ISSN 1852-4001 edición en línea

buenos aires . volumen **25** . suplemento **1** . junio **2017**

actualizaciones EN SIDA E INFECTOLOGÍA

XVII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2017

XVII CONGRESO SADI
JUNIO 2017 | MAR DEL PLATA | ARGENTINA

Sumario

1. Índice de resúmenes
29. Índice por autor
46. Orales destacados
50. Orales
74. Pósters con discusión
102. Pósters electrónicos

Una publicación de S.A.D.I.

FUNDACIÓN HUÉSPED
PREVENCIÓN·CIENCIA·DERECHOS

XVII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2017

Autoridades

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Gonzalo Corral

Integrantes

OmarSued
Lautaro De Vedla
Ricardo Teijeiro
Gustavo Lopardo
Esteban Nannlnl

COMITÉ CIENTÍFICO SADI 2017

Presidente

Carla Vizzotti

Secretario

Pablo Bonvehí

Integrantes

Carolina Rancafto
Ana Ceballos
Susana Lloveras
Rosana Jordan
Analia Myketiuk
Marisa Sánchez
Natalia Laufer
Diego Cecchlnl
Florencia Cahn
Analía Rearte
Mariana Gordovll
Adriana Sucari
Patricia Angelert

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Coordinador

Alexis Manzo

Integrantes

Silvia Aquilia
Jorge Corral
Alejandro Ferro
Mariana Hualde
Cristina Miglioranza
Romina García

COMISIÓN DIRECTIVA SADI

Presidente
Gustavo Lopardo

Vicepresidente
Gustavo Costilla Campero

Secretaria
Carla Vizzotti

Prosecretario
Esteban Nannini

Secretaria de Actas
Lucía Daciuk

Tesorero
OmarSued

Protesorero
Ricardo Teijerio

1° Vocal Titular
Dra. Laura Barcán (CABA)

2° Vocal Titular
Dr. Francisco Nacinovich (Caba)

3° Vocal Titular
Dr. Waldo Belloso CABA

4° Vocal Titular
Dra. Claudia Salgueira CABA

1° Vocal Suplente
Dra. Ana Ceballos (Córdoba)

2° Vocal Suplente
Dr. Adrián Morales (Neuquén)

3° Vocal Suplente
Dra. Andrea Vila (Mendoza)

Revisores de Cuentas

Dra. Wanda Cornistein (Caba)
Dr. Santiago Ramierz Borga

Índice de resúmenes

Orales destacados

OD001 **PRIMER ESTUDIO LATINOAMERICANO DE MEDICIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN CON TRIPLE BACTERIANA ACELULAR EN EL EMBARAZO PARA PREVENIR COQUELUCHE EN LOS LACTANTES MENORES DE 2 MESES EN ARGENTINA** 46
V Romanin, A Acosta, MV Juarez, E Briere, SM Sanchez, B Lopez Cordoba, ME Sevilla, MF Lucion, A Urrutia, S Sagradini, T Skoff, C Vizzotti.

OD002 **EFECTIVIDAD DE LA VACUNA PCV 13 EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS PARA PREVENIR LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD** 46
G Lopardo, C Vizzotti, N Giglio, E Raimondo, D Fridman, P Micone, M Gonzalez, D Stamboulian.

OD003 **IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL CON VACUNA CONJUGADA ANTINEUMOCÓCICA 13 VALENTE EN LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS** 46
A Rearte, RO Ruvinsky, J Kupervaser, A Haidar, ME Tito, C Cortiana, ME Cafure, F Avaro, F Gentile, J Cozzani, S Fosati, M Regueira, O Veliz, C Vizzotti.

OD004 **EFECTIVIDAD DE VACUNA ANTIGRIPAL APLICADA EN EL EMBARAZO PARA INTERNACIONES POR INFLUENZA A H1N1 EN DE MENORES DE 6 MESES. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL** 47
A Rearte, M Cepeda, G Dagnino, L Merino, S Rodriguez, O Uez, A Guarino Barrutia, N Parisi, A Ance, S Farias, D Rodriguez, R Garcia, V Azqueta, G Loizaga

OD005 **DESARROLLO DE UN *SCORE* CLÍNICO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO DE BACTERIEMIA POR BACILOS MULTIRESISTENTES EN PACIENTES CON CÁNCER** 47
FA Herrera, AA Carena, A Laborde, I Roccia Rossi, G Guerrini, R Jordán, A Valledor, A Nenna, P Costantini, M Dictar, JP Caeiro, ML González Ibáñez, P Vizcarra, C Palacios, V Pinoni, M Luck, C Iglesias, F Poletta

OD006 **EPIDEMIOLOGÍA Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE LA INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.** 47
P Pessacq, G Bertoni, A Mykietiuk, P Scapellato, A Otreras, M Gañete, C Nemirovsky, L Clara, J Martinez, P Gambino, A Crespo, A Sandor, M Gálvez, P Herrero, G Lopardo, L De Vedia, M Peralta, F Barberis, MJ Lopez Furst

OD007 **VIGILANCIA DE ZIKA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE, AÑO 2016. DETECCIÓN DEL PRIMER CASO AUTÓCTONO DE MICROCEFALIA ASOCIADA AL VIRUS EN LA PROVINCIA, SEGUNDO DEL PAÍS** 48
MC Cudós, JC Befani Bernal, S Brazza, M Villani, M Calderon, E Anchart, V Mugna, G Rompato, G Ackhar, MA Morales, C Giovacchini, MA Uboldi.

OD008 **ESTRATEGIA DE TESTEO DOMICILIARIO PARA HIV Y POOL DE CARGA VIRAL PARA DETECCIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN AGUDA EN MUJERES TRANSGÉNERO** 48
C Frola, V Zalazar, N Cardozo, Y Gomez, E Fojo, ML Vazquez, I Aristegui, M Lucas, M Romero, A Gun, P Cahn, O Sued

OD009 **FACTORES ASOCIADOS CON EL NIVEL DE DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROAS) EN CENTROS ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA** 49
RE Quiros, A Vila, A Manzur, L Calanni, M Decima, A Falco, A Cuello, LM Olivo, CM Acosta, G Sastre, D Maurizi, F Riera, M Vera Blanch, MC Bangher, C Camerano, E Escobar.

OD010 **FARMACOGENÉTICA DE LA TUBERCULOSIS: NUEVO MODELO DE PREDICCIÓN DE HEPATOTOXICIDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS** 49
J Chamorro, J Castagnino, O Aidar, RM Musella, A Frías, M Visca, M Nogueras, L Costa, A Perez, F Caradonna, S Perés, G de Larrañaga.

Orales

1 - Infección por HIV, otros retrovirus y hepatitis virales

OR001 **MODELAJE DE UNA ESCALA DE RIESGO EMPÍRICO PARA PREDECIR LA INFECCIÓN POR HIV EN ARGENTINA: ESCALA RHIVA** 50
C Yamamoto, C Cesar, M Feijoo-Cid, F Judzon, L Rapañani, M Lucas, E Dell'Isola, P Cahn, O Sued.

OR002 **RETENCIÓN EN CUIDADO Y DISTANCIA ENTRE EL HOSPITAL Y EL DOMICILIO DE PACIENTES HIV ADULTOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL MUNICIPAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES** 50
GA Blugerman, JA Valiente, C Cesar, C Yamamoto, S Cifre, O Sued, P Cahn, HM Pérez.

OR003 **SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA AL HIV-1 EN UNA COHORTE DE PAREJAS DISCORDANTES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA** 51
CD Terrones, JC Nassif, B Cernigoi, L Redini, H Mingrone, O García Messina, A Rodriguez, E Carbone, P Micone, P Paradiso, A Mangano, P Aulicino, L Sen.

OR004 **INFECCIÓN CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV) DE ALTO RIESGO Y LESIONES INTRAEPITELIALES ANALES EN MUJERES TRANSGÉNERO (MTG)** 51
V Fink, L Svidler López, F Gonzalez, M Tejo, S Figurelli, C Frola, L Mamanna, RLO Pastore, C Calvar, Y Durán, O Sued, MB Bouzas, P Cahn.

OR005 **POBLACIONES VULNERABLES: DISPARIDADES EN LA RETENCIÓN EN CUIDADO ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES TRANSGÉNERO** 51
MA Kundro, GA Viloria, MC Acosta, LG Moreno Macias, MH Losso.

OR006 **PRIMER ESTUDIO REPRESENTATIVO NACIONAL SOBRE PREVALENCIA DE VIH Y SÍFILIS EN PERSONAS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO EN UNIDADES DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL** 52
P Angeleri, J Sotelo, M Orlando, D Adaszko.

OR007 **EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CAPTURA DE DATOS PARA ESTUDIOS CLÍNICOS** 52
M De Stefano Parma, M Figueroa, F Enjamio, A Arguello, S Rosenbrock, C Yamamoto, O Sued.

OR008 **HEPATITIS C: "DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO"** 52
A Bobatto, F Bechini, B Boggia, A Ciappina, M Echaide, J Iriart, L Urbina, G Corral, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia.

2 - Vacunas e infecciones pediátricas y perinatales

OR009 **INMUNIZACIÓN DEL ADULTO: EXPERIENCIA DE UN VACUNATORIO CON EL USO DE UN REGISTRO NOMINALIZADO** 55
D Stecher, A Padovani, A Aquino, A Gimenez, K Franco, J Leguizamon.

OR010 **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MENINGITIS AGUDAS BACTERIANAS EN NIÑOS: 2011 – 2016** 55
F Escarrá, MG Perez, V Reijtman, A Blanco, A Mastroianni, MC Ceinos, P Pellegrino, R Bologna, MT Rosanova.

OR011 **INTERVENCIÓN EN MÚLTIPLES NIVELES PARA OPTIMIZAR LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN MAYORES DE 64 AÑOS** 55
M Penalba, D Stecher, C Martinez Sagasta, E Vazquez, E Casal.

OR012 **HEPATITIS B, VACUNACIÓN EN ADULTOS: OPORTUNIDADES GANADAS Y COMPLIANCE COMO RESULTADO DE UNA ESTRATEGIA** 56
MN Obed, AE Palaoro, MB Alcorta, MC García, MF Alzogaray, G Chaparro, A Mykietiuk

OR013 **FRECUENCIA DE SEROTIPOS DE HAEMOPHILUS INFLUENZAE EN INFECCIONES INVASIVAS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA** 56
M Cudmani, G Delgado, G Gonzalez, J Assa, L Gonzalez, N Fernandez, N Cudmani, V Firpo, S Sánchez

OR014 **ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B** 57
W Yfran, M Ferolla, C Carballo, M Marcó del Pont, C Acosta, M Pasinovich, S Schiavino, E Pannunzio, C Cazes, ML Praino, MM Contrini, E López

OR015 **MIELITIS AGUDA FLÁCCIDA POR ENTEROVIRUS D- 68 EN NIÑOS. PRIMEROS CASOS REGISTRADOS EN NUESTRO PAÍS** 57
C Carballo, N Sordelli, M García Erro, G Vazquez, A Mistchenko, ML Praino, C Lovrics, C Freire, C Cejas, M Rodríguez, MM Contrini, E López

OR016 **VACUNACIÓN UNIVERSAL PARA AL VIRUS DE LA HEPATITIS B: DETERMINACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO EN UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ANTES Y DESPUÉS DE SU IMPLEMENTACIÓN** 57
F Gonzalez, M Pinheiro, C Aranda.

3 - Infecciones generales en adultos

OR017 **DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES ADULTOS DURANTE 2014-2016** 58
MV Romano, F Herrera, E Temporiti, P Bonvehi, A Martinez, C Videla.

OR018 **TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF) PARA TRATAMIENTO DE DIARREA POR *Clostridium difficile* (DACD) REFRACTARIA. REPORTE DEL PRIMER CASO EN UN HOSPITAL GENERAL** 58
JV Martínez, I Zubiaurre, A Rauch, R Jordán, P Giorgio, S Verbanaz, MV Pinoni, ED Efrón.

OR019 **COQUELUCHE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. ¿UNA ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA?** 59
J Zintgraff, RNL Grupo de Trabajo, C Lara.

OR020 **ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *Staphylococcus aureus*: EXPERIENCIA HOSPITALARIA** 59
C Nemirovsky, S Marciano, ML Posadas, L Barcán.

OR021 **TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO** 60
A Requena, S Altamirano, M Adra, S Garce, A Salinas, N Pujato, M Bravo, A Margari.

OR022 **INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS Y PREVALENCIA DE SAMR EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE CABA** 60
M Jaume, H Ludvik, F Piñeiro, M Rey, M Erbin, T Posse, S Kaufman, HM Pérez.

OR023 **INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR METAPNEUMOVIRUS HUMANO** 60
M de Paz Sierra, A De Cristofano, V Grili, ML Verdier, C Frecha, L Clara, M Sánchez.

OR024 **ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN ARGENTINA, 2001-2015** 61
HR Fernández.

4 - Antimicrobianos y diagnóstico microbiológico

OR025 **IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN CENTRO ASISTENCIAL PRIVADO DE ALTA COMPLEJIDAD** 62
K Arteaga, JC Tapia, MT Guillaux, L Soleto, S Gutiérrez, F Centellas, CA Suárez, O Morales, RE Quiros.

OR026 **TERAPIA ANTIBIÓTICA SECUENCIAL: ESTRATEGIA CLOCK** 62
M Radosta, N García Allende, A Risso Patrón, A Sánchez, M Mayer Wolf, C Ezcurra, C Freuler, V Rodríguez.

OR027 **COMBINACIONES DE DROGAS CON EFECTO SINÉRGICO CONTRA MUCORMYCETES: EVALUACIÓN *IN VITRO* E *IN VIVO*** 63
D Macedo, F Leonardelli, E Del Valle, G Giusano, S Gamarra, G Garcia-Effron

OR028 ***Candida auris*: PATÓGENO FÚNGICO EMERGENTE MULTIRESISTENTE. ESTUDIO DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS Y VALORACIÓN DE MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN FENOTÍPICOS, GENOTÍPICOS Y PROTEÓMICOS** 63
C Dudiuk, S Morales López, J Rodríguez Quinteros, S Amigot, MS Gamarra, G García Effron.

OR029 **PORTACIÓN NASAL DE *Staphylococcus aureus* EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS Y PERFIL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS** 63
L Keller, V Elorza, L Guerriero, M Blanco, S Quintana, B Lizarraga, V Di Gerónimo, H Irós, E Elorza.

OR030 **UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE UNA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) Y SECUENCIACIÓN DEL GEN ADN RIBOSOMAL 16S EN INFECCIONES BACTERIANAS** 64
E Zanella, M Merkt, M Pennini, A Sucari, C Corio, S Castillo.

OR031 **ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN HOSPITALES DE ARGENTINA** 64
G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta.

5 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud

OR032 **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECANICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DE ARGENTINA** 65
G Corral, L Fernández, L Guerriero, D Arcidiácono, R Giordano Lerena, F Hinojal, N Peralta.

OR033 **BACTERIEMIA POR *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC. ESTUDIO COMPARATIVO Y EVOLUCIÓN EN 7 AÑOS** 65
V Roca, M Lespada, E Córdova, N Gómez, M Badia, C Rodríguez.

OR034 **"ADIÓS BACTEREMIA": RESULTADO PARCIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES** 66
A Novau, L Fabbro, L Paulosky, W Cornistein.

OR035 **¿ES POSIBLE SUSPENDER EL AISLAMIENTO PARA EVR EN FORMA SEGURA?** 66
MI Staneloni, G Rivera, G Almada, E Salazar.

OR036 **CANDIDEMIA: FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD, EN 101 CASOS DE 4 HOSPITALES DE CÓRDOBA, ARGENTINA** 66
F Riera, P Icely, F Romero, S Carrizo, E Rodríguez, S Gamarra, L Decca, MS Miro, C Vigezzi, C Abiega, F Spesso, G Garcia-Effron, JP Caeiro, CE Sotomayor.

OR037 **TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS RESISTENTES A COLISTÍN** 67
G Arévalo Calderón, G Martinez, L Paravano, M Nastro, C Rodriguez, C Vay, A Famiglietti, M Foccoli, S de Gregorio.

OR038 **INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS KPC Y UTILIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON CARBAPENEMS SEGÚN CONCENTRACIONES INHIBITORIAS MÍNIMAS** 67
J Gallo Muñoz, L Soto Tascón, MJ Alarcón, V Stanek, G Greco, L Barcan.

6 - Enfermedades endémicas, emergentes y medicina del viajero

OR039 **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CATASTRO MOLECULAR Y SEROLÓGICO PARA *Chlamydia psittaci* EN PERSONAL DE UNA RESERVA ANIMAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN CONTACTO CON AVES PORTADORAS** 69
P Favier, M Arias, C Lara, G Wiemeyer, A Crivelli, H Ludvik, M Rolon, M Madariaga, M Teijeiro, M Ardiles, H Pérez, E Cadario.

OR040 **PRIMERA DESCRIPCIÓN DE CASOS DE FIEBRE MANCHADA POR *Rickettsia parkeri* EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS: NUEVOS CASOS FUERA DEL DELTA DEL PARANÁ** 69
MF Troglio, M Borra, M Ferreira, L Parracone, S Levis, J Brignone, C Sen.

OR041 **CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN BROTE DE ZIKA** 70
MP Herrera, GG Rangeon, F Garcia Campos, LA Guaymas, LM Estrada, L Miño, B Montenegro, H Kalriar, MC Plaza.

OR042 **HISTOPLASMOSIS EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN ARGENTINA: SERIE DE CASOS** 71
C Voto, MG Perez, S Gómez, C Sarkis, C Epelbaum, P Santos, S Carnovale, C Canteros, R Bologna

OR043 **ENCEFALITIS AGUDA POR VIRUS DENGUE** 71
M Cánepa, C Lamonica, S Burbano Perez, D Sousa Matias, C Carreira, M Martínez.

OR044 **INFECCIÓN POR *Salmonella*: ESTUDIO DE CASOS Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN UN CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 71
L Soto Tascón, MJ Alarcón, J Gallo Muñoz, C Nemirovsky, G Greco, L Barcán.

OR045 **LA DETECCIÓN MOLECULAR SIMULTÁNEA Y EL USO DE MUESTRA DE ORINA MEJORA LA SENSIBILIBIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS VIRUS DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA** 72
L Mammana, F Gonzalez, S Giamperetti, B Deodato, S Lloveras, T Orduna, MB Bouzas.

