encontraron: encefalitis por *Toxoplasma gondii* (24%), criptococosis meníngea (28%) y tuberculosis meníngea (16%). Sólo el 31% de los pacientes estaba recibiendo terapia antirretroviral y la infección del SNC definió el SIDA en 84%. El 93% tenía menos de 200 células CD4+/mm3. El tratamiento fue con Anfotericina B (100%), la dosis media utilizada (500 mg). Los efectos colaterales más frecuentes fueron, alteraciones electrolíticas (K: 78%) e insuficiencia renal con el 72%. El tratamiento con ARV usado fue el Viraday con el 45%. El Método de diagnostico fue la tinción de Tinta China del LCR obtenido por Punción Lumbar con el 68%. El 42% de los pacientes estaban vivos a los 6 meses: la supervivencia en los pacientes con criptococosis meníngea fue (37%). Conclusión: Las infecciones oportunistas del SNC son frecuentes y tienen gran impacto sobre su supervivencia.

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 38 PREVALÊNCIA DE PARACOCCIDIOIDOMICOSE EM AUTÓPSIAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO BRASIL - DADOS PRELIMINARES.

Resende Lsr. (1), Yasuda Ag (2), Domingues Mac (3), De Faveri J (4), Marques Sa (5), Mendes Rp (6)
Faculdade De Medicina De Botucatu – Unesp.

Introdução: É do conhecimento geral que a paracoccidioidomicose é endêmica em nossa região geográfica (Estado de São Paulo, Brasil), mas não há dados sobre prevalência. Métodos: Foi realizado estudo retrospectivo de autópsias de todos os pacientes que faleceram em nosso Hospital Universitário, de 1984 a 2012, período em que os dados estão informatizados. Foram determinados os dados do total de pacientes com PCM, e do total de autópsias. Resultados: No período estudado, foram encontrados 114 casos de PCM, dentre um total de 13611 pacientes autopsiados. Discussão e conclusões: Nossos trabalhos de levantamento de dados continuam. Os dados atuais indicam para uma prevalência de PCM, em nossa região geográfica, de 8,4 em cada 1000 autópsias (0,083 / 100.000).

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 39 EVALUATION OF ADRENAL IMPAIREMENT IN PATIENTS WITH PARACOCCIDIOIDOMYCOSIS

Farat Jg, Cavalcante Rs, Levorato Ad, Sylvestre Tf, Carvalho Lr, Mendes Rinaldo P.
Faculdade De Medicina De Botucatu - Unesp

Introduction: Adrenal involvement in paracoccidioidomycosis (PCM) is observed in severe cases and can lead to acute crisis and death. Objective: To evaluate the clinic, laboratory, and image findings, and therapy of Addison's disease in PCM-patients. Method: Patients with confirmed PCM and adrenal involvement were studied. A standardized card with epidemiologic, clinic and laboratory data was filed for each patient. Results: Adrenal involvement was identified in 20 PCM-patients: 90% were male; ages ranged 17-62 years (median of 44 years); 90% showed the chronic form; 65% revealed late manifestations of adrenal insufficiency; the main complaints were malaise, anorexia, weight loss, weakness, asthenia, postural hypotension, nausea, and hyperpigmentation of skin and oral mucosa; hyponatremia and hypochloremia were common; hyperkalemia was common, except for patients with intense vomiting. Adrenals' function tests showed decreased basal cortisol plasma levels and/or absence of adrenal reserve. Prevalence of altered adrenal CT scan was 84%, showing increased diameters, hypodense areas and calcifications. Cotrimoxazol was the treatment for 90% of the cases. Prednisone was used by 40% of the patients and prednisone plus fludrocortisone by 45%; cases with barely compromised adrenal reserve (15%) did not require hormone replacement. All the patients maintained clinic, radiologic and serologic cure in a follow-up of 4 - 22 years (median of 10 years). Conclusion: Adrenal insufficiency in PCM-patients can manifest early, at the initial clinical picture, or later, after starting the antifungal therapy. Hormone replacement and antifungal compounds lead to a complete recovery but, most of the cases need a lifelong therapy of substitution.

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 40 PREVALENCE OF INVASIVE ASPERGILLOSIS IN HEMATOLOGICAL AND BONE MARROW TRANSPLANTATION FACILITIES IN GOIÂNIA, BRAZIL.

Cinta H.S. (1), Saddi V.A. (1), Arantes A.M. (1).
Laboratório De Transplante De Medula Óssea, Associação De Combate Ao Câncer Em Goiás (Accg).

Introduction: Invasive aspergillosis is a serious and often fatal infection in hematological and bone marrow transplantation patients. The frequency of the disease is not exactly known due to inadequate reporting and the lack of facilities to diagnosis. Delayed diagnosis and late therapy may lead to poor outcomes. Diagnosis may be facilitated by a test for galactomannan antigen detection using an enzyme immunoassay. Objectives: The aim of this study was to evaluate the frequency of galactomannan positive cases among patients with malignant hematologic disease in Goiânia, Brazil. Methods: The test was performed in 58 patients. Specimens were collected over a period of three months. After peripheral blood collection the samples were analyzed at Laboratório de Transplante de Medula Óssea, ACCG. The test was performed using an enzyme immunoassay (Platelia® Aspergillus, Bio-Rad Laboratories, Hercules, CA). Results: Galactomannan antigen was detected in 11 out of 58 patients (18%). Two of the 11 galactomannan positive patients received bone marrow transplantation and all of them were neutropenic for at least 7 days. Eight of the galactomannan positive patients were submitted to chest CT, suggesting the diagnosis of Invasive Aspergillosis. Conclusions: The prevalence of Invasive Aspergillosis varies in different populations and rates from 5 to 20% have been reported elsewhere. Our results show an Invasive Aspergillosis frequency of 18%, confirming the previous reported results. Also it was demonstrated that detection of galactomannan is an useful method for the diagnosis of Aspergillosis in patients who have hematological malignancies or who underwent hematopoietic cell transplantation.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 41 PRESENTACION CONCOMITANTE DE HISTOPLASMOSIS Y PARACOCCIDIODOMICOSIS EN PACIENTE NO VIH.

Cristaldo M, Taboada A., Benítez G., Samaniego S., Aguilar G.,
Instituto De Medicina Tropical.

Introducción: Histoplasmosis y Paracoccidioidomicosis son micosis crónicas, sistémicas y progresivas, con una misma vía de adquisición, que se presentan casi siempre en forma aislada en pacientes inmunocompetentes y pueden asociarse cuando hay compromiso de la inmunidad. La coinfección está muy poco descripta, incluso en pacientes con VIH, lo que motivó la presentación de éste caso. Caso: Varón, 50 años. Consulta por 5 meses de cefalea, 1 mes de fiebre, 15 días de mareo y astenia, 8 días de alteración visual, 6 meses de úlceras en brazo y muslo izquierdos, muslo y planta de pie derechos. TAC de tórax: infiltrado perihiliar y fibrosis pulmonar. TAC de cráneo: hipodensidades generalizadas. Ingresa estable; múltiples úlceras. Rx. de tórax: imágenes algodonosas difusas bilateral. Presenta leucocituria persistente. Escarificación: *Histoplasma capsulatum* y biopsia *Paracoccidioides brasiliensis*, brazo izquierdo. BAL: *Histoplasma capsulatum*. Escarificación: *Paracoccidioides brasiliensis* y biopsia: proceso inflamatorio crónico granulomatoso no caseificante con células gigantes multinucleadas, de pie derecho. HIV y HTLV I-II: negativos, CD4:668, NBT activado:43, Fagocitosis:21. Edema de papila bilateral; en ojo derecho 3hemorragias en polo posterior. Inicia Anfotericina B, seguido de itraconazol por 9meses. Discusión: las características clínicas nos hicieron sospechar una micosis, que fue confirmada con los estudios realizados. La paracoccidioidomicosis puede asociarse a otras enfermedades con compromiso inmunitario como neoplasias o TBC. La histoplasmosis se diagnostica más frecuentemente en pacientes con SIDA. La asociación de ambas micosis sistémicas promueve la búsqueda de una enfermedad inmunosupresora. En este caso se trata de un paciente con déficit en la función de los fagocitos.

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 42 IDENTIFICACIÓN FENOTÍPICA Y MOLECULAR DE CRYPTOCOCCUS SPP AISLADOS DE PACIENTES VIH (+) CONSULTANTES EN EL HOSPITAL DR LUCIO CÓRDOVA, SANTIAGO, CHILE.

Díaz M.C (1), Torres P, (1), Poblete H (2), Hermosilla G (1).
(1) Programa De Microbiología Y Micología, Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile. Santiago, Chile.

Criptococosis es una enfermedad oportunista que se presenta mayoritariamente en pacientes inmunodeprimidos, ocupando el segundo lugar dentro de las infecciones oportunistas en pacientes VIH (+). *Cryptococcus neoformans* continúa siendo el agente causal más frecuentemente aislado. Objetivo: Identificar y analizar el perfil genotípico de las cepas aisladas para constatar variabilidad genética. Material y Métodos : 38 cepas aisladas de LCR de pacientes VIH (+) fueron identificadas en base a observación de la cápsula , producción de ureasa , asimilación de Hidratos de Carbono y Nitrógeno y se determinó variedad por canavanina-glicina-azul de bromotimol (CGB) . Se analizó el perfil genotípico mediante la amplificación aleatoria de ADN polimórfico (RAPD) con los partidores OPBA01-OPBA02 y OPBA03. Resultados: Las 38 cepas analizadas correspondieron a *Cryptococcus neoformans* var neoformans. El análisis genotípico de 20 cepas reveló una distancia genética menor o igual a 0,1 entre ellas, lo que sugiere un origen común y microevolución. Conclusión: Cepas de C. neoformans, con un origen común, pueden experimentar procesos microevolutivos que explican la aparición de variantes genotípicas que persisten en el tiempo.

Fecha de Presentación: 29 de Mayo de 2013

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 43 HALLAZGO DE CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS EN BIOPSIA DUODENAL DE UN PACIENTE CON HIV-SIDA.

Bertelli M. (1), Pacífico N. (1), Ros M. (1), Benchetrit A. (1), Lavarra E. (1), Echazarreta S. (2), Orduna T. (2), Messina F. (3), Arechavala A. (3), Negroni R. (3).
Instituciones: Hospital De Enfermedades Infecciosas Francisco J. Muñiz, Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La criptococosis es la micosis sistémica más frecuentemente asociada al SIDA. El sistema nervioso central es el principal órgano blanco, siendo excepcional la afección del tubo digestivo. Caso clínico Hombre de 29 años, HIV+, 88 CD4+/ml sin tratamiento antirretroviral, en tratamiento antifímico por tuberculosis diseminada. Consultó por disfagia y deshidratación secundaria a diarrea y vómitos. Por visualización de *Isospora belli* en estudios coproparasitologicos y sospecha de candidiasis esofágica inició tratamiento con fluconazol 200mg/día y trimetoprima-sulfametoxazol. Tras una semana de tratamiento, con mejoría parcial del cuadro, se realizó endoscopía digestiva alta con visualización de candidiasis esofágica leve. Se tomó biopsia de mucosa duodenal con examen directo y cultivo positivo para *C. neoformans* por lo que se aumentó la dosis de fluconazol a 800mg/día. Se solicitó antigenemia para *C. neoformans,* cultivo micológico de sangre, liquido cefalorraquídeo y lavado bronquioalveolar. Todos los resultados fueron negativos. El paciente evolucionó favorablemente. Discusión: Se describe el hallazgo de *C. neoformans* en intestino delgado de un paciente inmunocomprometido con sintomatología digestiva. La presencia de otros patógenos que justifican los síntomas y el inicio previo de tratamiento antifúngico hace dudosa la contribución de *C. neoformans* al cuadro clínico. La documentación de la micosis sólo en tubo digestivo abre la posibilidad de una criptococosis intestinal aislada, hecho que contrasta con los reportes de la literatura que describen el compromiso concomitante de otros órganos. Entendemos lo excepcional del hallazgo aislado de *C. neoformans* en tubo digestivo y consideramos correcta la investigación exhaustiva de su presencia en otros órganos.

Intervalo 38 al 44 **Infecciones Fúngicas - 2**

P Nº 44 SERUM ANTIGEN TITERS FOR MONITORING THE ANTIFUNGAL THERAPY IN NON-HIV-INFECTED CRIPTOCOCCAL PATIENTS.

Cavalcante Rs (1), De Faveri J (2), Coelho Kyr (2), Moris Dv (1), Mondelli Al (3), Carvalho Lr (4), Mendes Rp (1).
(1) Departament Of Tropical Diseases, (2) Departament Of Pathology, (3) Departament Of Internal Medicine – Faculdade De Medicina De Botucatu, São Paulo State University - Unesp. (4) Departament Of Biostatistics, Instituto De Biociências De Botucatu – Unesp.

Introduction: Detection of serum cryptococcal antigen has been used as diagnosis, but there are few studies to evaluate this test in the follow-up of treatment. Objective: To evaluate the serum levels of cryptococcal antigen during the follow-up of non-HIV-infected criptococcal patients. Methods. Serum samples from 18 non-AIDS patients with confirmed criptococcosis, attended from 1989 to 2010 at the University Hospital of the Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, were collected before treatment and during the follow-up, and stored at -70oC. Cryptococcal antigen serum levels of 256 samples were evaluated at the same time by the latex agglutination test (c-LAT), employing the same kit. Results. The c-LAT showed a 83.3% (15/18) sensitivity. After treatment, 14 (93.3%) of 15 patients showed decrease of the antigen serological titers: 6 (40.0%) of them became negative and 8 showed decreasing titers ranging between 2 and 9 (median=3.5) dilutions. Data showed that 88.2% and 54.5% of the variability in the antigen serum levels were associated with antifungal therapy in patients with descending curve to negative ($R2=0.882$; $p<0.00001$) and in cases with descending curve to a median of 1:16 ($R2=0.544$; $p<0.00001$), respectively. Difference between the two populations regression coefficients was also demonstrated ($t=-3, 28$; $p=0.002$). No differences between patients with an immunosuppressive disease or condition and without immunosupression were observed. Conclusion: The c-LAT can be useful in the follow-up of non-HIV-infected criptococcal patients, but should be performed using the same kit at the same time.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 45 EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN UNA POBLACIÓN DE ASISTENCIA PRIVADA EN UN PERIODO DE CINCO AÑOS EN MONTEVIDEO – URUGUAY.

Pereira S., Dutra A.
Asociación Española. Montevideo, Uruguay.

INTRODUCCIÓN: Una adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral es importante para lograr una mejor calidad de vida. OBJETIVO: Evaluar la respuesta al tratamiento antirretroviral (TAR) en un período de 5 años de una población adulta. METODO: Estudio retrospectivo del registro clínico de pacientes adultos que comenzaron TAR en el periodo enero 2007 a diciembre 2011. Se registró edad, género, motivo de inicio del TAR, plan antirretroviral, razón de cambio y carga viral actual. Los datos fueron cargados en un software estadístico SPSS. RESULTADOS: El número total de pacientes fue de 115, la media de edad 46,5 años, (rango 24-79 años). 74,8% (86 casos) eran de sexo masculino y 25,2% (29 casos) de sexo femenino. Los criterios de inicio del TAR fueron 87,8% por valor de CD4, 7,8% por enfermedad oportunista, 2,6% por gestación y 1,7% otras causas. El valor de carga vital (CV) en el año 2012 fue recabado en 107 pacientes, de ellos 91 pacientes (85%) tenían CV indetectable. Los planes ARV mas usados fueron AZT/3TC/EFV en 48,7% (56), AZT/3TC/NVP en 19,1% (22), ABC/3TC/EFV en 13,9%(16) y AZT/3TC/LPV/r en 4,3%(5). El 72,2 %(83) continuó con el mismo TAR durante todo el periodo; 21,7%(25) demandó cambio por toxicidad y 2,6%(3) requirieron test de resistencia. Permanecieron en asistencia en el período estudiado 89,6%(103), dejaron de asistirse 12 pacientes, 4 de ellos por fallecimiento. CONCLUSIONES: La mayoría de la población estudiada presenta una carga viral indetectable (85%).Es pues una población con buen nivel de adherencia y muy buena respuesta al TAR.

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 46 PESQUISA SEROLOGICA DE SIFILIS EN PACIENTES VIH POSITIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Urra C., Bernal F., Giadalah C., Rodríguez B., Farías O., Vásquez P., Chanqueo L.
Policlínico Infectología, Laboratorio Clínico CDT Hospital San Juan De Dios, Santiago.

Introducción: Según Cohorte SIDA-Chile, 18,3% de pacientes VIH (+) tiene VDRL reactivo. El diagnóstico habitual de sífilis utiliza pruebas no treponémicas, sin embargo, ha aumentado el uso de test treponémicos automatizados, especialmente ELISA para TP. Objetivo: Evaluar test serológicos actualmente disponibles para estudiar sífilis en pacientes VIH/SIDA del HSJD. Pacientes y métodos Estudio prospectivo y observacional. Se revisaron registros clínicos/laboratorio de pacientes ingresados al policlínico VIH HSJD entre Enero-Julio 2011, a quienes se solicitó estudio de sífilis. Las muestras fueron analizadas por ELISA-TP (Enzywell Syphilis screen recombinant Diesse ®), a las reactivas se les realizó VDRL (Immutrep® VDRL Antigen) cuantitativo en el Laboratorio Clínico HSJD. Las muestras con ELISA TP reactivo y VDRL no reactivo, fueron enviadas al ISP para realizar un tercer test confirmatorio (MHA-TP). Resultados: Se analizaron 309 muestras mediante ELISA TP, 195 resultaron no reactivas (63%) y 114 reactivas (37%). A las reactivas se les realizó VDRL, resultando 59 reactivas (52%) y 55 no reactivas (48%). Los resultados discordantes (ELISA-TP reactivo y VDRL no reactivo) fueron estudiados con MHA-TP: 45 reactivas (82%) y 10 no reactivas (18%). Conclusiones: El estudio con ELISA TP en pacientes VIH/SIDA aumenta la pesquisa diagnóstica desde un 19% con VDRL a un 33% al realizar dos test serológicos treponémicos. Los casos discordantes pueden deberse a falsos positivos o distintas etapas evolutivas de la enfermedad, por tanto, se recomienda realizar una segunda prueba treponémica. Es necesario establecer pautas nacionales que orienten al médico sobre cómo usar e interpretar los nuevos test diagnósticos.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 47 PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS RELATED TO ANOGENITAL WARTS IN HIV-INFECTED MEN.

Camargo, C.C., Tasca, K.I., Mendes, M.B., Miot, H.A., Souza, L.R.
Universidade Estadual Paulista "Julio De Mesquita Filho" – Unesp, Botucatu Medical School, Brazil.

Brazil is one of world's leaders in incidence of genital warts with 685,000 people living with Human Papilloma Virus (HPV). That is between 10 and 20% persons infected with this virus in the world. The aim of this study was estimate the prevalence of anogenital warts and describe social, demographic and immunovirologic profiles of HIV/AIDS men cared at the Domingos Alves Meira Infectious Diseases Specialized Center, UNESP. Data was collected through interviews and medical records. We studied 159 HIV patients, of which 49 (31%) had genital warts. The mean age among patients was 44 (±10), and 70 (44%) had 0 to 8 years of study. With regards to sexual orientation, 64% were exclusively heterosexuals, of which 29% did not use condoms regularly. In 97 cases (61%) HIV transmission occurred through intercourse. Around 10% did not use any antiretroviral because they did not meet the criteria required to start treatment, and 12 (8%) reported irregular use. Mean value for lymphocytes T CD4+ was 465 (±336/mm3) with 50 cell/mm3 as the lower value. HIV viral load was not detected in 52% of cases. Genital warts had a higher prevalence in individuals with lower education. Lymphocytes T CD4+ counted lower in comparison with the whole sample (405 ±361, vs. 465 ± 336) and viral load was above the detection limit. To decrease the prevalence of anogenital wart we must specially reinforce the prevention of sexual transmited diseases as well as the use of antiretroviral therapy and condom use.

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 48 COMPLICACIONES DEFINIDORAS DE SIDA Y EVENTOS SERIOS NO SIDA EN PACIENTES VIH POSITIVOS, ASINTOMATICOS CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIAL DIFERIDO.

Georgina Baudracco, Luis Marconi, Marcela Agostini, Pablo Parenti, Matias Weskamp, Sergio Lupo.
Centro De Altos Estudios De Ciencias En Ciencias Humanas Y De La Salud, Sede Rosario, Universidad Abierta Interamericana (Caecihs), Instituto Caici (Centro De Asistencia De Investigación Clínica Aplicada).

Objetivos: observar en una cohorte de pacientes VIH la presencia de eventos clínicos Sida y no Sida que se producen en pacientes asintomáticos sin HAART y compararlos con pacientes bajo tratamiento. Resultados: estudio de 310 pacientes desde el 2000. Se dividieron en dos grupos, uno de 167 que no recibían tratamiento y otro de 143 bajo HAART. Los eventos no sida presentados en los dos grupos fueron: IAM: el 7% pacientes en tratamiento y el 7.8% no tratados. ICC: el 7,7% y el 6%. ACV isquémico: el 3,5% y el 1,2%. TVP: el 1,4% y el 3%. Insuficiencia renal: el 0,0% y el 1,8%. Hepatopatías severas: el 9,8% y el 16,2%. Artritis reumatoidea: el 2,1% y el 3%. Los eventos serios no sida no resultaron estadísticamente significativos. Al inicio del tratamiento el promedio del CD4 en grupo 1: 253,3 y CV 27117,2 y en el segundo: 285,9 y CV 212700,3. Ningún evento definidor del sida se presento en los pacientes con CD4 mayores a 500. Los eventos serios No Sida se presentaron en su mayor porcentaje en los pacientes con un CD4 < 350. Ningún evento no sida se presento con CD4 > 500. Conclusión: se demostró la existencia de beneficios al iniciar el tratamiento antirretroviral en pacientes con CD4 mayores de 350 células/mm3, ya que la presentación de complicaciones definidoras de sida y eventos serios no sida se presentan en un porcentaje bajo de esta población.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 49 HIPOVITAMINOSIS D EN PACIENTES VIH DE ARGENTINA.

Luis Marconi, Matias Weskamp, Marcela Agostini, Pablo Parenti, Damián Águila, Jorge Palazzi, Georgina Baudracco, Sergio Lupo.
Universidad Abierta Interamericana, Sede Rosario, Instituto Caici, Iict Labs, Argentina.

Objetivos: Investigar la prevalencia de hipovitaminosis D en un grupo de pacientes VIH con y sin TAAE. Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se tomaron muestras de sangre a 43 pacientes, en el año 2011. Resultados: un total de 43 pacientes de los cuales el 67% (29) de sexo masculino. El promedio de edad fue de 44 años (24-67) y la vía de transmisión principal fue la sexual (100%). El tiempo de infección promedio del total de pacientes fue de 74 meses (min 4 – max 228).La estación del año en la cual se tomaron la mayor cantidad de muestras fue el otoño 79% (34) seguida del verano 16% (7). Del total de pacientes, el 63% (27) tenía CV indetectable (<50 Copias) mientras que el resto (37% (16)), estaba detectable (>50 Copias). El 91% de los pacientes tenía los linfocitos T CD4 (LTCD4) por encima de 200 células por milímetro cúbico (cels/mm3). El promedio del total de LTCD4 fue de 542 cels/mm3. el 86% (37) de los mismos estaban recibiendo terapia antirretroviral de alta eficacia (TAAE). De estos el 40,5% (15) tenía dentro de su esquema de tratamiento Efavirenz (EFV); 5,5% (2) Tenofovir (TNF); 32,4% (12) TNF/EFV y 21,6% (8) representa a otros esquemas. El valor promedio de vitamina D obtenido fue de 31 ng/ml (min 6 – max 100 ng/ml). Conclusiones: El 56% presento hipovitaminosis D. No se observó una diferencia entre las distintas drogas antirretrovirales o esquemas utilizados.

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 50 LINFOMAS RELACIONADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LA ERA DE LA TERAPIA ANTIRETROVIRAL ALTAMENTE EFECTIVA (TARAE) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL, BOGOTA COLOMBIA.

Fernando Vela-Lozada (1), Julio Cesar Solano (2), Marlon Mauricio Bustos (3), Gerardo Andrés Puentes (4).
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas, histológicas, tratamiento y sobrevida de los pacientes con Linfoma asociado al VIH que fueron atendidos en un Hospital Universitario de IV nivel en la ciudad de Bogotá, durante los años 2010-2012. Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas electrónicas de un Hospital Universitario de IV nivel en la ciudad de Bogotá. Resultados: Se hallaron 19 casos de Linfomas asociados al VIH, la edad promedio de los pacientes fue de 39,7 años, El tiempo desde el diagnóstico del VIH hasta la confirmación de la presencia del Linfoma fue de 27,3 ± 44 meses, el 100% de los casos se encontraban en estadio C, el promedio de células CD4 fue de 200, la carga viral promedio fue de 67797 copias, las enfermedades debutantes más frecuentes fueron la infección por *citomegalovirus, p. jirovecii* y el linfoma, 11 pacientes presentaban infecciones oportunistas en el momento del diagnostico, 16 pacientes recibían TARAE. Dentro de los hallazgos clínicos, predominaron los síntomas B dado por una frecuencia de diaforesis, fiebre, y pérdida de peso en el 84%,78% y 84% respectivamente. El compromiso nodal se observó en el 78% de los pacientes, mientras que el extranodal en el 42%. La variedad histológica predominante correspondió a linfoma tipo Burkitt en 7 pacientes. En lo referente a la estatificación se encontró que la mayoría de los pacientes se encontraban en un estadio IV (73,8%), se encontró una supervivencia al final del estudio del 63% a dos años.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 45 al 51 **VIH - 1**

P Nº 51 SITUACIÓN CLÍNICA-EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVOS DIAGNOSTICOS EN VIH: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL.

Pincheira, C(1); Correa, S (1); Montamat, M(1); Frola, S(1); Spitale, N(1); Huerta, M(1); Del Castello, J(1); Bernardi, G(1); Brito, R(1); Mínguez, A(1).
1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

Introducción: En el último año se diagnosticaron más de 2,5 millones de casos nuevos en el mundo de infección por HIV; con múltiples presentaciones clínicas. Objetivos: Caracterizar la realidad clínico-epidemiológica de pacientes con nuevo diagnóstico de HIV en el Servicio de Infectología de un Hospital General. Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, por revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de HIV entre enero 2008- diciembre 2012. Resultados: Se incluyeron 106 pacientes, edad promedio 36 años (R=18-75). Con datos completos de 100 pacientes. Por screening universal se detectaron 57% (32% embarazadas), mientras que el resto presentó: pneumocistosis 20%, síndrome febril prolongado 8%, candidiasis oroesofágica 7%, síndrome mononucleosiforme 4%, criptococosis diseminada 4%. Factores de riesgo 53%: promiscuidad 58%, usuarios de drogas endovenosas 25%, pareja serodiscordante 19%, trabajadores sexuales 6%. Recuento promedio de CD4+ 330: 46% <200, 21% entre 200-500 y 33% >500. En el 35% del total se encontraron una o más infecciones marcadoras: candidiasis oroesofágica (40%), infección por PJ (34%), síndrome consuntivo (29%), criptococosis (6%), toxoplasmosis (6%), tuberculosis extrapulmonar (6%) y linfoma primario del sistema nervioso central (3%). El 56%inició tratamiento antirretroviral. Mortalidad 16%. El 50% de los fallecidos tenía entre 31-45 años. Conclusiones: Encontramos una población de adultos jóvenes, la mayoría se diagnosticó por screening en estadio clínico temprano. En los pacientes sintomáticos la presentación clínica más frecuente fue una enfermedad marcadora con bajo recuento de CD4. Enfatizamos la importancia del screening, por este método se diagnosticó más de la mitad de los casos, permitiendo así un seguimiento oportuno.

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 52 CARCINOMA DE MERCKEL Y VIH. REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Buele L.
Hospital Del Salvador.

Paciente de 70 años con antecedente de TEC en octubre del 2011, que cursaba con Meningitis por *Cryptococcus neoformans*, recibió tratamiento con Anfotericina y Fluconazol, permaneciendo hospitalizado aproximadamente 2 meses. A fines de diciembre pesquisan tumoración lisa, de color café, homogénea de 3.2 x 2 cm, indolora ,no ulcerada en piel de gastronemio derecho, de rápido crecimiento. Se diagnostica Fibrolipoma por lo cual se realiza extirpación total de esta lesión y se envía a examen patológico.En Enero recibe confirmación de VIH e inicia TARV ,en ese momento con CD4 de 30. El informe de la biopsia e inmunohistoquímica reporta Carcinoma de Merckel, márgenes quirúrgicos profundos con compromiso tumoral, y márgenes quirúrgicos laterales con compromiso lateral. Posteriormente vuelve a consultar por lesión solevantada ulcerada en el centro, con sangrado, de aproximadamente 8 x 8 cm x 4 cm de alto en área de cicatriz quirúrgica, sugerente de recidiva tumoral. Es valorado y se indica estudios de extensión con TAC tórax, abdomen y pelvis. En TAC de tórax se informa TEP . Se hospitaliza en Mayo del 2012 para tratamiento de TEP y estudio de nódulo suprarrenal izquierdo. Se realiza PET- CT donde impresiona lesión expansiva intensamente hipermetabólica de aspecto neoplásico en cara posterior de pierna izquierda, con lesiones satélite en pierna derecha proximal y muslo derecho y adenopatías inguinal e iliaca externa derecha. El VIH es un factor de riesgo para desarrollar esta neoplasia maligna, de curso clínico agresivo, con elevado índice de recurrencias y metástasis.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 53 MENINGOENCEFALITIS CHAGÁSICA EN PACIENTE HIV/SIDA CON EVOLUCIÓN FAVORABLE.

Correa, S (1); Landa, M (1); Brito, R (1); Spitale, N (1); Bernardi, G (1); Mínguez, A (1).
1) Hospital Misericordia Nuevo Siglo.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chagas es una antropozoonosis crónica y endémica en América Latina, cosmopolita y oportunista en inmunodeprimidos. Las reactivaciones son posibles y más frecuente en pacientes HIV/SIDA, afectando principalmente SNC y generando alta morbi-mortalidad. HISTORIA CLÍNICA: Masculino, 27 años, oriundo de Bolivia, TBC pulmonar tratada (2010), antecedente previo de Neumonía por PJP, contexto en el cual se diagnostica (08/07/2012) VIH y Chagas ELISA Y HAI reactivo 1/1024, CD4 Basales 50 cel/ml. Consulta por cefalea, inestabilidad en la marcha, astenia, desorientación de una semana de evolución. Examen: FC 47 lat/min, T 37,8ºC, bradipsíquico, marcha disbásica, hemianopsia, dismetría, hemiparesia braquiocrural izquierda. EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: Laboratorio: Leucocitos 3.140/ml, eosinófilos 15%; ECG bloqueo incompleto de rama derecha; TAC cerebral edema parietooccipital derecho, sin desplazamiento de estructuras de línea media; Punción lumbar: LCR límpido, hipoglucorraquia, hiperproteinorraquia, directo: tripomastigotes; RNM cerebral lesiones con captación parietal de contraste, edema perilesional. Strout: tripomastigotes móviles. Comienza Nifurtimox, con Strout (-) al día 20 de tratamiento. Inicia TARV (AZT/3TC/EFV) al mes de tratamiento antichagásico; rota Nifurtimox a Benznidazol por intolerancia digestiva, cumpliendo en total 3 meses de antichagásicos y continuando con profilaxis secundaria. Al 4º mes de TARV: Buena evolución clínica-imagenològica, remisión total de signos neurológicos focales y con retorno completo a las actividades de la vida cotidiana. CD4 80 cel/ml, CV indetectable. DISCUSIÓN: La meningoencefalitis Chagásica genera alta morbimortalidad en pacientes HIV/SIDA. En regiones endémicas enfatizamos la sospecha de reactivaciones, diagnostico precoz y tratamiento oportuno; como así también el inicio temprano del TARV para prolongar la sobrevida.

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 54 COINFECCIÓN VIH, HVB Y HVC.

Núñez-Freile B. (1), Beltrán S. (1) Torres F. (2) Tapia M. (3) Núñez I. (4)
Hospital Carlos Andrade Marín (Hcam). Quito, Ecuador.

INTRODUCCION: La coinfección del VIH junto a los virus HVB y HVC es un problema importante de salud pública. OBJETIVO: Establecer los índices de prevalencia de coinfección HVB y HVC en los usuarios de la Clínica de VIH/SIDA. METODO: Estudio observacional de corte transversal en el que se establece la prevalencia de marcadores de infección HVB (HBs-Ag y Anti-HBs), HVC (Anti-HVC) mediante técnica de Radioinmunoensayo en pacientes portadores del VIH. RESULTADOS: Se evaluaron a 190 pacientes de la Clínica de VIH/SIDA encontrándose 149 resultados para HVB y 177 para HVC. De los 149 pacientes con marcadores de HBV: 1) No tuvieron marcadores positivos (No expuestos al HBV) el 71%; tuvieron marcador Anti-HBS (vacunación previa) 12% y tuvieron marcadores de coinfección al virus HBV 17%. 2) De los 31 pacientes coinfectados con HBV/HIV: mostraron seroconversión con el marcador Anti-HBs en el 31%, presentaron un episodio de Hepatitis B aguda el 10% y coinfección crónica HIV/HBV el 13%. 3) Tres pacientes tuvieron marcadores de Hepatitis Crónica (HBS-Ag +) que corresponde al 2,02% del total. De los 177 pacientes con marcadores para HVC: 1. Solo se hallaron 2 pacientes coinfectados con HVC y HIV que corresponden al 1,61% del total. CONCLUSIONES: 1. Un alto porcentaje de nuestros pacientes no están vacunados para HBV. 2. Los índices de seroconversión luego de exposición al HBV son altos. 3. La coinfección HIV/HBV aguda o crónica es baja. 4. La coinfección HIV/HVC es baja en nuestra Clínica de VIH SIDA.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 55 LIPODISTROFIA Y SUS FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES DE UNA CLINICA DE VIH DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES.

Celi, AP.
Hospital de Especialidades de Fuerzas Armadas de Quito, Ecuador.

Los pacientes en terapia antirretroviral desarrollan lipodistrofia, esta situación causa estigma y discriminación disminuyendo la calidad de vida de la personas viviendo con VIH. Es un estudio clínico observacional retrospectivo, basado en el análisis de variables extraídas de una base de datos de todos los pacientes pertenecientes a la clínica de VIH del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas de Quito. Previo consentimiento informado, se buscó el incremento de riesgo de lipodistrofia diagnosticada clínicamente por un tratante con experiencia con: la duración del tratamiento, la edad, la etnia, la carga viral inicial, los CD4, alteración del metabolismo de los lípidos y esquemas de tratamiento. Un total de101 personas 42%, padecieron lipodistrofia en tratamiento ARV ,80% hombres. El promedio en años de terapia antirretroviral fue de 3 años 8 meses , siendo más frecuente este síndrome al primer año del inicio de la terapia antirretroviral, 32% .El promedio de edad fue de 43 años. La hipertrigliceridemia fue más frecuente que la hipercolesterolemia Fue evidente y estadísticamente significativo que los pacientes que recibieron D4T (stavudina), desarrollaron lipodistrofia con mayor frecuencia. La carga viral alta y los linfocitos CD4 bajos se relacionaron con inicio temprano de lipodistrofia. Sin embargo, al aplicar un modelo de regresión logística el análisis multivariado identificó a la edad de inicio de la infección por VIH como el único factor asociado a la lipodistrofia en forma directa. El control de los factores de riesgo nos permitirá manejar mejor este síndrome.

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 56 CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES PERTENECIENTES AL POLICLÍNICO DE LA MUJER VIH/SIDA.

Roessler P. (1) Giadalah C. (2), Vásquez P. (2), Rodríguez L.(2), Maturana M.(3), Vera C (3), Bernal F.(3)
Hospital San Juan De Dios.

Introducción: Existe un aumento de la infección por VIH en mujeres en Chile y en el mundo. Las mujeres tienen poco tiempo para atención en distintos servicios, lo que lleva a un menor ingreso a consultas de planificación familiar y control ginecológico. Objetivo y métodos: Caracterizar la población de pacientes ingresadas al Policlínico de la mujer VIH/SIDA en años 2011 y 2012, mediante la aplicación de encuesta de datos socio-demográficos, sexualidad, control ginecológico y planificación familiar. Resultados: 138 pacientes fueron ingresadas. Mediana 37 años; 92% chilenas; 37,5% completó educación media: 12,5% estudios técnicos y 7,2% universitarios; 51,7% posee trabajo remunerado. El motivo del examen fue principalmente tener pareja positiva (34,4%). 76,3% tenían pareja estable: 51% seroconcordantes y 49% serodiscordantes. 38,2 % practicaban sexo anal y 58 % sexo oral. 68,1% usaban algún método anticonceptivo. De 62 PAP tomados durante el período analizado, 3 resultaron alterados. Conclusión: La mujeres analizadas presentan nivel educacional aceptable, la mayoría tienen hijos y la mitad trabaja. El diagnóstico se realiza principalmente por pareja infectada. Se evidenció práctica de sexo anal y oral, lo que permitirá elaborar recomendaciones de sexo seguro asociado a estas prácticas. El policlínico de la mujer permitió detectar un alto porcentaje de patología cervical en un corto período de tiempo.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 57 ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE TRASTORNOS METABÓLICOS EN PACIENTES VIH CON TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL.

Vallejo V. (1), Alemán W. (1), Andino F. (1), Marcillo J. (1), Villa J. (1), Camposano S. (1), Vidal M. (1).
Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña.

Introducción: En Ecuador la diabetes 2 y la hipertensión están en las diez primeras causas de morbilidad y el paciente con VIH no es una excepción, aunado a su infección crónica y terapia antiretroviral (TARV) lo que aumenta las complicaciones metabólicas. Objetivo: Establecer estrategias para el manejo de trastornos metabólicos en pacientes VIH que reciben TARV. Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo en 18 meses, a 98 pacientes VIH en TARV con trastornos metabólicos que fueron derivados a medicina interna del Hospital de Infectología José Daniel Rodríguez Maridueña. Aprobado por comité de ética. Resultados: Edad promedio 46 años, hombres 81%, mujeres 19%, patologías metabólicas pre TARV (DMT2 16%, HTA 5%, dislipidemias 6%), tabaquismo 8%, TARV más utilizada nucleósidos con no nucleósidos 72%, media de índice de masa corporal 25, niveles de colesterol 247mg, triglicéridos 490mg, HDL 37mg, LDL 136mg, glicemia 137mg, trastorno lipídico hipertrigliceridemia 51%, síndrome metabólico 46%, riesgo cardiovascular > 20% en el 9%. Conclusión: Observamos patologías metabólicas previo al inicio de TARV, y posterior a ella predominan en varones, la más frecuente hipertrigliceridemia, por lo que se implementarán estrategias: 1. Detectar factores de riesgo cardiovascular (FRC) previo a TARV, 2. Perfil lipídico y glicemia previo TARV, 3. Cambios en el estilo de vida, 5. Ante FRC derivar a nutrición y medicina interna para manejo, 6. FRC no modificables se iniciara TARV con bajo impacto lipídico, 7. Con FRC modificables TARV según guías nacionales con monitorización cada 2 meses y cambio de TARV en refractarios a tratamiento de patología metabólica.

Intervalo 52 al 58 **VIH - 2**

P Nº 58 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO Y CLINICO DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH-SIDA EN LA REGION DE LA ARAUCANIA: CHILE: DIFERENCIAL ETNICO.

Chahin C (1 ,2), Alarcón A. (2), Panguinao L (2), Muñoz S (2), Ampuero C (2), Concha C (1,2).
(1) Unidad De Infectología, Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco Chile, (2) Universidad De La Frontera, Temuco Chile.

Introducción: El pueblo originario con mayor representatividad en Chile son los mapuches, no existiendo un análisis étnico con respecto al comportamiento del VIH-SIDA. Testimonios de personas mapuches niegan la existencia de la enfermedad en su cultura. La diferenciación étnica es importante para diseñar estrategias de prevención, diagnóstico y apoyo al tratamiento. Objetivo: Generar perfil sociodemográfico y clínico de personas con VIH-SIDA en la región de la Araucanía, Chile diferenciado según etnia mapuche, durante años 2011-2012. Método: Estudio descriptivo corte transversal de 290 pacientes atendidos en el Centro Infectológico, Hospital Hernán Henríquez. Datos obtenidos de encuestas y ficha clínica. Entre julio 2011 y agosto 2012. Análisis de variables con STATA 12.1. Se considera mapuche persona con al menos un apellido mapuche y autoidentificación. Resultados: Mapuche 19% (n=56), promedio de edad 34 años, no mapuche 38 años. Mujeres mapuches 36% y no mapuches 23%. 34% de los mapuches son urbanos versus un 4% ($p<0.001$).En mapuches la orientación sexual es 29% y comercio sexual 4%versus 39% y 9%. Ocupación en mapuches: estudiante 9%, dueñas de casa 23% trabajador no calificado 54% versus 5%,17% y 61%.CD4 basales promedio en mapuches 252 y no mapuches 265, con < 200 cels mapuches 52% versus 47% ($p=0.5$). Etapa C mapuche: 54% versus 50%. Motivo del examen: iniciativa propia, control de salud, hospitalización: 55%,11%,25% versus 62%,11%,20% respectivamente. Conclusiones: Los mapuches son más jóvenes y residen en mayor porcentaje en zona rural. La variable etnia no demuestra diferencias en cuanto a factores de riesgo de exposición al virus, orientación sexual y etapa diagnóstica que sigue siendo tardía en ambos grupos.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 59 al 65 **Infectología Pediátrica - 1**

P Nº 59 AMPLIFICACIÓN DE LA RESPUESTA SECRETORA DE LA VÍA AÉREA A LA INHALACIÓN DE POLVO DE HABITACIÓN DURANTE LA INFECCIÓN PRIMARIA POR PNEUMOCYSTIS EN RATAS INMUNOCOMPETENTES.

Iturra P., Pérez F., Ponce Ca., Vargas SI.
Programa De Microbiología Icbm, Facultad De Medicina, Universidad De Chile.

Pneumocystis infecta a todos los lactantes antes de los 6 meses de edad, aumentando el moco de la vía aérea mediante una reacción del epitelio como respuesta inmune innata, o de linfocitos T-CD4 sensibilizados. Consecuentemente, evaluamos la respuesta a la provocación experimental de la vía aérea por polvo de habitación (extracto del ácaro *D. pteronyssinus* (HDM)) en 40 ratas Sprague-Dawley hembras neonatas cursando su infección primaria por *Pneumocystis* y controles. Las ratas fueron mantenidas en jaulas con aire filtrado (HEPA) desde el nacimiento. La mitad (n=20) fue expuesta al nacer a ratas con neumonía por *Pneumocystis* (PcP). Todas las ratas fueron inoculadas por vía intranasal con 10 ug de HDM (n=10) o con PBS (n=10) durante tres semana previo al sacrificio. Cinco ratas por grupo fueron anestesiadas con Ketamina-Xilacina y exanguinadas, a los 46 y 60 días de edad. Sus pulmones fueron extraídos post-fijación con formalina 10%, in situ, y se determinó el área porcentual de epitelio ocupada por mucinas (MUC) en cortes histológicos de lóbulo superior derecho teñidos con Alcian Blue/PAS. HDM estimuló mas el MUC que *Pneumocystis* ($p<0.05$). Sin embargo, el cambio en los niveles MUC entre el día 46 y 60 fue significativamente mayor en las ratas infectadas con *Pneumocystis*-no inoculadas con HDM versus controles ($p<0,001$), y en las infectadas inoculadas con HDM ($p<0,001$) versus no-infectadas inoculadas sólo con HDM ($p=0,581$), lo que sugiere que *Pneumocystis* amplifica la respuesta secretora de la vía aérea al polvo de habitación. Proyecto Fondecyt 1100225, Beca de Doctorado Nacional Conicyt.

P Nº 60 MIELITIS DE SINGER EN PEDIATRÍA.

Samudio-D GC, Penayo C, Volkart K, Ortiz-C LM.
Hospital Nacional De Itaugua.

Introducción: la Mielitis de Singer es una manifestación poco frecuente de la neurolúes. En pediatría es extremadamente rara. Esta ocasionada por destrucción de los pequeños vasos que irrigan la médula espinal, llevando a infartos o destrucción del tejido espinal. Caso Clínico: Adolescente de 14 años, previamente sana. Con vida sexual activa desde los 12 años, cuatro parejas sexuales. Historia de 3 días de dolor inter escapular, debilidad y parestesia de Miembros inferiores. Vómitos y fiebre de 24 horas. EF: FC:94 xmin, FR:24 xmin, paraparesia, nivel sensitivo y motor abdominal. Sin control de esfínter vesical. Laboratorios: VDRL 1:128, HIV(-), LCR : glucorraquia 29 proteínas 178 GB 2050 PMN 72% MN 28% GR 1200 VDRL 1:1 ; FTA Abs en sangre IgM e IgG (+). Perfil para descartar procesos Inmunológicos normales. Se trató con penicilina cristalina. Presentando fiebre por 6 días desde inicio de la penicilina que se asumió como reacción de Jarisch Herxheimer. TAC de cráneo y columna normales. RMN con lesión en espina dorsal. En su evolución la paresia se convirtió en plejía y al sétimo día de tratamiento presentó cuadro compatible con poliradiculoneuritis aguda, interpretado como progresión de la meningovasculitis luética, por lo que recibió inmunoglobulinas y metilprednisolona, con el cual se estabilizó. Alta con paraplejía. Comentario: la meningovasculitis luética presentada con afectación en médula espinal es una forma rara de presentación de la lúes en la edad pediátrica, y debe ser tenida en cuenta en los pacientes que se presentan con alteraciones medulares agudas.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 59 al 65 **Infectología Pediátrica - 1**

P Nº 61 OSTEOMELITIS POR ACTINOMYCES EN HUESOS LARGOS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS EN PEDIATRÍA.

Acevedo L., Cortés A., Acuña M., Veloso L., Navarrete C.
Hospital Roberto del Río.

La actinomicosis es una enfermedad crónica granulomatosa producida por *Actinomyces*, un bacilo anaerobio gram positivo. Es una enfermedad poco frecuente que se presenta de forma recurrente y con respuesta inconsistente a agentes antimicrobianos. Se describirán 2 casos presentados en los últimos 5 años (2008-2012) en un hospital pediátrico de Santiago. Ambos corresponden a osteomelitis con compromiso de huesos largos en pacientes escolares. Se destaca la localización de compromiso óseo poco habitual de la infección pues la mayoría de los casos publicados son de foco mandibular. Ambos diagnósticos fueron realizados por histología en las muestras de tejido óseo con cultivos negativos. Ninguno con diagnóstico de inmunodeficiencia asociada u otras comorbilidades, ambos con compromiso de partes blandas al momento de consultar. En su evolución uno presenta un nuevo foco post tratamiento inicial y, como secuela, acortamiento de una extremidad inferior.

P Nº 62 BOTULISMO DEL LACTANTE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

Pavez D., Labraña Y., Navarro M., Álvarez AM., Carvajal R., Barragán T., Bravo P., Sepúlveda J.
Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile.

Introducción: El botulismo es una enfermedad potencialmente grave caracterizada por una parálisis fláccida aguda, descendente y simétrica debido a la acción de la toxina botulínica de *Clostridium botulinum*. Afecta principalmente a menores de 1 año. Historia clínica: Lactante de 2 meses, sano, solo vacuna BCG, consulta por disminución de frecuencia de deposiciones asociado a llanto intermitente. Acude a Servicio de Urgencia indicándose simeticona. Evoluciona con hipoactividad y succión débil. Al examen destaca deshidratación, hipotonía y pupilas midriáticas arreflécticas. Ingresa a UPC requiriendo ventilación mecánica no invasiva por 48 horas y alimentación por sonda nasogástrica por 10 días. Destaca ingesta de agua de hierbas (menta, matico, anís estrellado) semanas antes del inicio del cuadro. Exámenes complementarios: TAC cerebro normal, RNM muestra trombosis de seno venoso transverso y lateral izquierdo, LCR normal, electromiografía y conducción nerviosa normal, enzimas musculares normales y toxina botulínica en deposiciones positiva al sexto día de incubación (Instituto de Salud Pública). Discusión: La presentación más habitual es el botulismo infantil secundario a ingestión de esporas de *Clostridium botulinum* que germinan en el intestino grueso y producen toxina botulínica. La miel es el alimento más relacionado con esta enfermedad sin embargo existen casos descritos en relación a ingesta de aguas de hierbas. Existe una triada de orientación diagnóstica que consiste en hipotonía, constipación y alteraciones del reflejo fotomotor. Si bien esta enfermedad es poco común en la actualidad, requiere de una alta sospecha clínica para poder instaurar tratamiento en forma precoz.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 59 al 65 **Infectología Pediátrica - 1**

P Nº 63 THE RESULTS OF THE STUDY IN CASES WITH TUBERCULAR MENINGITIS IN ALBANIAN CHILDREN.