7 - Inmunocomprometidos no HIV y trasplante

OR046 **BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: DIFERENCIAS SEGÚN EL SITIO DE ADQUISICIÓN** 73
F Herrera, AA Carena, A Laborde, I Roccia Rossi, G Guerrini, A Valledor, R Jordan, A Nenna, P Costantini, JP Caeiro, M Dictar, M González Ibáñez, P Vizcarra, C Palacios, V Pinoni, M Luck, A Racioppi, F Pasterán, A Corso, M Garcia Damiano, M Zárate, R Padlog, G Greco, M Giovanakis, M Chaves, M Bronzi, M Vilaró, S Valles.

OR047 **EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS Y TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS TRATADOS CON RIBAVIRINA ORAL** 73
F Herrera, C Salgueira, A Carena, D Espinel, J Altclas, C Videla, M Eusebio, P Bonvehí, E Efron, M Fernández, R Jordán.

OR048 **IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGÍA DE BACTERIEMIAS EN PACIENTES CON CÁNCER O TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS CON Y SIN NEUTROPENIA EN LA ERA DE LA MULTIRRESISTENCIA** 74
F Herrera, A Laborde, I Roccia Rossi, G Guerrini, A Valledor, R Jordán, A Nenna, P Costantini, M Dictar, J Caeiro, M Gonzale Ibañez, P Vizcarra, C Palacios, V Pinoni, M Luck, A Racioppi, F Pasterán, A Corso, C Garcia Damiano, M Zárate, R Padlog, G Greco, M Giovanakis, M Chaves, M Bronzi, S Valle, M Vilaró, A Carena.

OR049 **INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: DIFERENCIAS A TRAVÉS DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS** 74
D Torres, S Zerboni, J Chevel Mejía, P Bonvehí, E Temporiti, M Relloso, L Riera, P Duarte, F Herrera

OR050 **INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES ADULTOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS** 74
C Losada, M Alderete, A Valledor, L Barcán.

OR051 **FACTORES DE RIESGO DE INTERNACIÓN PROLONGADA EN NIÑOS CON LEUCEMIA Y BACTERIEMIA. ESTUDIO DE COHORTE** 75
MG Perez, V Reijtman, M Taicz, A Mastroianni, F Escarra, ME Garcia, AN Varela Baino, M Guitter, J Romero, G Ghibaudi, R Bologna, S Gómez.

OR052 **INFECCIÓN POR *Trypanozoma cruzi* EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO** 75
N Mañez, M Alderete, J Benso, A Valledor, A Smud, A Schijman, S Besuschio, L Barcan.

Pósters electrónicos con discusión

PD001 **RECUPERACIÓN DE CEFALOSPORINAS ORALES EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES URINARIAS BAJAS NO COMPLICADAS** 76
D Chianalino, V Andretta, L Lorini.

PD002 **DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CERVICAL POR *Chlamydia trachomatis*: QUE MÉTODO ELEGIR?** 76
V Coga, M Vacchino, M Pianko, M Schijman, S Corbella, G Melito.

PD003 **IDENTIFICACIÓN RÁPIDA DE *Candida auris*, *Candida haemulonii* Y SUS ESPECIES RELACIONADAS** 76
L Theill, C Dudiuk, S Morales-López, I Berrio-Medina, S Gamarra, G Garcia-Effron.

PD004 **ACTIVIDAD *IN VITRO* DE CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM FRENTE A ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CEFALOSPORINAS DE ESPECTRO EXTENDIDO CONTEMPORÁNEAS DE ARGENTINA** 77
F Pasteran, M Rapoport, E Albornoz, A Carena, W Vasen, P Pessacq, P Scapellato, F Herrera, C/T Grupo, A Corso.

PD005 **SUBTIPIFICACIÓN DE AISLAMIENTOS DE *Listeria monocytogenes* DE MUESTRAS CLÍNICAS Y DE ALIMENTOS LISTOS PARA EL CONSUMO EN ARGENTINA DURANTE 2016** 77
M Prieto, C Martínez, S Epszteyn, R Armitano, L Cipolla, L Aguerre, MF Rocca.

PD006 **LA ERA POSANTIBIÓTICA ESTÁ ENTRE NOSOTROS: INTERVENCIONES PARA CONTROLAR UN BROTE DE PROVIDENCIA STUARTII (PRODUCTORA DE NDM Y OXA-48-LIKE) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS EN ARGENTINA** 78
AM Macchi, ME Harispe, F Pasteran, J Perez, A Corso, L Kumar, D Perez, L Clara, H Pitocco, MA Lovigne, F Basilico, L Esteve, W Cornistein, E Poggi, S Correa, F Nacinovich.

PD007 **FACTORES DE RIESGO Y CLONES EXITOSOS ASOCIADOS A LA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UN NOSOCOMIO DE TERCER NIVEL** 78
D Aguila Brunet, P Marchiaro, P Parenti, J Pérez, S Díaz, A Viale, A Limansky, S Martinelli, S Larini, M Corsiglia

PD008 **DESESCALAMIENTO A TRATAMIENTO ORAL PRECOZ EN BACTERIEMIAS (TOP BAC): ESTUDIO PRELIMINAR** 79
V Lacal, S Nuñez, J Nuñez, L Sabater, S Balinotti, A Vazquez, P Marchetti, P Necchi, MS Zarate, G Serruto, MT Veron

PD009 **COMPORTAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR *Candida* spp. EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS E INTERMEDIOS** 79
T Zitto, C Silva, G Kuljis, L Edat, N Garcia, D Stepanik

PD010 **NOCARDIOSIS EN ARGENTINA** 79
L Aguerre, R Armitano, L Cipolla, C Martínez, MF Rocca, G Dangiolo, M Prieto

PD011 **EVALUACIÓN DE LOS MECANISMOS DE RESISTENCIA EN MICROORGANISMOS CAUSALES DE PIELONEFRITIS EN LA EMBARAZADA: ¿DEBEMOS MODIFICAR EL TRATAMIENTO EMPÍRICO?** 80
B Bacelar, L Spadaccini, D Cecchini, N Krause, L Lopez Moral, N Gomez, C Rodriguez

PD012 **MORTALIDAD ASOCIADA A INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORES DE CARBAPENEMASAS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 80
JC Chuluyan, M Schijman, G Guzman, G Guaragna, M Terzano, N Costanzo, A Biglia, R Cuini, V Cacciari, A Casiro

PD013 **SITUACIÓN DE BOTULISMO POR HERIDA EN ARGENTINA (1992-2016)** 81
MI Farace, E Castelli, DL Ruggeri, R Fernández.

PD014 **CIRUGÍA TEMPRANA (*EARLY SURGERY*) EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PROTÉSICA CON EXTENSIÓN PERIVALVULAR (EIVPEP): ANTES ES MEJOR?** 81
P Fernández Oses, M Mahia, R Ronderos, A Iribarren, M Vrancic, M Vivas, L Juarez, S Resi, G Avegliano, F Piccinini, D Navia, F Nacinovich.

PD015 **COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRAN BUENOS AIRES** 82
MC Corigliano, MA Magdaleno, MC Irurtia, S Di Bartolomeo, S Balconi, G Montenegro.

PD016 **CONSULTAS DEL POST VIAJE: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PÚBLICO DE MEDICINA DEL VIAJERO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES** 82
V Angeletti, ML Yantorno, F Argüello, G de la Parra, M Lares, K Aguilera, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, P Machado, P Vizcarra, D Santonato, N Lattour.

PD017 **TUBERCULOSIS HUMANA CAUSADA POR *Mycobacterium bovis* EN LA REGIÓN CENTRAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 1982-2016** 82
R Lorenz, M Lopez, C Alvarez, G Marquez, MS Imaz.

PD018 **INTERFASE HUMANO-ANIMAL: ESTUDIO DE RESERVORIOS DE CEPAS DE *Escherichia coli* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA EN TIERRA DEL FUEGO, ARGENTINA** 83
MP Bonino, J Petrina, SN Galateo, X Blanco Crivelli, A Bentancor

PD019 **CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS GRAVES DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2016** 83
G Nilva, N Mordini, A Uboldi.

PD020 **UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS SEROLÓGICAS EN EL ESTUDIO DE VIRUS ZIKA (ZIKV) EN RECIÉN NACIDOS CON MICROCEFALIA Y/O ANOMALÍAS CEREBRALES EN ARGENTINA, 2016-2017** 84
VC Luppo, MA Morales, B Groisman, CM Fabbri, AA Baricalla, M Ferocci, G Gonzalez, A Alonso, MP Bidondo, R Liascovich, P Barbero, DA Enría.

PD021 **COCCIDIOIDOMICOSIS: SERIE DE CASOS DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL TERCIARIO** 84
CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, S Carrizo, F Riera, C Bergallo.

PD022 **HIV ASOCIADO A ERITROCITOS: ¿UNA BARRERA ADICIONAL PARA LA CURA DE LA INFECCIÓN?** 86
RD Rabinovich, J Chiappa, D Gutson, MN Garcia, MM Avila, P Pur.y

PD023 **IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HIV/SIDA ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA A PARTIR DE TRES PARAMETROS ANALÍTICOS** 86
A Bocassi, V Chediack, C Dominguez, M Cambareri, M Perelló, L Fontana, A Tkach, V Monserrat, S Peres, N Carella, ML Luque, E Cunto.

PD024 **ACEPTABILIDAD DEL AUTO TESTEO DE HIV: DATOS DE UNA ENCUESTA POR INTERNET** 87
C Yamamoto, C Cesar, V Zalazar, M Feijoo-Cid, C Valeriano, D Fiore, L Cahn, P Cahn, O Sued.

PD025 **EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS CÉLULAS NATURAL KILLER DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIH Y HEPATITIS C CON DISTINTOS GRADOS FIBROSIS HEPÁTICA** 87
ML Polo, A Sisto, A Martinez, H Perez, N Zwirner, J Quarleri, M Avila, N Laufer.

PD026 **HACIA EL 90-90-90: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE HIV EN UN HOSPITAL DE LA CABA** 87
M D'Aurizio, M Jaume, J Barletta, S Stöver, I Rodriguez Villegas, M Rey, G Vigo, G Blugerman, O Cando, MJ Rolón, HM Pérez.

PD027 **UNA VIEJA CONOCIDA: ANÁLISIS DE CASOS DE SÍFILIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE CABA** 88
J Barletta, S Stöver, M Rey, M Cabrini, G Blugerman, HM Pérez.

PD028 **INCLUSIÓN DEL TEST RÁPIDO (TR) PARA VIH EN ESPACIO PÚBLICO COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA PROVINCIAL DE ACCESO AL DIAGNÓSTICO (D)** 88
C Pellon y Maison, V Molfese, A Arévalo, L Betti, D Carrio, F Bascaran, M Moyano, A Duran.

PD029 **CORRELACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES COINFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL VIRUS DE HEPATITIS C** 89
G Poblete, A Martinez, S Pérez Lloret, A Sisto, MJ Rolón, H Pérez, N Laufer.

PD030 **EL RINOVIRUS EN LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA: ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN MOLECULAR EN UNA POBLACIÓN INFANTIL HOSPITALIZADA EN SANTA FE** 90
G Kusznierz, J Rudi, V Vera Garate, S Mirazo, J Arbiza, F Molina, R Díaz, V Bonet, L Ortellao, D Cantarutti, J Pierini, R Cociglio.

PD031 **EFECTIVIDAD DE VACUNA DTPA EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL** 90
A Rearte, MA Cepeda, N Parisi, A Ance, A Guarino Barrutia, S Farias, L Merino, L Morvay, D Rodriguez, S Lavallen, M Zotta, R Garcia, V Azqueta, G Loizaga

PD032 **INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE VERRUGAS GENITALES EN ARGENTINA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL** 90
S Tatti, ME Perez Carrega, E Bissio, JL Montes, HA Monsanto, M Cashat, BR Lindsay.

PD033 **ANTECEDENTES VACUNALES EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS** 91
JP Stagnaro, SE González Ayala

PD034 **EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA VACUNA CONTRA ROTAVIRUS, A DOS AÑOS DE SU INTRODUCCIÓN AL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN (CNV)** 91
S Neyro, D Stecher, C Rancaño, C Biscayart, MV Juárez, N Katz, M Pasinovich, M López Yúnes, A Aquino, SV Devoto.

PD035 **INFECCIONES PERINATALES: IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA ACTIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 91

P Angeleri, G López, D Basadoni, S Gonzalez, M Panzitta.

PD036 **DESAFÍOS EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS PERINATAL EN NUESTRO MEDIO** 92

F Garcia, E Sturba, C Raniero, L Strada.

PD037 **AISLAMIENTOS PRODUCTORES DE B-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO Y CARBAPENEMASA RECUPERADOS DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TRASPLANTE DE CELULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS: RESULTADOS DEL PRIMER ESTUDIO MULTICEÉNTRICO EN ARGENTINA** 93

F Pasteran, A Carena, M Rapoport, D Faccone, MS Zarate, M Giovanakis, R Padlog, G Greco, MC Garcia Damiano, M Vilaro, ML Chaves, M Bronzi, S Valle, F Herrera, A Corso

PD038 **ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON INFILTRADOS PULMONARES: COMPARACIÓN ENTRE REALIZACIÓN DE LAVADO BRONCOALVEOLAR Y MÉTODOS NO INVASIVOS** 93

D Torres, M Jorge, J Chevel Mejía, S Zerboni, P Bonvehí, E Temporiti, P Rodriguez, A Languasco, M Relloso, C Videla, M Zárate, F Herrera.

PD039 **INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN TRASPLANTES ALOGÉNICOS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN PERÍODO TEMPRANO SEGÚN EL TIPO DE TRASPLANTE** 94

D Torres, S Zerboni, J Chevel Mejía, P Bonvehí, E Temporiti, M Relloso, L Riera, P Duarte, F Herrera.

PD040 **UTILIDAD DE LA BÚSQUEDA DE COLONIZACIÓN POR ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS** 94

D Torres, S Zerboni, J Chevel Mejía, P Bonvehí, E Temporiti, J Nievas, J Smayevsky, F Herrera.

PD041 **IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y CON TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS** 94

S Zerboni, J Chevel Mejía, D Torres, P Bonvehí, E Temporiti, M Querci, C Videla, V Romano, M Echavarría, L Riera, P Duarte, J Dupont, F Herrera.

PD042 **IMPACTO DE LA SUSPENSIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN EL PERFIL DE LAS BACTERIEMIAS EN UNA UNIDAD DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS** 95

A Valledor, W Belloso, L Barcán.

PD043 ***Clostridium difficile* EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS** 95

A Valledor, L Barcán.

PD044 **RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE LOS PATÓGENOS AISLADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS POLIVALENTE EN ARGENTINA** 97

G Corral, L Guerriero, D Arcidiácono, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta.

PD045 **ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ÁREAS NO CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA** 97

G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta.

PD046 **PARTICIPACIÓN EN UN "PROGRAMA DE GESTIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PGA) EN HOSPITALES PÚBLICOS DE ARGENTINA"** 98

D Laplumé, L Aguilar, L Daciuk, A Fernandez, L Ellero, P Iglesias.

PD047 **INFECCIONES ASOCIADAS A NEUROESTIMULADORES PROFUNDOS** 98

CA Mora, J Rodriguez, D Robles, N Chavez, S Giordano, M Del Castillo.

PD048 **BROTE DE INFLUENZA A H3N2 DURANTE LA PRIMAVERA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 99

D Torres, S Zerboni, N Boccia, Z Arreaga, M Magenta, J Chevel Mejía, D Yahni, G Laham, W Alcalá, E Temporiti, C Videla, E Baumeister, F Herrera, P Bonvehí.

PD049 **EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES: RETOS PARA MANTENER UNA ADECUADA CALIDAD DE ATENCIÓN** 100

M Ruiz, S Arriola, E Shiman, L Cusmano, A Terusi, J Farina, A Viteri, M Ezcurra.

PD050 **UTILIDAD DE UN ANÁLISIS DE CAUSA-RAÍZ PARA IDENTIFICAR FALLAS DE ADHERENCIA A UN PAQUETE DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (PMPN)** 100

P Morales, M Balbiano, M Weis, M Benzadon, P Fernandez Oses, J Toledo, F Nacinovich.

PD051 **NEUMONÍA POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: SU MORTALIDAD** 100

S de Gregorio, C Rodriguez, C Vay, A Famiglietti, M Foccoli.

Pósters electrónicos

1- Antimicrobianos

PE001 **NEUTROPENIA ASOCIADA A VANCOMICINA** 102
F Palacio, C Alderete Tommasi, MB Barros Meneses, MJ Castagnola, C Gatti Oddo, D Larrea, P Rodriguez, J Rojas, F Scarselletta, K Wolfschmidt.

PE002 **PERFIL DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE LOS AISLAMIENTOS DE *Staphylococcus* sp DE HEMOCULTIVOS EN UN SANATORIO DE CABA** 102
F Rotryng, S Abel, G Gauna, MF Márquez, N Wilde, B Sanz, J Pace, D Pryluka.

PE003 **EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN DOS PERÍODOS DE TIEMPO DETERMINADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS** 102
R Agugliaro, G Della Bianca.

PE004 **IMPORTANCIA DEL ERTAPENEM EN LA DETECCIÓN DE MACANISMOS DE RESISTENCIA EN ENTEROBACTERIAS** 103
D Chianalino, M Cañas, G Alves, K Sosa, N Martinez.

PE005 **RELACIÓN ENTRE APROPIABILIDAD, CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS (ATB) Y NIVEL DE DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROAS) EN CENTROS ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA** 103
RE Quiros, A Vila, A Manzur, L Calanni, M Decima, A Falco, A Cuello, LM Olivo, CM Acosta, G Sastre, D Maurizi, F Riera, M Vera Blanch, MC Bangher, C Camerano, E Escobar.

PE006 **REACCIONES ADVERSAS POCO COMUNES A ANTIBIÓTICOS: NEUTROPENIA POR VANCOMICINA** 104
FS Cutraro, YL Paredes Falzone, JL García, FR Simioli, SE Echazarreta, TA Orduna.

PE007 **AUMENTO DE Β-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS DE INFECCIONES URINARIAS DE PACIENTES AMBULATORIOS** 104
D Chianalino, V Andretta, L Lorini.