Petrela.R, Myftari.L
Department Of Pediatrics, Infectious Disease Service, University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania.

Background: The clinic evolution of tubercular meningitis in Albanian children in different stages of diagnosis at the time of recovering in hospital and their mortality. Methods: We have study patients with tuberculosis recovered in the service of pediatric infectious disease at University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania. The diagnostic criteria were: 1) history of the illness; 2) previous contact with TB; 3) lumbar puncture (examination of CSF); 4) specimens of sputum, CSF, gastric aspiration. Results: From 104 patients with TBC disease enrolled in the study, 10 cases (9.6 %) resulted with TBC meningitis. Of the patients with TBC meningitis: 1) 30 % (3 cases) has shown no permanent intellectual or nervous impairment; 2) 5 or 50% has shown neurologic problems as strabismus, hemiplegia, epilepsy; 3) and 20 % (or 2 cases) had fatal prognosis. Eight of the children had infected their parents; 6 of the children have been vaccinated with BCG, and none of them has had prophylactic treatment before. Conclusion: 1) TBC meningitis is a frequent form of TB disease. 2) TBC meningitis is the most severe clinical form of TB disease with serious nervous complications, and a high rate of mortality. 3) Early diagnosis of TB disease and TBC meningitis is the most important factor for the prognosis. 4) Children that have had contact with TB infected people must have prophylactic treatment and vaccinated as well. This must be obligatory.

Intervalo 59 al 65 **Infectología Pediátrica - 1**

P Nº 64 A RETROSPECTIVE EVALUATION OF EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, LABORATORY FEATURES AND TREATMENT OF CHILDHOOD BRUCELLOSIS IN ALBANIA FROM 2002 TO 2011.

Petrela.R, Foto.E, Hoxha.H, Kuli.Gj
University Hospital Center \"Mother Theresa\"

Objective: To study the epidemiological features, clinical manifestations, diagnosis, and protocol treatments of 35 patients with brucellosis. Methods: Retrospective study conducted in the University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania which included 35 confirmed cases of brucellosis from January 2002-December 2011. The diagnosis of brucellosis was made by testing the sera for Brucella aglutinins using the Wright test; a titer ≥ 1:320 was considered positive. Results: Of 35 patients, 12 (28 %) were female and 23 (72%) were male. Cases by age group were: 0-1 years old (3%) ,1-5 years old (9%),5-10 years old(51%),10-14 years old (37%).Children were hospitalized during spring (n= 11, 31 %), summer (n=11,31%),autumn (n=7,20 %) and winter (n= 6,18%). Patients presented fever (100%), arthralgia (71.5%), sweating (77%), abdominal pain (62%), headache (40 %), diarrhea (26 %), vomiting (23%), arthritis (11.54%), and hepatosplenomegaly (83%). Leucopenia was encountered in 54% of patients. The Wright test resulted positive in 100%. Conclusions: Brucellosis is actually present in Albanian children. Males cases are predominant (72%), the most affected group are children 5-10 years old, and more cases occur during spring and summer. Fever, arthritis / arthralgia and hepatosplenomegalia remain the main clinical manifestations.The combination of TMP-SMZ + Gentamycin in children < 8 years old and Doxycycline + Gentamycin or Tetracycline + Gentamycin > 8 years old remains effectively for treatment .No deaths or relapses were reported.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 59 al 65 **Infectología Pediátrica - 1**

P Nº 65 ACUTE VIRAL HEPATITIS E IN ALBANIAN CHILDREN.

Petrela.R, Kallfa E.
Department Of Pediatrics, Infectious Disease Service, University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania.

Objectives: To study the cases of acute viral hepatitis E in pediatric ages in Albania Methods: This is a retrospective study of fourteen cases of viral hepatitis E, group ages from 0-14 years old recovered in the service of pediatric infectious diseases in University Hospital Center "Mother Theresa" Tirana, Albania. Their demographic, clinical and biochemical features were analyzed. Diagnosis was based on clinical and laboratory datas and confirmed by serology with determining the titer of anti - HEV IgM. Results: Of the study subjects, 28 % were group age 3-6 years, 71% were group age 6-14 years; 64 % lived in rural areas and 35% in urban areas. The clinical presentation varied with jaundice 12 patients, 85 %, anorexia 92 %, asthenia 85 %, vomiting 85 %, abdominal pain 51 %, arthromyalgia 35%, fever 50%, diarrhea 50%, dark urine 100 %, acholic feces 85%.Prothrombine time was prolonged in 3 cases, 21.4%.The duration of hospitalization was 15 days. A mean value of billirubin and SGPT in blood resulted 5.2 mg % and 1500 UI, respectively. Therapy with vitamins and infusions was used in children with nausea and vomiting. Conclusions: The disease has a longer duration than HAV and a variety of symptoms. Articular pain is a symptom that is rarely found in HAV.The study showed a predominance of jaundice associated with gastrointestinal symptoms. Recovery from the disease occurred within 3 months and there was no relapse.

Intervalo 66 al 72 **Infectología Pediátrica - 2**

P Nº 66 INFECÇÕES POR BACTÉRIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA ONCO-HEMATOLÓGICA DE REFERÊNCIA.

Costa P., Gregory S., Ferman S., Velasco E., Silva A.
Instituto Nacional Do Câncer, Universidade Federal Fluminense.

Introdução: Infecções por bactérias Gram negativas multirresistentes (BGN MR) em pacientes onco-hematólogicos representam um desafio para o tratamento, pela elevada morbidade e mortalidade. Objetivos: Relatar os casos de infecção provocados por BGN MR em unidade de terapia intensiva pediátrica onco-hematológica (UTI PED), perfil de agentes microbianos e evolução dos pacientes. Métodos: Estudo descritivo, retrospectivo, realizado em UTI PED onco-hematológica de referência nacional, das infecções provocadas por BGN MR em pacientes internados entre janeiro de 2009 e agosto de 2012. Resultados: Detectamos 51 casos de infecções por BGN MR, sendo 14 em 2009, 7 em 2010, 17 em 2011 e 11 em 2012. Do total, 36 (73,4%) realizaram quimioterapia e/ou radioterapia durante 30 dias anteriores à cultura positiva e 17 (34,7%) tinham neutropenia durante os 7 dias anteriores à cultura positiva. Quanto à patologia de base: 16 (32,6%) tinham doença hematológica e 33 (67,4%) tumor sólido. As bactérias isoladas foram: 6 (12,2%) *Acinetobacter* spp, 7 (14,3%) *P. aeruginosa*, 5 (10,2%) *Escherichia coli*, 8 (16,3%) *Stenotrophomonas maltophilia*, 8 (16,3%) *Enterobacter* spp, 5 (10,2%) *Klebsiella pneumoniae*, 3 (5,9%) *Elizabethkingia meningoseptica*, 2 (4%) *Morganela morganii,* 1 (2%) *Proteus mirabilis*, 1 (2%) *Citrobacter* spp, 1 (2%) *Serratia marcescens*, 1 (2%) *Chriseobacterium meningosepticum*, 1(2%) de *Sphingomonas paucimobilis*. Quatro (8,1%) evoluíram para óbito até 7 dias após a cultura positiva e 13 (26,5%) até 30 dias após a cultura positiva. Conclusão: As infecções por BGM MR em pacientes pediátricos críticos onco-hematológicos causaram elevada mortalidade. Deve-se empregar esforços para prevenção e tratamento adequado precoce.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

P Nº 67 NO ASISTE

Intervalo 66 al 72 **Infectología Pediátrica - 2**

P Nº 68 VIRUS RESPIRATORIOS CIRCULANTES EN ÉPOCA DE VERANO. ESTUDIO EN NIÑOS DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO.

Peña C. (1), Collao X. (2), Lira D. (1), Torres M. (2), Noguera M. (2)
(1)Laboratorio De Virología, Depto Preclínicas, Escuela De Medicina Universidad De Valparaíso. (2) Laboratorio, Hospital Carlos Van Buren.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) en pediatría, son importante motivo de consulta y hospitalización, el diagnóstico de ellas a través de técnicas como IF, puede ser complementado con la utilización de técnicas de biología molecular que aportan mayor sensibilidad, y posibilidad de detección de agentes tradicionalmente no detectados. Objetivo: estudiar el diagnóstico de los virus respiratorios en el HCVB de Valparaíso en la época de verano. Metodología: Análisis retrospectivo de 121 muestras de aspirado nasofaríngeo en niños < de 5 años con IRA, negativos por IF, recolectadas en verano 2012. La extracción de ácidos nucléicos se realiza con el Kit Nuclisens (Biomerieux). La amplificación de ácidos nucléicos se realizó utilizando un protocolo de TR-RPC anidada tipo múltiple específica para los virus: para VRS (A y B), MPVh, BoVh y ADV. Se utilizaron controles (+) de ADV. Resultados: Se encontró un total de 28 % (n= 33) muestras positivas en las cuales se detectó la presencia de ADV en 23% (n=28) y BoVh en 3.3% (n=4), se detecta coexistencia de ADV y MPVh en 1.7 % (n=2) de las muestras. El mayor n° de muestras positivas 13.2% (n=16) se detectó en el periodo comprendido entre diciembre 2011- enero 2012. Conclusiones: Se confirmó: 1- Presencia de agentes virales de infecciones respiratorias en niños con IRA negativos por IF viral. 2- La existencia de falsos negativos con IF para ADV. 3- Existencia de coinfecciones. 4- No se detectó presencia de VRS, MPVh. Concordante con lo descrito previamente, frecuencia mínima en verano.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 66 al 72 **Infectología Pediátrica - 2**

P Nº 69 DIAGNÓSTICO POR XTAG LUMINEX® Y EVOLUCIÓN DE BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL Y RHINOVIRUS EN LACTANTES CHILENOS.

Luchsinger V (1), Lizama L (1), Gaggero A (1), Ampuero S (1), Palomino Ma (2), Larrañaga C (1).
(1) Programa De Virología, Facultad De Medicina, Universidad De Chile, Santiago, Chile (2) Hospital R. Del Río, Santiago, Chile.

Introducción: Virus respiratorio sincicial (VRS) y rhinovirus (RV) son la principal causa de bronquiolitis en lactantes; en Chile se desconoce la evolución por RV. Luminex® es un método rápido que detecta simultáneamente múltiples virus. Objetivo: comparar la evolución de infecciones entre VRS y RV y su detección por Luminex® y reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RCPtr) en niños con bronquiolitis. Métodos: En torulados nasofaríngeos de lactantes del Hospital Roberto del Rio, 2010-2011, se estudió VRS y RV por RCPtr y Luminex®. Se caracterizó la evolución por puntaje clínico (Larrañaga et al. PIDJ, 2009). Las diferencias fueron analizadas por χ2.El estudio fue aprobado por los comités de ética correspondientes. Resultados: en 140 niños (edad: 10 días – 9 meses; mediana=2 meses), se detectó VRS en 80 (57%) y RV en 51 (37%) por RCPtr. Por Luminex® se detectó VRS en 40/88 (46%, p=0,1) y RV en 42/88 (48%, p=0,1). La sensibilidad y especificidad de Luminex versus RCPtr fue 69% y 87% para VRS, y 94% y 83% para RV, respectivamente. Evolucionaron con bronquiolitis grave 42 (30%) niños, 33 de ellos fueron VRS (79%); 3 (7%) fueron RV (p<0,04) y 6 (14%) fueron coinfecciones (p<0,008). Conclusiones: Luminex® es útil para detectar VRS y, especialmente RV, en niños con bronquiolitis y permite la detección simultánea de virus. En menores de un año, VRS es el agente más frecuente en bronquiolitis, especialmente en cuadros graves, comparado con RV. Financiamiento: FONDECYT Nº1100477.

Intervalo 66 al 72 **Infectología Pediátrica - 2**

P Nº 70 NOCARDIOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO.

Volkart, K., Penayo, C; Samudio-D, Gc.
Departamento De Pediatría. Hospital Nacional De Itauguá Guasú.

Introducción: Nocardiosis es una infección oportunista y más comúnmente de presentación pulmonar, con una condición predisponente. La diseminación desde los pulmones se manifiesta por bacteriemia, empiema, abscesos cerebrales, pericarditis, sinovitis e infecciones de piel. Caso Clínico: Escolar de 9 años de edad, sexo masculino, con antecedente de tos, fiebre y vómitos de 2 semanas de evolución. Al ingreso pálido, polipneico y afebril. EF: tumoración en región frontal derecha dependiente de hueso, de 6 cm de diámetro, ptosis palpebral derecha. Cardiovascular: soplo sistólico polifocal II/VI. Respiratorio: murmullo vesicular rudo, crepitantes en ambos campos pulmonares. Abdomen: bazo palpable a 3cm de RCI. Laboratorios: G.blancos:14.500 (N: 84%, L: 09%) PCR: 17,6 y VSG: 58 mm. HMC negativos, inmunológico: Ig(A, E, M, G), C3, C4, ANA, antiDNA normales. Serología: HIV, VDRL, HB, HC (no reactivas) Rx de tórax: opacidad de campo pulmonar derecho. Ecocardiograma: derrame pericardico posterior, leve, grado II. Ecografía abdominal: esplenomegalia, ascitis y signos de nefropatía aguda. TAC de cráneo simple: hidrocefalia obstructiva, con imágenes nodulares en fosa posterior. Se realizó la resección quirúrgica de los abscesos cerebrales con cultivos negativos, y en la tinción de Kinyoun se observo BAR (bacilo acido resistente) compatible con nocardia. Se envió estudios de funcionalidad de los neutrófilos. El paciente presentó buena evolución clínica. Comentario: La nocardiosis en niños, indica la necesidad de evaluación de una deficiencia inmunológica subyacente. El diagnóstico precoz sigue siendo fundamental para la disminución de la morbilidad y ocasional mortalidad.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 66 al 72 **Infectología Pediátrica - 2**

P Nº 71 SENSIBILIDAD DE STREPTOCOCCUS PYOGENES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

González C, Acuña M, Benadof D, Galaz M I, Skarmeta M, Topelberg S.
Hospital Roberto Del Río, Santiago.

Introducción: *S. pyogenes* se ha mantenido susceptible a penicilina, la resistencia a macrólidos es variable y se relaciona al uso de antimicrobianos. Objetivos: evaluar la sensibilidad de *S. pyogenes* aislados en pacientes que consultan al hospital. Material y método: análisis de la bases de datos del Laboratorio de Microbiología, entre 1 de julio de 2011 al 31 de junio de 2012. Consignando sexo, edad, tipo de muestra, sensibilidad a penicilina y macrólidos. Resultados: en los 2 años analizados hubo 72 cultivos positivos a *S. pyogenes*, obtenidos de 60 pacientes, 36 (60%) hombres, 24 (40%) mujeres, edades entre 30 días y 14 años, promedio de 6 años, y mediana de 5 años. De las 72 muestras 24 fueron tomadas de piel (31,6%), 26 de secreción faríngea (33,3%), 10 cultivos de sitios estériles (13,9%): 8 fueron hemocultivos, 1 líquido pleural y 1 líquido articular; y 10 de otros orígenes. El 100% fue sensible a penicilina, y 16 fueron resistentes a macrólidos (22%), 7 cultivos faríngeos, 5 cultivos de piel, 1 líquido articular y 3 de otro origen. Los 10 cultivos de sitios estériles fueron sensibles a penicilina, y el cultivo de líquido articular fue resistente a macrólidos. Comentarios: *S. pyogenes* tuvo sensibilidad de 100% a penicilina, la resistencia de 22% a macrólidos es mayor a lo publicado, por lo tanto insistimos en la restricción del uso de macrólidos. Destacar *S. pyogenes* de líquido articular resistente a macrólidos, apoya la importancia de la vigilancia de enfermedades invasoras.

P Nº 72 CENTRAL NERVOUS SYSTEM INFECTION WITH ATYPICAL MYCOBACTERIA PRESENTED AS A BACK PAIN IN A 15 YEAR OLD MALE.

Medrano R., Orellana, M. Del Valle G.
Hospital General San Juan De Dios.

Central nervous system tuberculosis infection is one of the most devastating clinical manifestations of tuberculosis, appearing in 5 to 10% of extrapulmonary TB cases. On October 15th 2007, a 15 year old male from Guatemala, presented sudden onset of diffuse pain in the lumbar region, while he was working. Pain progressed and irradiated symmetrically to lower limbs. MRI of spine at level D1 to D4 showed linear hyperintensity. On December 3rd, the electromyogram reported: mixed superior and inferior, myelo-radicular motor neuron lesion. On the same date, the MRI showed thickening and extensive signal changes in the dorsal spinal cord, suggestive of inflammation or myelitis of likely infectious origin. A biopsy was performed on December 21, and he was treated with antituberculosis drugs. Initially, four drugs (RIF, INH, PIR, EMB) followed by a 2 drug course (INH, RIF). Pathology reported chronic inflammation; tissue culture was negative. On October 24 2008, he was hospitalized because of generalized weakness, paresthesias and facial paralysis. The CAT scan showed a circumscribed image in the left parietal region with increased tracer uptake. HIV test was negative. The intramedullary spinal cord biopsy was sent to Stanford University where thin, long bacilli were identified within the granulomatous inflammation on the Fite stain sections. DIAGNOSIS: SPINAL CORD, \"HIGH LUMBAR LEVEL\", BIOPSY MYCOBACTERIAL INFECTION WITH FITE POSITIVE ORGANISMS. The patient continued antituberculous therapy with four drugs, showing no clinical improvement. His mental status deteriorated, he was intubated, developed sepsis, was admitted to ICU and finally died.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 73 REPORTE DE 14 CASOS DE LEPTOSPIROSIS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE IV NIVEL ENTRE LOS AÑOS 2010-2012.

Fernando Vela-Lozada (1), Carlos Eugenio Sánchez (1), Gabriel Mosquera Klinger (1), Carlos Álvarez Moreno (2).
Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Se analizaron las historias clínicas de 14 casos de leptospirosis, ocurridos durante el período comprendido entre enero de 2010 y julio de 2012, diagnosticados con un resultado positivo de inmunoglobulina M (IgM) para *Leptospira* spp. A partir del suero con clínica compatible. La población mayormente afectada es la comprendida entre los 20 y 35 años de edad, hubo una mayor frecuencia de afectación del género femenino, en el 35.7% existía un antecedente de desplazamiento reciente a municipios del norte del departamento del Tolima y del sur de Cundinamarca. El 71,4% de los pacientes referían factores de riesgo reconocidos para adquirir la infección. Los casos se presentaron claramente en sólo dos periodos del año, el I y III trimestre del año siendo estos típicamente caracterizados por mayor afluencia de lluvias. La mayoría de las consultas al servicio de urgencias se presentaron 7 días posterior al inicio de la sintomatología, aquejando principalmente fiebre, cefalalgia, mialgias y artralgias, la ictericia mucocutánea sólo se presentó en 2 casos. En los hallazgos paraclínicos la mayoría presentó conteos elevados de leucocitos y neutrófilos con un conteo bajo de linfocitos evidente en el 85% de los casos, el conteo de plaquetas no se vio afectado, el compromiso renal se observó en el 35% y la afectación hepática se encontró en el 64,2% de los pacientes, solo 3 pacientes requirieron internación en UCI y por el contrario a otras series nacionales y de la región no se observó mortalidad en nuestra población.

P Nº 74 FORTALECIMIENTO DE LA VIGILANCIA DE AGUAS RECREACIONALES DE LA REGIÓN METROPOLITANA Y V MEDIANTE DETECCIÓN DE ACANTHAMOEBA SPP.

Astorga B (1)., Fuenzalida E. (1), Ewert P.(2), Cárcamo M. (3), Mancilla M.E. (4), Henríquez C. (5), Neira P.†
Sección Parasitología Ambiental, Instituto de Salud Pública de Chile (ISP) (1). Unidad de Coordinación Laboratorios Ambientales-ISP (2). Subdpto Etesa-ISP (3). Oficina Territorial, Viña del Mar-Seremi (4), Dpto. Estadística-U. Valparaíso (5).

Algunas especies de *Acanthamoeba* pueden provocar queratitis, infección diseminada y encefalitis granulomatosa. En Chile, en 1981, se aisló en agua y en 1993 en una paciente usuaria de lentes de contacto con queratitis. El diagnóstico se efectúa por métodos fenotípicos y genotípicos. Pussard y Pond´s establecieron 3 grupos morfológicos basados en tamaño y forma del quiste. Objetivo: evaluar la calidad de las aguas recreacionales. Fueron 118 muestras de la RM: 30 piscinas, 15 ríos y lagunas. En la V Región, 30 piscinas, 14 ríos y lagunas y 30 de mar. Se analizó por el Standard Methods for Examination of Water and Wastewater, 9711C. En las piscinas se registró temperatura, pH y cloro libre. Se tomó 1 litro de agua, se filtró y cultivó. Los quistes fueron medidos con un patrón calibrado. Resultados: 39/118 (33.1%) fueron positivas a *Acanthamoeba* spp, 10/39 (25.6%) de piscinas y 7/39 (17.9%) ríos y lagunas de la RM. 9/39 (23.1%) de piscinas, 9/39 (23.1%) de ríos y lagunas y 4/39 (10,3%) de mar. Medición de los quistes: sólo del grupo II 22/39 (56.4%), solo del grupo III 1/39 (2.6%). Quistes de 2 grupos 16/39 (41.0%). No se observaron diferencias significativas (p=0.430) entre resultado y temperatura, tampoco entre el resultado y el pH (p=0.781), ni entre el resultado y el cloro (p=0.132). Los resultados nos permiten determinar la línea de base de contaminación ambiental, fortalecer la vigilancia epidemiológica y analizar posibles cambios en las normativas existentes. Actualmente se está realizando el análisis molecular. Fonis SA11I2270.-.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 75 CRYPTOSPORIDIUM SPP Y GIARDIA SPP EN AGUAS RECREACIONALES DE LA V Y REGIÓN METROPOLITANA.

Astorga B. (1), Fuenzalida E. (1), Ewert P. (1), Cárcamo M. (1), Mancilla M.E. (2), Henríquez C. (3), Neira P.† (3).
Instituto Salud Pública De Chile (ISP) (1). Oficina Territorial, Viña Del Mar-Seremi (2), U. Valparaíso (3).

Cryptosporidium spp y *Giardia* spp son enteropárasitos que pueden causar infección gastrointestinal en el ser humano y agentes etiológicos en brotes de origen hídrico. Las formas infectantes liberadas al medio ambiente por las heces del hospedero contaminan las aguas: La resistencia a los tratamientos de potabilización y cloración del agua permite su diseminación en el ambiente. El objetivo del estudio fue investigar la contaminación en aguas recreacionales de la Región Metropolitana (RM) y V. Se estudiaron 108 muestras de aguas: 26 piscinas y 11 ríos de la RM, en la V Región: 30 piscinas, 11 ríos y 30 de mar. La obtención de las muestras se realizó según el Standard Methods for the Examination of Water and Wastewater y Environmental Protection Agency (EPA). El procesamiento de las muestras se realizó por filtración, elusión y concentración. La detección de los quistes y ooquistes se efectuó con perlas inmunomagnéticas marcadas con anticuerpos monoclonales evidenciándose con inmunofluorescencia Se encontraron 4 muestras con Cryptosporidium (3.7%) y 6 con *Giardia* (5.6%). En la RM se encontró 1/26 (3.8%) de *Cryptosporidium* en piscinas y 1/26 (3.8%) en piscinas y 2/11 (18%) en ríos de *Giardia*. En la V Región se encontró *Cryptosporidium* en piscinas un 2/30 (6.6%) y 1/30 (3,3%) en agua de mar. *Giardia* en piscinas 1/30 (3.3%) y 2/30 (6.6%) en agua de mar. Estos resultados evidencian la contaminación por estos agentes y el riesgo de infección, por lo que debería evaluarse la posibilidad de incorporarlos en un sistema de vigilancia. Fonis SA11I2270.

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 76 QUISTE HIDATÍDICO ESPLÉNICO PRIMARIO: REPORTE DE UN CASO.

Novoa C., Saavedra S., Pinto M., Valencia C., Olivares R.
Hospital Clínico Universidad De Chile.