PE008 **USO DE ANTIMICROBIANOS. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE USO ENTRE MÉDICOS DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL GCABA** 105
PG Scapellato, G Levy Hara, D Pryluka.

PE009 **ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA RESISTENCIA DE ENTEROBACTERIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO** 105
N Lattour, D Santonato, F Argüello, P Machado, P Vizcarra, K Aguilera Constanzo, ML Yantorno, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, V Angeletti, R Padlog, M Buron, M Reynaldi, MB Lares, G de la Parra.

PE010 **ANÁLISIS ECONÓMICO DEL IMPACTO DE LA MULTIRRESISTENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD** 105
S Lambert, R Kurtzbart, L Tula, L Espinola, V Squassi, D Ameri, M Comas.

PE011 **ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA A ERITROMICINA EN *Streptococcus pneumoniae*** 106
ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti.

PE012 **ANÁLISIS DE LA CONCENTRACIÓN INHIBITORIA MÍNIMA A VANCOMICINA EN CEPAS DE *Staphylococcus aureus*** 106
ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti.

PE013 **EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES SOBRE EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE INTERNACIÓN GENERAL** 106
MT Veron, A Cordich, MJ Nuñez, L Sabater, S Nuñez, V Lacal Ridilenir, M Fidalgo, S Balinotti, P Marchetti, A Vazquez, P Necchi, E Izquierdo.

PE014 **RESISTENCIA A COLISTÍN: AUMENTO DE INCIDENCIA Y POCAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS** 107
L Ducatenzeiler, J Benso, M Moltrasio, G Greco, L Barcan, I Staneloni.

PE015 **PRIMER REPORTE DE CARBAPENEMASA TIPO OXACILINASA EN UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE** 107
M Cudmani, G Delgado, G Gonzalez, S Flores, N Cudmani.

PE016 **REPORTE DEL PRIMER AISLAMIENTO PRODUCTOR DE NUEVA DELHI METALOBETALACTAMASA ASOCIADO A BROTE EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE LA PROVINCIA** 107
M Cudmani, G Delgado, G González, M Rodriguez Raimondo, S Fonio, C Logwiniuk, D Faccone, F Pasterán, A Corso, N Cudmani.

PE017 **PREVALENCIA Y PERFIL DE RESISTENCIA DE ESTAFILOCOCOS AISLADOS DE INFECCIONES ÓSEAS, DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS** 108
L Keller, V Elorza, L Guerriero, M Iglesias, L Sayago.

PE018 **EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS DE UROCULTIVOS EN ADULTOS MAYORES** 108
F del Rio, P Ochoa, A Belmonte, M Zafra, M Nogueras.

PE019 **AISLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS Y PERFILES DE RESISTENCIA BACTERIANA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA** 109
ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti.

PE020 **NUEVO MECANISMO DE RESISTENCIA A FLUCONAZOL EN *Cryptococcus neoformans*** 109
S Gamarra, L Theill, L Guelfand, C Frola, C Benitez, M Cabeza, G Garcia-Effron.

PE021 **NEFROTOXICIDAD POR ANFOTERICINA B CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL MACIEL** 109
E Caffarel, E Thomas, M Lopez, J Facal.

PE022 **IMPACTO DEL INICIO DEL PROYECTO PROA EN LA TASA DE USO DE ANTIMICROBIANOS Y APROPIABILIDAD DE LOS MISMOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS** 110
A Manzur, J Boccardo, MS Ruiz, M Meritello, J Fernandez, P Ruiz, G Rodriguez, G Chersich, R Quiros, S Ferrari.

PE023 **NEFROTOXICIDAD POR ANFOTERICINA B DESOXICOLATO. NUESTRA EXPERIENCIA** 110
R Zucchi, A Sandor, R Del Grosso, E Percy Otero, F Di Giorgio, S Brillante.

PE024 **PROFILAXIS QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN** 111
C Ezcurra, M Scolari, M Ludueña.

PE025 **PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS INTERVENCIONISTA EDUCACIONAL, NEGOCIANDO CON EL INFECTÓLOGO** 111
MN Obed, MC García, AE Palaoro, MF Alzogaray, MF Alzogaray, G Chaparro, A Mykietiuk.

PE026 **POSOLOGÍA DE VANCOMICINA EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR SAMR-AC: ¿PRESCRIBIMOS LO SUFICIENTE?** 111
MV Becker, B Tomasini, A Zárate, F Manavella, G Morera, A Gómez.

2 - Diagnóstico microbiológico

PE027 **EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CALDO DE ENRIQUECIMIENTO Y SU IMPACTO EN LA RECUPERACIÓN DE *Staphylococcus aureus* A PARTIR DE HISOPADOS NASALES** 113
J Zintgraff, M Peña, E Blatezky, L Velasco, R Astesana, M Panno

PE028 **COMPARACIÓN Y ANÁLISIS COSTO BENEFICIO ENTRE TÉCNICA MOLECULAR Y TEST RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE *Clostridium difficile* EN UN HOSPITAL PÚBLICO** 113
R Benavente, F Espinosa, L Contreras, D Baez

PE029 **AISLAMIENTO DE *Providencia stuartii* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA OXA 163 EN ESCARA SACRA EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 113
E Godoy, MV Iannantuono, C Tula, MS Montone, F Pasteran, A Corso, M Hojman

PE030 **IDENTIFICACIÓN MOLECULAR DE LOS GENES DE RESISTENCIA KPC Y NDM EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS** 114
A Fernandez Lausi, C Irurtia, A Magdaleno, C Corigliano, A Di Bella, S Di Bartolomeo, J Garcia, G Montenegro.

PE031 ***Mycobacterium novocastrense*: A PROPÓSITO DE UN CASO** 114
MM Cortazar, M Franco, AV Lux, LC Morvay, L Tomassini

PE032 **USO DE MÉTODOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA** 114
A Acuña, RM Acevedo, ME Bracamonte, DA Uncos, CL Hoyos, A Moya Alvarez, JD Marco, E Aguirre

PE033 **BACTERIEMIA POR *Streptococcus equi* SUBESPECIE *zooepidermicuS* EN UN TRABAJADOR RURAL** 115
L Keller, V Elorza, L Guerriero, M Blanco, M Cortazar, M Garbiso

PE034 **HISTOPLASMOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS** 115
G López Daneri, CH Veciño Rodríguez, S Pola, CA Iovannitti, MT Mujica, S Repetto

PE035 **CARACTERIZACIÓN DE LOS PLÁSMIDOS DE RESISTENCIA PRESENTES EN AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS** 116
A Fernandez Lausi, C Quiroga, G Montenegro, S Mucci, A Di Bella, G Parmeciano Di Noto, A Rivolta, A Tani

PE036 **IMPACTO DEL ENRIQUECIMIENTO EN CALDO EN LOS CULTIVOS DE HISOPADOS DE VIGILANCIA** 116
N Carrion, R Soloaga, A Diez, A Salinas, D Vaustat, L Sollosqui, J Pidone.

PE037 **IMPORTANCIA CLÍNICA DE LOS RESULTADOS DE PCR MÚLTIPLE (FILMARRAY) EN LA DECISIOÓN TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA** 116
N Carrion, R Soloaga, A Diez, A Salinas, D Vaustat, L Sollosqui, J Pidone, A Margari, C Raffo, M Bravo.

PE038 **CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE POR *Serratia marcescens* EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE** 117
M Barenboim, M Terebiznik, S Figueroa, G Rico, R Bakai, M Carulla, S Palombarani, M Almuzara.

PE039 **NUEVO AISLAMIENTO ATÍPICO DE *Toxoplasma gondii* EN UN CASO DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA AGUDA** 117
L Pardini, LA Carral, M Bernstein, ML Gos, LM Campero, G Moré, FJ Kaufer, C Freuler, JM Unzaga, RA Durlach, MT Messina, MV Schneider, MC Venturini

PE040 **ASOCIACIÓN DE *Trypanosoma cruzi* Y COMPLEJO *Cryptococcus neoformans* COMO AGENTES CAUSALES DE ENFERMEDAD EN EL SNC** 117
F Minotti, V Andrade, MJ Perello, AS Perez, N Labarta, J Bava.

PE041 **MENINGOENCEFALITIS POR REACTIVACIÓN DE ENFERMEDAD DE CHAGAS** 118
N Labarta, N Rouco, V Burani, AS Perez, L Ortiz, J Bava

PE042 **DETECCIÓN DE TOXINA BINARIA Y TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE AISLAMIENTOS DE *Clostridium difficile* EN BUENOS AIRES** 118
N Ríos Osorio, D Cejas, R Quirós, MA Berger, R Sadorin, G Gutkind, L Fernández Canigia, M Radice

PE043 **CARACTERIZACIÓN DE AISLAMIENTOS DE *Pseudomonas aeruginosa* PRODUCTORA DE METALO-B-LACTAMASA (MBL) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE** 118
E Cohen, C Peloc, G Sly, A Tuduri, C Molinari, M Morante, S Castro, M Carulla, M Almuzara.

PE044 **PRIMERA DESCRIPCIÓN DE *Acinetobacter schindleri* CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO PRODUCTOR DE CARBAPENEMASA DE TIPO NDM** 119
S Palombarani, A Kunst, A Tuduri, M Nastro, H Rodríguez, C Vay, M Almuzara

PE045 **PORTACIÓN NASAL DE *Staphylococcus aureus* EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: FACTORES DE RIESGO Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA** 119
L Revelli, M Rodríguez Lanza, B Sáez, A Berrón, C Faggi, A Ombrella, L Córdoba, MI Luciano, M Bulfoni, C Cerutti, A Ponessa, T Gambandé.

PE046 ***Corynebacterium minutissimum* EN ABSCESOS MAMARIOS** 119
C Ormazabal, V Yernazian, A Marucco, M Ruiz O Neill, F Magariños, G Suarez, C Alfonso.

PE047 **USO DE PROCALCITONINA COMO ESTUDIO COMPLEMENTARIO EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES BACTERIANAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS** 120
J Maresca, C Raffo, A Barrientos, D Ori, A Margari.

PE048 **BACTERIEMIA POR *Globicatella sulfidifaciens*** 120
AJ Crivelli, MF D´Aurizio, M Rey, T Posse, L Errecalde, S Kaufman, H Pérez.

PE049 **COMPARACIÓN DE DIFERENTES METODOLOGÍAS DE ESTUDIO PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES POR *Clostridium difficile*** 120
N Azula, M Zarate, B Wisner, H Carrizo, S Relloso, V Romano, P Bonvehi, J Smayevsky

PE050 **INCIDENCIA DE ESPECIES DEL COMPLEJO BURKHOLDERIA CEPACIA EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 2011-2015** 121
L Cipolla, MF Rocca, C Martínez, L Aguerre, R Armitano, G Dangiolo, M Prieto.

PE051 ***Clostridium tertium*. ¿UN PATÓGENO SUBESTIMADO?** 121
M Prieto, L Cipolla, R Armitano, MF Rocca, C Martínez, L Aguerre, G Dangiolo.

PE052 **ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS POR SEROLOGÍA** 121
R Armitano, A Lisa, C Martínez, L Cipolla, MF Rocca, L Aguerre, R Iachini, M Prieto

PE053 **BACTERIEMIA FATAL POR *Clostridium ramosum* EN UNA PACIENTE AÑOSA** 122
MC Legaria, SD García, L Cornet, AMR Famiglietti, D Stecher, CA Vay

PE054 **EPIDEMIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD ANTIFÚNGICA DE LEVADURAS DEL COMPLEJO *Candida parapsilosis* DE DISTINTOS HOSPITALES DE ARGENTINA** 122
MV Podestá, P Funes, S Amigot, A Luque, G Posse, C Vedoya, A Señuk, M Fonseca, V Sosa, ME Tosello, SM Biasoli

PE055 **FALSO POSITIVO DE FTA-ABS, ¿PUEDE OCURRIR?** 122
V Andrade, F Minotti, J Perello, A Perez, V Burani, N Rouco, N Labarta, G de Larrañaga.

PE056 **DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ESPECIES DEL GÉNERO *Aeromonas* POR MÉTODO DE INACTIVACIÓN A CARBAPENEMES** 123
J Rebagliati, M Rinaudo, M Dalman, E Gregorini, C Martinez, L Suarez, A Braida, D Lerman Tenenbaum, P Truccolo, L Colombo

PE057 **SÍNDROME DE ABSCESO HEPÁTICO POR *Klebsiella pneumoniae* HIPERMUCOVISCOSA (SEROTIPO K1): REPORTE DE 2 CASOS** 123
M Lahitte, M Rinaudo, P Marchiaro, A Limansky, L Flynn, E Nannini

PE058 **INFECCIONES INVASORAS POR *Streptococcus pneumoniae* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. SEROTIPOS Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA** 123
FM Gimenez, ML Zurbriggen, MJ Blesa, C Aro, G Degiovanni, L Velez, ME Oliva, G Ezcurra, MR Baroni.

PE059 **EVALUACIÓN DE DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CRÓNICA POR *Trypanosoma cruzi*** 124
L Bonesi, L Mujica, C Rainero, S Sebastian, C Ghisolfi, ML Strada.

PE060 **UTILIDAD DEL MÉTODO BLUE CARBA PARA REDUCIR EL TIEMPO DE INFORME DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN HISOPADOS RECTALES** 124
M Merkt, L Bonesi, ME Zanella, A Sucari, M Pennini.

PE061 **ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A *Stongyloides stercoralis*** 124
D Leon, R Lopresti, H Rigo, S Correa, M Sebastian, C Aguilera, J Garcia, V Mattiello.

PE062 **FARINGITIS POR *Corynebacterium diphtheriae* NO TOXIGÉNICO** 125
Y Martin, C Barberis, D Stecher, A Famiglietti, C Lara, M Regueira, S De Gregorio, C Vay

3 - Infección por HIV, otros retrovirus y hepatitis virales

PE063 **NEFROPATÍA ASOCIADA A VIH (HIVAN) EN UN PACIENTE CON SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL** 126
E Godoy, MV Iannantuono, M Hojman

PE064 **ABORDAJE DE TESTEO VOLUNTARIO DE VIH EN UNA COMUNIDAD SEMI CERRADA DE LA CABA** 126
M Burgos, M Rocculi, M Kielmanovich, S Bernabo, A Joskowicz, A Gieco, M Alomo, M Rosso, V Ciccaroni, P Prado, F Cogo Orellano, M Perdigues, P Nuñez, M Guerreiro Martins, A Arcuri, A Zerdiew, N Urbas

PE065 **TESTEO VOLUNTARIO Y VACUNACIÓN EN UN HOGAR PARA ADULTOS MAYORES REALIZADO DENTRO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL DE LA CABA** 126
M Burgos, M Rocculi, M Kielmanovich, S Bernabo, A Joskowicz, A Gieco, A Alomo, M Rosso, V Ciccaroni, P Prado, F Cogo Orellano, M Perdigues, P Nuñez, M Guerreiro Martins, A Arcuri, A Zerdiew, N Urbas

PE066 **VIH/SIDA Y ADULTOS MAYORES : ¿UNA POBLACIÓN DIFERENTE?** 127
M Rocculi, A Arcuri, M Burgos, D Ruso, V Rodriguez, A Guzman, S Bernabo, A Zerdiew, S Rosell.

PE067 **HEPATITIS POR HERPES SIMPLEX VIRUS. REPORTE DE UN CASO** 127
L Garcia Olveira, A Tomaz, M Fiori, M Calvo Zarlenga, B Buceta, G Ciotti, C Perez, J De Rosa, T Pinteño, B Fauda, J Acastelli, J Costanzi, M Cuitiño, G Gomez, C Garcia Rubio

PE068 **DIAGNÓSTICO DE COINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y VARICELA ZOSTER VIRUS EN LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON SIDA** 127
M Priarone, E Maiolo, M Bases, M Valerga, G Bruni, E Marona, M Corti

PE069 **PRIMER ESLABÓN DE LA CASCADA DEL CONTÍNUO DE LA ATENCIÓN DE VIH: EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA DE TESTEO VOLUNTARIO 2013-2016** 128
M Rocculi, V Rodriguez, A Arcuri, M Burgos, D Russo Lacerna, A Molina, A Cagnoni, A Guzman, C Carabajal, S Bernabo, M Kielmanovich, A Joskowicz, A Moniño, C Lavagnino, M Colodrero, M Cormick, A Maidanik, A Zerdiew, S Rosell

PE070 **INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRÍA: 4 CASOS DE TRANSMISIÓN POSTNATAL TARDÍA** 128
SO González, SO Arazi, DE Mecikovsky, AN Mangano, AL Bordato, ER Gantner, CA Cedillo, MO Taicz, RO Bologna.

PE071 **HEPATITIS COLESTÁSICA POR *Treponema pallidum*: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA** 129
M D´aurizio, M Rey, H Perez.

PE072 **ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN: REVISIÓN DE 13 AÑOS** 130
F Vargas Duran, N Tortone, S Penco, A Zaya

PE073 SITUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN 5 HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 130
R Toro, M Bernan, E Bravis López, M Costanzo, G De la Parra, C Etchegoyen, E Ferreiro, P Montes, J Poggio, A Ramos, M Solari, M Valle, M Corazza.

PE074 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS 130
C Banco, M Lado, S Augusto, S Serafino, P Maulen, R Vicente, A Gerez, S Taboada, C Kon.

PE075 ERGOTISMO Y VIH: EL RIESGO DE LA AUTOMEDICACIÓN
M Sandoval, M Kundro, J Toibaro, M Losso.

PE076 TUMOR INTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INFECTADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 131
E Vazquez, D Nicita, D Masini, D Risso, N Trione, M Corti, H Metta.

PE077 REACTIVACIÓN CHAGÁSICA CON COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE COINFECTADO POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): UTILIDAD DE LA PARASITEMIA 131
FS Cutraro, ML Biondi, AP Seijo, JL García, SE Echazarreta, M Fernandez, M Tristan, C Lopez Albizu, AG Benchetrit, RM Solari.

PE078 LINFOMA ADRENAL PRIMARIO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH 132
N Pozzi, E Godoy, D Florio, R Baldi, F Matera, H Boubeta, C Tosello

PE079 ULCERAS DIGITALES EN EL TERRITORIO DEL NERVIO MEDIANO BILATERAL COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE INFECCIÓN DISEMINADA POR CITOMEGALOVIRUS EN MUJER HIV POSITIVA 132
N Romero, D Garcia, L Aransibia, M Torres, L Gallo Vaulet, M Rodriguez Fermepin, J Farina.