INTRODUCCIÓN: La Hidatidosis es una zoonosis endémica de Sudamérica que constituye un problema de salud pública en nuestro país. Es causada por la larva del *Equinococcus granulosus.* Los órganos más frecuentemente afectados son hígado y pulmón (80% de los casos), siendo raro el compromiso aislado de otros órganos. Presentamos el caso de un paciente con compromiso esplénico aislado debido a lo infrecuente de su presentación. HISTORIA CLÍNICA: Paciente de 87 años proveniente de la 6ª región, con antecedente de cirugía de revascularización por cardiopatía coronaria, hipertensión arterial y colitis ulcerosa en tratamiento; refiere historia de 6 meses de evolución caracterizada por anorexia y baja de peso progresiva. Dentro de exámenes solicitados destacan Hematocrito 33.8%, Leucocitos 7630 (8.9% eosinófilos), Plaquetas 449000, VHS 86; PCR 109 mg/dl; perfil hepático normal. TAC de abdomen y pelvis informa lesión quística esplénica de 12 por 13 cm. de diámetro mayor con calcificaciones en su interior, con efecto de masa y que desplaza estómago y diafragma. Serología para hidatidosis positiva. Paciente rechaza procedimiento quirúrgico e intervencional. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y DISCUSIÓN: Las lesiones quísticas del bazo constituyen una entidad poco frecuente y la mayoría se diagnostica incidentalmente. Estas comprenden principalmente quistes hidatídicos (60-75%) y pseudoquistes postraumáticos. Etiologías menos frecuentes incluyen quistes congénitos, tumores esplénicos primarios y metástasis con necrosis central. En este caso particular, pese a que la participación esplénica aislada de hidatidosis es excepcional (<3%), dado los antecedentes epidemiológicos y las características imagenológicas de la lesión, se solicitó de forma oportuna el estudio serológico correspondiente.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 77 LEISHMANIASIS VISCERAL, PRESENTACION CLINICA DE PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL.

Méndez G, Niveyro C, Fernández J, Bernard H, Lorenzati M, Silva G.
Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas, Misiones Argentina.

INTRODUCCION: Leishmaniasis visceral (LV) es una parasitosis producida por *Leishmania infantum sinonimia chagasi,* su principal vector es *Lutzomyia longipalpis.* En mayo de 2006 se documentó el primer episodio de LV en un niño de 8 años de Posadas, Misiones. La aparición de nuevos casos continúa en aumento. OBJETIVOS: analizar las características clínicoepidemiológicas de los casos de LV diagnosticados en nuestro hospital. METODO: estudio retrospectivo, descriptivo de los casos de LV diagnosticados en pacientes con edad ≥ 15 años. Período: mayo 2006 a diciembre 2012. Análisis estadístico Statistix 8.0. RESULTADOS: 58 casos diagnosticados. Hombres 54 (93%) mediana edad 43 (15-80). Mujeres 4 (7%) mediana edad 38 (19-74). Co-morbilidades: TBC 17 (29%), etilismo 17 (29%), HIV/SIDA 4 (6%, todos con CD4 <100) y neoplasias sólidas 3 (5%). Mediana de evolución: 48 días (5-180). Síntomas: fiebre 46 (79%), astenia 30 (51%), pérdida de peso 32 (55%). Hallazgos físicos: hepatoesplenomegalia 30 (51%). Laboratorio (medianas): hematocrito 25% (9-40), glóbulos blancos 3339 células/mm3 (500-1730), plaquetas 86000/mm3 (25000-280000). Test rK39 positivo 50 (86%), directo médula ósea (MO) 23 de 41 (56%), cultivo MO 5 de 20 (25%), patología MO 26 de 36 (72%) y PCR MO 2 de 6 (33%). Tratamiento 46 (79%) antimoniato de meglumina, 12 (21%) anfotericina B. Mediana de tratamiento: 20 días (5-30). Obitos: 8 (13%). CONCLUSION: en zonas endémicas LV es uno de los diagnósticos diferenciales de síndrome febril prolongado. La serología rk39 y el estudio de MO son fundamentales para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 78 DOS MANIFESTACIONES CLÍNICAS INUSUALES DE INFESTACIÓN POR RHIPICEPHALUS SANGUINEUS.

Lechuga M., Salomone C., Pérez-Cotapos M., Corredoira Y.
Departamento Dermatología Pontificia Universidad Católica De Chile.

Introducción: Las garrapatas son artrópodos hematófagos, que parasitan a vertebrados, y sirven como vectores para varios patógenos de animales y humanos. La parasitación en humanos, ocurre principalmente debido a la cercanía con perros. *Rhiphicephalus sanguineus*, es una especie de garrapata, conocida como garrapata café del perro. Objetivos: presentar 2 manifestaciones clínicas inusuales por infestación de garrapatas en humanos. Materiales y métodos: casos clínicos. Caso 1: Paciente masculino, 50 años, consulta por dos lesiones en cuello, una de ellas de 2 días de evolución, con inflamación. Al examen físico, 2 pápulas pediculadas, color piel, de 0.5 cms. cada una, una con base eritematosa. Se extirparon las lesiones, y estudio histopatológico demostró que una de las lesiones correspondía a una garrapata en estado adulto, y la otra a un acrocordon. Caso 2: Paciente masculino, 63 años, consultó por lesión en la espalda, de 4 días de evolución, pruriginosa. Al examen físico, destacaba una placa eritematosa de 6 cms. de diámetro en espalda, con 2 lesiones costrosas excéntricas. Dermatoscopía, demostró una garrapata en una de las costras. Al paciente se le extrajo la garrapata, y se le indicó doxicilina, y Dermovate®, con resolución del cuadro. Resultados: La infestación por garrapatas puede tener distintas manifestaciones clínicas. En ambos casos, los pacientes convivían con perros. Discusión: La importancia de reconocer estos parásitos, radica en la probabilidad de transmitir al ser humano, infecciones por *Rickettsia* spp, *Leishmania* spp o *Trypanosoma cruzi.*

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 73 al 79 **Emergentes - 1**

P Nº 79 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA REPORTE PRELIMINAR.

Penayo C, Volkart K, Samudio-D Gc.
Hospital Nacional De Itaugua.

Introducción: La toxoplasmosis aguda en la embarazada, por lo general es asintomática. La transmisión al hijo ocurre cuando la infección se adquiere por primera vez durante el embarazo. Puede ocasionar alta morbilidad en el recién nacido. Objetivo: Determinar cuáles son las características clínico-epidemiológicas de la toxoplasmosis congénita. Materiales Y Métodos: retrospectivo y prospectivo, descriptivo, observacional de tipo transversal. Resultados: Fueron incluidos 21 pacientes, el diagnostico en la embarazada se realizó 2 (9.5%) en el primer trimestre del embarazo, 8(38%) en el segundo trimestre, 9(43%); presentaron Ig G positivo en el 100% de las embarazadas, Ig M positivo 14(66.5 %), recibieron tratamiento con espiramicina 13(62%), la duración de tratamiento fue de 15 días 1(4.5 %) 1 mes 6(28.5%), no recibieron tratamiento 8(38 %). De los recién nacidos 11 (52%) fueron de sexo femenino, solo uno fue de pretermino, presentaron Ig G positivo 21(100%) Ig M negativo 16 (76%), fueron asintomáticos 5(24 %). Recibieron tratamiento con pirimetamina, sulfadiazina y ácido folínico 20 (95%), 13 recibieron tratamiento por 6 meses y 5(24%) por 1 año, 4 (19 %) de los pacientes presentaron anemia como complicación del tratamiento, 2(9.5%) presento hipoacusia, 5(24%) calcificaciones, microcefalia, 2 (9.5) ceguera y 4 aun se encuentran en tratamiento. Conclusión: La mayoría de los hijos de madre con diagnostico de toxoplasmosis fueron asintomáticos, la serología del niño no fue de mucha ayuda para el diagnostico.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 80 al 86 **Emergentes - 2**

P Nº 80 ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA REALIZADA EN LA QUINTA REGIÓN: TAXONOMÍA, DISTRIBUCIÓN E IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA DE LOS MOSQUITOS CULÍCIDOS (DIPTERA CULICIDAE).

Collao X. (1), Prado L. (1), Mejías G. (2), González Ch. (3,4), Reyes C. (3)
(1) Laboratorio de Virología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. (2) Oficina de Zoonosis y Vectores de Viña del Mar, Seremi Salud Región de Valparaíso, Chile. (3) Laboratorio de Entomología, Instituto de Salud Pública, Santiago, Chile. (4) Laboratorio de Entomología, Universidad Técnica de Ciencias de La Educación, Santiago, Chile.

La vigilancia entomológica es interesante en salud pública por los mosquitos que tienen importancia médica. Los arbovirus actualmente presentan una mayor distribución, debido a factores de: globalización, cambio climático e inmigración. Los arbovirus más conocidos son los flavivirus (dengue, fiebre amarilla, y fiebre del Nilo Occidental), cuyo principal vector son los mosquitos Culícidos. En Chile continental no existen reportes de enfermedades causadas por flavivirus. Sin embargo, el dengue es endémico en Isla de Pascua. Esto y la endemicidad de flavivirus en países fronterizos, motivó la vigilancia entomológica. Este estudio posee dos objetivos: Estudiar la taxonomía y distribución de los mosquitos de la zona y, analizar su importancia en salud pública. Metodología: Se analizaron 125 pooles de larvas, pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar- Quillota. La identificación se realizó con taxonomía tradicional y la búsqueda de flavivirus mediante RCP anidada genérica, controles positivos fueron utilizados. Resultados: Se identificaron taxonómicamente 110 larvas *Culex pipiens*, 14 *Culex dolosus* y 1 *Culex apiscinus.* La distribución de *C. pipiens* fue mayoritaria en cementerios de Viña del Mar y en la base aérea de Concón. No se encontraron flavivirus en las muestras analizadas. Conclusión: Se detecta una amplia circulación de *C.pipiens*, importante hallazgo, considerando que es uno de los principales vectores del Virus del Nilo Occidental. Es importante continuar con el estudio y analizar un mayor número de muestras, abarcando otras áreas. Este estudio permite conocer más la biología de los mosquitos culícidos y la epidemiología de los flavivirus en la zona.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 80 al 86 **Emergentes - 2**

P Nº 81 EXPERIENCIA DEL EJÉRCITO DE CHILE EN MALARIA GRAVE POR PLASMODIUM FALCIPARUM (PF): A PROPÓSITO DE 2 CASOS CLÍNICOS PROVENIENTES DEL CARIBE Y ÁFRICA SUB-SAHARIANA.

Rosas R. (1), Álvarez M. (2), Weitzel T. (3), Fica A. (4), Dabanch J. (5).
Ejército de Chile, Unidad Infectología Adultos Hospital Militar de Santiago.

(1) Hombre 27 años, militar desplegado en Haití. Recibe profilaxis con cloroquina y medidas para protección contra mosquitos. Inicia en terreno diarrea de 4 días seguida de fiebre (38ºC), astenia, coluria y acolia, sospechándose hepatitis aguda. Es hospitalizado con hiperbilirrubinemia (7,4mg/dl), alza leve de GOT, IgM VHA (+), RDT para malaria (-), IgM/IgG dengue (-) y ecografía abdominal normal. Tiende en 24 horas al shock y alteración de conciencia, seguido de insuficiencia renal anúrica, anemia, trombocitopenia, leucocitosis, coagulopatía y alza en bilirrubinemia (25.4 mg/dl). Evacuado a UCI se confirma presencia de trofozoitos (Pf) y gametocitos. Recibe cloroquina intravenosa, hemodiálisis diaria, vasoactivos y soporte con hemoderivados. Presenta pancreatitis aguda y falla respiratoria que requiere soporte ventilatorio invasivo. 2) Hombre 49 años, regresa luego de 3 años en Guinea Ecuatorial. No recibe profilaxis antimalárica. Inicia astenia marcada seguido de fiebre 39°C, calofríos y mialgias, luego náuseas, vómitos, dolor abdominal y diarrea. Finalmente con ictericia y compromiso de conciencia cuando consulta. Se realiza frotis que muestra trofozoitos (Pf). Ingresa a UCI evolucionando en 24 horas al coma, con ictericia y oliguria. Laboratorio con trombocitopenia severa, hiperlactacidemia, uremia, parasitemia 1.7%(Pf), hiperbilirrubinemia (30.2mg/dl) y ecografía abdominal normal. Requiere hemoderivados por anemia y coagulopatía severas. Inicia Atovaquone/proguanil enteral seguido de quinidina y clindamicina intravenosas. Apoyado con soporte vasoactivo, ventilación invasiva y hemodiálisis diaria luego trisemanal. Se confirmó VIH (+). Es cada vez más frecuente enfrentarnos a la malaria en países. La baja frecuencia de la enfermedad dificulta la sospecha clínica precoz y por ende la terapia oportuna previa al compromiso multisistémico.

P Nº 82 DIAGNÓSTICO DE ACANTHAMOEBA SPP. POR CULTIVO EN SOSPECHA DE QUERATITIS EN UN LABORATORIO DE REFERENCIA.

Soto A. (1), Jercic M. I. (2), Oyarce A. (2), Castillo A. (2), Romero P. (3).
(1)Facultad De Medicina, Universidad De Los Andes, Chile (2) Sección De Parasitología, Instituto De Salud Pública, Chile (3) Servicio De Oftalmología, Hospital Del Salvador, Chile.

Introducción: Queratitis por *Acanthamoeba* spp. (QA) es una infección emergente de gran morbilidad asociada al uso de lentes de contacto, cuyo diagnóstico se basa principalmente en la sospecha clínica y el cultivo. Objetivo: Revisar algunos aspectos diagnósticos de los pacientes estudiados por sospecha de QA en el Instituto de Salud Pública (ISP) de Chile. Materiales y métodos: Estudio retrospectivo. Se revisó las bases de datos y registros de pacientes con diagnóstico clínico de QA y muestras oculares recibidas en ISP para cultivo en medio de Page, entre enero/2005 y diciembre/2011. Este se consideró positivo cuando se observaban quistes y/o trofozoítos característicos del género *Acanthamoeba*. Se obtuvo algunas variables demográficas y diagnósticas. Resultados: 246 pacientes estudiados (62,2% mujeres, 37,8% hombres), promedio etario: 39 años (rango: 11- 83). 83,2% tenía antecedente de uso de lentes de contacto. Las muestras recibidas eran de raspado corneal obtenido por bisturí o aguja estéril (49,6%), lentes de contacto y soluciones de lavado (45,6%) u otras (4,8%). Del total, un 35,0% tuvo cultivo positivo (58,1% en las primeras 72 hrs. de incubación), siendo la mitad de ellos los obtenidos por raspado corneal. Se aisló conjuntamente quistes y trofozoítos en 56,5%. Conclusiones: Los hallazgos demográficos obtenidos concuerdan con lo reportado en otras series. El cultivo para *Acanthamoeba* spp. Tuvo un menor rendimiento en relación a lo publicado, teniendo mejor rendimiento el realizado desde raspado corneal. Existió heterogeneidad respecto a la muestra seleccionada para estudiar por cultivo ante sospecha de QA. Estos últimos aspectos se deberán revisar.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

Intervalo 80 al 86 **Emergentes - 2**

P Nº 83 PERSISTENCIA DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN UN GRUPO FAMILIAR MEDIANTE EL MECANISMO DE TRANSMICION VERTICAL TRES GENERACIONES, DEL SIGLO XX AL XXI.

González A., Mousques N., Basmadjian Y.
Banco de Previsión Social, Uruguay.

La Enfermedad de Chagas, zoonosis parasitaria ancestral y silenciosa, producida por *Trypanosoma cruzi*, afecta poblaciones pobres y rurales de Latinoamérica, aunque las últimas corrientes migratorias lograron su urbanización y globalización. De curso crónico, existen 8 millones de personas infectadas, de las que el 70 % desconoce su infección. En 1997 Uruguay certificó el corte de transmisión vectorial y transfusional de esta patología, gracias a las medidas tomadas a nivel estatal para lograr su control. Desde esa fecha, la vía vertical se transformó así en el principal mecanismo de transmisión. La Unidad de Perinatología del Banco de Previsión Social (BPS) desde hace 16 años realiza serología para descartar Chagas en todas las embarazadas que atiende. La prevalencia detectada es de 2,2 por mil, con una transmisión transplacentaria de 4%, siendo todos asintomáticos. La detección de serología positiva en una embarazada nacida y residente en zona no endémica (Montevideo) permitió estudiar y detectar la infección de su hijo, realizándose en el recién nacido tratamiento precoz y oportuno, lográndose la negativización serológica. A partir de este caso se estudió el grupo familiar, detectándose serología positiva en la madre de la paciente (procedente del interior del país), en un hermano, una hermana y una sobrina, siendo todos asintomáticos. Se comprobó así, por primera vez en Uruguay, la transmisión vertical en 3 generaciones. Ante esta evidencia, destacamos la importancia del tamizaje de Chagas en todas las gestantes para poder realizar el seguimiento de neonatos y detectar la infección congénita asintomática y realizar tratamiento oportuno.

Intervalo 80 al 86 **Emergentes - 2**

PNº84 PERFIL BIOSSOCIAL DOS INDIVÍDUOS PORTADORES DE DOENÇA DE CHAGAS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE INFECTOLOGIA DO HOSPITAL COUTO MAIA, SALVADOR, BAHIA, BRASIL .

Bastos C.R., Silva C.S., Conceição B.F., Bastos C.J.C.
Hospital Especializado Couto Maia.

A doença de chagas é uma zoonose causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, endêmica nas Américas Central e do Sul. O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil biossocial dos pacientes portadores da doença de Chagas (DCH) atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Couto Maia, unidade de referência do estado localizado em Salvador, Bahia, Brasil. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, realizado de março a junho de 2012, com aplicação de questionário respondido em um único momento por doentes provenientes da cidade de Itaberaba, Bahia. Os resultados evidenciam que, dentre os 28 pacientes estudados, 53,6% eram do sexo feminino, com idade de 38 a 84 anos; 42,9% eram analfabetos; 87,5% respondeu receber menos que dois salários mínimos, sendo a agricultura a principal fonte de renda (nenhum paciente referiu ter carteira assinada); 78,6% tinham familiares com doença. Encontrou-se ainda a falta de assistência sanitária, educação, moradia e saúde para a população estudada. Concluiu-se que a pesquisa pôde reforçar a sustentação dos dados da literatura a respeito do perfil biossocial dos portadores da doença de Chagas.

Fecha de Presentación: 30 de Mayo de 2013

P Nº 85 NO ASISTE

Intervalo 80 al 86 **Emergentes - 2**

P Nº 86 AVALIAÇÃO CLÍNICA E IMUNOLÓGICA DA DOENÇA DE CHAGAS NAS DIFERENTES FASES DA INFECÇÃO.

Bastos C.J.C. (1), Grassi M.F.R. (2), Aras J.R. (3), Galdame A.R.M.A. (2).
Hospital Couto Maia, Salvador, Bahía, Brasil (1); Fiocruz – Bahía, Brasil (2); Hupes – Ufba – Salvador (3).

Introdução: Surtos de infecção por *T. cruzi* na transmissão oral ocorrem no Brasil com letalidade elevada na miocardite. Objetivos: Descrever a clínica e a resposta imune nas fases da Doença de Chagas (DC). Métodos: 1) Evolução clínica, eletrocardiográfica (ECG) e ecocardiográfica (ECO) da Doença de Chagas Aguda (DCA) em 13 pacientes durante dois surtos na Bahia, antes e após o benzonidazol, 2) Avaliação da expressão dos marcadores de ativação dos linfócitos (L) TCD4+ e TCD8+ nas fases da DC e da expressão de HLA-DR, CD45RA, CD45RO, CD62L, CD25, CD28 e CD69. Trabalho aprovado pelo Comitê de ética da FIOCRUZ – Bahía. Resultados: sintomas mais frequentes – Febre e dispneia. Dois pacientes morreram de insuficiência cardíaca antes do benzonidazol. O ECG e ECO mostraram frequentemente Alterações na Repolarização Ventricular (ARV) e derrame pericárdico. Disfunção ventricular (fração de ejeção $\leq$ 55%) em 27.3% dos pacientes. Após o tratamento, a ARV desapareceu em 50% e a bradicardia sinusal foi observada em 18%. A fração de ejeção normalizou-se em dois dos três pacientes com disfunção sistólica e efusão pericárdica desapareceu. Os LT CD4 naives (CD45RA e CD62L) diminuíram em todas as fases da infecção e os LT CD8 ativados (HLA – DR) aumentaram. Não houve variações das citocinas. Conclusões: A miocardite é frequentemente grave na DCA e o tratamento específico pode melhorar os sintomas clínicos, o ECG e o ECO. As células TCD4 e TCD8 podem ser importantes no controle da parasitemia e seus mecanismos imunológicos estão envolvidos na forma cardíaca da DC.

P Nº 87 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

Lima L.F.A. (1), Almeida J.I. (2), Fontele D.M. (3)
Hospital Da Irmandade Beneficente Da Santa Casa Da Misericórdia De Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO: A notificação compulsória consiste na comunicação da ocorrência de casos individuais, agregados de casos ou surtos, suspeitos ou confirmados, do rol de agravos relacionados na Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, do Ministério da Saúde do Brasil, que deve ser feita às autoridades sanitárias por profissionais de saúde ou qualquer cidadão, visando à adoção das medidas de controle pertinentes. Fazem parte deste sistema 45 doenças. OBJETIVO: Caracterizar as doenças de notificação compulsória prevalentes em um hospital terciário durante o período de 2011 a 2012. MÉTODOS: Estudo descritivo. Foram analisadas as fichas de doenças de notificação compulsória, durante o período de janeiro de 2011 a novembro de 2012 em um hospital terciário da cidade de Fortaleza, Ceará. RESULTADOS: Analisadas 599 fichas de notificação durante o biênio. Destas, as mais prevalentes foram: intoxicação exógena 273 (45%) casos, dengue 257 (42%) casos, tuberculose 28 (5%) casos, sífilis 10 (1%) casos, leishmaniose visceral 10 (1%) casos e outros com 21 (3%) casos. CONCLUSÃO: As intoxicações exógenas foram as mais prevalentes, seguidas de dengue e tuberculose. Com a epidemia de crack em nossa cidade, nos deparamos com um alto índice de noficação por intoxicação. A dengue e a tuberculose têm importância elevada devido à morbimortalidade e por se caracterizar como um espelho da situação sócio-econômica de nossa capital. Ambas foram colocadas como prioridade em atendimento e conduta na cidade de Fortaleza, pelos órgãos governamentais.

P Nº 88 DESCRIÇÃO DOS CASOS DE INFECÇÃO HOSPITALAR PROVOCADOS POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICAS.

Silva A., Henriques C., Werneck L.
Prontobaby-Hospital Da Criança.

Introdução: Infecções por *Pseudomonas aeruginosa* representam um desafio para o adequado tratamento em virtude de diversos mecanismos de resistência e escassas opções terapêuticas. Objetivo: Descrever os casos de infecção hospitalar (IH) atribuídos à *Pseudomonas aeruginosa* em unidades de terapia intensiva pediátricas. Métodos: Estudo descritivo e prospectivo de IH atribuídas a *P. aeruginosa* em três UTI PED e 1 unidade de terapia intensiva neonatal do Prontobaby entre janeiro de 2010 a junho de 2012. Resultados: Foram detectadas 296 IH nas 4 unidades de terapia intensiva, totalizando 25.197 pacientes-dia e densidade de incidência geral de infecção de 11,7 por 1000 pacientes-dia. Foram detectadas 35 IH atribuídas à *Pseudomonas aeruginosa* (11,8 % do total), sendo 18 em 2010, 12 em 2011 e 5 em 2012. Deste quantitativo, 12 (34,2%) isolados apresentavam perfil de multirresistência (resistência à carbapenêmicos). Os sitíos de isolamento foram: pneumonias (12), infecções do trato urinário (9), infecções de corrente sanguínea (8), infecções cutâneas (2), otite (1), peritonite (1), infecção de shunt ventrículo-peritoneal (1) e sepse (1). A mortalidade após 30 dias foi de (7/23) 30,4% nos pacientes com IH por *Pseudomonas aeruginosa* com sensibilidade à carbapenêmicos e (4/12) 33,3% nos pacientes com IH por *Pseudomonas aeruginosa* com resistência à carbapenêmicos (p= 0,83). Conclusões: Encontramos elevado percentual de IH causadas por *Pseudomonas aeruginosa* com resistência à carbapenêmicos. A mortalidade em 30 dias em pacientes com IH por este agente foi elevada tanto nos pacientes com IH por *P. aeruginosa* sensíveis à carbapenêmicos quanto naqueles com resistência a grupo de antibióticos.