PE080 OSTEOMIELITIS. PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE VIH 132
C Petraroia, C Tittarelli, E Gancedo, M Sawicki, C Giomi, N Mendez.

PE081 DIFICULTADES EN EL TESTEO VOLUNTARIO DE VIH SIDA EN UN HOGAR PÚBLICO DE ADULTOS MAYORES 133
M Burgos, MT Rocculi, M Kielmanovich, S Bernabo, A Joskowicz, J Insaurralde, A Gieco, M Alomo, MF Rosso, V Ciccaroni.

PE082 NEUMOCISTOSIS COMO ENFERMEDAD MARCADORA DIAGNÓSTICA DE VIH: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA DURANTE EL PERÍODO 2012 – 2016 133
V Alonso, P Castellaro, G Garcia, V Monzani, S Tartara, A Werbach

PE083 FALLO VIROLÓGICO EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE INCLUYE EFAVIRENZ 133
YS Martin, L Paravano, ML Cornet, LA Zubeldía Brenner, GE Martínez, V Tudanca, N Bello, V Fridman, D Stecher.

PE084 ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN CON TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN PACIENTE VIH +. REPORTE DE CASO 134
MF Rivero.

PE085 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH, NUESTRA EXPERIENCIA EN 6 AÑOS 134
G Ferrucci, C Tolini, M Antonioli, M Sagastume, L Molina, A Materia, N Melendez, K Sokeff, C Bronstein.

PE086 DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ENTRE PACIENTES VIH DEL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO 135
A Lachat, MA Turri, G Cañete.

PE087 DESENSIBILIZACIÓN A DARUNAVIR: UNA ALTERNATIVA PARA FACILITAR EL TRATAMIENTO EN PACIENTES SIN OPCIONES TERAPÉUTICAS CON ALERGIA A ESTA DROGA 135
V Fink, T Estrada, M Rey, P Cahn, O Sued.

PE088 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UNA POBLACIÓN DE JÓVENES MILITARES 135
E Carbone, P Salvador, V Kaneshiro, P Nadal, A Ramos.

PE089 EXPLORANDO LA TOMA DE DECISIONES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH AL PARTICIPAR EN ENSAYOS CLÍNICOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL 136
M Feijoo-Cid, V Zalazar, C Cesar, V Fink, D Moriña, H Beylis, E Fojo, NF Cardozo, A Huertas, JM Leyva-Moral, O Sued.

PE090 ESCUCHAR PARA COMPRENDER; ESCUCHAR PARA MEJORAR. BARRERAS Y FACILITADORES QUE EXPERIMENTAN LAS PERSONAS CON VIH AL PARTICIPAR EN ENSAYOS CLÍNICOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES 136
M Feijoo-Cid, V Zalazar, A Huertas, JM Leyva-Moral, H Beylis, C Cesar, V Fink, O Sued.

PE091 CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV 137
E Warley, S Tavella, P Garnica, E Acero, G Viera, K Llanos Ibarra, A Aoad.

PE092 ANÁLISIS DE HIV SIN SOLICITUD MÉDICA: "DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA" 137
C Morales, S Chaki, L Faundez, C Miranda, F Bouza.

PE093 **ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO** 137
B Boggia, A Ciappina, L Urbina, M Echaide, J Iriart, A Bobatto, F Bechini, G Corral, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia.

PE094 **PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH** 138
A Nahuelan, C Rossanigo, S Pizarro, N Spitale, R Brito, A Minguez.

PE095 **CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO LOCAL PARA MEDIR ESTIGMA PERCIBIDO Y EXPERIMENTADO EN PERSONAS CON VIH** 138
PD Radusky, V Zalazar, O Sued, I Arístegui, E Fojo, IM Mikulic

PE096 **SÍNDROME DE ESCAPE EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH** 138
A Botas, M Davaro, D Stecher, H Salomón, C Martin

PE097 **HEPATITIS B AGUDA EN PACIENTE VACUNADO CONTRA HEPATITIS B CON ANTICUERPOS PROTECTORES PREVIOS** 139
S Stover, M Rey, N Laufer, H Perez.

PE098 **TEST RÁPIDO DE VIH: UNA HERRAMIENTA QUE AUMENTA LA ACCESIBILIDAD AL DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA CABA** 139
F Vulcano, L Marachlian, L Betti, A Arevalo, M Nan, F Portnoy.

PE099 **OFERTA DE TEST RÁPIDO PARA VIH EN EL ESPACIO PÚBLICO: UNA ESTRATEGIA PARA FACILITAR EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA)** 140
L Marachlian, A Arevalo, F Vulcano, L Betti, M Nan, F Portnoy.

PE100 **DERMATITIS INFECTIVA SEVERA EN UN NIÑO DE 12 AÑOS ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO TIPO 1: REPORTE DE UN CASO** 140
M Biglione, M Beraza, C Cánepa, I Irurzun, C Berini.

PE101 **GRUPO DE PARES PARA APOYAR A PERSONAS VIVIENDO CON VIH CON DIAGNÓSTICO RECIENTE. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON 1 AÑO DE SEGUIMIENTO** 140
E Bottaro, L Faraone, A Soncini, M Pasarón, N Roussilian, M Cascasi, S Rodríguez, A Otreras, M De Bernardi, S Errea, D D'Alessandro, P Scapellato.

PE102 **ERGOTISMO ASOCIADO A RITONAVIR** 141
AJ Crivelli, D Salusso, J Valiente, M Rey, H Perez.

PE103 **1000 TEST DE VIH EN UN DÍA** 141
G Cañete, M Anglese, K Pinasco, F Anglese, M Marciel, D Bettini

PE104 **MORTALIDAD Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV QUE DESARROLLAN TUBERCULOSIS** 141
E Warley, S Tavella, P Garnica, A Aoad, K Llanos Ibarra, E Acero, G Viera.

PE105 **PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV** 142
E Warley, S Tavella, P Garnica, E Acero, G Viera, A Aoad, K Llanos Ibarra.

PE106 **PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA DE CÉLULAS T EN PACIENTE VIH+** 142
G Perez, L Vaello, C Barolin, C Migazzi, S Troiano, A Romani, M Viegas.

PE107 **VARIACIÓN ESTACIONAL EN EL RECUENTO DE LINFOCITOS T CD4+ EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV** 142
C Yamamoto, O Sued, A Gun, C Cesar, F Cahn, P Cahn, S Perez-Lloret

PE108 **DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE RIGIDEZ HEPÁTICA EVALUADA POR ELASTROGRAFÍA HEPÁTICA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®) EN DOS PACIENTES CON RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA** 143
JJ Ricart, DA Ameri, F Cairo, J Padín, JL Francos

PE109 **CASCADA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES HIV POSITIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA** 143
JJ Ricart, JL Francos, N Vittar, MC Naizzir Olave, K Moreno, JN Velásquez, M Corti.

PE110 **CASCADA DE TRATAMIENTO DE HIV EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EZEIZA, ARGENTINA** 143
JJ Ricart, DA Ameri, J Padín, N Medina, JL Francos

PE111 **FIBROSIS HÉPATICA EVALUADA POR ELASTROGRAFÍA HEPÁTICA DE TRANSICIÓN Y ACCESO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD CON HEPATITIS C CRÓNICA** 144
JJ Ricart, DA Ameri, F Cairo, J Padín, N Medina, JL Francos

PE112 **ABSCESOS CEREBRALES POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR HIV: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS** 144
D Nicita, D Masini, E Vazquez, D Risso, N Trione, H Metta, M Corti.

PE113 EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA VIH-SIDA EN UNA PROVINCIA DE LA ARGENTINA A 30 AÑOS DE SU INICIO 144
R Gaiser, L Calanni

PE114 TESTEO DE VIH EN POBLACION UNIVERSITARIA 145
C Banco, M Lado, S Agusto, S Serafino, P Maulen, R Vicente, A Gerez, S Taboada, C Kon, I Capella, I Villamayor.

PE115 COMPROMISO SISTÉMICO SEVERO DEBIDO A LA COINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS Y EL VIRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO TIPO 1 145
M Biglione, C Cánepa, O Quintero, C Waldbaum, A Avagnina, M Juárez, S Repetto, J Sorda, C Berini

PE116 TRASMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH: PREVENCIÓN DE UN CASO CON DOLUTEGRAVIR COMO DROGA DE RESCATE EN PACIENTE CON VIRUS MULTIRRESISTENTE 146
M Echaide, B Boggia, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia.

PE117 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO 146
YL Paredes Falzone, MI Enzenhofer, MF Islas, JL García, SE Echazarreta, RM Solari, TA Orduna

PE118 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL USO DE UN *SCORE* PRONÓSTICO EN PACIENTES VIH/SIDA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS 147
P Saul, V Chediack, C Bispo, C Dominguez, R Gregori Sabelli, M Nano, J Fernandez, N Chacon, M Rodriguez Llanos, F Gil Zbinden, J Chomyn, E Cortez, A Vera Sanchez, P Velasquez Lopez, S Caceres, L Gonzalez, M Civitate, G Mammoliti, L Fontana, A Bocassi, O Villar, E Cunto.

PE119 TUBERCULOSIS PERIORIFICIAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA 147
LA Tucciarelli, MI Enzenhofer, JL García, SE Echazarreta, M Gagliardi, SL Garro, GD Gonzalez, TA Orduna

PE120 CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA CON FALLO A PRIMER ESQUEMA DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) 147
MA Díaz, CT Cortés Rodriguez, JL García, AG Benchetrit, SE Echazarreta, F Messina, MDLM Romero, G Santiso

PE121 MAGELLAN I:ANÁLISIS DE LAS VARIANTES DE VHC EN EL TRATAMIENTO DE COMBINACIÓN CON ABT-493 Y ABT-530 EN PACIENTES INFECTADOS CON EL GENOTIPO 1 QUE NO HABÍAN RESPONDIDO A REGÍMENES ANTERIORES CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA 148
F Mensa.

PE122 OCURRENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 2011 Y 2016 148
N Carreño, S Frola, JC Bossio, I Sanchís, GA Armando, G Ortega, C Semenzin, M Ronco, H Jure

PE123 EVOLUCIÓN DE LA OCURRENCIA DE CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 1999 Y 2016 149
S Frola, N Carreño, JC Bossio, I Sanchís, GA Armando, G Ortega, C Semenzin, M Ronco, H Jure

PE124 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 2011 Y 2015 149
N Carreño, S Frola, JC Bossio, I Sanchís, GA Armando, G Ortega, C Semenzin, M Ronco, H Jure

PE125 OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HIV EN EMBARAZADAS 149
MK Garcia, SE Gonzalez Ayala, M Maydana, JC Morales, M Vinuesa, V Uriarte, S Bastons, F Sosa.

PE126 SURVEYOR I:100 % DE RVS4 CON LA COMBINACIÓN DE ABT-493 Y ABT-530 DURANTE 8 SEMANAS EN PACIENTES NO CIRRÓTICOS CON VHC GENOTIPO 1 CON O SIN ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS ANTERIORES 150
F Mensa.

PE127 COMPARACIÓN DE LA CASCADA DE ATENCIÓN DE HEPATITIS C EN PACIENTES HIV POSITIVOS EN LA ERA PRE Y POST DROGAS DE ACCIÓN DIRECTA ANTI-HCV EN UN HOSPITAL PÚBLICO 150
L Morganti, E Córdova, V Roca, V Bermejo, P Cárdenas, C Rodriguez.

PE128 QUILOTÓRAX NO TRAUMÁTICO EN PACIENTE CON VIH 150
M Stelzer, A Fernandez, C Bertaina, G Van de Casteele, I Azcurra, V Spanevello.

PE129 DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE VIH POSITIVO CON LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC) 151
M Adra, D Dardik, C Lopez Albizu, C Cittar, R Bologna, M Bravo, A Margari

PE130 DESDE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH HASTA LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES 151
MA Kundro, GA Viloria, JJ Toibaro, MH Losso.

PE131 DERMATITIS INFECTIVA POR HTLV-1 151
W Yfran, C Campoverde, C Carballo, S Esposto, C Goncalves, E Anteliz, A Medranda, E Contreras, C Lovrics, ML Praino, C Cazes, E López.

PE132 **PREVALENCIA DE RESISTENCIA A FLUCONAZOL EN CANDIDIASIS OROFARÍNGEA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH** 152
M Acosta, R Vitale, J Afeltra, M Kundro, G Viloria, J Toibaro, M Losso.

PE133 **NOTIFICACIONES DE VIH, PREVALENCIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS** 152
JA Zarra, M Romano, C Falcone, V Rotllant, L Cusmano.

PE134 **ISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON PRESENTACIÓN AMIGDALINA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO A PROPÓSITO DE UN CASO** 152
R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, A López, R Alzola, P Capece, D Laplumé

PE135 **IMPACTO DE BLIPS EN PACIENTES VIH +** 153
M Rey, G Bertoni, L Berruezo, C Palacios, P Pessacq, E Scaglione, V Torre, JM Poggio.

PE136 **TUBERCULOSIS EN PACIENTES COINFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. EXPERIENCIA DE QUINCE AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO** 153
L Wolff, M Ferreira, D González, N Tortone, C Collino, A Ortega

PE137 **MENINGOENCEFALITIS Y CHAGOMA CEREBRAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA** 153
S Prieto, MC Ganaha, AJ Iglesias, S Hug, F Terren, JC Di Carlo.

PE138 **OSTEONECROSIS EN PACIENTE HIV** 154
MV Ferro, CB Ajalla, MA Ojeda, CE Remondegui.

PE139 **CONCORDANCIA ENTRE LA SECUENCIACIÓN DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y LA SECUENCIACIÓN SANGER EN LA EVALUACIÓN DE RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES POR GENOTIPIFICACIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS *naive* VIH POSITIVAS** 154
JA Sfalcin, I Zapiola, S Fernandez Giuliano, A Gomez, L Mammana, D Cecchini, A Seravalle, F Fay, MB Bouzas

PE140 **ASOCIACIÓN DE HPV Y LESIONES EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR EN UNA COHORTE DE MUJERES HIV POSITIVAS DE ROSARIO** 154
C Poenitz, F Camer, M Leguizamon, R Navarini.

PE141 **CASO PROBABLE DE ADEM CAUSADO POR *Mycobacterium tuberculosis*** *155*
CB Ajalla, MV Ferro, CM Elias, CE Remondegui.

4 - Infecciones generales en adultos

PE142 **CUADRO CLÍNICO DE PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 IMITANDO SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD INDUCIDO POR DROGAS** 156
MG Pérez, CV Giomi, JL García, SE Echazarreta, CC Falcone, TA Orduna

PE143 **PRINCIPALES AGENTES BACTERIANOS CAUSANTES DE INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. ¿CONOCEMOS SUS PATRONES DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA?** 156
MC Lagos Lamas, MP Sánchez, PN Ambroselli, J Suarez, D Tonin, V Azar, S Scala, N Fantoni, M Solari, M Michaan, V Villegas, A Cucchetti.

PE144 **BACTERIEMIA POR *Campylobacter fetus* ASOCIADA ANEURISMA DE AORTA** 156
MV Iannantuono, E Godoy, C Tula, A Hoffer, C Lucero, M Hojman

PE145 **ENDOCARDITIS POR *Nocardia spp* ASOCIADA A CABLE DE MARCAPASOS** 157
G Ciotti, M Fiori, J Campana, M Giammaria, M Cuitiño, M Machain, M Pagola, A Tomaz, L Garcia Olveira, M Calvo Zarlenga, B Buceta, J De Rosa, C Pérez, J Baez, C Garcia Rubio.

PE146 **ENDOCARDITIS POR *Brucella suis* SOBRE VALVULA AÓRTICA PROTÉSICA** 157
A Tomaz, M Fiori, J Campana, L Romano, G Ciotti, L Garcia Olveira, B Buceta, M Calvo Zarlenga, T Pinteño, B Fauda, J Acastelli, J Costanzi, M Cuitiño, B Lingua, C Garcia Rubio

PE147 **MENINGITIS DE LA COMUNIDAD POR *Pseudomonas aeruginosa* SECUNDARIA A OTOMASTOIDITIS** 157
B Buceta, M Calvo Zarlenga, M Fiori, A Tomaz, G Ciotti, L Garcia Olveira, ML Campassi, F Repetto, F Traverso, P Mallaviabarrena, J Costanzi, T Pinteño, B Fauda, J Acastelli, M Cuitiño, E Campi, C Garcia Rubio.

PE148 **ENDOCARDITIS POR *Mycobacterium senegalense*** *158*
ML Lescano, M Bangher, M Carol Rey, S Altabe, V Arce, R Lopez, S Fernandez Lugo, C Vallejo.

PE149 **ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA UTILIZACIÓN DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *Clostridium difficile* EN LOS CENTROS AMBULATORIOS ADHERIDOS A UN HOSPITAL GENERAL DE BARCELONA (ESPAÑA)** 158
P Favier, S España Cueto, A Jaen, C Castillo, M Rolon, E Arroyo, H Perez.

PE150 **BACTERIEMIAS A BACILOS GRAM NEGATIVOS EN ADULTO MAYOR: DIFERENCIAS ENTRE ORIGEN URINARIO Y NO URINARIO** 159
AV Bonifacio, OF Teglia, MG Nogueras.

PE151 **AISLAMIENTO DE *Kerstersia gyiorum* EN UN CASO DE OTITIS MEDIA CRÓNICA COMPLICADA CON ABSCESO CEREBELOSO** 159
M D´aurizio, A Crivelli, M Rey, L Errecalde, M Erbin, S Kaufman, H Perez.

PE152 **EPIDEMIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD. PERÍODO 2012-2016** 159
MS Martínez, L de Wouters, M Gordovil, A Salmeron, M Vallejo.

PE153 **CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS EN PACIENTES CON BACTERIEMIAS** 160
G Lopez, ME Silva, L Politano, A Littvik, S Penco.

PE154 **BACTERIEMIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, MICROORGANISMOS CAUSALES Y SUS PATRONES DE SENSIBILIDAD** 160
M Zarate, G Serruto, P Mainetti, D Cecchini, L Jordan, J Zaracho.

PE155 **SÍFILIS MALIGNA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE** 160
M Hojman, M Torres, R Rosemberg, L Brignone, R Davila, MF Fredes Godoy, M Morichelli, I Stella, A Deladoey.