P Nº 89 PREVENÇÃO DE PNEUMONIAS ASSOCIADA À VENTILAÇÃO MECÂNICA- EDUCAR É PRECISO.

Silva A., Campos A., Oka C.
Universidade Federal Fluminense.

Introdução: Contaminação de equipamentos de terapia inalatória e reprocessamento inadequado podem contribuir para a aquisição de pneumonias associadas à ventilação mecânica (PAVs). É fundamental o conhecimento sobre as corretas práticas para evitar este agravo. Objetivo: Relatar o conhecimento de discentes da graduação de cursos da saúde sobre PAVs, medidas de prevenção e reprocessamento de equipamentos de terapia inalatória. Métodos: Estudo descritivo prospectivo, realizado em uma universidade pública federal do Rio de Janeiro, a respeito de PAVs. Utilizamos um questionário composto por 16 questões objetivas, aplicado antes e após capacitação prática do assunto. Foram utilizados simuladores em todas as práticas. Resultados: Entre maio e novembro de 2012 foram capacitados 31 discentes (16 de medicina, 14 de enfermagem e 1 de medicina veterinária), cursando entre o 1º e último período. A porcentagem de acerto dos principais itens no pré e pós-teste foram os seguintes: agentes causadores mais comuns de PAVs (45,1% x 100% p<0,001), forma de reprocessamento de micronebulizadores (35,4% x 87,5% p<0,001), forma de reprocessamento de circuitos de ventiladores (29% x 80,6% p<0,001), forma de reprocessamento de máscaras faciais (12,9% x 96,8% p<0,001), possibilidade de contaminação de medicamentos de dose múltipla utilizadas em terapia inalatória (20% x 83% p<0,001). Não houve diferença estatística em relação ao conhecimento entre as diferentes categorias profissionais. Conclusões: O conhecimento prévio a respeito de PAVs, medidas de prevenção e reprocessamento de materiais foi precário em alunos da graduação em saúde. Práticas com simuladores proporcionaram excelente aproveitamento sobre o correto reprocessamento de equipamentos de terapia inalatória.

P Nº 90 CONDUÇÃO DE SURTO DE BACTÉRIAS GRAM NEGATIVAS NÃO FERMENTADORAS MULTIRRESISTENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO NO NORDESTE BRASILEIRO.

Lima L.F.A. (1), Almeida J.I. (2), Fontele D.M. (3), Moura C.M. (4), Andrade M.S.S. (5), Furlani S.M.T. (6)
Hospital Da Irmandade Beneficente Da Santa Casa Da Misericórdia De Fortaleza. Fortaleza, Ceará, Brasil.

INTRODUÇÃO: As bactérias gram negativas não fermentadoras (BGNNF) são responsáveis por grande parte das infecções em UTI, sendo consideradas panrresistentes aquelas com sensibilidade apenas a polimixina. Em uma UTI adulto foram observados 03 casos de pneumonia associada a ventilação mecânica (PAV) por *Acinetobacter* sp, 01 caso de infecção urinária por *Acinetobacter baumannii* e 04 casos de PAV por *Pseumonas aeruginosa*, todos panrresistentes, em um período de 10 dias. Foi instituído bloqueio do setor, inquérito epidemiológico, culturas de vigilância, precauções de contato e treinamento intensivo dos profissionais da assistência. OBJETIVO: Identificar o paciente-fonte e implementar medidas de contenção. MÉTODOS: Estudo analítico, observacional, longitudinal, de coorte. Os pacientes foram observados até sua alta da unidade. RESULTADOS: Foi constatado que a partir de uma paciente-fonte infectada por *Acinetobacter* sp, deu-se a cadeia de transmissão para os outros casos na unidade, tendo como meio de transmissão a manipulação dos pacientes sem o uso de precauções adequadas. Durante a primeira semana, não houve resultados positivos pela baixa adesão da equipe clínica à higienização das mãos e às medidas de precauções de contato. Após nova intervenção, o surto foi controlado, sem novos casos diagnosticados, porém com a permanência de 03 pacientes com pouca resposta à terapêutica, ainda colonizados e mantidos em isolamento. A UTI foi liberada após 15 dias do início do surto. CONCLUSÃO: Em vigência de surto por bactérias multirresistentes é essencial seu diagnóstico precoce, laboratório de microbiologia eficiente, instauração de medidas de contenção e comprometimento da equipe de assistência.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 87 al 93 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1**

P Nº 91 PRÁTICAS DE UTILIZAÇÃO E PERFIL DE CONTAMINAÇÃO MICROBIOLÓGICA DE JALECOS USADOS POR DOCENTES E DISCENTES DO UNIFESO.

Scheidt KLS., Araújo ARVF., Chagas GMS., Carneiro MS., Canuto R, Corbelli CCO.
Centro Universitário Serra Dos Orgãos- Unifeso. Teresópolis-RJ Brasil.

Os jalecos são um veículo potencial de transmissão microbiológica e seu uso inadequado traz riscos á saúde de profissionais e população. O objetivo deste foi o de conhecer as práticas de utilização e o perfil de contaminação do jaleco usado por docentes e discentes do UNIFESO. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e exploratório. Respeitados os princípios éticos aplicou-se questionário sobre o modo de uso e análise microbiológica. Os dados foram analisados de forma manual expressos em percentuais e demonstrados por meio de tabelas Como resultado, 73 (setenta e tres) jalecos estudados apresentaram variada flora, predomínio de cocos Gram positivos, bacilos Gram negativos e até diplococos foram identificados. A região do punho, a mais contaminada, apresentou em média 23 UFC por campo. Quanto ao perfil de uso, a maioria (42) 57% tem idade entre 18-25 anos, (46) 63% do sexo feminino, (32) 44% acadêmicos de medicina, do 3o período, apenas (13) 18% docentes. Sobre a frequência de troca do jaleco (33) 45% troca 1x por semana, entretanto com inadequado manuseio. Após uso (36) 49% não lava o jaleco separado, (43) 58% não usa produto desinfetante, (54) 73% utiliza a passagem a ferro como medida complementar de contenção microbiológica. Conclui-se da imperiosa necessidade de conscientização dos acadêmicos e docentes sobre adequado uso e manuseio do jaleco e importância da vestimenta na epidemiologia das infecções intra e extra ambientes da saúde. Palavras-chave: Jaleco branco, Biossegurança, Contaminação biológica.

Intervalo 87 al 93 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1**

P Nº 92 VACINAÇÃO CONTRA HEPATITE B EM INDIVÍDUOS RENAIS CRÔNICOS.

Lopes LP. (1), Teles SA. (2), Reis RK. (3), Canini SRMS. (4), Galvão MTG. (5), Gir E. (6).
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto Da Universidade De São Paulo, Brasil.

Introdução: Indivíduos em tratamento hemodialítico apresentam elevado risco de infecção pelo vírus da hepatite B, sendo, portanto, uma população alvo para vacinação contra hepatite B. Objetivos: Avaliar a monitoração da vacina contra hepatite B em centros de hemodiálise de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Métodos: Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo desenvolvido com 102 indivíduos em quatro unidades de hemodiálise. Foram analisados os prontuários de todos os indivíduos no período janeiro de 2005 a dezembro de 2009. Para a análise dos dados utilizou-se estatística descritiva. Todos os aspectos éticos foram contemplados. Resultados: Dos 102 indivíduos, apenas 37 (36,3%) permaneceram os quatro anos em seguimento nas unidades de hemodiálise. Quanto à vacinação contra hepatite B, apenas 40 (39,2%) indivíduos possuíam registros sobre vacinação no prontuário. O esquema vacinal completo contra hepatite B foi realizado antes do início da terapia renal substitutiva em somente 13,9% dos indivíduos. O percentual de indivíduos que recebeu o esquema vacinal completo contra hepatite B foi de 35,3%. Desses, 72,2% desenvolveram títulos protetores de anti-HBs. Para todos os indivíduos com esquema completo (n=36), a via de aplicação da vacina foi intramuscular; 34 (94,4%) receberam o esquema vacinal de três doses de 40 mcg e dois (5,6%) o esquema de quatro doses de 40 mcg. Conclusão: Identifica-se a necessidade da equipe de profissionais que atuam nessas unidades de adotar, na sua prática, a aplicação de instrumentos que visem facilitar e possibilitar um maior controle e monitoramento da vacinação contra hepatite B.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 87 al 93 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 1**

P Nº 93 ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES-PADRÃO: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM EXPOSTOS OU NÃO A MATERIAL BIOLÓGICO.

Toffano-Malaguti SE., Reis RK., Silva AM., Pereira FMV., Belini JM., Canini SRMS., Gir E.
Universidade Federal De São Joao Del Rei.

Estudo transversal, quantitativo cujos objetivos foram descrever as exposições ocupacionais envolvendo material biológico potencialmente contaminado de profissionais de enfermagem de um hospital universitário e comparar os escores de adesão às Precauções-Padrão entre os que sofreram exposição ou não. A coleta de dados ocorreu entre setembro de 2009 e março de 2010, em um hospital público, com 256 profissionais de enfermagem. Para a coleta de dados utilizou-se um formulário contendo variáveis demográficas, a escala psicométrica "Adesão às Precauções-Padrão (") e consulta aos registros de exposição ocupacional. Os resultados apontaram alta adesão às Precauções-Padrão segundo a escala; no entanto, a consulta aos prontuários evidenciou baixa adesão ao uso de equipamentos de proteção individual no momento da exposição. A adesão às precauções-padrão relatada foi menor que adesão descrita nos registros de exposição, evidenciando a necessidade de estratégias direcionadas à avaliação do uso das medidas preventivas.

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 94 DETERMINACIÓN DE LA PRESENCIA DE AGENTES INFECCIOSOS NOSOCOMIALES EN HOSPITAL CLÍNICO VETERINARIO DOCENTE (HCVD) DE LA UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS, TALCA.

Weinborn R. (1), Sánchez N. (1), Daneck D. (1), Troncoso I. (2), Báez F. (3).
(1) Universidad Santo Tomás-Talca (2) Universidad Santo Tomás-Concepción (3) Hospital Clínico Veterinario Docente UST Talca.

Introducción: La infecciones nosocomiales bacterianas son de importancia, ya que presentan resistencia a antibióticos, tema poco investigado en medicina veterinaria, situación que puede significar un riesgo para la salud humana. Objetivos: Determinar la presencia de bacterias implicadas en infecciones nosocomiales y su sensibilidad antibiótica. Métodos: Se muestrearon 19 superficies, 11 utensilios y 6 de ellas provinieron de manos del personal del HCVD. Se excluyeron las dependencias que son de uso exclusivo del personal, además se estandarizaron áreas, utensilios y personal según zonas críticas, semi-críticas y no críticas. Se utilizó tórula estéril con medio Stuart. Las muestras fueron sembradas en caldo infusión cerebro corazón, sembradas en agar base sangre, agar MacConkey y se realizó antibiograma. Los resultados fueron analizados mediante estadística descriptiva, considerando para esto la frecuencia de presentación como porcentajes. Resultados: Se pudo observar que 5 (14%) muestras fueron positivas y 31 (86%) fueron negativas. En sólo una de las muestras se aisló *Staphylococcus aureus* y en resto se aisló *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN). Del total de muestras positivas, el 11% (4) correspondió a "manos del personal del HCVD" (SCN) y en 2,7% (1) a una depiladora (*Staphylococcus aureus*). Las muestras positivas correspondieron a zonas semicríticas. El antibiograma solo arrojó resistencia al metronidazol. Conclusiones: Se puede inferir que las especies de *Staphylococcus* no son meticilino resistentes, por lo que se considera que no implican un riesgo para la salud humana ni de los pacientes hospitalizados.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 95 CONTROL DE BACTERIEMIA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL (BRC) EN DOS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DE ADULTOS DE MONTEVIDEO.

Guerra S. (1), Trindade G. (2).
(1) S.M.I. (2) Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Estudio descriptivo y prospectivo cuyo objetivo fue medir el impacto de un plan de intervención multimodal, para controlar tasas elevadas de BRC en dos UCIs (1 y 2). Ambas tenían vigilancia activa con feedback de tasas de BRC y protocolos de colocación y mantenimiento de vías cuando se elevaron sostenidamente las tasas (durante 3 y 8 meses). La UCI2 tenía el antecedente de elevadas tasas de BRC (P90 del país) y post-aplicación de Care bundle había obtenido BRC cero por 8 meses. En la UCI1, la intervención incluyó mejorar disponibilidad de insumos, educación al personal, revisión de protocolos, medición de los 5 momentos de higiene de manos (HM), supervisión de aplicación de check list y del paquete de medidas, con devolución de tasas de cumplimiento. La UCI2 aplicó lo mismo con la excepción de listas de chequeo y agregó el uso de Tegaderm® CHG, documentación fotográfica de incumplimiento y publicación educativa. El cumplimiento de HM al inicio, en UCI1 y UCI2 fue respectivamente, global 52-25%, antes del contacto con el paciente 61-10% y después del contacto 84-25%. Post-intervención en UCI1 la tasa de BRC descendió de 2,4 (8/3317) a 0 y en UCI2 de 5,7 (7/1238) a 0,8 (2/2622) en 8 meses de seguimiento ($p<0,05$). El descenso fue más rápido en UCI2. Se concluyó que a pesar de tener protocolos o experiencia previa en control de BRC, el descuido de las medidas incrementó las infecciones, cuyo control requirió de estrategias multimodales, con educación, supervisión y feedback de cumplimiento como pilares.

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 96 EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE RESISTENCIA DEL SARM EN UNA POBLACIÓN DE ALTURA DEL PERÚ. 2006 – 2010.

Calderón- Gerstein, Walter (1,2), Alcócer- De La Cruz, Regina, Oyardo- Guillermo, Oscar.
(1) Essalud Huancayo, Perú, (2) Uncp.

Estudio de tipo descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo con revisión retrospectiva de historias clínicas. Se comparó el perfil de resistencia del SARM (*Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina) según tipo de cultivo y antibiograma, en la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Nacional de EsSalud de la ciudad de Huancayo (3250 m.sn.m). Entre el año 2006 y 2007, el 68.13% de las infecciones por *S. aureus* eran por SARM. Se diseñó un programa de control de infecciones y colonizaciones por SARM. No se encontró SARM en ningún ambiente evaluado. Los cultivos de hisopado de fosas nasales realizados a 632 pacientes ingresados a la UCI fueron positivos a SARM en el 26.1% (n=165) El 20.25% de los trabajadores estaban colonizados por SARM. Los portadores recibieron profilaxis con mupirocin intranasal 2 veces al día y baños diarios con clorhexidina al 2% por 5 días, con un 100% de éxito. Durante la aplicación del programa se incrementó la detección de colonizados con una disminución de las infecciones por SARM. El programa de control de infecciones fue interrumpido en el año 2008 al disminuir la prevalencia de SARM en cultivos respiratorios de 61.7% en el 2005 a 34.78% en el 2007. La tasa de resistencia del *S. aureus* a oxacilina se elevó desde un 68.13% en el 2007 hasta 89.1% en el año 2010, permaneciendo la prevalencia de SARM en cultivos respiratorios alrededor del 32% en el 2010. Conclusiones: La prevalencia del SARM ha aumentado tras interrumpir el programa de control de infecciones.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 97 ACCIDENTES LABORALES CON OBJETOS CORTOPUNZANTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

Tapia M. (1), Andino X. (1) Núñez-Freile B. (2) Beltrán S. (3) Torres F. (4)
Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM). Quito. ECUADOR.

INTRODUCCION: Los Accidentes Laborales con Objetos Corto Punzantes (ALOCP) son un importante problema de gestión hospitalaria que pone en riesgo la salud de los trabajadores sanitarios. OBJETIVO: Establecer la tasa de incidencia de los ALOCP en el personal sanitario del HCAM en el año 2012. METODO: Estudio de incidencia de ALOCP. Se recogieron todas las declaraciones de ALOCP al comité de infectología del año 2012, donde se establecieron: tipo de accidente, tipo de personal sanitario, condición serológica del personal sanitario expuesto (HIV, HBV, HVC). RESULTADOS: Se definieron 450 declaraciones de ALOCP, que corresponde a una tasa de incidencia anual de 8% en la población general de trabajadores sanitarios de nuestro hospital. Los grupos más vulnerables para los ALOCP fueron: Internos rotativos 32,6%, estudiantes externos 24,1%, personal de limpieza 10%, enfermeras 5,8% y resto del personal 31,5%. El tipo de ALOCP fue: reencapuchar la tapa de aguja 63%, aguja mal clasificada en desechos 8,2% y otros 28,8%. La condición serológica del personal sanitario que sufrió el ALOCP fue negativa para HBV, HVC y HIV en el 100%. CONCLUSIONES: 1. Existe un alto índice de ALOCP en nuestro Hospital. 2. Los grupos más vulnerables de ALOCP son los estudiantes internos rotativos y externos. 3. El reencapuchamiento de las agujas es la causa más importante de ALOCP.

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 98 EVALUACION DEL SITIO WEB EDUCATIVO: WWW.HIGIENEDEMANOS.ORG.

Núñez-Freile B. (1), Hinostroza D. (1).
Hospital Carlos Andrade Marín (Hcam). Quito, Ecuador.

INTRODUCCION: La higiene de manos es una de las acciones más importantes para la prevención de las infecciones asociadas a la atención sanitaria. Se desarrolla de una herramienta educativa virtual en español a través de la Internet. OBJETIVO: Evaluar el número de visitas globales en el sitio web www.higienedemanos.org desde su creación. METODO: Se analizaron los resultados estadísticos de visitas a higienedemanos.org desde enero de 2008 a diciembre de 2012. Se tomó el número absoluto de visitas por año y por país. El promedio anual de visitas por visitador y el promedio anual de páginas vista por visita. RESULTADOS: En los 5 años de existencia del higienedemanos.org se obtuvieron 390.467 visitas con un promedio de 214 visitas diarias. De las cuales corresponden 6,4% al año 2008, 15,4% al año 2009, 20,5% al año 2010, 27,7% al año 2011 y 33,8% al año 2012. El promedio Visitas/Visitador del sitio web fue de 1,14; 1,16; 1,19; 1,25 y 1,17 para los años 2008 al 2012 respectivamente. El promedio de páginas observadas por visita fue de 3,33; 2,81; 2,91; 2,95 y 2,09 para los años 2008 al 2012 respectivamente. Los 10 países con mayor número de páginas visitadas en el quinquenio fueron: México 263.301, Perú 109.130, Colombia 97.847, USA 95.922, España 82.323, Argentina 59.819, Chile 47.518, Ecuador 36.704, Venezuela 23.665 y Guatemala 17.703 visitas. CONCLUSIONES: 1. higienedemanos.org es una excelente herramienta educativa en la red hispanoparlante. 2. Se aprecia un incremento sostenido del número de visitas en 5 años de estudio.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 99 INFECCIONES RESPIRATORIAS POR BURKHOLDERIA CEPACIA, OCASIONADAS POR ANTISÉPTICO BUCAL.

Zurita J. (1,2), Mejía L (3), Zapata S (3), Trueba G (3), Vargas AC (1), Aguirre S (4), Falconi G. (4), Alcocer I (2).
1servicio De Microbiología Y Tuberculosis. Hospital Vozandes. Quito, Ecuador; 2 Pontificia Universidad Católica Del Ecuador (Puce). Quito, Ecuador; 3instituto De Microbiología, Universidad San Francisco De Quito (Usfq). Quito, Ecuador; 4unidad De Cuidados Intensivos. Hospital Vozandes Quito, Ecuador.

INTRODUCCIÓN: El complejo Burkholderia cepacia (CBC) se ha asociado con brotes de infecciones en unidades de cuidados intensivos (UCI) debidos a la contaminación de fluidos y desinfectantes. Durante agosto del 2012 se presentaron tres casos de infecciones respiratorias por CBC en la UCI del Hospital Vozandes, aparentemente originadas en un antiséptico oral (AO) contaminado. Ninguno de los pacientes falleció. OBJETIVO: Determinar molecularmente si los aislamientos de CBCs aislados de pacientes y AO están epidemiológicamente relacionados e implicados en los cuadros respiratorios. METODOLOGIA: Tres aislados de CBCs fueron obtenidos a partir de aspirados traqueales de 3 pacientes hospitalizados en UCI con cuadros de neumonía. Se hizo el análisis epidemiológico para establecer el origen de la CBC y se cultivó el AO utilizado en los pacientes. Las secuencias de ADN de siete genes (gyrB, atpD, gltB, recA, lepA, phaC, trpB) fueron analizadas en un esquema de Multilocus Sequencing Typing (MLST) en los 3 aislamientos de pacientes, en los 3 aislamientos de AO y en 1 aislado clínico proveniente del cepario de la USFQ. RESULTADOS: Los seis aislados asociados al brote mostraron idénticas secuencias de ADN en los 7 loci, pero fueron diferentes al aislado control. CONCLUSIÓN: La caracterización molecular sugiere que el brote se originó de un único clon presente en el AO. Esto concuerda con reportes que indican que CBC tiene un alto potencial patogénico en pacientes de UCI debido a su afinidad por el tejido pulmonar y su capacidad de sobrevivir en cualquier tipo de ambiente.

Intervalo 94 al 100 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 2**

P Nº 100 INFECCIONES NOSOCOMIALES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA MULTIRRESISTENTE EN UNA POBLACIÓN DE ALTURA. HUANCAYO, PERÚ, 2012.

Calderón Gerstein, Walter; Escobar Zavaleta, Jorge; Kong Paravicino, César; Egoavil Morales, Yusara.
Essalud, Uncp.

Entre el mes de abril y el mes de octubre del año 2012 se diagnosticaron 14 casos de infecciones nosocomiales por *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente (PAMR) en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé (HNRPP) de ESSALUD de la ciudad de Huancayo, departamento de Junín, Perú. El HNRPP es un hospital nacional de 400 camas ubicado en la ciudad de Huancayo, a 3250 metros sobre el nivel del mar. La totalidad de las PAMR fueron resistentes a todos los betalactámicos – incluidos carbapenémicos, aminoglucósidos y quinolonas. Se realizó un estudio de genotipificación y se revisaron 13 historias clínicas. Un paciente no fue evaluado por falta de datos. Once de los 13 pacientes fallecieron por sepsis nosocomial. El promedio de edad fue de 73.3 años; 8 de los pacientes eran de sexo masculino. Un paciente adquirió la PAMR en el servicio de medicina, uno en oncología y 13 en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Los factores de riesgo más comunes fueron: postración crónica (n=7), antecedente de infarto o hemorragia cerebral (n=6), presencia de úlceras de decúbito (n=6), desnutrición(n=5), traqueostomizado(n=4). Todos los pacientes habían recibido previamente una cefalosporina de tercera generación, 11 de ellos tratamiento con vancomicina, y 9 con algún carbapenémico. En relación a la infección por PAMR, 10 pacientes desarrollaron neumonía, 9 infección urinaria alta y 3 abscesos intrabdominales por el mencionado patógeno.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 101 CONHECIMENTO DA TRANSMISSÃO OCUPACIONAL DO HIV ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM QUE ATUAM EM TERAPIA INTENSIVA.

Pereira F.M.V.; Malaguti-Toffano, S. E.; Almeida, M. C. M.; Caetano, E. A.; Gir, E.
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto – Usp.

Introdução: A equipe de enfermagem deve conhecer e estar capacitada, sobretudo com relação à transmissão de patógenos para que possa evitar suas formas de disseminação. Visando à diminuição dos riscos associados ao trabalho dos profissionais lotados em unidades de terapia intensiva, o conhecimento da transmissão ocupacional ao HIV na realização da assistência a pacientes, é imprescindível. Objetivo: Avaliar o conhecimento da transmissão ocupacional ao HIV entre profissionais de enfermagem que atuam em terapia Intensiva. Método: Estudo de corte transversal, desenvolvido em um hospital do interior paulista, com profissionais de enfermagem que atuavam em terapia intensiva. Foi utilizada uma Escala traduzida e validada para o Brasil que avaliou o conhecimento da transmissão ocupacional ao HIV. A coleta de dados ocorreu no período de dezembro/2010 a junho/2011, por meio de entrevistas individuais no local de trabalho. Resultados: Foram entrevistados 178 profissionais de enfermagem sendo 54 (30,3%) enfermeiros, 30 (16,9%) técnicos de enfermagem e 94 (52,8%) auxiliares de enfermagem. Os sete itens da Escala de Conhecimento da Transmissão Ocupacional do HIV abordaram questões referentes a procedimentos e práticas assistenciais, na transmissão do HIV. Verificou-se que 43 (24,1%) dos profissionais de enfermagem ficaram indecisos quanto a transmissão do HIV. Conclusão: Esses dados mostram que ainda há profissionais que subestimam o risco quando o diagnóstico é sabidamente conhecido. Portanto, faz-se necessário que haja treinamentos acerca desta temática a fim de que a equipe de enfermagem conheça os riscos a que estão expostos adotando as medidas preventivas necessárias a sua proteção na exposição ocupacional ao HIV.