PE156 **PATRÓN DE SUSCEPTIBILIDAD A CIPROFLOXACINA, AMINOGLUCÓSIDOS Y AMPICILINA-SULBACTAM EN ENTEROBACTERIAS DE LÍQUIDOS ABDOMINALES** 161
ML Cazzola, DA Godoy, MG Aude, A Cremona.

PE157 **PIOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA** 161
V Azar, MG Michaan, NS Fantoni, A Cucchetti, AM Solari, JP Lozano, DV Villegas, MP Sanchez, MC Lagos Lamas, SL Scala, PN Ambroselli, JP Suarez, DM Tonin.

PE158 **PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE INFECCIÓN POR AEROMONAS CAVIAE EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE** 161
DM Tonin, MG Michaan, NS Fantoni, AM Solari, A Cucchetti, JP Lozano, DV Villegas, MP Sanchez, SL Scala, MC Lagos Lamas, V Azar, PN Ambroselli, JP Suárez..

PE159 **INFECCIÓN POR *Clostridium difficile* CON ORIGEN EN LA COMUNIDAD** 162
B Fox, S Bergese, P Striebeck, MA Berger, L Fernández Canigia.

PE160 **ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA DE HEMODONANTES** 162
M Cuitiño, A Culaciatti, C Perez, M Gambardella, M Funes, M Daddiego, S Montanaro, C Garcia Rubio.

PE161 **EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LAS INFECCIONES ENDOCÁRDICAS: EXPERIENCIA EN 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO** 162
G Kuljis, T Zitto, D Stepanik, N Garcia, L Edat, C Silva, F Cardone, C Canet.

PE162 **ABSCESO TUBO-OVÁRICO POR *Candida tropicalis*, A PROPÓSITO DE UN CASO** 163
A Braida, P Truccolo, J Sola, D Lerman Tenenbaum, E Gregorini, L Colombo, J Rebagliati, M Dalman, C Martinez, F Scafati, L Suarez, V Coduri, OF Teglia.

PE163 **OSTEOMIELITIS POR *Nocardia asteroides*, A PROPÓSITO DE UN CASO** 163
A Braida, P Truccolo, J Sola, OF Teglia, E Gregorini, L Colombo, J Rebagliati, M Dalman, C Martinez, L Suarez, V Coduri, D Lerman Tenenbaum.

PE164 **MENINGITIS DE LA COMUNIDAD CAUSADA POR *Acinetobacter baumanni*** 163
J Marin, F Lipovetsky, H Racca, C Ricco, F Rotryng.

PE165 **NFECCIÓN POR *Chaetomium atrobrunneum* EN INMUNOCOMPETENTE CON HIDATIDOSIS PULMONAR** 164
MJ Aranda, F Piñeiro, CE Frola, L Guelfand, CV Santa Cruz, R Abrantes, H Perez.

PE166 **REPORTE DE CASO: NEUROTRIQUINOSIS** 164
A Ciappina, L Urbina, J Iriart, S Aquilia.

PE167 **ENFERMEDAD DE POTT. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS. REPORTE DE 20 CASOS** 164
R Gregori Sabelli, E Cunto, C Dominguez, M Nano, L Gonzalez, P Velasquez Lopez, S Caceres, E Cortez, P Saul, O Franze, V Chediack.

PE168 **INFECCIONES URINARIAS POR ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO B (EGB) EN ADULTOS** 165
L Vigliarolo, B Arias, M Suárez, E van Haute, V Kovacec, H Lopardo, L Bonofiglio, M Mollerach, EGB Grupo.

PE169 **BACTERIEMIA POR *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO** 165
H Racca, J Marin, C Ricco, F Lipovetsky, C Galia, V Sanguineri, F Rotryng.

PE170 **EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE PIE DIABÉTICO** 165
C Miranda, A Morales, R Frias, G Jayat, R Rius, J Ramos, M Cubile, G Tissera, E Cabrera, N Tralma.

PE171 **BACTERIEMIA POR *Staphylococcus coagulasa* NEGATIVO ¿SON TODAS IGUALES?** 166
M Scaglia, S Kogan, R Musante, L Bottinelli, A Macchiavello, C Salgueira, J Altclas.

PE172 **ROMBOENCEFALITIS POR *Listeria monocytogenes* EN UNA MUJER INMUNOCOMPETENTE: DILEMAS TERAPÉUTICOS** 166
M Duran, F Herrera, E Temporiti, F Nicola, C Salgado, R Viceconte, S Zerboni, P Bonvehí.

PE173 **DESCRIPCIÓN DE BACTERIEMIAS POR *Ochrobactrum* GRUPO *anthropi* EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS** 166
M Gañete, C Sampere, P Santillan, D Serra, E Dinerstein, M Perez, L Racero, M Prieto, A Togneri.

PE174 **ROL DE LA CONVIVENCIA CON CANINOS Y FELINOS EN LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS HUMANAS POR 8S AUREUS RESISTENTE A METICILINA DE LA COMUNIDAD** 167
P Favier, M Gismondi, F Piñeiro, I Rodriguez Villegas, G Blugerman, M Erbin, M Rolon, S Kaufman, H PÉrez.

PE175 **INFECCIONES BACTERIANAS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS: ETIOLOGÍA, PREVALENCIA Y RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS** 167
L Keller, L Guerriero, V Elorza, M Iglesias, B Lizarraga.

PE176 **PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA POSTTRICHINELLOSIS** 168
J Stagnaro, M Cresci, M Foressi, M Simonetti, J Bolpe, M Greco, S González Ayala.

PE177 ***Streptococcus lutetiensis* Y *Streptoccoccus gallolyticus* (GRUPO *Streptococcus bovis*): UNA NUEVA EVALUACIÓN DE SU IMPACTO CLÍNICO** 168
M Almuzara, S de Gregorio, AE Flores, M Bentancourt, E Cohen, R Cittadini, S García, M del Castillo, A Famiglietti, M Foccoli, C Vera Ocampo, C Vay.

PE178 **CANDIDEMIA: ESPECIES AISLADAS Y SENSIBILIDAD ANTIFÚNGICA** 169
L Spadaccini, L Lopez Moral, J Nuñez, C Rodriguez

PE179 **SÍFILIS EN ADULTAS JÓVENES EMBARAZADAS** 169
E Torrente, M Litrenta, PL Franco, S Redaelli, J Stagnaro, S González Ayala.

PE180 **HIPOFISITIS SIFILÍTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE** 169
S Zerboni, V Duran, J Chevel Mejía, D Torres, E Temporiti, F Herrera, MI Gagliardi, P Bonvehi.

PE181 **ARTRITIS SÉPTICA POR *Streptococcus pneumoniae*** *170*
M Tristán, G Camusso, M Papini.

PE182 **LÚES COMO CAUSA DE HEPATITIS COLESTÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO** 170
S Bauer Silvero, RA Gomez, JL García, SE Echazarreta, S Paz, TA Orduna.

PE183 **EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN ACTIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DEL CONTROL DE FOCO DE TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS** 171
V Rotllant, YL Paredes Falzone, J Zarra, C Falcone, M Romano, P Santamaría, G Saidman, F Ferreyra, L Cusmano.

PE184 ***Legionella pneumophila* EN PACIENTES INTERNADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE TRES CASOS** 171
N Garcia, M Medina, J Desse.

PE185 **MENINGOENCEFALITIS A LÍQUIDO CLARO, DETERMINACIÓN VIRAL** 171
P Biglia, C Aicardi, S Moreno, S Penco.

PE186 **COMORBILIDADES Y USO DE DISPOSITIVOS PREDISPONENTES EN BACTERIEMIAS A BACILOS GRAM NEGATIVOS DEL ADULTO MAYOR** 171
AV Bonifacio, OF Teglia, MG Nogueras.

PE187 **MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON DENGUE, EN EL HOSPITAL CARRASCO DE LA CIUDAD DE ROSARIO** 172
G Van de Casteele, C Bertaina, MC Capello Gardenal, N Sauro, V Alvarez, R David.

PE188 **EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES INSERTADOS PERIFÉRICAMENTE (PICC): ESTUDIO RETRO Y PROSPECTIVO DE 10 AÑOS** 172
CV Rivero, JI Dapas, F Bocanegra, R Furnari, O Pardo, W Minatti, J Briggs, A Vila.

PE189 **INFECCIONES MAMARIAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS** 173
A Kunst, RV Bakai, A Tuduri, S Palombarani, K Asef, C Molinari, E Pallone, M Almuzara.

PE190 **CISTITIS INCRUSTADA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR *Corynebacterium urealyticum*** *173*
M Lahitte, M Rinaudo, L Flynn, E Nannini.

PE191 **ESPONDILODISCITIS EN EL ADULTO MAYOR** 173
B Levy, J Maurino, C Beltramo, M Aleman Urquiza, D Gill, O Teglia, G Tamagno.

PE192 **COINFECCIÓN POR *Neisseria meningitidis* Y *Streptococcus pneumoniae*** *174*
A Manzur, J Boccardo, L Bertoni, M Jofre, M Lopez, E Galdeano.

PE193 ***Alcaligenes faecalis*. SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL** 174
P Ruiz, B Doña, J Lujan, J Boccardo, J Fernandez.

PE194 **DESCRIPCIÓN DE UN BROTE ALIMENTARIO DE *Clostriduim botulinum*** *174*
J Lujan, B Doña, P Ruiz, I Temiño, F Pellice, A Manzur, S Ferrari.

PE195 **EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y SEVERIDAD EN PACIENTES INTERNADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL** 175
Y Yasuff, C Cabello, C Salvador.

PE196 ***Fusobacterium mortiferum*: INUSUAL CAUSA DE ABSCESO GLÚTEO Y OSTEOMIELITIS ASOCIADA A INFECCIÓN DISEMINADA POR *Staphylococcus aureus* MR EN UN PACIENTE HIV+** 175
GF Arevalo Calderon, C Legaria, C Barberis, GE Martinez, AMR Famiglietti, D Stecher, CA Vay.

PE197 **NEURORETINITIS EN ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO** 175
P Machuca, J Carranza, J Monroig, E Dodds, R Armitano, S Lloveras .

PE198 **EPIDEMIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE BACTERIEMIA POR ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD. PERÍODO 2012-2016** 176
MA Salmeron Olsina, MS Martinez, L de Wouters, M Gordovil, M Vallejo.

PE199 **TUBERCULOSIS MONORRESISTENTE A RIFAMPICINA: ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS** 176
D Mijalovsky, JL García, SE Echazarreta, GM Bruni, MJ Matteo, C Latini, S Poggi.

PE200 **TÉTANOS GENERALIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO** 176
R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, M Jacobo, E Kidd, L Cabaleiro, F Sola, D Sousa.

PE201 **ESPONDILODISCITIS AGUDA ¿ES UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE?** 177
S Arriola, W Cox, S Andino, M de Souza, J Rébora, N Zugasti, L Cusmano, J Farina, A Terusi, A Viteri, MC Ezcurra.

PE202 **CARÁCTERÌSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIAS POR *Stafilococcus aureus* EN UN HOSPITAL GENERAL** 177
M Bravo, S Altamirano, S Alvarez, J Maresca, M Adra, N Carrion, R Soloaga, A Margari.

PE203 **NEUMONÍA POR *Neisseria meningitidis*: A PROPÓSITO DE UN CASO** 177
N Costanzo, M Terzano, C Peloc, S Corbella, A Aguilera, M Schijman.

PE204 **BACTERIEMIAS POR *Staphylococcus aureus* EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES** 178
A Rechimont, F del Rio, V Campana, S Colasanti, V Sequeira, S Melgin, M Gianello, F Ferrer.

PE205 **INFECCIONES POR *Aeromonas spp*. EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS** 178
M Alonso Serena, A Franchi, K Asef, A Kunst, L De Aguilar, M Almuzara.

PE206 **ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME (EE): ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ). PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL** 178
MF Pellice Aguilera, M Chumbita, M Bellantig, M Amaya, R Contreras.

PE207 **TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS** 179
A Franchi, K Asef, M Alonso Serena, L De Aguilar, A Kunst, E Cohen.

PE208 **AISLAMIENTO DE *Comamonas kerstersii* EN INFECCIÓN INTRA-ABDOMINAL** 179
M Tristán, G Camusso, M Garcia, L Bautista.

PE209 **ESTREPTOCOCCO B-HEMOLÍTICO EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES ASOCIADAS A IMPLANTES** 179
M Gordóvil, MS Martinez, MA Salmeron, LM de Wouters, M Vallejos.

PE210 **PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNA INSTITUCIÓN DE 3 NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO** 180
J Maurino, B Levy, C Beltramo, MJ Aleman Urquiza, D Gill, G Tamagno, O Teglia.

PE211 **ASPERGILOSIS INVASORA SINO-ORBITARIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE** 180
M Silva, L Mora, L Chevel, A Otero.

PE212 **INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA POBLACIÓN INMUNOCOMPETENTE, EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA** 180
G Giordano, F Lipari, A Zárate, J Caeiro.

PE213 **INFECCIONES GRAVES DE LA COMUNIDAD POR *Staphylococcus aureus* EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS** 181
L de Vedia, N Lista, E Di Virgilio, A Rodriguez, G Piovano, JC Cisneros, R Prieto.

PE214 **SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO: SERIE DE CASOS** 181
CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, C Paiva, M Ledesma, C Bergallo, F Riera.

PE215 **BACTERIEMIA POR *Yersinia enterocolítica*: A PROPÓSITO DE UN CASO** 181
C Peloc, M Terzano, N Costanzo, M Schijman.

PE216 **EPIDEMIOLOGÍA DE BACTERIEMIAS E INFECCIONES ASOCIADAS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD** 182
M Chumbita, F Pellice, R Contreras, M Bellantig, B Matus, AYE De Los Rios.

PE217 **VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS. EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y PERFIL DE RESISTENCIA EN UN HOSPITAL POLIVALENTE** 182
C Rossanigo, S Pizzarro, L Ghietto, A Nahuelan, M Landa, M Sebastian, C Bartoli, R Brito, A Minguez.

PE218 **SERIE DE CASOS DE URTICARIA ASOCIADA A INFECCIONES SEVERAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD** 183
S Diaz, R Tibalt, M Becker, G Morera, A Gomez, H Freyre, L Gatti, A Gastaldi.

PE219 **INFECCIÓN SEVERA Y RECURRENTE A BACILO GRAM NEGATIVO EN PACIENTE ADULTO JOVEN CON DIAGNÓSTICO A POSTERIORI DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA** 183
E Basilotta, M Burgos, A Camelli, V Figueroa, E Pozzo, P Vega.

PE220 **AORTITIS SIFILÍTICA** 183
S Diaz, L Macagno, R Tibalt, A Gastaldi, G Morera, A Gomez, H Freyre, M Becker.

PE221 **REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS DE INFECCIONES INVASIVAS POR UN PATÓGENO PRODUCTOR DE ZOONOSIS** 184
M Chumbita, F Pellice, AYE De Los Rios, M Bellantig, R Contreras, N Vega.

5 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

PE222 **EFECTO INÓCULO A CEFAZOLINA EN INFECCIONES SEVERAS POR *Staphylococcus aureus* SENSIBLES A METICILINA** 184
MF Ferrer, I Toresani, E Nannini.

PE223 **INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES** 185
M Brizuela, G Berberian, MT Rosanova, M Travaglianti, A Mastroiani, V Reijtman, G Fiorili, D Santa Cruz, G Castro.

PE224 **BACTERIEMIA EN EMBARAZADA POR *Haemophilus influenzae* Y SU TRASMISION VERTICAL** 185
LC Morvay, MM Cortazar, L Tomassini.

PE225 **MICOSIS CUTÁNEAS POR AGENTES POCO FRECUENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS** 185
B Fox, MR Gremes Cordero, G Hernandez, L Fernández Canigia, I Maldonado.

PE226 **MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DESDE LA INCORPORACIÓN DE LA PCR (POLYMERASE CHAIN REACTION)** 186
SO González, GR Berberian, CL Sarkis, AN Varela Baino, DI Viale, DA Borgnia.

PE227 **INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA** 186
M Hojman, Z Perez Amador, A Medina, F Castro, S Pellegrini.

PE228 **EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICO- SANITARIAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LECHES DE BIBERONES PREPARADOS EN LACTARIOS** 187
E Soto, A Solito, G Melito.

PE229 **INFECCIONES POR *Streptococcus pyogenes* EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. PERÍODO 2012-2016** 187
LE Margenet, ML Zurbriggen, MJ Blesa, GE Degiovanni, C Aro, L Velez, L Canuto, O Zalazar, ME Oliva, G Ezcurra, MR Baroni.

PE230 **INFECCIONES ASOCIADAS A SISTEMAS DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN PEDIATRIA: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DE FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD** 187
SO González, MI Carbonaro, AN Fedullo, MA Sormani, MA Ceinos, RO Gonzalez, MA Rosanova.

PE231 **GENOTIPOS DE *Toxoplasma gondii* EN CASOS DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN ARGENTINA** 188
M Bernstein, L Pardini, LA Carral, ML Gos, G Moré, FJ Kaufer, A Dellarupe, C Freuler, MT Messina, MV Schneider, RA Durlach, MC Venturini.

PE232 **COQUELUCHE: ANÁLISIS DE SITUACIÓN** 188
ME Vidal, F Ruiz, R Moses, MJ Spoleti.

PE233 **DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE DIARREAS AGUDAS POR *Shigella spp*** *188*
ME Vidal, F Ruiz, R Moses, MJ Spoleti.

PE234 **DIARREAS POR ROTAVIRUS** 189
ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti.

PE235 **INFECCIONES INTRAABDOMINALES SECUNDARIAS A PERITONITIS APENDICULAR EN PEDIATRÍA** 189
P Canda, L Blanco, J Bellomo, M Murilla, I Cordido, A Di Diego, G Netri, R Casella, M Acerenza, F Garcia.

PE236 **ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS** 189
XS Juárez, M Delgado, M Camiansqui, C Sáenz, P Glasman, ME Pasinovich, CI Echave, A Mónaco, P Dondoglio, AD Cancellara.

PE237 **MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE TUBERCULOSIS: UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN EN PEDIATRÍA** 189
M De Bernardi, J Caccavo, P Scapellato, V Yernazian, A Marucco, M Rodriguez Brieschke.

PE238 **PREVALENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* Y *Chlamydia psitacci* EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO** 190
M Cudmani, G Delgado, G Gonzalez, J Assa, M Luna, N Fernandez, N Cudmani.

PE239 **INFECCIONES POR *Staphyllococcus aureus* EN PEDIATRÍA** 190
XS Juárez, M Delgado, C Sáenz, P Glasman, M Camiansqui, ME Pasinovich, CI Echave, A Mónaco, P Dondoglio, AD Cancellara.

PE240 **MICROENCEFALIA Y SU ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO, UNA POTENCIAL AMENAZA** 191
D Yahni, P Masi, MA Angiono, M Silva, MF Feler, C Siufi, D Pryluka, V Luppo, MA Morales.

PE241 **EMBARAZO ADOLESCENTE Y SÍFILIS: EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE.¿COMO DEBEMOS ACTUAR?** 191
M Barris, V Silenzi, A Conesa, J Daneri, L Figueras.

PE242 **COMPLICACIONES EN VARICELA DETERMINANTES DE INTERNACIÓN** 191
MK Garcia, V Uriarte, JC Morales, SE Gonzalez Ayala, M Vinuesa, S Bastons, M Maydana.

PE243 **PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS DETECTADO EN EMBARAZADAS SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD EN EL RECIÉN NACIDO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL INTERZONAL. 2016** 192
MG Loizaga, RC Garcia, M Cepeda, M Ramadori, V Azqueta, A Rearte, A Guarino Barrutia, G Dagnino, A Ance, S Farias, D Rodriguez.

PE244 **MENINGITIS POR *Leuconostoc spp.* EN RECIÉN NACIDO. REPORTE DE UN CASO** 192
V Azqueta, G Loizaga, R Garcia, L Morvay, A Guarino Barrutia, A Rearte, M Cepeda, G Dagnino, N Parisi, A Ance, S Farias, D Rodriguez.

PE245 **PIOMIOSITIS EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS** 192
ME Pannunzio, ML Praino, C Carballo, A Medranda, S Schiavino, C Goncalves, S Esposto, C Vergara, C Campoverde, E Contreras, MM Contrini, EL López.

PE246 **PERICARDITIS AGUDA ASOCIADA AL VIRUS DE EPSTEIN BARR, EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: UNA INUSUAL PRESENTACIÓN** 193
E Anteliz, C Carballo, S Estévez, M Caetano, G Sheehan, ME Pannunzio, S Esposto, C Vergara, A Mistchenko, D Di Giovanni, C Cazes, EL López.

PE247 **PARASITOSIS INTESTINALES EN POBLACIONES INFANTILES EN UN ZONA PERIFÉRICA** 193
LE Kozubsky, ME Costas, F Canales, PN Magistrello, M Cardozo, M Avellaneda.

PE248 **SÍFILIS CONGÉNITA Y ADQUIRIDA. SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD** 193
C Vergara, G Moscatelli, C Carballo, FM Ferolla, S Moroni, C Cazes, N Gonzalez, G Ballerin, M Grobaporto, ML Praino, EL Lopez, J Altcheh.

PE249 **CORIORRETINITIS TUBERCULOSA EN PEDIATRÍA... ¿UNA PATOLOGÍA QUE EXISTE?. A PROPÓSITO DE DOS CASOS** 194
S Neyro, A Toledano, MC Cerqueiro, I Squassi.

PE250 **EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE BACTERIEMIA EN NIÑOS CON INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO** 194
ES Highton, SO Mussini, CA Cedillo, IN Sormani, GU Pérez, AD Isasmendi, JO Pinheiro, VA Reijtman, MO Taicz, AL Mastroianni, EV García, MA Rosanova.

PE251 **TUBERCULOSIS PLEURAL EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL** 194
S Neyro, I Squassi, D Alvarez, P Garrido, A Martinez Burkett, A Caratozzolo, M Medin, MC Cerqueiro.

PE252 **TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO** 195
M Delgado, XS Juárez, A Mónaco, C Echave, M Camiansqui, C Saenz, P Glasman, M Pasinovich, P Dondoglio, A Cancellara.

PE253 **INFECCIÓN POR *Clostridium difficile*. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD** 195
ML Maldonado, S Gómez, MT Rosanova, G Perez, C Hernández, MR Litterio.

PE254 **SÍFILIS CONGÉNITA. PROGRAMA DE PESQUISA PERINATAL EN LA CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA** 195
L Vazquez, S Anhel, V Parenti, A Pedraza.

6 - Enfermedades endémicas, emergentes y medicina del viajero

PE255 **SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS ASOCIADO A PROBABLE LEPTOSPIROSIS** 196
E Godoy, N Pozzi, A Coronel, L Saucedo, C Tosello.

PE256 **SINDROME GUILLAIN BARRÉ; ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE. REPORTE DE UN CASO** 196
E Godoy, MV Iannantuono, M Sabuqui, MJ Larrea, D Sturba, C Nosti, M Hojman.

PE257 **NEUMONIA POR *LEGIONELLA pneumophila* EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 196
E Godoy, MV Iannantuono, I González, S Rasero, C Nosti, M Hojman.

PE258 **TRATAMIENTO PARASITICIDA EN PACIENTES ADULTOS EN FASE INDETERMINADA Y CRÓNICA EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES** 197
A Otreras, MT Rodriguez Brieschke, B Lauge, C Nieto, P Peyran, C Lopez Albizu, P Scapellato.

PE259 **MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES** 197
M Calvo Zarlenga, D Casati, ME Rosso, V Dematteis, F Gutierrez, A Serafini, G Martin, MI Eceizabarrena, C Saretto, M Fiori, A Tomaz, L Garcia Olveira, B Buceta, G Ciotti, J Campana, L Romano, M Giammaria, D Maspoli, M Cuitiño, C Garcia Rubio.

PE260 **CUADRO COMPATIBLE CON ENFERMEDAD DE CARRIÓN EN UN VIAJERO PROVENIENTE DE PERÚ: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA** 197
P Favier, J Barletta, M Rey, S Giamperetti, H Perez.

PE261 **EVALUACIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE 2016 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE LA CABA** 198
T Zitto, G Kuljis, C Silva, C Bomparola, P Puyó.

PE262 **HANTAVIRUS Y SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO** 198
M Ardito, M Ferriccioni, R Velez, I Garcia.

PE263 **DENGUE: EVALUACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN HOSPITAL PRIVADO DE ZONA OESTE DEL GRAN BUENOS AIRES** 198
T Fernández Gianotti, P Fontenla, C Herrera, G Figueredo, L Colecchia, C Lozano, D Bernatené, O Anzil.

PE264 **LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA** 199
G Poblete, S Begher, M Margan, A Dal Verme, M Etcheverry, D Siguelboim, A Chari, T Orduna.

PE265 **TRATAMIENTO TRIPANOCIDA DE LA MUJER CON INFECCIÓN CHAGÁSICA CRÓNICA: ESTUDIO PRELIMINAR** 199
M Romano, G Villar, V Arreghini, R Cardone, G Benedetti, A Cassata, J Orlando, D Alvarado, E Quiroga, S Attorri.

PE266 **GENOTIPIFICACIÓN Y FRECUENCIA ALÉLICA DE LOS POLIMORFISMOS DEL PROMOTOR DE LA IL-10 Y PROTEÍNAS SOCS3 Y SU ASOCIACIÓN CON LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA (CCC) EN PACIENTES CRÓNICAMENTE INFECTADOS CON *Trypanosoma cruzi*** 200
A Grijalva Hinojos, A Toledano, L Gallo-Vaulet, R Agüero, A Pino Martínez, E Bogdanovich, H Repetto, P Ruybal, S Repetto, C Alba Soto

PE267 **TRATAMIENTO TRIPANOCIDA DE CHAGAS CRÓNICO DEL ADULTO: RESULTADOS PRELIMINARES** 200
M Romano, V Arreghini, R Cardone, G Benedetti, J Orlando, A Cassata, D Alvarado, E Quiroga, S Attorri.

PE268 **ABSCESO HEPÁTICO POR *Salmonella typhi*. PRESENTACIÓN DE UN CASO** 200
S Gonzalez, C Cabrera, P Angeleri, O Gear, G Lopez, F Amalfa, L Barredo, A Maranzana.

PE269 **MENINGITIS POR *Streptococcus suis*** 201
C Hernández, F Bruggesser, J Gentile, M Sparo, S Lisarrague.

PE270 **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA EPIDEMIA DE DENGUE 2016** 201
A Bianchi, S Penco, S Moreno.

PE271 **FIEBRE MANCHADA POR RICKETTSIAS. REPORTE DEL PRIMER CASO AUTÓCTONO EN BARKER, CENTRO ESTE DE LA PCIA. DE BS. AS.** 202
J Gentile, J Brignone, C Sen, A Azpiroz, M Molina, G Menendez, F Carreras, M Marciante, S Quarleri.

PE272 **HIDATIDOSIS PERITONEAL: REINFECCIÓN VERSUS MANIFESTACIÓN TARDÍA DE SECUNDARISMO** 202
G Perez, L Vaello, C Barolin, C Migazzi, S Troiano, A Romani, M Viegas, F Salazar, S Frias Castillo, C Banzato.

PE273 **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS SOBRE DENGUE** 202
M Quipildor, J Cotella.

PE274 **MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A DENGUE** 203
M Quipildor, J Palomino Bejarano.

PE275 **SÍNDROME FEBRIL POST VIAJE: *Salmonella typhi* RESISTENTE A QUINOLONAS** 203
MP Manuele, AP Seijo, JL García, SE Echazarreta, AG Benchetrit, RM Solari, TA Orduna.

PE276 ***Saksenaea vasiformis* EN PACIENTE INMUNOCOPETENTE, UNA MUCORMICOSIS RARA Y DEVASTADORA** 203
SB Altabe, MF Tracogna, ME Cattana, RC Lopez, SV Fernandez Lugo, VR Arce, ML Lescano, C Vallejo.

PE277 **PARACOCCIDIOIDOMICOSIS MULTIFOCAL SIMULANDO METÁSTASIS CEREBRALES: A PROPÓSITO DE UN CASO** 204
CR Daud, V Torres, L Fornasari, MJ Di Rado, G Farace, L Lopez, E Cordova, L Morgant.

PE278 **MIELITIS FLÁCIDA AGUDA POR ENTEROVIRUS NO POLIO: UNA NUEVA EPIDEMIA. REPORTE DE 4 CASOS** 204
S Corbaz, S García, D Jauregui, S Pinciroli, B Barceló, C Ciriaci, L Marcón.

PE279 **MICETOMAS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, MICROBIOLÓGICO Y CLÍNICO DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL PERÍODO 1991 – 2016** 204
A Dorado, J Serrano, L Abdulajad.

PE280 **COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE ACCIDENTES OFÍDICOS POR GÉNERO *Bothrops* ASISTIDOS EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS** 205
D González, A Rivadero, A Barnes, S Moreno, S Penco.

PE281 **COINFECCIÓN LEISHMANIASIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO** 205
V Tudanca, M Sierra, L Cornet, L Paravano, N Fernandez, L Farias, G Lopez Daneri, C Iovannitti, D Stecher, S Repetto.

PE282 **EPIDEMIA DE DENGUE 2016 EN ARGENTINA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 205
M de Souza, M Ruiz, L Cusmano, S Arriola, JM Rebora, W Cox, N Diaz, S Andino, A Viteri, J Farina, A Terusi, P Fossati, MC Ezcurra.

PE283 **SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD. IMPORTANCIA DE COORDINAR LA NOTIFICACIÓN *ON LINE* Y EL REGISTRO DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS EN UN HOSPITAL DE INFECCIOSAS. PERÍODO 2009-2016** 206
M Romano, J Zarra, C Falcone, N Rodriguez, V Rotllant, N Sardina, L Cusmano.

PE284 **MALARIA EN VIAJERO QUE VISITA FAMILIARES EN LA FRONTERA BOLIVIA/ARGENTINA: LA IMPORTANCIA DE ESTAR ALERTA** 206
ML Yantorno, F Arguello, V Angeletti, C Bergna, M Contte, G Pérez, G de la Parra, MB Lares, K Aguilera Constanzo, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, P Machado, P Vizcarra, D Santonato, N Lattour.

PE285 **MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL CURSO DE LA EPIDEMIA DE DENGUE EN ARGENTINA** 207
V Acosta, L Daciuk, S Roldán, G Cabral.

PE286 **AISLAMIENTOS DE *Leptospiras spp.* EN EL PERÍODO 2010-2016 MEDIANTE VIGILANCIA INTENSIFICADA** 207
MF Schmeling, P Jacob, YT Chiani, NY Landolt, N Pujato, D Passaro, A Soncini, C Bonacalza, C Martinich, S Fusco, V Azogaray, NB Vanasco.

PE287 **HIDATIDOSIS CEREBRAL, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE** 208
G Giletto, M Patavino, S Pinciroli, M Ramadori, C Ortolani, G Ortolani.

PE288 **HANTAVIRUS AUTÓCTONO EN UN ÁREA NO ENDÉMICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: REPORTE DE CASO** 208
C Pfoh, M Alvarado, C Cuchetti, M Benvenutti, A DAmico.

PE289 **SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO AL VIRUS ZIKA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO AUTÓCTONO** 208
MC Cudós, V Mugna, G Rompato, E Anchart, MA Morales, MA Uboldi.

PE290 **ENDOCARDITIS POR *Brucella*. SERIE DE CASOS** 210
M Pace, F Manavella, P Serravalle.

PE291 **MIOCARDITIS SECUNDARIA A TRIQUINOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO** 210
R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, A López, R Alzola.

PE292 **ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, DE ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y DE BIOMARCADORES DE UN BROTE DE TRIQUINOSIS EN LOCALIDADES DEL GRAN BUENOS AIRES, OBSERVADO EN AGOSTO – SEPTIEMBRE DE 2016** 210
PS Cardinali, CV Giomi, CM Siufi, AP Seijo, JL Garcia, SE Echazarreta, J Correa, S Giamperetti, B Deodato, BE Cernigoi, AC Seijo.

PE293 **EMERGENCIA DE INFECCIONES INVASIVAS POR *Haemophilus influenzae* NO TIPIFICABLE EN PEDIATRÍA** 211
W Yfran, S Schiavino, C Carballo, C Goncalves, E Anteliz, C Campoverde, A Medranda, E Contreras, ML Praino, C Cazes, MM Contrini, EL López.

PE294 **TRIQUINOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN BROTE EPIDÉMICO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE** 211
R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, R Alzola, A López, KM Lee, ME Borda, D Siciliani.

PE295 **ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *Coxiella burnetii*. PRIMER REPORTE EN ARGENTINA** 211
P Fernandez Oses, M Peninni, M Merkt, A Sucari, S Castillo, ME Zanella, A Iribarren, M Vivas, R Ronderos, F Piccinini, A Aranda, E Diaz Romero, F Nacinovich.

PE296 **EL ENIGMA DE LA PIRÁMIDE** 212
L de Vedia, MJ Lopez Furst, F Messina, F Barberis, G Piovano, F Landaburu, N De Grazia, C Torres, M Romero, L Zarlenga, A Benchetrich, G Fernandez, MT Mugica, E Cadario, T Puentes, G Santiso, JC Cisneros, R Prieto, R Negroni.

PE297 **ZIKA: REPORTE DE DOS CASOS IMPORTADOS DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA** 212
V Mugna, G Rompato, G Achkar, C Pastor, C Cudós, A Gomez, MA Morales.

PE298 **PRESENTACIÓN DE HANTAVIRUS SIN COMPROMISO RESPIRATORIO Y CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO PURPÚRICO** 212
CB Ajalla, MV Ferro, MA Ojeda, CE Remondegui.

PE299 **REACCIONES ADVERSAS POR DROGAS TRIPANOCIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA: SERIE DE CASOS** 213
J Carranza, P Machuca, J Monroig, M Ros, S Echazarreta, C Falcone, G Gonzalez, T Orduna, S Lloveras.

PE300 **TUBERCULOSIS GENITAL. REPORTE DE UN CASO** 213
A Zárate, M Lerda, F Villarroel, F Manavella, MV Becker, A Gómez, A Gastaldi.

PE301 **NEUMONÍA POR FIEBRE Q, UN DIAGNÓSTICO POCO SOSPECHADO** 213
CM Siufi, JL Garcia, TA Orduna, G Gozalez, SL Garro, SE Echazarreta.

PE302 **PARACOCCIDIOIDOMICOSIS JUVENIL: REPORTE DE UN CASO** 214
L Lopez Moral, N Jacob, G Rios, G Santiso, G Giussiano.

PE303 **APROXIMACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS: NOTIFICACIÓN DE CASOS EN UN MUNICIPIO DEL CONURBANO BOANERENSE** 214
M Baldearena, SA Morúa, P Beveraggi, A Manco, ML Rossi.

PE304 CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS A LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE UN MUNICIPIO DEL CONURBANO BONAERENSE 214
SA Morúa, P Beveraggi, A Manco, ML Rossi, M Baldearena.

PE305 IMPACTO DE ZOONOSIS EMERGENTE EN HUMANOS - MENINGITIS POR *Streptococcus suis* 215
M Nano, L Bentosela, V Dominguez, J Caminos, R Maiola, D Perez Flores, E Berhongaray Kenny.

PE306 ARTITRITIS FÚNGICA POR HONGOS ENDÉMICOS: SERIE DE CASOS 215
CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, S Carrizo, F Riera, C Bergallo.

7 - Inmunocomprometidos no HIV y trasplantes

PE307 CRITOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV- NEGATIVO 217
F Otermin, AR Cremona, JF Losinno, P Pessacq, SJ Ramirez Borga.

PE308 INFECCIÓN DISEMINADA POR CURVULARIA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR METIMAZOL 217
C Cesar, G Echavarría, D Guevara Nuñez, A De Paulis, E Bertona, I Ciavarelli, L Romero, G Benchetrit.

PE309 MORTALIDAD EN ADULTOS CON LINFOMA ASOCIADO AL HIV 217
C Salgueira, B Rosales Ostriz, P Titanti, L Moya, R Campestri, A Abrate, M Tatta, J Altclas, G Diaz, M Vazquez, A Morales.

PE310 IMPACTO DE CASOS DE MUCORMICOSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS INTERNADOS EN UNIDAD DE TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 218
ML Pereyra, G Kremer, E Harispe, G Pineda, V Vilches, N Refojo, A Novau.