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 102 CARACTERÍSTICAS DAS EXPOSIÇÕES OCUPACIONAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, BRASIL.

Almeida M.C.M, Pereira F.M.V. (1), Reinato, L.A.F. (2), Gaspar, J. (3), Gir, E. (4).
Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto.

INTRODUÇÃO: Os profissionais que atuam na área da saúde constantemente estão expostos a riscos de sofrerem acidente ocupacional, sendo uma preocupação para as instituições de saúde, pois a exposição pode ser fonte de transmissão de patógenos. Estas exposições podem ocorrer por via percutânea, após picada de agulhas, por ferimentos com objetos cortantes, ou por contato direto com mucosas. OBJETIVO: Caracterizar as exposições ocupacionais a material biológico que acometeram profissionais que atuam na área da saúde. METODOLOGIA: Estudo de natureza descritiva do tipo corte transversal; foi realizado coleta de dados em fichas de atendimento a acidente ocupacional realizados no período compreendido entre 2005 e 2010, em um centro de referência em atendimento a moléstias infecciosas em um município de São Paulo no Brasil. RESULTADOS: Identificou-se o registro da ocorrência de 521 atendimentos a acidente ocupacional. Verificou-se que o mecanismo realizado com maior frequência foi a perfuração por agulha 362 (69,5%), seguido pelo corte 50 (9,6%). Em relação ao material envolvido no acidente a agulha oca esteve envolvida em 322 (61,8%) das exposições. Quanto ao procedimento realizado no momento do acidente encontrou-se que 80 (15,4%) realizaram o reencape de agulha e 66 (12,7%) ocorreu durante algum tipo de procedimento cirúrgico. CONCLUSÃO: Este estudo demonstra que os profissionais da área da saúde ainda realizam práticas, durante suas atividades de trabalho, que oferecem risco para a ocorrência de acidente ocupacional. Sendo assim, evidencia-se a necessidade de práticas educacionais com a finalidade de orientar sobre a realização de assistência segura durante as atividades em saúde.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 103 ESTADO DE INMUNIZACION PARA HEPATITIS B DEL PERSONAL DE SALUD DEL LABORATORIO Y BANCO DE SANGRE DE CLINICA SANTA MARIA.

Verbeke S. (1), Catalán M. (1), Celis M. (1), Gálvez G. (1), Canals A. (2).
(1) Sección Inmunología, Laboratorio Central; (2) Estadística, Dirección Académica, Clínica Santa María. Santiago, Chile.

Introducción: La vacuna para hepatitis B es efectiva en prevenir la infección y su utilización reduce significativamente el contagio en personal de salud. El seguimiento con titulación de anti-HBsAg es controvertido; se consideran protectivos títulos >10 UI/mL otorgando memoria inmunológica. Objetivo: Conocer los títulos anti-HBsAg del personal de Laboratorio y Banco de Sangre; determinar la utilidad de las dosis de refuerzo. Método: Durante 2011-2012 se estudiaron 91 funcionarios pertenecientes al Laboratorio y Banco de Sangre (voluntario, consentimiento informado, aprobación de Comité de Ética) excluyendo personal administrativo y secretaría. Se tomaron muestras de sangre y se detectaron los títulos Anti HBsAg con técnica ELFA VIDAS® Anti-HBsAg (Biomerieux). Resultados: Según títulos se clasificaron en a) n=7 (7,7%): < 5 UI/mL, b) n=7 (7,7%): entre 5 y 10 UI/mL y c) n=77 (funcionarios protegidos, 84,6%): >10 UI/mL. El grupo a) y b) recibió un refuerzo; al mes se estudiaron nuevamente títulos y solo el grupo b) respondió. El grupo a) necesitó vacunación completa obteniéndose efectividad en el 100% de los casos. No se encontró asociación significativa entre títulos y edad, sexo y antigüedad de vacunación. Conclusiones: Solo 84,6% de los funcionarios vacunados estaban protegidos. La técnica permitió diferenciar los funcionarios que tenían memoria inmunológica para Hepatitis B (grupo b) de aquellos inicialmente no respondedores o con vacunación incompleta (grupo a). Un refuerzo no fue suficiente en 7,7% de los casos. Destacamos la importancia de conocer los títulos anti-HBsAg, otorgando mayor seguridad al personal de salud, más que la realización de refuerzos periódicos.

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 104 COSTO DE LA INTERVENCION USANDO EL BUNDLE DE MEDIDAS DE CONTROL DE INFECCIONES, PARA DISMINUIR LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS LABORAL DE UN HOSPITAL GENERAL 2005-2012.

Ramírez Wong F. (1), Díaz Tavera Z. (2)
Hospital María Auxiliadora (1), Universidad Nacional Del Callao (2).

Identificamos como causas para la transmisión intrahospitalaria de tuberculosis, inadecuados: mantenimiento preventivo, dotación, compra/dotación, cuadros de necesidades, distribución y uso de respiradores N95 (R-N95); mal uso de ventilación natural, hacinamiento. Implementamos la vigilancia de casos de tuberculosis ocupacional (TBCO); desde el Comité Control de Infección Hospitalaria implementamos y mantuvimos estrategias de control conjunto (BUNDLE). Objetivos: Determinar el costo de la estrategia más exitosa en disminuir las TIA-TBCO. Dosimar H0: La aplicación de las 5 estrategias son igual de costosas para reducir la tasa de TBCO.H1: Al menos la aplicación de 2 estrategias de intervención son diferentes en costo para reducir la tasa de TBC ocupacional. Estudio intervención, longitudinal que valoró económicamente cada intervención sanitaria con la TIA-TBCO mensual implementadas: el 2008 se aplicó todo el BUNDLE; comparamos las medianas del costo TIA-TBCO con la prueba Kruskall - Wallis. Con un límite de confianza de 95% disminuyeron la TIA de TBCO de 1,154 a 231 x 100,000 ; con p=0.416 la disminución de TIA -TBCO fueron iguales con las 5 estrategias empleadas. El uso de todo el BUNDLE disminuyó las TIA-TBCO 6 veces, 87%, se evitaron 14,038 casos y se ahorraron 20 millones de dólares, se evitaron perder 768 años en incapacidades para el trabajo.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 105 LUNG INFECTION AND COLONIZATION BY EXTENSIVELY DRUG-RESISTANT ACINETOBACTER SPP. IN INTENSIVE CARE SETTINGS.

Delgado J. (1), Castro E. (1), Werneck G. (2).
(1) Universidade Do Estado Do Rio De Janeiro, (2) Instituto Fiocruz. Rio De Janeiro.

BACKGROUND: The worldwide dissemination of multidrug-resistant (MDR) and Extensively Drug-Resistant (XDR) strains of Acinetobacter spp. has increased the morbidity and mortality experienced by intensive care units. METHODS: This was a nested case-control study of in-patients with severe infections at an urban tertiary teaching hospital (600 beds, five ICUs) in Rio de Janeiro, Brazil, that examined the XDRA-attributable mortality and the efficacy of antibiotic therapy with polymyxin B (PB). Case subjects were defined as patients having an infection that was treated with PB alone or in combination with other antimicrobial agents during a 2.2-year evaluation period (October 2008 to December 2010). The primary end-point of this study was patient outcome following hospitalization (i.e., cure, infection-attributable mortality or mortality not attributable to a particular infectious episode). RESULTS: The crude mortality rate was high for all patients and was not significantly different between groups (66.6 vs. 40.9% for the PB and the non-PB groups, respectively). In a separate analysis of infection-attributable mortality in critical adult settings (where exist a high prevalence of XDRA), this outcome was associated with infections acquired in the ICU I setting (OR: 3; CI95%: 0.9-9.5; p = 0.05) and non-PB use (OR: 3.3; CI95%: 1-10.5; p = 0.04). CONCLUSIONS: Infections with XDR and MDR *Acinetobacter* spp. should be detected early and treated quickly to avoid mortality, especially for critically ill patients in settings with a high endemic prevalence of this microorganism. Empiric therapy with PB should be considered during the treatment of these patients.

P Nº 106 NO ASISTE

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 101 al 108 **Infecciones Asociadas a la Atención en Salud - 3**

P Nº 107 O ESTADO VACINAL E SOROCONVERSÃO DA HEPATITE B EM ACADÊMICOS DO QUARTO AO QUINTO PERÍODO DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA DA UNIFESO, 2012.

Pestana CLS., Scheidt KLS., Costa ALBS., Marques PL., Mendes MC., Santos EM.
Centro Universitário Serra Dos Orgãos- Unifeso. Teresópolis-Rj Brasil.

Estudantes de medicina apresentam riscos de exposição à material biológico potencialmente contaminado e taxas de contaminação comparáveis às de um estafe hospitalar. A pesquisa objetivou verificar o estado vacinal da hepatite B e de sua soroconversão em acadêmicos do Curso de Medicina do UNIFESO. A metodologia utilizada foi de um estudo transversal, exploratório, descritivo de natureza quantitativa que foi realizado com 111 acadêmicos, 50 do sexo feminino e 61 sexo masculino. O resultado do estado vacinal no sexo feminino apresentou os seguintes dados: 2% (N=1) tomaram a primeira dose; 16% (N=08) a segunda dose; 80% (N= 40) a terceira dose e 2% (N=01) não informaram. Já no sexo masculino: 11.4% (N-07) tomaram a primeira dose; 11.4% (N=07) a segunda dose; 73% (N=45) a terceira dose e 3,27 (N=02) desconhecem o número de doses tomadas. Em relação à soroconversão no sexo feminino 90% (N=48) não fizeram o exame, 8% (N=04) estão soroconvertidas e 2% (N=01) não responderam, já para o sexo masculino 88.6% (N=53) não fizeram o exame, 11,5% (N=07) estão soroconvertidos e 1,6% (N=01) não responderam. Conclui-se que os acadêmicos não estão devidamente vacinados, e aqueles que o fizeram não sabem se efetivamente estão soroconvertidos, assim os dados mostram que há necessidade de facilitar a vacinação e o exame de soroconversão para que nenhum estudante esteja vulnerável a hepatite B por ocasião de sua inserção no hospital. Palavras Chave: Vacina da Hepatite B; Soroconversão; Acadêmicos de Medicina.

P Nº 108 ANAEROBIC OSTEOMYELITIS - EPIDEMIOLOGY AND MICROBIOLOGICAL PROFILE.

Oliveira PR, Carvalho VC, Félix CS, Tavares JF, Paula AP, Lima AL.
Hospital das Clinicas, University of Sao Paulo.

Anaerobic osteomyelitis is a rare event. This series describes 55 cases of anaerobic osteomyelitis from an orthopedic universitary hospital in Sao Paulo, Brazil. Methods: Charts of patients with positive bone cultures for anaerobic bacteria between January 2008 and November 2011 were reviewed. 55 cases considered clinically as infection were included. Demographics, classification, topography of infection, treatment and risk factors were reviewed, as well as bacterial species and occurrence of polymicrobial infection. Results: Mean age was 43 years (11-81), patients were predominantly male (76%). 80% of cases were classified as chronic and 95% were related to lower limbs, mainly foot (35%) and leg bones (29%). 56% of patients had history of prior surgery at affected topography, mostly due to open fracture (40%). 20% had neuropathic feet infection, and 14, 5% had decubitus ulcer infection. All patients underwent surgical treatment and 97% received antimicrobial therapy. 58% of cases achieved remission after 60 months. 65 anaerobic agents were isolated. *B. fragilis* (28%) was the most prevalent, followed by *B. ovatus* (9%) and *C. perfringens* (9%). Infection was polymicrobial in 87% of cases. Conclusion: In this review, there was predominance of infections related to lower limbs. Most patients had history of prior surgery at affected topography, mainly due to open fractures. Infection of neuropathic feet and decubitus ulcers, known risk factors, were also present. Combination of surgery and antimicrobial therapy led to remission of infection in 58% of cases. *B. fragilis, B. ovatus* and *C. perfringens* were the most prevalent species. Most infections were polymicrobial.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 109 CONDICIONES CLÍNICAS INDICADORAS DE SIDA EN PACIENTES VIH CONTROLADOS EN HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE.

Pizarro L. (1), Gallardo C. (2), Cortés E. (3).
1. Universidad De Chile, 2. Hospital Clínico Universidad De Chile, 3. Hospital Del Salvador.

Introducción: la introducción de la terapia antirretroviral (TARV) ha modificado el curso natural de la infección por VIH, sin embargo, se siguen describiendo con frecuencia enfermedades oportunistas devastadoras en estos pacientes. Objetivos: conocer las principales condiciones clínicas indicadoras de SIDA en pacientes con VIH controlados en Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). Método: revisión de fichas clínicas de pacientes VIH diagnosticados o controlados en HCUCH entre 2000 y 2011. Se consideraron aquellos individuos con condiciones clínicas etapa C de acuerdo a la clasificación de la CDC de 1993. Se contó con autorización de comité de bioética. Resultados: se incluyeron un total de 212 individuos (12 mujeres), presentándose condiciones clínicas etapa C en el 33% de ellos. Dentro de este grupo, un 54% presentó Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii* (PCP), seguido de síndrome consuntivo en un 28%, candidiasis esofágica en 19% y Sarcoma de Kaposi en un 13%. Otras condiciones menos frecuentes fueron tuberculosis pulmonar o extrapulmonar (6%), retinitis CMV (4%), Linfoma No Hodgkin o Linfoma cerebral primario (4%), toxoplasmosis cerebral (4%) y encefalopatía VIH (4%). En el grupo de mujeres, solo dos presentaron condiciones clínicas etapa C (Neumonía recurrente y PCP). Un tercio de estos pacientes presentó más de una condición clínica etapa C. Ninguno de estos pacientes contaba con control virológico/inmunológico adecuado al momento de presentar dichos cuadros (TARV óptima). Conclusiones: condiciones clínicas indicadoras de SIDA aun siguen siendo frecuentes en pacientes VIH, destacando por su frecuencia PCP, síndrome consuntivo, candidiasis esofágica y Sarcoma de Kaposi.

P Nº 110 REACCIONES ADVERSAS GRAVES EN PACIENTES CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL.

Pizarro L. (1), Gallardo C. (2), Cortés E. (3).
1. Universidad De Chile; 2. Hospital Clínico Universidad De Chile; 3. Hospital Del Salvador.

Introducción: la terapia antirretroviral (TARV) cambió de forma dramática el pronóstico de la infección por VIH, sin embargo, estas drogas son potencialmente riesgosas y se pueden asociar a reacciones adversas graves, aquellas que llevan a hospitalización o que obligan a cambios en el esquema inicialmente considerado. Objetivos: determinar reacciones adversas graves a TARV en individuos tratados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH). Método: revisión de fichas clínicas de pacientes bajo TARV en el HCUCH entre 2000 y 2011. Se consideraron aquellos individuos con modificaciones en esquema de TARV asociado a reacciones adversas graves, consignado RAM y agente involucrado. Se contó con autorización de comité de bioética. Resultados: 151 individuos fueron incluidos. Se presentaron RAM graves en 23% de los pacientes bajo TARV, siendo la más frecuente anemia y/o neutropenia asociada a zidovudina en un 54% (el de mayor uso, solo un 13% de los pacientes que estaban con este fármaco requirió reemplazo de terapia); seguido de intolerancia gástrica a Lopinavir/ritonavir en un 15% de los casos (en 16% de los pacientes que estaban con este fármaco) y de intolerancia gástrica a efavirenz en un 8% de los casos (5% de los tratados). En general, estas RAM se presentaron de forma aguda y temprana al iniciar terapia (media de 2,3 meses). No se describieron RAM fatales en ningún paciente. Conclusiones: La mayor parte de los pacientes en TARV tolera de forma adecuada la terapia, siendo frecuentes reacciones hematológicas y digestivas en los fármacos más comúnmente utilizados.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 111 CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES SISTÉMICOS PRESENTES EN LA ADQUISICIÓN DEL VIH/SIDA EN LA FAMILIA, SIN TRANSMISIÓN VERTICAL. HOSPITAL DR. LUCIO CÓRDOVA SANTIAGO , CHILE.

González-P A., Bahamondes L., Gebauer M., Muñoz V., Pavez J., García E., Arredondo.
Hospital Dr. Lucio Córdova.

Antecedentes: Las personas que viven con VIH/SIDA son partes de una familia y tienen un sustrato biológico ligado a la sexualidad y procreación. ¿Por qué en una familia hay dos hermanos(as) PV/VIH/SIDA o una madre e hijo(a) PV/VIH/SIDA? y su transmisión no fue vertical? Objetivos: Explorar a través entrevistas y genograma; los factores sistémicos que afectan que una familia adquiera el VIH/SIDA. Material y Método: Cualitativo, biográfico. Se aplicó una encuesta anónima a los usuarios, firma-de consentimiento informado donde se consultó "tiene algún familiar PV/VIH/SIDA o ha muerto de VIH/SIDA?". Quienes respondieron afirmativamente y declararon tener uno o más parientes consanguíneos PV/VIH/SIDA. Mediante entrevista extensa, se construyó el genograma de los participantes: representación gráfica de una constelación familiar generacional. Resultados: Respondieron afirmativamente 74 personas con familiares VIH/SIDA, no obstante sólo 12 familias con un total de 16 miembros que eran su madre/padre/hermano(a)/hijo(a). Se obtuvieron genogramas de: una familia: madre e hijo, 2 familias: sólo las madres, 3 familias: ambos hermanos, a 6 familias restante se entrevistó a un sólo integrante; por fallecimiento del otro miembro o no disponibilidad. Los factores sistémicos: 56% de las personas sufre violencia intrafamiliar; 69% son familias mono parentales disfuncionales; 32% abuso sexual infantil; 44% tienen pérdida de figuras significativas. Conclusiones: El 69% familias mono parentales disfuncionales; 56% violencia intrafamiliar. Hallazgo que el 69% de estas historias son contadas de manera desafectivizadas: necesario indagar el rasgo de la Alexitimia: mecanismo de defensa para sobrevivir a una infancia adversa.

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 112 SOSPECHA DIAGNOSTICA VIH EN NIÑOS: EXPERIENCIA DE 22 AÑOS.

Galaz M., Acuña M. (1), Topelberg S. (1), Navarrete C. (1), Skarmeta M. (2), Velasco M. (3)
(1) Hospital De Niños Roberto Del Rio, (2) Universidad De Chile, Facultad Medicina Norte, Facultad Medicina Uft.

Introducción: La epidemia por VIH lejos de terminar se ha mantenido en los últimos 20 años. Los niños, pese a la enorme mejoría en diagnóstico, seguimiento y tratamiento de embarazadas, no han disminuido como esperábamos. Objetivo: Conocer la manifestación clínica para sospechar el diagnóstico en un Hospital Pediátrico en Santiago de Chile para estimular el conocimiento de nuestros colegas y educandos en relación al tema. Material y método: estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisan fichas de pacientes bajo control en el Hospital desde 1990 a diciembre 2012 y se obtiene antecedentes de edad al diagnóstico, sexo, sospecha, etapa clínica e inmunológica y año de notificación. Resultados: se analizaron datos de 35 pacientes evaluados en este centro, 18 de ellos sexo femenino, edad promedio 30,7 meses (1-168). La etapa clínica fue variada, 18 pacientes N o A y sólo 11 en etapa C. En relación con compromiso inmunológico 15 pacientes no presentaban compromiso y 11 inmunosupresión severa. En sospecha diagnostica 45,7% corresponde a antecedentes maternos seguido de Neumonías recurrentes en 31,4% de los casos. En año de diagnóstico, se observa un promedio de 1,8 casos/año, llama la atención post incorporación del VIH al GES un incremento de 1,4 hasta 2004 a 2.5 pacientes/año desde 2005 a la fecha. Conclusiones: La educación continua de la población sigue siendo una herramienta fundamental para evitar nuevas infecciones por VIH en niños. Los avances en métodos diagnósticos y terapias altamente eficientes han logrado prolongar y mejorar la calidad de vida, sin modificar ocurrencia de nuevas infecciones.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 113 DETERMINACION DE CARGA VIRAL Y CONTEO DE LINFOCITOS EN PACIENTES CON SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA. LA HABANA. CUBA 2011.

Duque González, Ana Cristina1; Gómez Rivera, Carmen1, Salas Hierrezuelo, José Luis1.
Hospital Universitario «Manuel Fajardo». La Habana.

Introducción: Una de las enfermedades infectocontagiosas más temibles de la historia es el Virus de Inmunodeficiencia Humana, causante del síndrome de Inmunodeficiencia adquirida, se ha difundido a nivel mundial. Objetivos: Describir el comportamiento de la carga viral y el conteo de linfocitos TCD4 en el Hospital Manuel Fajardo a personas con VIH/SIDA con tratamiento antirretroviral. Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo a 43 pacientes del Hospital Universitario Manuel Fajardo, de La Habana, 2011.Se obtuvieron las muestras de sangre de pacientes VIH/Sida y la historia clínica. La prueba utilizada fue la técnica PCR en tiempo real. En todos los casos se trabajó para un nivel de confianza del 95%, prefijándose una zona crítica o de rechazo de 0,05 en correspondencia con el valor de probabilidades p. Es decir a $p < 0,05$, existiendo significación estadística. Resultados: De los 43 pacientes, 38 del sexo masculino para un 88,4% y el 11,6% para el sexo femenino. El grupo de 30 a 39 años presentó el mayor grupo de personas con un 48,8 %. Seguido del grupo de 20 a 29 años. Hubo32 pacientes que se logro llevar el nivel de carga viral a cifras no detectables con el esquema de tratamiento a los 6 meses (74,4%), no tuvo buena adherencia al tratamiento un (25,6%) de los pacientes. Conclusiones: Las tres cuartas partes de los pacientes tratados con antirretroviral a los seis meses tuvieron una buena respuesta al tratamiento, con CD4 alto y la carga viral se hizo indetectable.

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 114 PREVALÊNCIA E FATORES DE RISCO PARA A COINFECÇÃO DO GBV-C EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO, RECIFE, BRASIL.

Campelo Júnior, E.,1,3 , Passos, Ana Maria,2 , Morais, Viviane,1,3 Cahú, Georgea,3 Lopes Neto, Edmundo,4 Granato, Celso,2 Ximenes, Ricardo ,1 E Coêlho, Maria Rosângela3,5.
1departamento De Medicina Tropical, Centro De Ciências Da Saúde, Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe, Brasil; 2laboratório De Virologia Clínica, Universidade Federal De São Paulo, São Paulo-Sp, Brasil; 3setor De Virologia Do Laboratório De Imunopatologia Keizo-Asami (Lika), Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe Brasil; 4departamento De Medicina Clínica Centro De Ciências Da Saúde Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe Brasil; 5departamento De Fisiologia E Farmacologia Do Centro De Ciências Biológicas, Universidade Federal De Pernambuco, Recife-Pe, Brasil.

Introdução: A coinfecção do GBV-C com o HIV tem sido associada a progressão lenta para imunodeficiência e maior sobrevida dos individuos, quando comparada aqueles infectados apenas com HIV. Essa interação ocorreria pelo aumento de citocinas que inibem os correceptores CCR5 e CXCR4, impedindo a entrada do HIV nas células. Objetivos: Determinar a prevalência e os fatores de risco da infecção pelo GBV-C em pessoas vivendo com HIV/aids, acompanhadas no Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, no período de julho a dezembro de 2011. Métodos: Estudo de corte transversal, analisado como caso-controle, no qual a presença do GBV-C RNA foi investigada em 249 individuos vivendo com HIV/aids, de ambos os sexos e idade superior a 18 anos.O RNA do GBV C foi extraído a partir de plasma dos individuos utilizando o kit (Axygen Miniprep), segundo as instruções do fabricante. A detecção do GBV C RNA foi realizada por PCR em tempo real . Resultados: A prevalência da coinfecção GBV C e HIV de 24,3%, assemelha-se às reportadas por estudos nacionais e internacionais, de 20% a 30%. O fator de risco para a coinfecção foi a transmissão sanguinea corroborando trabalhos realizados em populações de hemofílicos e doadores de sangue, que mostraram associação entre via parenteral e infecção pelo GBV-C. Conclusão:A elevada prevalência da coinfecção GBV-C em pessoas vivendo com HIV/aids, aponta a necessidade da realização de trabalhos de coorte para acompanhar o manejo clínico desses pacientes.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 109 al 117 **VIH - 3**

P Nº 115 ESTADO NUTRICIONAL Y ASPECTOS FAMILIARES EN NIÑOS PERUANOS CON VIH EN LA ERA TARAA.