PE311 CRIPTOCOCOSIS ÓSEA VERTEBRAL EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO 218
G Poblete, C Frola, J Canciani, A Dal Verme, N Ausili, D Siguelboim, L Guelfand, S Begher.

PE312 ASPERGILOSIS CEREBRAL REFRACTARIA AL TRATAMIENTO COMBINADO CON VORICONAZOL Y ANFOTERICINA B. A PROPÓSITO DE UN CASO 218
B Fox, N Garcia Allende, P Striebeck, L Fernández Canigia, I Maldonado.

PE313 TUBERCULOSIS (TBC) PERITONEAL EN PACIENTE CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) EN TRATAMIENTO CON ANTI FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (TNF ALFA) A PROPÓSITO DE UN CASO 219
ML Heer, M Chierichetti, C Ciriaci, C Deschiave, G Montes, J Garcia Marquez, P Lopez..

PE314 INFECCIÓN ACTIVA POR *Trypanosoma cruzi* EN HUÉSPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS 219
S Repetto, V Tudanca, L Zubeldia Brenner, L Gallo Vaulet, A Toledano, C Alba Soto, M Rodriguez Fermepin, J Rey, M Bravo, D Stecher, M Sierra.

PE315 REGISTRO DE INTERNACIONES POR INFECCIONES EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: PREVALENCIA, CAUSAS, FACTORES DE RIESGO 219
ML Soler Puy, S Lezcano, L Peña, Y Calza, E Badaracco, JP Cimbaro, S Maurich, A Aguerre, M Bangher.

PE316 BACTERIEMIAS EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO 220
N Lattour, P Machado, G de la Parra, MB Lares, K Aguilera Constanzo, I Roccia Rossi, ML Yantorno, Y Nuccetelli, V Angeletti, F Arguello, D Santonato, P Vizcarra.

PE317 ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL DE ORIGEN ONCOHEMATOLÓGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE LA PATAGONIA 221
R Alessandrini, L Moya, M Casullo, C Arnaiz, E Drexler.

PE318 IMPACTO DE LA EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA EN PACIENTES CON INMUNOSUPRESIÓN INDUCIDA 221
V Bermejo, MI Lespada, EC Córdova, LM Morganti, F Paulin, A Benitez, M de la Vega, OD Messina, CG Rodriguez.

PE319 CISTITIS HEMORRÁGICA EN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS 221
V Torre, L Berruezo, M Rey, C Palacios, P Pessacq, F Colombi Martinez, L Agamennoni, D Almada, C Mendez, L Montero, J Malacalza, S Cuellar.

PE320 MUCORMICOSIS EN HUESPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO 222
M Pereyra, G Kremer, E Harispe, G Pineda, A Novau, N Refojo, V Vilches.

PE321 TUBERCULOSIS, UNA CAUSA OLVIDADA DE MONOARTRITIS 222
ML Lodigiani, MA Dzuryk Albornoz, P Masciarelli, Y Franco, S Grasso.

PE322 **BACTERIEMIAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS NEUTROPÉNICOS: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS MORTALIDAD** 222
MJ Eusebio, MV Pinoni, R Jordán, JV Martínez, S Verbanaz, P Giorgio, M Giovanakis, RL Monge, M Khoury, G Ernst, ED Efrón.

PE323 **BACTERIEMIA POR *Campylobacter fetus* EN PACIENTE CON CÁNCER: UNA INFECCIÓN SEVERA POTENCIALMENTE TRANSMISIBLE POR ALIMENTOS PERO EVITABLE** 223
S Sabato, S Zerboni, F Herrera, E Temporiti, F Nicola, J Smayevsky, P Bonvehí.

PE324 **ESTUDIO PROSPECTIVO DE VIGILANCIA ACTIVA DE COLONIZACIÓN POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y SU CORRELACIÓN CON BACTERIEMIAS.** 223
D Espinel, R Jordán, MV Pinoni, S Verbanaz, P Giorgio, JV Martínez, I Agorio, A Heine, M Khoury, G Ernst, ED Efrón.

PE325 **ENFERMEDAD CRÓNICA ACTIVA POR VIRUS EPSTEIN BARR RESUELTA CON TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS** 224
S Zerboni, F Herrera, D Torres, J Chevel Mejía, M Querci, E Temporiti, P Bonvehí, C Videla, P Duarte, N Cazap, L Riera.

PE326 **INFECCIONES OPORTUNISTAS TARDÍAS EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO** 224
V Fernandez, N Mañez, A Valledor, L Barcán.

PE327 **ECTIMA GANGRENOSO POLIMICROBIANO EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: UNA RARA PRESENTACIÓN DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE** 225
J Chevel Mejia, F Herrera, D Torres, S Zerboni, E Temporiti, M Zarate, P Bonvehi.

PE328 **BACTERIEMIA POR AEROMONAS** 225
J Benso, L Ducatenzeiler, L Barcan.

PE329 **CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE BAJO TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD. REPORTE DE UN CASO** 225
D Paz, D Uribe, M Berrueta, M Tellechea, R Grané, A Tamborini.

PE330 **CITOMEGALOVIRUS: DETECCION DE MUTACIONES ASOCIADAS A FARMACORRESISTENCIA EN GENES UL97 Y UL54** 226
M Cobos, L Aquilia, JC Raimondi.

PE331 **NOCARDIOSIS DISEMINADA EN 2 PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS** 226
M Lahitte, S Amigot, M Rinaudo, L Flynn, E Nannini.

PE332 **HISTOPLASMOSIS MUCOCUTÁNEA DISEMINADA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INMUNOCOMPROMETIDOS NO HIV EN UN HOSPITAL DE CABA** 226
W Cox, M De Souza, J Rebora, M Ruiz, S Arriola, S Andino, N Diaz, A Viteri, L Cusmano, A Terusi, J Farina, MC Ezcurra.

PE333 **BACTERIEMIAS EN TRASPLANTES AUTÓLOGOS DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO** 227
I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, S Yantorno, K Aguilera, G De La Parra, M Lares, V Angeletti, ML Yantorno, P Machado, P Vizcarra, D Santonato, F Arguello, N Lattour.

PE334 **PRESENTACIÓN MULTINODULAR DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS** 227
M Alderete, C Losada, A Valledor, L Barcán.

PE335 **ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS OCURRIDAS DURANTE EL PERÍODO DE NEUTROPENIA EN PACIENTES QUE RECIBIERON UN TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS PERIFÉRICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO** 228
L Tula, J Arano, D Ameri, M Comas, S Crucet, L Espínola, V Squassi, S Lambert.

PE336 **PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: MONOARTRITIS SÉPTICA POR M. TUBERCULOSIS EN PACIENTE BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON ETANERCEPT** 228
MF Pellice Aguilera, M Chumbita, M Bellantig, L Aliaga, R Contreras.

PE337 **SINDROME HEMOFAGOCÍTICO POR HISTOPLASMA CAPSULATUM EN UNA PACIENTE LÚPICA** 228
S Diaz, M Becker, R Tibalt, A Gastaldi, G Morera, A Gomez, H Freyre.

PE338 **ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES HUMANO 6 EN UNA PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA. REPORTE DE UN CASO** 229
L Inda, C Salgueira, AL Paolillo, MF Prieto, V Altuna, A Cairnie, J Altclas.

PE339 **MUCORMICOSIS INVASIVA EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS** 229
AN Varela Baino, S Gómez, SE González, C Voto, C Epelbaum, S Carnovale, M Guitter, R Staciuk, P Santos, F Conde, C Sarkis.

8 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACs)

PE340 **FUNGEMIA POR *Saccharomyces cerevisae* ASOCIADA A CATÉTER EN PACIENTE VIH + CON SINDROME NEFRÓTICO** 230
E Godoy, MV Iannantuono, C Tula, M Hojman.

PE341 **ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ÁREAS CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA** 230
G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta.

PE342 **IMPACTO DE UN PROGRAMA PARA EL USO ADECUADO DE UROCULTIVOS EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATÉTER** 231
AC Bardossy, K Rizvi, P Robinson, R Shelters, S Klotz, P Starr, M Mahan, K Reyes, M Zervos, G Alangaden.

PE343 **TRANSITANDO UN BROTE: INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN EMBARAZADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE** 231
M Ardito, M Ferriccioni, C Miramont, A Gladel.

PE344 ***Pantoea septica*: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATETER** 232
J Barletta, M Rey, F Pecoraro, L Abusamra, S Montibello, S Kaufman, H Pérez.

PE345 **AUMENTO DE BACTEREMIA POR COMPLEJO *Burkholderia cepacia* EN UN ÁREA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS** 232
G Marin, H Sosa, N De Bortoli, M Candel, G Iribarren, C Garbasz, J Levalle, M Montero, A Chattás.

PE346 **AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA *Enterococcus spp* VANCOMICINA RESISTENTE:¿ ES SEGURO NO REALIZARLO?** 233
MT Veron, MS Zarate, A Cordich, J Nuñez, M Fidalgo, G Serruto, S Nuñez, L Sabater, V Lacal, S Balinotti, E Izquierdo.

PE347 **NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL EN UNIDADES NO CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA** 233
G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta.

PE348 **EMERGENCIA DE ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A LOS CARBAPENEMES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE 284 CAMAS. DESCRIPCIÓN DE CONTROL DE BROTE. PATAGONIA ARGENTINA** 234
M Iacono, R Caceres, M Nuñez, E Tilleria, P Titanti.

PE349 **PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL NIVEL IIIB** 234
V Freire, N Boucau, A Fernandez Lausi, G Artaza, K Vazquez, G Gregorio.

PE350 **COLONIZACIÓN CON ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS AL INGRESO A LA UCI** 235
E Warley, L Guaymas, S Chalco, A Horna Zavaleta, V Comas, C Ceirano, C Galiá.

PE351 **IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIÓN EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL** 235
V Freire, P Giordano, A Fernandez Lausi, M Giardinieri, G Gregorio.

PE352 **INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO POR *Nocardia asteroides*: PRESENTACIÓN DE UN CASO** 236
L Ghietto, S Pizarro, C Rossanigo, A Nahuelan, R Brito, A Minguez.

PE353 **CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE ARGENTINA** 236
R Durlach, M Laurenza, M Suarez Ordóñez.

PE354 **CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES** 236
R Durlach, M Laurenza, M Suárez Ordóñez.

PE355 **CANDIDEMIAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS** 237
J Farina, M de Souza, N Diaz, S Andino, M Ruiz, S Arriola, W Cox, J Rebora, A Terusi, L Cusmano, J Herrera, A Viteri, MC Ezcurra.

PE356 **ESPODILODISCITS CON ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA DE RESOLUCIÓN DE PROLAPSO VAGINAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS** 237
J Farina, N Diaz, S Andino, M de Souza, J Rebora, M Ruiz, S Arriola, W Cox, A Terusi, L Cusmano, A Viteri, N Zugasti, MC Ezcurra.

PE357 ***Clostridium difficile*: ¿DÓNDE ESTAMOS PARADOS?** 238
L Fabbro, W Cornistein, A Novau, L Paulosky, ML Pereyra, G Kremer, R Sadorin.

PE358 **EVALUACIÓN DE LAS CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE MENDOZA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO** 238
P Prieto, C Cabral, G Scala, M Vernazzi, S Donaire, N Capriolo.

PE359 ***Acinetobacter baumannii* MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2 PERÍODOS SEPARADOS POR 10 AÑOS: EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR, FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD ASOCIADA** 238
D Aguila Brunet, P Parenti, P Marchiaro, J Pérez, S Larini, S Diaz, V Campana, S Martinelli, M Corsiglia, A Viale, A Limansky.

PE360 **PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR KPC DE PACIENTES INTERNADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO URBANO MARGINAL** 239

AL Rivero, A Lopez, MA De La Rosa.

PE361 **BACTEREMIA POR *Bacillus clausii* ASOCIADA A LA ADMINISTRACIÓN DE PROBIÓTICOS** 239

P Fernandez Oses, V Galizia Brito, A Sucari, M Peninni, J Gentiluomo, M Merkt, S Castillo, ME Zanella, P Place, S Ramirez, S Montaña, F Nacinovich

PE362 **RESISTENCIA A COLISTIN EN *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS KPC: SECUELAS EPIDEMIOLÓGICAS DE UN BROTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** 239

S Andino, JM Rebora, L Cusmano, J Farina, A Viteri, NA Diaz, M de Souza, N Zugasti, WE Cox Fernandez, S Arriola, M Ruiz, J Herrera, MC Ezcurra.

PE363 **PERICARDITIS PURULENTA SECUNDARIA A PERFORACIÓN AURICULAR POR CATÉTER DE HEMODIÁLISIS** 240

J Fernandez, J Boccardo, P Ruiz, S Ferrari.

PE364 **ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES** 240

A Manse, N Balseiro, Y Bugallo, D Burgos, P Angeleri.

PE365 **EPIDEMIOLOGÍA DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA Y EL IMPACTO LUEGO DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES** 240

M Chumbita, F Pellice, R Contreras, M Bellantig, B Matus, M Fullana.

9 - Vacunas e inmunología

PE366 **PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH POR LA VACUNA ANTIGRIPAL** 242

C Gatti Oddo, C Alderete Tommasi, MB Barros Meneses, J Castagnola, D Larrea, F Palacio, P Rodriguez, J Rojas, F Scarselletta, K Wolfschmidt.

PE367 **VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN GRUPOS DE RIESGO EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN 2016** 242

JC Bossio, I Sanchís, MA Rodríguez, JA Gili, H Jure.

PE368 **COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN 2015 Y 2016** 242

JC Bossio, I Sanchís, JA Gili, MA Rodríguez, H Jure.

PE369 **SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS A EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA** 243

C Tersigni, K Polansky, A Angelletti, U Fleitas, J Quintana Corvalan, S Giordano, L Delaplace, R Toro.

Presentaciones

OD: Orales destacados
OR: Orales
PD: Pósters electrónicos con discusión
PE: Pósters electrónicos

Índice por autor

Autor	Resumen	Página
A		
Abdulajad L	PE279	204
Abel S	PE002	102
Abiega C	OR036	66
Abrantes R	PE165	164
Abrate A	PE309	217
Abusamra L	PE344	232
Acastelli J	PE067	127
	PE146	157
	PE147	157
Acerenza M	PE235	189
Acero E	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Acevedo RM	PE032	114
Achkar G	PE297	212
	OD007	48
Acosta A	OD001	46
Acosta C	OR014	56
Acosta CM	OD009	49
	PE005	103
Acosta M	PE132	152
Acosta MC	OR005	51
Acosta V	PE285	207
Acuña A	PE032	114
Adaszko D	OR006	52
Adra M	OR021	59
	PE129	151
	PE202	177
Afeltra J	PE132	152
Agamennoni L	PE319	221
Agorio I	PE324	223
Agüero R	PE266	200
Aguerre A	PE315	219
Aguerre L	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
Agugliaro R	PE003	102
Aguila Brunet D	PD007	78
	PE359	238
Aguilar L	PD046	98
Aguilera A	PE203	177
Aguilera C	PE061	124
Aguilera Constanzo K	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
Aguilera K	PD016	82
	PE333	227
Aguirre E	PE032	114
Agusto S	PE114	145
Aicardi C	PE185	171
Aidar O	OD010	49
Ajalla CB	PE138	154
	PE141	155
	PE298	212
Alangaden G	PE342	231
Alarcón MJ	OR038	67
	OR044	71
Alba Soto C	PE266	200
	PE314	219
Albornoz E	PD004	77
Alcalá W	PD048	99
Alcorta MB	OR012	55
Alderete M	OR050	74
	OR052	75
	PE334	227
Alderete Tommasi C	PE001	102
	PE366	242
Aleman Urquiza M	PE191	173
Aleman Urquiza MJ	PE210	180
Alessandrini R	PE317	221
Alfonso C	PE046	119
Aliaga L	PE336	228
Almada D	PE319	221
Almada G	OR035	66
Almuzara M	PE038	117
	PE043	118
	PE044	119
	PE177	168
	PE189	173
	PE205	178
Alomo A	PE065	126
Alomo M	PE064	126
	PE081	133
Alonso A	PD020	84
Alonso Serena M	PE205	178
	PE207	179
Alonso V	PE082	133
Altabe S	PE148	158
Altabe SB	PE276	203
Altamirano S	OR021	59
Altcheh J	PE248	193
Altclas J	OR047	73
	PE171	166
	PE309	217
	PE338	229
Altuna V	PE338	229
Alvarado D	PE265	199
	PE267	200
Alvarado M	PE288	208
Alvarez C	PD017	82
Alvarez D	PE251	194
Alvarez S	PE202	177
Alvarez V	PE187	172
Alves G	PE004	103
Alzogaray MF	OR012	55
	PE025	111
Alzola R	PE134	152
	PE291	210
	PE294	211
Amalfa F	PE268	200
Amaya M	PE206	178
Ambroselli PN	PE143	156
	PE157	161
	PE158	161
Ameri D	PE010	105
	PE335	228
Ameri DA	PE108	143
	PE110	143
	PE111	144
Amigot S	OR028	63
	PE054	122
	PE331	226
Ance A	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Anchart E	OD007	48
	PE289	208
Andino S	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
Andrade V	PE040	117
	PE055	122
Andretta V	PD001	76
	PE007	104
Angeleri P	OR006	52
	PD035	91
	PE268	200
	PE364	240
Angeletti V	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Angelletti A	PE369	243
Angiono MA	PE240	191
Anglese F	PE103	141
Anglese M	PE103	141
Anhel S	PE254	195
Anteliz E	PE131	151
	PE246	193
	PE293	211
Antonioli M	PE085	134
Anzil O	PE263	198
Aoad A	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Aquilia L	PE330	226
Aquilia S	OR008	52
	PE093	137
	PE116	146
	PE166	164
Aquino A	OR009	54
	PD034	91
Aranda A	PE295	211
	OR016	57
Aranda MJ	PE165	164
Arano J	PE335	228
Aransibia L	PE079	132
Arazi SO	PE070	128
Arbiza J	PD030	90
Arce V	PE148	158
Arce VR	PE276	203
Arcidiácono D	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE341	230
	PE347	233
Arcuri A	PE064	126