Miranda-Choque E. (1), Farfán-Ramos S. (2), Barrientos-Zulca S. (1), Lara-Levano L. (3), Coz-Bustamante D. (2).
(1) Instituto Nacional De Salud Del Niño, (2) Hospital 2 De Mayo, (3) Hospital De Emergencias Pediátricas.

Objetivo: Describir el estado nutricional y aspectos familiares en niños con VIH en la era TARAA, en un país en estadio de epidemia concentrada del VIH con acceso gratuito a tratamiento antirretroviral. Material y Métodos. Estudio retrospectivo de revisaron historias clínicas, estudiamos a los niños con infección de VIH, por trasmisión vertical, que iniciaron TARAA entre 2007 a 2009 en un hospital pediátrico de Perú. Se comparó con un grupo control no infectados VIH para determinar el riesgo de desnutrición. Resultados: De los 75 niños enrolados, 34 (45%) fueron hombres, el promedio de edad de inicio de TARAA fue 3.6 años, la mediana de carga viral de log 5.14 copias/ml, los niños con inmunodepresión severa (CD4<25%) fue el 68.0% (51/75), el 15% ha sufrido la pérdida de algún padre, el 36% recibe el cuidado de algún miembro de la familia diferentes a los padres o viven en orfanatos, el 20% son hijos de madres soltera y el porcentaje de los niños con VIH con algún grado de desnutrición es de 69.3%, siendo el peso bajo para la edad más frecuente con el 66.7%, esto resulta un OR de 6.2 y 10.5 respectivamente. Conclusión: Existe un riesgo elevado de déficit de estado nutricional especialmente en el peso para la edad en los niños con VIH al momento de su diagnostico. Muchos niños con VIH presentan nuevas formas de convivencias bajo el cuidado de sus familiares u orfanatos que lo hacen propensos a la dificultad en la inserción social.

P Nº 116 IMPACTO DE LA TERAPIA COMBINADA DE TENOFOVIR –ENTRICITABINA- EFAVIRENZ EN EL HOSPITAL DE INFECTOLOGIA. GUAYAQUIL – ECUADOR.

Espinoza A. (1), Vidal F. (1), Alemán W. (2).
Hospital de Infectología.

INTRODUCCION: En el Ecuador el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) se ofrece desde el año 2003, siendo el Hospital de Infectología de Guayaquil el principal centro de atención. La implementación de las dosis fijas combinadas (DFC) ha generado una gran expectativa a nivel de las autoridades así como de los pacientes. OBJETIVO: Evaluar el impacto de la implementación de la estrategia 2.0. METODOS: Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó la base de datos del programa de TAR, para identificar a los pacientes cuya terapia de inicio sea con DFC de tenofovir, emtricitabina y efavirenz. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética. RESULTADOS: Se han registrado 5220 pacientes desde el inicio en TAR, al momento están en terapia 3862. Se identificó con DFC a 1147 (n: 52%); con un incremento desde el 8% en septiembre del 2010 hasta el 72% en diciembre del 2012. El 3% (n=30) de los pacientes con DFC descontinuaron el tratamiento por: toxicidad 76%(n= 23), abandono 17% (n=5) y fracaso terapéutico 7% (n=2). CONCLUSION: La presentación de DFC a través de la estrategia 2.0 ha facilitado el manejo en los programas de terapias antirretrovirales. Nuestra investigación pretende resaltar este tema y sugerir la implementación de programas de farmacovigilancia, resistencia y éxito terapéutico para análisis futuro.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

P Nº 117 NO ASISTE

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 118 ACTIVIDAD DE MAYTENUS ILICIFOLIA SOBRE AISLAMIENTOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS Y ENTEROCOCCUS FAECALIS Y SU POSIBLE USO TERAPÉUTICO.

Toran J; Doloisio N; Goñi E; Martinon F; Farinati
Cátedra De Microbiología De La Facultad De Medicina, Licenciatura En Ciencias Ambientales, Universidad Del Salvador.

Maytenus ilicifolia pertenece a la familia de las *Celastraceae*, nativa de Brasil, Paraguay, Bolivia, Uruguay y nordeste de Argentina. Es conocida popularmente por *congorosa* y usada para trastornos gastrointestinales y ulcerosos. En este campo se han efectuado estudios preclínicos pero no hay registro de su comportamiento antimicrobiano. Nuestro objetivo fue estudiar la actividad del extracto alcohólico sobre microorganismos planctónicos de *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis*. Se preparó el extracto con etanol a partir 25 gramos de hojas secas y pulverizadas de *Maytenus ilicifolia*. Se esterilizaron con filtros de 0.22 µm. Se usaron 9 aislamientos clínicos de *S. aureus* y 7 de *E. faecalis*. Para evaluar la actividad inhibitoria se aplicó la técnica de difusión en discos. Se determinó la CIM 90 mediante dilución del extracto (rangos 0.005-0.2 µl/ml). La difusión en discos demostró inhibición para los dos géneros. La CIM 90 fue de 0.004 µl/ml! y de 0.01 µl/ml para *S. aureus* y *E. faecalis* respectivamente. Conclusiones: se observó actividad inhibitoria del extracto de *Maytenyes ilicifolia* sobre el desarrollo de ambos géneros bacterianos siendo más activa sobre *S. aureus*. Los componentes activos del extracto podrían aplicarse sobre mucosas colonizadas para disminuir las complicaciones infecciosas en pacientes hospitalizados, como decolonizante nasal de *S. aureus* y en forma terapéutica sobre infecciones severas de piel debidas a los mismos.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 119 COSTO-EFECTIVIDAD DE ADMINISTRACIÓN AMBULATORIA DE ANTIBIOTICOS.

Palacios H.
Hospital General San Juan De Dios.

INTRODUCCION: Es importante mejorar la rotación cama hospitalaria con reducción de costos nacionales, por lo que se crea la Clínica de Administración Ambulatoria de Antibióticos Parenterales (CAAAP). OBJETIVO: A) Calcular la reducción de costos en administración de antibióticos parenterales en pacientes egresados de los ingresados. B) Determinar el % de curación de pacientes a los que se le administran antibióticos parenterales ambulatorios. C) Determinar el % de complicaciones en pacientes a los que se les administran antibióticos parenterales ambulatorios. MATERIAL Y METODOS: El estudio prospectivo con las personas que consultan la CAAP. (COSTO) calculara el costo total dentro y fuera del Hospital con ayuda de Administración del Hospital, obteniendo la reducción de costo/día por la clínica. EFICACIA: curación, no curación, traslado de pacientes a otra disciplina. La recopilación de la información estará a cargo del propio investigador, con previa autorización de la dirección del programa, posteriormente se procederá a tabular los datos sobre la base del programa EPI-INFO y se elaboraran cuadros estadísticos e informe. RESULTADOS Y CONCLUSIONES: 1. La CAAAP representa un ahorro del 66.86% del total de fasto días Hospital. 2. La CAAAP tiene una efectividad de curación del 96.5%. 3. Las infecciones causales de ingreso a la CAAAP fueron 79% Nosocomiales (secundarias a procedimientos), 21% comunitarias. 4. Las enfermedades base de los pacientes en su mayoría de IRC 37%, DM 22.8%, post Prostatectomia 5%.

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 120 CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS EN NIÑOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ.

Volkart K, Penayo C; Martínez L; Samudio-D Gc; Gómez G; Duré C.
Departamento De Pediatría Hospital Nacional Itauguá Guazú .Trabajo Seleccionado Por La Sociedad Paraguaya De Infectología.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (SA) ha experimentado aumento de resistencia a los antibióticos convencionales, lo que lleva a replantearse los esquemas de tratamiento. Conocer la resistencia local de los SA es imprescindible para poder plantear el mejor manejo empírico inicial. Objetivos: Caracterizar el perfil de resistencia de los SA de muestras biológicas de niños de junio a noviembre de 2012 al Hospital Nacional de Itaugua. Materiales y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, observacional, retro y prospectivo de aislados de SA de líquidos estériles, piel y partes blandas. Resultados: 57 cepas fueron analizadas, una por paciente. El promedio de edad fue de 5 años (12 días a 14 años). El sexo más afectado fue el masculino con 38/57 (67%). La puerta fue principalmente piel en un 56%(n=32). El aislamiento fue: secreción purulenta 53%(n=31), hemocultivos 40 %(n=23), otros 6%(n=3). El origen de la infección fue extrahospitalaria en 74 % (42). Se aisló SAMR en un 56% (n=32). De éstos 69% (22/32) fueron extrahospitalarios. No se detectaron SAMR – VISA. Perfil de sensibilidad a otros antibióticos en aislados de SAMR: clindamicina 59% (19/32), tetraciclina 78%(25/32) y TMP-SMZ 72 %(23/32) El tratamiento fue médico-quirúrgico en el 58% (33/57) y sólo médico en 42 %(24/ 57). Se registró un 1 óbito. Conclusiones: Las infecciones causadas por SAMR van en aumento a nivel local. Los diagnósticos más destacados son infecciones de la piel y de tejidos blandos, tales como celulitis y abscesos, bacteriemia y osteomielitis. Las opciones de tratamiento para el SAMR en nuestra población incluyen principalmente vancomicina.

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 121 VIGILANCIA DE PORTACIÓN INTESTINAL DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS TIPO KPC EN 8 HOSPITALES Y CLÍNICAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA, SANTIAGO, CHILE.

Silva F.(1), Benadof D. (2), Cona E.(3), Cifuentes M.(4), Braun S.(5), Porte L.(5), Juliet C.(6), Mihalic V.(7), Sakurada A. (8), San Martín M.(9), Tapia C. (10), Pidal P. (11).
(1) Hospital Clínico Universidad De Chile, (2) Hospital Roberto Del Rio, Santiago(3) Hospital Clínico Fuerza Aérea De Chile, (4) Hospital Clínico San Borja Arriaran, (5) Hospital Militar De Santiago, (6) Hospital Del Salvador, (7) Clínica Indisa, (8) Clínica Tabancura, (9) Laboratorios Vidaintegra, (10) Clínica Dávila, (11) Instituto De Salud Pública (ISP).

Introducción: En Chile la resistencia a carbapenémicos en enterobacterias se debe principalmente a *betalactamasas* de espectro extendido o a AmpC asociado a alteraciones de porinas. El primer caso de KPC se detectó en Marzo 2012 en un paciente trasladado desde Italia. Posteriormente, se identificaron 5 casos clínicos en otros centros, no asociados epidemiológica ni molecularmente al primero. Se desconoce la vía de adquisición y la existencia de portación en pacientes hospitalizados. Objetivo: Detectar la portación intestinal de enterobacterias productoras de KPC en pacientes hospitalizados. Materiales y métodos: Estudio multicéntrico de vigilancia de portación de cepas KPC (+) en 8 centros asistenciales de Santiago. Las muestras de hisopado rectal recibidas para vigilancia ERV fueron sembradas en agar ChromoIDTM Carba (Biomerieux) para detección de enterobacterias sospechosas de producir carbapenemasas. Los bacilos gram negativos fueron identificados bioquímicamente y a las enterobacterias se les realizó antibiograma en difusión para ertapenem, meropenem e imipenem. En caso de "no susceptibilidad" a algún carbapenémico, se derivó al ISP para PCR del gen blaKPC. RESULTADOS: Se estudiaron 696 muestras entre Agosto y Diciembre 2012. Se obtuvieron 13(1,9%) aislados sospechosos de ser resistentes a carbapenémicos (6 *Enterobacter cloacae*, 5 *Klebsiella* spp, 2 *Escherichia coli)*. El estudio molecular descarto presencia de blaKPC. Conclusiones: No se detectaron pacientes portadores de KPC. Se debe evaluar si es adecuado vigilar KPC en pacientes sometidos a vigilancia ERV o si hay que aplicar otro modelo. Dado que ya existen casos clínicos reportados se debe considerar la implementación de una vigilancia, para tomar las precauciones de adecuadas.

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 122 TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE CEPAS DE SHIGELLA SONNEI PROVENIENTES DE DOS BROTES EN CHILE MEDIANTE ELECTROFORESIS EN CAMPO PULSADO Y ANÁLISIS DEL NÚMERO VARIABLE DE REPETICIONES EN TÁNDEM.

Ladino A. (1), Silva J. (2), Camponovo R. (3), Ulloa MT. (1), Toro CS. (1).
(1) Programa de Microbiología Micología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago. (2) Departamento de Tecnología Médica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Antofagasta, Antofagasta. (3) Laboratorio de Microbiología, Integramédica, Santiago.

Introducción: *Shigella sonnei* es un patógeno entérico endémico, sin embargo, en los últimos años ha ocasionado brotes importantes en Chile, particularmente uno el año 2009 en la Región Metropolitana (RM), en el que las cepas presentaron multirresistencia a antibióticos y el integrón clase 1. El análisis por electroforesis en campo pulsado (PFGE) agrupó estas cepas en un mismo "cluster". Otro brote de *shigelosis* ocurrió el año 2008 en Antofagasta, donde *S. sonnei* fue la principal especie identificada y 84% de estas cepas presentaron multirresistencia a antibióticos y también el integrón clase 1. El análisis por PFGE mostró que 95% de estas cepas estaban agrupados en un mismo "cluster". Objetivo: Determinar la relación genética de las cepas de *S. sonnei* aisladas en ambos brotes. Método: Se analizaron 40 cepas provenientes del brote de la RM y 17 cepas del brote de la Región de Antofagasta mediante PFGE y análisis del número variable de repeticiones en tándem (MLVA). Se comparó el poder discriminatorio de ambos métodos mediante el índice de diversidad de Simpson. El estudio fue aprobado por el comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Resultados: Mediante ambos métodos se observó que estas cepas de orígenes temporal y geográfico distintos son similares genéticamente. Conclusión: Los resultados sugieren diseminación de un mismo clon a lo largo de Chile. La aparición de cepas multirresistentes a antibióticos fortalece la necesidad de caracterizar las cepas circulantes, para contribuir a mejorar el manejo clínico de esta infección. FONDECYT 1130394 .

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 123 COMPARACIÓN DE SISTEMAS COMERCIALES DE ESPECTROMETRÍA DE MASAS, MICROFLEX LT (BRUKERDALTONICS) Y VITEK MS (BIOMÉRIEUX), PARA LA IDENTIFICACIÓN BACTERIANA EN UN LABORATORIO CLÍNICO EN CHILE.

Porte L. (1,4), Montaña A. (1), García P. (2), Miranda C. (2), Ulloa MT. (3), Braun S. (4), Weitzel T. (1)
(1) Laboratorio Clínico, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago; (2) Laboratorio de Microbiología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago; (3) Programa de Microbiología, ICBM Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago; (4) Unidad De Microbiología, Laboratorio Clínico, Hospital Militar, Santiago.

Introducción: MALDI-TOF MS ha revolucionado la identificación bacteriana por su rapidez, exactitud y bajo costo. Actualmente, existen dos sistemas comerciales. Objetivo: Evaluar rendimiento diagnóstico y aspectos técnicos para la integración de ambos equipos en la rutina asistencial de un laboratorio de microbiología en Chile. Métodos: Entre agosto y diciembre 2012, se recolectaron aislados bacterianos de muestras clínicas y ceparios de laboratorios de microbiología Clínica Alemana, Hospital Militar y Facultad de Medicina U. Chile. Éstos fueron analizados paralelamente en equipos Microflex LT (Bruker Daltonics) y Vitek MS (bioMérieux). El gold standard fue la identificación convencional (manual y Vitek 2 Compact) y secuenciación frente a discordancias. También se evaluaron: target, software, control calidad, conectividad al LIS, soporte técnico y costos asociados. Resultados: Se incluyeron 758 aislados: 252 Enterobacteriaceae, 118 bacilos gramnegativos no-fermentadores, 44 otros bacilos gramnegativos, 279 cocáceas grampositivas, 33 bacilos grampositivos y 32 anaerobios. En 718 aislados (95%) los resultados de ambos equipos correspondieron con la identificación convencional. De éstos, Microflex y Vitek MS identificaron correctamente la especie en 89%, el complejo en 0,3% y 6,3% y el género en 9,2% y 3,1%, respectivamente; en 1,2% no hubo identificación. Sólo 1/718 fue incorrectamente identificado (Microflex). El análisis final incluirá 41 aislados que requirieron secuenciación. Microflex LT destaca por ser de sobremesa, con target fácil de cargar y resultados individuales en tiempo real. Vitek MS utiliza reactivos preparados, permite fácil integración con otros equipos bioMérieux y trazabilidad. Conclusiones: Ambos equipos permiten diagnostico rápido, confiable y de bajo costo con diferencias técnicas sutiles.

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 124 EVALUACION DE VITEK®MS (MALDI-TOF) PARA LA IDENTIFICACION DE MICROORGANISMOS EN UN LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA CLINICA.

Lafourcade M, Rojas P (1), Illanes L (1), Peñaloza J (1), García P (2).
(1) Laboratorio De Microbiología, Clínica Santa María, (2) Laboratorio De Biología Molecular, Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago De Chile.

Introducción: VITEK®MS Biomerieux, es un equipo que identifica microorganismos desde cultivos, por espectrometría de masas combinada con tecnología MALDI-TOF (Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation- Time of Fligtht). La carga eléctrica y masa de proteínas ribosomales, genera perfiles interpretados por una base de datos que logra la identificación. Objetivo: conocer el desempeño de VITEK®MS, para la identificación de microorganismos comparado con la metodología tradicional. Método: de Julio a Diciembre del 2012 se estudiaron 409 cepas (43 géneros y 77 especies) de muestras clínicas empleando metodología convencional (pruebas bioquímicas, API, Vitek 2) y Vitek® MS. Incluyó 223 BGN, 135 cocáceas Gram (+) ,15 cocobacilos Gram (-) ,10 diplococos Gram (-), 5 bacilos Gram (+) y 21 levaduras. Además se estudió sólo por VITEK®MS 7 hongos filamentosos y 12 anaerobios obtenidos de ceparios con identidad conocida. Las discordancias se definirán mediante secuenciación de DNA ribosomal 16S. Resultados: en anaerobios facultativos VITEK®MS presentó 100 % de identificación (género y especie) versus un 99,7% para el método convencional. En anaerobios y hongos filamentosos presentó un 100% de identificación. No se incluyó *Shigella* en el análisis ya que el equipo no la diferencia de *E. Coli*. Conclusiones: VITEK®MS tuvo un excelente desempeño en identificar microorganismos obtenidos en la rutina. Dada la amplitud del mundo microbiológico es recomendable testear una mayor variedad de microorganismos para conocer todo el potencial del equipo y sus debilidades

Fecha de Presentación: 31 de Mayo de 2013

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 125 COMPARACIÓN DE INMUNOFLUORESCENCIA Y REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA EN TIEMPO REAL MULTIPLEX EN LA DETECCIÓN DE VIRUS RESPIRATORIOS EN ADULTOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

Prades Y. (1), Ruiz M. (2), Larrañaga C. (1), Avendaño LF. (1), Pizarro R. (3), Luchsinger V (1).
(1) Programa De Virología, Icbm, Facultad De Medicina, U. De Chile; (2) Depto. Medicina, Hospital Clínico U. De Chile; (3) Hospital Lucio Córdova, Santiago, Chile.

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es frecuente en la población adulta y se asocia a mortalidad. Puede ser de causa bacteriana o viral. Las técnicas disponibles para la detección de virus son variadas y difieren en sensibilidad, especialmente en adultos por la baja excreción viral. Con el fin de comparar el rendimiento de la detección de antígenos por inmunofluorescencia (IF) y la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RCPtr), en el diagnóstico viral de NAC en adultos se analizaron muestras respiratorias (aspirado y/o torulado nasofaríngeo) de mayores de 18 años hospitalizados por NAC entre junio-diciembre 2012, mediante IFclásica (anticuerpos monoclonales específicos y conjugado Sigma®); IFI rápida con kit D3-FastPointTM (Hybrid Diagnostics); RT-RCPtr multiplex para adenovirus, Bocavirus, VRS, Metapneumovirus, Parainfluenza 1-4, Rinovirus y Coronavirus NL63, 229E, HKU-1 y OC-43, y RCPtr para virus Influenza A/B, ambos de Sacace BiotechnologiesTM. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Facultad de Medicina y de los hospitales correspondientes. La media de edad de los 35 pacientes estudiados fue 63 años. Mediante RCPtr se detectaron 1 (2,86%) adenovirus, 10 (28,57%) Rinovirus, 1 (2,86%) VRS, 1 (2,86%) Metapneumovirus, 2 (5,71%) y 2 (5,71%) Influenza A y B. En todos los casos, ambas IF fueron negativas. Dada la mayor sensibilidad de la RCPtr, debiera ser la técnica de elección para la detección viral en adultos con NAC, mejorando el diagnóstico etiológico de esta patología.
Financiado por FONDECYT 1121025.

Intervalo 118 al 126 **Diagnóstico y Antimicrobianos**

P Nº 126 EVALUACIÓN DE UN ENZIMOINMUNOENSAYO PARA LA DETECCIÓN DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN RELACIÓN AL TEST DE CITOTOXICIDAD.

Llanos J. (1), Briceño I. (2).
(1) Escuela De Medicina - Universidad De Valparaíso. Hontaneda 2653 - Valparaíso, (2) Hospital Naval Almirante Nef.

Introducción: *Clostridium difficile* causa un 90% de los casos de colitis pseudomembranosa y un 20% de las diarreas asociadas al uso de antibióticos. Provoca entre un 20-30% de las diarreas intrahospitalarias, con importante morbilidad asociada y aumento en costos de atención. El diagnóstico requiere usar criterios clínicos unidos a una prueba que demuestre la presencia de las toxinas de *C. difficile* en deposiciones. El método de referencia es el test de citotoxicidad en cultivos celulares (especificidad 99-100%), que detecta actividad de la toxina B y su neutralización con antitoxina. Dada su dificultad técnica, a nivel clínico se usan preferentemente enzimoinmunoensayos que detectan la toxina A o ambas (A y B). Estos ensayos poseen buena especificidad, pero muestran variación en la sensibilidad y un alto porcentaje de resultados indeterminados. Objetivos: comparar test de citotoxicidad frente a un enzimoinmunoensayo usado rutinariamente en diagnóstico clínico. Métodos: 68 muestras (deposición), de pacientes hospitalizados en el Hospital Naval, fueron analizadas mediante enzimoinmunoensayo para detección de toxina A+B y test de citotoxicidad. Este estudio fue aprobado por los Comités de Ética del Hospital y de la Escuela de Medicina. Resultados: Considerando el Test de Citotoxicidad como "gold standard", se determinó para el enzimoinmunoensayo una sensibilidad del 100%, especificidad del 63,6%, valor predictivo positivo 84%, valor predictivo negativo (VPN) 100% y 5,9% de resultados dudosos. Conclusiones: Al tener una alta sensibilidad y baja especificidad, el enzimoinmunoensayo muestra ser un buen test de screening, con excelente VPN, requiriendo un test confirmatorio para las muestras positivas e indeterminadas.

Abarca K., CO 14 - CO 17
Abarzúa F., CO 31
Abiega C., P 31
Acevedo L., P 61
Acevedo W., CO 11 - CO 32 - CO 46
Acosta-Jamett G., CO 14 - CO 17
Acuña M., CO 19 - CO 20 - CO 66 - CO 70 - P 61 - P 71 - P 112
Afani A., CO 50
Agostini M., P 48 - P 49
Aguayo K., CO 09
Águila D., P 49
Aguilar G., P 10 - P 33 - P 41
Aguilera X., CO 40
Aguirre S., P 99
Ajenjo MC., CO 09
Alarcón A., CO 49 - P 58
Alburquenque C., CO 48
Alcivar V., CO 44
Alcócer De La Cruz R., P 96
Alcócer I., CO 06 - P 99
Alemán W., CO 52 - P 26 - P 27 - P 36 - P 37 - P 57 - P 116 - P 117
Almeida J.I., P 87 - P 90
Almeida M. C. M., P 101 - P 102
Almeida R., CO 45
Alonso M., CO 29 - P 02
Alvarellos T., CO 65
Álvarez A., CO 63
Álvarez AM., CO 61 - P 62
Álvarez I., CO 57
Álvarez M., P 81
Álvarez Moreno C., P 73
Amaro J., CO 48
Ampuero C., CO 49 - P 58
Ampuero S., P 69
Andino F., P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Andino X., P 97
Andrade M.S.S., P 90
Andrade-Villanueva J., CO 36
Apablaza K., CO 19
Arantes A.M., P 40
Aras J.R., P 86
Araújo ARVF., P 91
Araujo LA., CO 39 - CO 42
Aravena J.C., CO 46
Araya I., P 03
Araya P., CO 7 - CO 57 - P 03
Arcidiácono D., CO 10
Arechavala A., P 34 - P 43
Arias CA., CO 04
Arosemena E., P 08
Arredondo., P 111
Arribas J., CO 35
Arteta Z., CO 53
Astorga B., P 74 - P 75
Avendaño LF., P 125
Aviles C., CO 61 - CO 63
Azócar T., CO 17
Bado I., CO 01 - P 06
Báez F., P 94
Bagnulo H., CO 08 - P 23
Bahamondes L., P 111
Balcells E., CO 47
Baquerizo M., P 08
Barba P., CO 06
Barragán T., P 62
Barraza B., CO 22
Barrientos Zulca S., P 115
Basmadjian Y., P 83
Bastos C.J.C., P 84 - P 86
Bastos C.R., P 84
Baudracco G., P 48 - P 49
Becerra I., CO 18
Becker A., CO 61 - CO 63
Belini J.M., P 93
Bello H., CO 02 - CO 69 - P 05
Belmar E., CO 18
Beltrán C., CO 11 - CO 32
Beltrán S., CO 54 - P 54 - P 97
Benadof D., CO 19 - CO 20 - CO 66 - CO 70 - P 71 - P 121
Benavides MG., P 28
Benchetrit A., P 43
Benítez G., P 09 - P 10 - P 11 - P 33 - P 41
Bergallo CE., P 31
Bergamaschi FPR., CO 42
Bernal F., CO 33 - P 46 - P 56
Bernard H., P 77
Bernardi G., P 51 - P 53
Bertelli M., P 43
Bertín P., CO 64
Bertoglia MP., CO 57
Bertullo M., CO 29 - P 02
Bidart T., CO 18
Bloch M., CO 35
Boada M., CO 62
Braun S., CO 41 - P 28 - P 121 - P 123
Bravo P., P 62
Breijo M., CO 53
Briceño I., P 126
Brito R., P 51 - P 53
Buele L., P 52
Bunster N., P 28
Bustamante R., CO 71
Bustos M. M., P 13 - P 50
Cabral M., CO 10
Cabrera S., CO 53
Caeiro J., CO 65
Caeiro JP., P 31
Caetano E. A., P 101
Caetano KA., CO 42
Caetano KAA., CO 39
Cahú G., P 114
Caiata L., P 06
Calderón Gerstein W., CO 60 - P 17 - P 18 - P 96 - P 100
Calvo E., CO 10
Calvo M. Mario, CO 18
Camargo C.C., P 47
Campelo Júnior E., P 114
Camponovo R., P 05 - P 122
Campos A., P 89
Camposano S., P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Canales A., CO 68
Canals A., P 103
Cancela M., CO 29 - P 02 - P 14
Candela Herrera J., P 67
Candia E., P 07 - P 32 - P 33
Canini SRMS., P 92 - P 93
Canuto R., P 91
Cárcamo M., CO 57 - P 74 - P 75
Cárdenas G., P 34
Carneiro M.A.S., CO 38 - CO 39 - CO 42
Carneiro M S., P 91
Cartes A., CO 59
Carvajal R., P 62
Carvalho L R., P 39 - P 44
Carvalho V C., P 108
Castelli J., P 30
Castillo A., P 82
Castillo C., CO 43
Castro E., CO 25 - CO 26 - P 105
Catalán M., P 103
Cavalcante RS., P 39 - P 44
Caviedes P., CO 22
Celi AP., P 55
Celis M., P 103
Cerón I., CO 64
Chagas G M S., P 91
Chahin C., CO 31 - CO 49 - P 58
Chamorro M., P 05
Chanqueo L., P 46
Chomali M., CO 24 - CO 28
Chomont JM., P 25
Cid N., CO 02
Cifuentes M., CO 22 - CO 47 - P 121
Cigales M., P 106
Cinta H.S., P 40
Coelho KYR., P 44
Cofre M., CO 32
Cohen C., CO 35
Colina R., P 05
Collao X., P 68 - P 80
Collins J.A., CO 51
Cona E., P 121
Conceição B.F., P 84
Concha C., CO 31 - P 58
Contreras AM., CO 09
Corbelli CCO., P 91
Correa S., P 51 - P 53
Corredoira Y., P 78
Cortés A., P 61
Cortés E., P 109 - P 110
Costa ALBS., P 107
Costa P., P 66
Coz Bustamante D., P 115
Cristaldo M., P 41
Cuesta Cruz J., CO 52 - P 37
Cuiza A., CO 18
Cusmano L., CO 27 - P 35
Dabanch J., CO 41 - CO 59 - P 15 - P 16 - P 28 - P 81
Damasco P., CO 25 - CO 26
Daneck D., P 94
De Faveri J., P 38 - P 44
De La Cruz R., CO 64
De La Fuente J., CO 65
De La Lastra V., CO 03
De La Maza V., CO 61
De Oertel S., CO 34 - CO 35
De Tezanos Pinto A., CO 20
Deicas A., P 14
Dejesus E., CO 36
Del Castello J., P 51
Del Granado M., CO 40
Del Rios N.H.A., CO 39
Del Rios N.H., CO 42
Del Valle G., P 72
Delgado I., CO 40
Delgado J., CO 05 - CO 25 - CO 26 - P 105
Delpiano L., CO 22
Deodato B., P 01
Deshpande A., CO 51 - CO 55
Dezanzo P., P 25
Diabarboure H., CO 08
Díaz C., CO 10
Díaz H., CO 11 - CO 32
Díaz J., CO 07 - CO 57
Díaz L., CO 62
Díaz M.C., P 42
Díaz Pera J., P 67
Díaz R., CO 15

ÍNDICE DE AUTORES

Díaz Tavera Z., P 19 - P 104
Diniz F.A., CO 39
Doloisio N., P 118
Domingues MAC., P 38
Domínguez I., CO 64
Domínguez M., CO 02 - CO 69 - P 05
Donskey C.J., CO 55
Ducasse K., CO 63
Duery O., CO 07
Duque González A C., P 113
Duré C., P 120
Dutra A., P 45
E Coêlho M R., P 114
Echazarreta S., P 34 - P 43
Edwards J., CO 09
Efron E., P 25
Egoavil Morales Y., P 100
Enberg M., P 24
Escobar D., P 03
Escobar Zavaleta J., CO 60 - P 18 - P 100
Espínola MC., P 07
Espinosa C., CO 70
Espinosa D., CO 46
Espinoza A., P 36 - P 116 - P 117
Espinoza Flores R., P 18
Espinoza R., CO 28
Ewert F., CO 31
Ewert P., P 74 - P 75
Ezcurra M., P 35
Ezcurra MC., CO 27
Falconer M., CO 48
Falconi G., P 99
Farah C., CO 46
Farat JG., P 39
Farfán M., CO 61
Farfán Ramos S., P 67 - P 115
Farías O., P 46
Farinati A., CO 37 - P 118
Félix CS., P 108
Ferman S., P 66
Fernández J., CO 07 - CO 63 - P 03 - P 77
Fernández L., CO 10 - P 29
Fernández P., CO 09 - CO 64
Ferrada M., CO 31
Ferrada R., CO 31
Ferrer P., CO 50
Ferrés M., CO 09 - CO 18 - CO 50
Fica A., CO 41 - CO 59 - P 15 - P 16 - P 28 - P 81
Fink MCD., CO 16
Fisher M., CO 34
Flichtentrei D., CO 10
Florenzano M., CO 18
Flores J., CO 43 - CO 64
Flores R., CO 07
Fontele D.M., P 87 - P 90
Formento C., CO 30
Foto E., P 64
Fralich T., CO 34 - CO 35
Freitas N.R., CO 38
Frola S., P 51
Fuentes M., CO 48
Fuenzalida E., P 74 - P 75
Furlani S.M.T., P 90
Gadea A., P 23
Gaggero A., P 69
Galaz M I., P 71
Galaz M., CO 19 - CO 66 - CO 70 - P 112
Galdame A.R.M.A., P 86
Galiana A., P 23
Gallardo C., P 109 - P 110
Galvão MTG., P 92
Gálvez G., P 103
García CH., CO 40
García E., CO 65 - P 111
García P., CO 02 - CO 43 - CO 47 - P 15 - P 123 - P 124
Gaspar J., P 102
Gattas S., CO 28
Gavrilovics A., CO 33
Gebauer M., P 111
Geoffroy E., CO 47
Gerona S., P 30
Giadalah C., P 46 - P 56
Giordano Lerena R., CO 10
Giorgio P., P 25
Gir E., P 92 - P 93 - P 101 - P 102
Godino M., CO 08 - P 23
Gómez G., P 120
Gómez Rivera C., P 113
Goñi E., P 118
Gonzáles L., P 29
González A., CO 08 - P 83
González C., CO 19 - CO 40 - P 71
González CH., P 80
González G., CO 02 - CO 69
González M., CO 44
González P. A., CO 46 - P 111
González P., CO 40
González Rocha G., P 05
Granato C., P 114
Grassi M.F.R., P 86
Grecco G., P 30
Gregory S., P 66
Grille S., CO 62
Grupo Estudio De Blee, CO 02
Guadagna R., CO 62
Guerra S., P 95
Guerrero A., P 11 - P 12
Guevara A., P 04
Guggiana P., CO 02 - CO 69
Guillermo C., CO 62
Guiñez D., CO 41
Guirado M., CO 53
Gutiérrez C., CO 01 - CO 28
Guzmán MA., CO 50
Haro C., CO 21
Hawkins T., CO 35
Henriques C., P 88
Henríquez C., P 74 - P 75
Henry K., CO 35
Hermosilla G., P 42
Hernández A., P 28
Hernández A.V., CO 51 - CO 55
Hernández P., P 26
Herrera J., P 35
Herrera T., CO 40
Herve B., CO 28
Hinostroza D., P 98
Hirmas M., CO 40
Hitateguy P., CO 01
Hitschfeld R., CO 11
Hjelle B. B., CO 18
Hormazábal J., CO 07 - P 03
Hormazábal JC., CO 20 - CO 40 - P 28
Hoxha H., P 64
Huerta M., P 51
Ibáñez D., CO 07 - P 03
Illanes L., P 124
Iñiguez D., CO 06
Iturra P., CO 72 - P 59
Izquierdo G., CO 24
Izquierdo K., CO 06
Izurieta Y., CO 13
Jercic M.I., CO 14 - P 82
Jiménez A., P 106
Jiménez S., CO 11 - CO 32
Jofré L., CO 21
Jordan R., P 25
Juliet C., P 121
Kallfa E., P 65
Kassab MJ., CO 16
Kolarovic MB., CO 37
Kolbe K., CO 58
Kong Paravicino C., P 100
Kozlowski A.G., CO 38
Kuli GJ., P 64
Labarca J., CO 02
Labraña Y., P 62
Labruna M., CO 17
Ladino A., P 122
Lafourcade M., P 124
Lagos Poma P., P 18
Laino A., P 14
Lama E., P 27
Landa M., P 53
Lara Levano L., P 115
Larrañaga C., P 69 - P 125
Lasso M., CO 67
Lavarra E., P 34 - P 43
Lechuga M., P 78
Lee A., CO 44 - CO 45 - P 08
Levorato AD., P 39
Lezaeta L., CO 40
Lima AL., P 108
Lima L.F.A., P 87 - P 90
Limongi G., CO 29 - P 02
Lira D., P 68
Lizama L., P 69
Llanos J., P 126
Londoño D., P 13
Lopardo G., CO 56
Lopes C.L.R., CO 38
Lopes L P., P 92
Lopes Neto E., P 114
López J., CO 14 - CO 17
López M., CO 53
López R., CO 15
Lorenzati M., P 77
Lossa G., CO 10
Lozano Orihuela E., CO 60 - P 17
Luchsinger V., P 69 - P 125
Luck M., P 25
Luna M., CO 28
Lupo S., P 48 - P 49
Luzardo G., CO 08
Machuca M., CO 11
Malaguti Toffano, S. E., P 101
Maldonado M., CO 66
Mallorquin J., P 09
Mancilla M.E., P 74 - P 75
Marcillo J., P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Marco C., CO 18
Marconi L., P 48 - P 49
Marianelli L., P 85
Marinho T.A., CO 39
Marques PL., P 107
Marques SA., P 38
Martínez JV., P 25
Martínez L., P 120

ÍNDICE DE AUTORES

Martinon F., P 118
Martins R.M.B., CO 38 - CO 39 - CO 42
Mastandueno R., CO 10
Matos M.A.D., CO 38 - CO 39
Matos M.A., CO 39 - CO 42
Mattiello V., CO 27 - P 35
Maturana M., P 56
Medel M., CO 09
Medeot M., P 31
Medina J., CO 30 - CO 53 - P 30
Medrano Juárez RM., P 72
Mejía L., P 99
Mejías A., CO 61
Mejías G., P 80
Mella S., CO 02 - CO 69
Mendes G., CO 26
Mendes M.B., P 47
Mendes M.C., P 107
Mendes R.P., P 38 - P 39 - P 44
Méndez A., CO 71
Méndez G., P 77
Menéndez JM., P 30
Messina F., P 34 - P 43
Meza P., CO 47
Micol M., P 14
Mihalic V., P 121
Miller WR., CO 04
Mínguez A., P 51 - P 53
Minoli J., P 31
Miot H.A., P 47
Miranda C., CO 43 - CO 47 - P 123
Modernel J., CO 29 - P 02
Molina C., CO 31 - P 29
Mondelli AL., P 44
Montamat M., P 51
Montaña A., CO 40 - P 123
Montecinos L., CO 09 - CO 50
Monteón V., CO 15
Mora M., CO 13
Morais V., P 114
Morales - Ramirez J., CO 34 - CO 36
Moreno M., CO 68
Moris DV., P 44
Mosquera Klinger G., P 73
Motta-Castro ARC., CO 42
Moura C.M., P 90
Mousques N., P 83
Mulén M., P 106
Munita JM., CO 04
Muñoz Junes M., P 67
Muñoz S., CO 49 - P 58
Muñoz V., P 111
Myftari L., P 63
Nájera M., CO 40
Navarrete C., P 61 - P 112
Navarro M., P 62
Negroni R., P 34 - P 43
Neira P.†., P 74 - P 75
Nguyen T., CO 36
Niveyro C., P 77
Noguera M., P 68
Noriega F., CO 56
Novoa C., P 20 - P 21 - P 22 - P 76
Núñez D., P 07 - P 32
Núñez Freile B., CO 54 - P 54 - P 97 - P 98
Núñez I., CO 54 - P 54
Obregón G., P 07
Oka C., P 89
Olea A., CO 40
Olivares F., P 28
Olivares R., P 20 - P 21 - P 22 - P 76
Oliveira PR., P 108
Opazo A., CO 69
Orduna T., P 43
Orellana Barrios MA., P 72
Orellana K., P 22
Ortega D., CO 06
Ortega P., CO 44
Ortiz C LM., P 60
Outeda M., P 06
Ovando F., P 11 - P 12
Oyarce A., CO 14 - P 82
Oyardo G O., P 96
Paciel D., CO 30 - CO 53
Pacífico N., P 43
Palacios H., CO 12 - P 119
Palazzi J., P 49
Palella F., CO 34
Palma S., CO 11 - CO 32
Palomino Ma., P 69
Panesso D., CO 04
Panguinao L., CO 49 - P 58
Pant C., CO 55
Papa R., CO 01 - P 06
Paredes L., CO 11 - CO 18
Parenti P., P 48 - P 49
Parra H., CO 06
Passos A M., P 114
Pasupuleti V., CO 51 - CO 55
Paula AP., P 108
Pavez D., P 62
Pavez J., P 111
Peixoto De Miranda E., CO 58
Peña A., CO 23
Peña C., P 68
Peñaloza J., P 124
Penalva De Oliveira AC., CO 16
Penayo C., P 60 - P 70 - P 79 - P 120
Pereira F.M.V., P 93 - P 101 - P 102
Pereira S., P 45
Pérez C., CO 50
Pérez Cotapos M., P 78
Pérez D., P 32
Pérez F., CO 72 - P 59
Pérez M., CO 64
Pérez R., CO 09 - CO 43
Pestana CLS., P 107
Petrela R., P 63 - P 64 - P 65
Pidal P., CO 07 - P 03 - P 121
Pincheira A., P 05
Pincheira C., P 51
Pinheiro RS., CO 42
Pinilla L., P 05
Pinoni MV., P 25
Pinto M., CO 03 - P 20 - P 21 - P 22 - P 76
Pizarro L., P 109 - P 110
Pizarro R., P 125
Poblete H., CO 46 - P 42
Ponce CA., CO 71 - CO 72 - P 59
Pontet J., CO 30
Porte L., CO 41 - P 15 - P 28 - P 121 - P 123
Porter D., CO 34 - CO 35
Prades Y., P 125
Prado L., P 80
Prado M., CO 23
Prat S., P 03
Prats M., CO 10
Prieto J., CO 53 - P 30
Proença A., CO 05
Puentes G A., P 50
Quen E., CO 15
Quezada ML., P 24
Quinteros M., P 01
Rabagliati R., CO 43 - CO 64
Rabello M., CO 23
Ramilo O., CO 61
Ramírez Wong F., P 19 - P 104
Ramos Cóndor J., CO 60 - P 17
Rebora J., P 35
Reinato L.A.F., P 102
Reis N.R.S., CO 38
Reis R.K., P 92 - P 93
Resende LSR., P 38
Reyes C., P 80
Reyes J., CO 04
Rhee M., CO 36
Ribeiro D., CO 05
Rieppi G., P 06
Riera FO., P 31
Rioseco M.L., CO 18
Riquelme MI., CO 09
Riquelme R., CO 18
Rita Escalante I., P 67
Rivas E., CO 56
Rivas J., CO 28
Rivas L., CO 03
Rivera G., CO 43 - CO 67
Rivera J.C., CO 18
Rodríguez B., P 46
Rodríguez G., CO 40
Rodríguez L., P 56
Rodríguez P., CO 57
Roessler P., P 56
Rojas H., CO 64
Rojas L., CO 11 - CO 32
Rojas P., P 124
Rolston D.D.K., CO 55
Romero P., P 82
Ros M., P 34 - P 43
Rosa A., CO 26
Rosas R., P 81
Ruane P., CO 34
Ruiz M., P 125
Saavedra S., CO 36 - P 20 - P 21 - P 22 - P 76
Saddi V.A., P 40
Sakurada A., P 121
Salas Hierrezuelo J L., P 113
Salgado C., CO 61 - CO 63
Salomone C., P 78
Samaniego M., P 34
Samaniego S., P 09 - P 10 - P 12 - P 41
Samudio D GC., P 07 - P 32 - P 60 - P 70 - P 79 - P 120
San Martín M., P 121
Sánchez C. E., P 13 - P 73
Sánchez Cunto M., P 34
Sánchez N., P 94
Sánchez P., CO 65 - P 31
Sánchez S., CO 45
Sánchez SP., CO 34 - CO 35
Sanhueza F., CO 43
Santolaya M., CO 63
Santolaya ME., CO 24 - CO 57 - CO 61
Santos EM., P 107
Santos R., CO 69
Sartori L., P 31
Scallion M., CO 44 - P 08
Scalone P., P 30
Scheidt K L S., P 91 - P 107

ÍNDICE DE AUTORES

Sedano R., CO 41
Seija V., CO 01 - P 06
Seoane M., CO 57
Sepúlveda J., P 62
Sepúlveda M., P 05
Seraphim C., CO 26
Serri M., CO 33
Sferra T.J., CO 55
Shamblaw D., CO 34
Shimank E., CO 27
Siciliano C., P 85
Sierra E., CO 13
Silva A., P 66 - P 88 - P 89
Silva A.M., P 93
Silva C.S., P 84
Silva F., CO 03 - CO 68 - P 121
Silva G., P 33 - P 77
Silva J., P 122
Silva LN., CO 42
Silva M., CO 05 - CO 29 - P 02
Siri L., CO 64
Skarmeta M., CO 19 - CO 28 - CO 66 - CO 70 - P 71 - P 112
Solano J C., P 50
Sosa B., CO 08
Soto A., CO 59 - P 15 - P 16 - P 82
Soto C., CO 19
Soto S., CO 41
Souza G., CO 26
Souza L.R., P 47
Sovero Muñoz Z., P 17
Spitale N., P 51 - P 53
Stegmeier H., CO 31
Stevenazzi M., CO 62
Strelow V., CO 58
Suarez N., CO 61
Sylvestre TF., P 39
Szwarcberg J., CO 36
Taboada A., P 09 - P 10 - P 41
Taegerm., CO 18
Tapia C., CO 48 - P 121
Tapia J., CO 11 - CO 32
Tapia M., CO 54 - P 54 - P 97
Tarocco L., P 14
Tasca K.I., P 47
Tavares JF., P 108
Tebas P., CO 34
Tedesco-Maiullari R., P 04
Teixeira L., CO 05
Tejera D., CO 29 - P 02 - P 14
Teles S.A., CO 38 - CO 39 - CO 42 - P 92
Terusi A., CO 27 - P 35
Thota P., CO 51 - CO 55
Tirado J., P 106
Toffano Malaguti, S.E., P 93
Topelberg S., CO 19 - CO 61 - CO 63 - CO 66 - CO 70 - P 71 - P 112
Toran J., P 118
Tordecilla J., CO 61 - CO 63
Toro CS., P 122
Torres F., CO 54 - P 54 - P 97
Torres JP., CO 24 - CO 61
Torres M., P 68
Torres MT., CO 57
Torres P., P 42
Towner W., CO 35
Tran TT., CO 04
Trindade G., P 95
Trinks J., CO 37
Trombetta L., P 34
Troncoso I., P 94
Trueba G., P 99
Ulloa M., CO 03 - CO 68
Ulloa MT., P 122 - P 123
Ulloa S., CO 07
Urra C., P 46
Urzua C., CO 11
Valdivia Dahl A., CO 27
Valdivieso F., CO 18
Valencia C., P 20 - P 21 - P 22 - P 76
Valenzuela C., CO 23
Valenzuela MT., CO 24
Vallejo V., P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Valverde M., P 30
Varas M., CO 61 - CO 63
Vargas AC., CO 13 - P 99
Vargas SL., CO 71 - CO 72 - P 59
Vásquez P., CO 33 - P 46 - P 56
Vega J., CO 24
Vega W., CO 45
Vela-Lozada F., P 13 - P 50 - P 73
Velasco E., P 66
Velasco M., P 112
Veloso L., P 61
Venegas K., CO 31
Vera A., CO 64 - CO 67
Vera C., P 56
Verbanaz S., P 25
Verbeke S., P 103
Vial C., CO 18
Vial P., CO 18
Vidal F., P 27 - P 116
Vidal J.E., CO 16 - CO 51 - CO 58
Vidal M., CO 53 - P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Vidal., CO 03
Vignoli R., CO 01 - P 06
Vilchez V., P 31
Villa J., P 26 - P 36 - P 57 - P 117
Villalba F., CO 29 - P 02
Villalba J., P 10
Villarroel M., CO 61 - CO 63
Vinko T., CO 18
Viteri MA., CO 27 - P 35
Viviani T., CO 23 - CO 61 - CO 63
Vizcaya C., CO 43
Volkart K., P 60 - P 70 - P 79 - P 120
Von Mühlenbrock C., P 15
Wallach J., P 01
Wang H., CO 34 - CO 35
Weinborn R., P 94
Weitzel T., CO 14 - CO 41 - CO 59 - P 16 - P 81 - P 123
Werneck G., P 105
Werneck L., P 88
Weskamp M., P 48 - P 49
Wohl D., CO 35
Wozniak A., CO 43 - CO 47
Ximenes R., P 114
Yasuda AG., P 38
Yauri F., CO 06
Ye C., CO 18
Zambrano A., P 27
Zambrano B., CO 56
Zambrano H., CO 44 - CO 45 - P 08
Zapata S., P 99
Zarate A., CO 65
Zavala L., P 08
Zhong L., CO 36
Zitko P., CO 32
Zubieta M., CO 61 - CO 63
Zugasty N., CO 27
Zurita J., CO 06 - CO 13 - P 99
Zurita-Salinas C., CO 13

ÍNDICE DE AUTORES