Autor	Resumen	Página
	PE065	126
	PE066	127
	PE069	128
Ardiles M	OR039	69
Ardito M	PE262	198
	PE343	231
Arevalo A	PE098	139
	PE099	140
	PD028	88
Arévalo Calderón G	OR037	67
Arevalo Calderon GF	PE196	175
Arguello A	OR007	52
Arguello F	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
	PD016	82
	PE009	105
Arias B	PE168	165
Arias M	OR039	69
Aristegui I	OD008	48
	PE095	138
Armando GA	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Armitano R	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
	PE197	175
Arnaiz C	PE317	221
Aro C	PE058	123
	PE229	187
Arreaga Z	PD048	99
Arreghini V	PE265	199
	PE267	200
Arriola S	PD049	99
	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
Arroyo E	PE149	158
Artaza G	PE349	234
Arteaga K	OR025	62
Asef K	PE189	173
	PE205	178
	PE207	179
Assa J	OR013	56
	PE238	190
Astesana R	PE027	113
Attorri S	PE265	199
	PE267	200
Aude MG	PE156	161
Augusto S	PE074	130
Aulicino P	OR003	51
Ausili N	PE311	218
Avagnina A	PE115	145
Avaro F	OD003	46
Avegliano G	PD014	81
Avellaneda M	PE247	193
Avila M	PD025	87
Avila MM	PD022	86
Azar V	PE143	156
	PE157	161
	PE158	161
Azcurra I	PE128	150
Azogaray V	PE286	207
Azpiroz A	PE271	202
Azqueta V	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Azula N	PE049	120
B		
Bacelar B	PD011	80
Badaracco E	PE315	219
Badia M	OR033	65
Baez D	PE028	113
Baez J	PE145	157
Bakai R	PE038	117
Bakai RV	PE189	173
Balbiano M	PD050	100
Balconi S	PD015	82
Baldearena M	PE303	214
	PE304	214
Baldi R	PE078	132
Balinotti S	PD008	79
	PE013	106
	PE346	233
Ballerin G	PE248	193
Balseiro N	PE364	240
Banco C	PE074	130
	PE114	145
Bangher M	PE148	158
	PE315	219
Bangher MC	OD009	49
	PE005	103
Banzato C	PE272	202
Barberis C	PE062	125
	PE196	175
Barberis F	OD006	47
	PE296	212
Barbero P	PD020	84
Barcan L	OR038	67
	OR052	75
	PE014	107
	PE328	225
	OR020	59
	OR044	71
	OR050	74
	PD042	95
	PD043	95
	PE326	224
	PE334	227
Barceló B	PE278	204
Bardossy AC	PE342	231
Barenboim M	PE038	117
Baricalla AA	PD020	84
Barletta J	PD026	87
	PD027	88
	PE260	197
	PE344	232
Barnes A	PE280	205
Barolin C	PE106	142
	PE272	202
Baroni MR	PE058	123
	PE229	187
Barredo L	PE268	200
Barrientos A	PE047	120
Barris M	PE241	191
Barros Meneses MB	PE001	102
	PE366	242
Bartoli C	PE217	182
Basadoni D	PD035	91
Bascaran F	PD028	88
Bases M	PE068	127
Basilico F	PD006	78
Basilotta E	PE219	183
Bastons S	PE125	149
	PE242	191
Bauer Silvero S	PE182	170
Baumeister E	PD048	99
Bautista L	PE208	179
Bava J	PE040	117
	PE041	118
Bechini F	OR008	52
	PE093	137
Becker M	PE218	183
	PE220	183
	PE337	228
Becker MV	PE026	111
	PE300	213
Befani Bernal JC	OD007	48
Begher S	PE264	199
	PE311	218
Bellantig M	PE206	178
	PE216	182
	PE221	184
	PE336	228
	PE365	240
Bello N	PE083	133
Bellomo J	PE235	189
Belloso W	PD042	95
Belmonte A	PE018	108
Beltramo C	PE191	173
	PE210	180
Benavente R	PE028	113
Benchetrich A	PE296	212
Benchetrit AG	PE077	131
	PE120	147
	PE275	203
Benchetrit G	PE308	217
Benedetti G	PE265	199
	PE267	200
Benitez A	PE318	221
Benitez C	PE020	109
Benso J	OR052	75
	PE014	107
	PE328	225
Bentancor A	PD018	83
Bentancourt M	PE177	168
Bentosela L	PE305	215
Benvenutti M	PE288	208
Benzadon M	PD050	100
Beraza M	PE100	140
Berberian G	PE223	185
Berberian GR	PE226	186
Bergallo C	PD021	84
	PE214	181
	PE306	215
Berger MA	PE042	118
	PE159	162
Bergese S	PE159	162
Bergna C	PE284	206
Berhongaray Kenny E	PE305	215
Berini C	PE100	140
	PE115	145
Bermejo V	PE127	150
	PE318	221
Bernabo S	PE064	126
	PE065	126
	PE066	127
	PE069	128
	PE081	133
Bernan M	PE073	130
Bernatené D	PE263	198
Bernstein M	PE039	117
	PE231	188
Berrio-Medina I	PD003	76
Berrón A	PE045	119
Berrueta M	PE329	225
Berruezo L	PE135	153
	PE319	221
Bertaina C	PE128	150
	PE187	172
Bertona E	PE308	217
Bertoni G	OD006	47
	PE135	153
Bertoni L	PE192	174
Besuschio S	OR052	75
Betti L	PD028	88
	PE098	139

Autor	Resumen	Página
	PE099	140
Bettini D	PE103	141
Beveraggi P	PE303	214
	PE304	214
Beylis H	PE089	136
	PE090	136
Bianchi A	PE270	201
Biasoli SM	PE054	122
Bidondo MP	PD020	84
Biglia A	PD012	80
Biglia P	PE185	171
Biglione M	PE100	140
	PE115	145
Biondi ML	PE077	131
Biscayart C	PD034	91
Bispo C	PE118	147
Bissio E	PD032	90
Blanco A	OR010	55
Blanco Crivelli X	PD018	83
Blanco L	PE235	189
Blanco M	OR029	63
	PE033	115
Blatezky E	PE027	113
Blesa MJ	PE058	123
	PE229	187
Blugerman G	PD026	87
	PD027	88
	PE174	167
Blugerman GA	OR002	50
Bobatto A	OR008	52
	PE093	137
Bocanegra F	PE188	172
Bocassi A	PD023	86
	PE118	147
Boccardo J	PE022	110
	PE192	174
	PE193	174
	PE363	240
Boccia N	PD048	99
Bogdanovich E	PE266	200
Boggia B	OR008	52
	PE093	137
	PE116	146
Bologna R	OR010	55
	OR042	71
	OR051	75
	PE129	151
Bologna RO	PE070	128
Bolpe J	PE176	168
Bomparola C	PE261	198
Bonacalza C	PE286	207
Bonesi L	PE059	124
	PE060	124
Bonet V	PD030	90
Bonifacio AV	PE150	159
	PE186	171
Bonino MP	PD018	83
Bonofiglio L	PE168	165
Bonvehi P	OR017	58
	PE049	120
	PE180	169
	PE327	225
	OR047	73
	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE172	166
	PE323	223
	PE325	224
Borda ME	PE294	211
Bordato AL	PE070	128
Borgnia DA	PE226	186
Borra M	OR040	69
Bossio JC	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
	PE367	242
	PE368	242
Botas A	PE096	138
Bottaro E	PE101	140
Bottinelli L	PE171	166
Boubeta H	PE078	132
Boucau N	PE349	234
Bouza F	PE092	137
Bouzas MB	OR004	51
	OR045	72
	PE139	154
Bracamonte ME	PE032	114
Braida A	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Bravis López E	PE073	130
Bravo M	OR021	59
	PE037	116
	PE129	151
	PE202	177
	PE314	219
Brazza S	OD007	48
Briere E	OD001	46
Briggs J	PE188	172
Brignone J	OR040	69
	PE271	202
Brignone L	PE155	160
Brillante S	PE023	110
Brito R	PE094	138
	PE217	182
	PE352	236
Brizuela M	PE223	185
Bronstein C	PE085	134
Bronzi M	OR046	73
	OR048	74
	PD037	93
Bruggesser F	PE269	201
Bruni G	PE068	127
Bruni GM	PE199	176
Buceta B	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Bugallo Y	PE364	240
Bulfoni M	PE045	119
Burani V	PE041	118
	PE055	122
Burbano Perez S	OR043	71
Burgos D	PE364	240
Burgos M	PE064	126
	PE065	126
	PE066	127
	PE069	128
	PE081	133
	PE219	183
Buron M	PE009	105
C		
Cabaleiro L	PE134	152
	PE200	176
	PE291	210
	PE294	211
Cabello C	PE195	175
Cabeza M	PE020	109
Cabral C	PE358	238
Cabral G	PE285	207
Cabrera C	PE268	200
Cabrera E	PE170	165
Cabrini M	PD027	88
Caccavo J	PE237	189
Cacciari V	PD012	80
Caceres R	PE348	234
Caceres S	PE118	147
	PE167	164
Cadario E	OR039	69
	PE296	212
Caeiro J	OR048	74
	PE212	180
Caeiro JP	OD005	47
	OR036	66
	OR046	73
Caetano M	PE246	193
Caffarel E	PE021	109
Cafure ME	OD003	46
Cagnoni A	PE069	128
Cahn F	PE107	142
Cahn L	PD024	87
Cahn P	OD008	48
	OR001	50
	OR002	50
	OR004	51
	PD024	87
	PE087	135
	PE107	142
Cairnie A	PE338	229
Cairo F	PE108	143
	PE111	144
Calanni L	OD009	49
	PE005	103
	PE113	144
Calderon M	OD007	48
Calvar C	OR004	51
Calvo Zarlenga M	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Calza Y	PE315	219
Cambareri M	PD023	86
Camelli A	PE219	183
Camer F	PE140	154
Camerano C	OD009	49
	PE005	103
Camiansqui M	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Caminos J	PE305	215
Campana J	PE145	157
	PE146	157
	PE259	197
Campana V	PE204	178
	PE359	238
Campassi ML	PE147	157
Campero LM	PE039	117
Campestri R	PE309	217
Campi E	PE147	157
Campoverde C	PE131	151
	PE245	192
	PE293	211
Camusso G	PE181	170
	PE208	179
Canales F	PE247	193
Cancellara A	PE252	195
Cancellara AD	PE236	189
	PE239	190
Canciani J	PE311	218
Canda P	PE235	189
Candel M	PE345	232
Cando O	PD026	87
Cánepa C	PE100	140
	PE115	145
Cánepa M	OR043	71
Canet C	PE161	162
Cantarutti D	PD030	90
Canteros C	OR042	71

Autor	Resumen	Página
Canuto L	PE229	187
Cañas M	PE004	103
Cañete G	PE086	135
	PE103	141
Capece P	PE134	152
Capella I	PE114	145
Capello Gardenal MC	PE187	172
Capriolo N	PE358	238
Carabajal C	PE069	128
Caradonna F	OD010	49
Caratozzolo A	PE251	194
Carballo C	OR014	56
	OR015	57
	PE131	151
	PE245	192
	PE246	193
	PE248	193
	PE293	211
Carbonaro MI	PE230	187
Carbone E	OR003	51
	PE088	135
Cárdenas P	PE127	150
Cardinali PS	PE292	210
Cardone F	PE161	162
Cardone R	PE265	199
	PE267	200
Cardozo M	PE247	193
Cardozo N	OD008	48
Cardozo NF	PE089	136
Carella N	PD023	86
Carena A	OR047	73
	OR048	74
	PD004	77
	PD037	93
Carena AA	OD005	47
	OR046	73
Carnovale S	OR042	71
	PE339	229
Carol Rey M	PE148	158
Carral LA	PE039	117
	PE231	188
Carranza J	PE197	175
	PE299	213
Carreira C	OR043	71
Carreño N	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Carreras F	PE271	202
Carrio D	PD028	88
Carrion N	PE036	116
	PE037	116
	PE202	177
Carrizo H	PE049	120
Carrizo S	OR036	66
	PD021	84
	PE306	215
Carulla M	PE038	117
	PE043	118
Casal E	OR011	55
Casati D	PE259	197
Cascasi M	PE101	140
Casella R	PE235	189
Cashat M	PD032	90
Casiro A	PD012	80
Cassata A	PE265	199
	PE267	200
Castagnino J	OD010	49
Castagnola J	PE366	242
Castagnola MJ	PE001	102
Castellaro P	PE082	133
Castelli E	PD013	81
Castillo C	PE149	158
Castillo S	OR030	64
	PE295	211
	PE361	239
Castro F	PE227	186
Castro G	PE223	185
Castro S	PE043	118
Casullo M	PE317	221
Cattana ME	PE276	203
Cazap N	PE325	224
Cazes C	OR014	56
	PE131	151
	PE246	193
	PE248	193
	PE293	211
Cazzola ML	PE156	161
Cecchini D	PD011	80
	PE139	154
	PE154	160
Cedillo CA	PE070	128
	PE250	194
Ceinos MA	PE230	187
Ceinos MC	OR010	55
Ceirano C	PE350	235
Cejas C	OR015	57
Cejas D	PE042	118
Centellas F	OR025	62
Cepeda M	OD004	47
	PE243	192
	PE244	192
Cepeda MA	PD031	90
Cernigoi B	OR003	51
Cernigoi BE	PE292	210
Cerqueiro MC	PE249	194
	PE251	194
Cerutti C	PE045	119
Cesar C	OR001	50
	OR002	50
	PD024	87
	PE089	136
	PE090	136
	PE107	142
	PE308	217
Chacon N	PE118	147
Chaki S	PE092	137
Chalco S	PE350	235
Chamorro J	OD010	49
Chaparro G	OR012	55
	PE025	111
Chari A	PE264	199
Chattás A	PE345	232
Chaves M	OR046	73
	OR048	74
Chaves ML	PD037	93
Chavez N	PD047	98
Chediack V	PD023	86
	PE118	147
	PE167	164
Chersich G	PE022	110
Chevel L	PE211	180
Chevel Mejia J	PE327	225
	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE180	169
	PE325	224
Chianalino D	PD001	76
	PE004	103
	PE007	104
Chiani YT	PE286	207
Chiappa J	PD022	86
Chierichetti M	PE313	219
Chomyn J	PE118	147
Chuluyan JC	PD012	80
Chumbita M	PE206	178
	PE216	182
	PE221	184
	PE336	228
	PE365	240
Ciappina A	OR008	52
	PE093	137
	PE166	164
Ciavarelli I	PE308	217
Ciccaroni V	PE064	126
	PE065	126
	PE081	133
Cifre S	OR002	50
Cimbaro JP	PE315	219
Ciotti G	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Cipolla L	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
Ciriaci C	PE278	204
	PE313	219
Cisneros JC	PE213	181
	PE296	212
Cittadini R	PE177	168
Cittar C	PE129	151
Civitate M	PE118	147
Clara L	OD006	47
	OR023	60
	PD006	78
Cobos M	PE330	226
Cociglio R	PD030	90
Coduri V	PE162	163
	PE163	163
Coga V	PD002	76
Cogo Orellano F	PE064	126
	PE065	126
Cohen E	PE043	118
	PE177	168
	PE207	179
Colasanti S	PE204	178
Colecchia L	PE263	198
Collino C	PE136	153
Colodrero M	PE069	128
Colombi Martinez F	PE319	221
Colombo L	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Comas M	PE010	105
	PE335	228
Comas V	PE350	235
Conde F	PE339	229
Conesa A	PE241	191
Contreras E	PE131	151
	PE245	192
	PE293	211
Contreras L	PE028	113
Contreras R	PE206	178
	PE216	182
	PE221	184
	PE336	228
	PE365	240
Contrini MM	OR014	56
	OR015	57
	PE245	192
	PE293	211
Contte M	PE284	206
Corazza M	PE073	130
Corbaz S	PE278	204
Corbella S	PD002	76
	PE203	177
Cordich A	PE013	106

Autor	Resumen	Página
	PE346	233
Cordido I	PE235	189
Córdoba L	PE045	119
Cordova E	PE277	204
	OR033	65
	PE127	150
Córdova EC	PE318	221
Corigliano C	PE030	113
Corigliano MC	PD015	82
Corio C	OR030	64
Cormick M	PE069	128
Cornet L	PE053	122
	PE281	205
Cornet ML	PE083	133
Cornistein W	OR034	66
	PD006	78
	PE357	238
Coronel A	PE255	196
Corral G	OR008	52
	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE093	137
	PE341	230
	PE347	233
Correa J	PE292	210
Correa S	PD006	78
	PE061	124
Corsiglia M	PD007	78
	PE359	238
Corso A	OR046	73
	OR048	74
	PD004	77
	PD006	78
	PD037	93
	PE016	107
	PE029	113
Cortazar M	PE033	115
Cortazar MM	PE031	114
	PE224	185
Cortés Rodriguez CT	PE120	147
Cortez E	PE118	147
	PE167	164
Corti M	PE068	127
	PE076	131
	PE109	143
	PE112	144
Cortiana C	OD003	46
Costa L	OD010	49
Costantini P	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Costanzi J	PE067	127
	PE146	157
	PE147	157
Costanzo M	PE073	130
Costanzo N	PD012	80
	PE203	177
	PE215	181
Costas ME	PE247	193
Cotella J	PE273	202
Cox Fernandez WE	PE362	239
Cox W	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
Cozzani J	OD003	46
Cremona A	PE156	161
Cremona AR	PE307	217
Cresci M	PE176	168
Crespo A	OD006	47
Crivelli A	OR039	69
	PE151	159
Crivelli AJ	PE048	120
	PE102	141
Crucet S	PE335	228
Cubile M	PE170	165
Cucchetti A	PE143	156
	PE157	161
	PE158	161
Cuchetti C	PE288	208
Cudmani M	OR013	56
	PE015	107
	PE016	107
	PE238	190
Cudmani N	OR013	56
	PE015	107
	PE016	107
	PE238	190
Cudós C	PE297	212
Cudós MC	OD007	48
	PE289	208
Cuellar S	PE319	221
Cuello A	OD009	49
	PE005	103
Cuini R	PD012	80
Cuitiño M	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE160	162
	PE259	197
Culaciatti A	PE160	162
Cunto E	PD023	86
	PE118	147
	PE167	164
Cusmano L	PD049	99
	PE133	152
	PE183	171
	PE201	177
	PE282	205
	PE283	206
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
Cutraro FS	PE006	104
	PE077	131

D

Autor	Resumen	Página
D´aurizio M	PE071	129
	PE151	159
D´Aurizio MF	PE048	120
D'Alessandro D	PE101	140
Daciuk L	PD046	98
	PE134	152
	PE200	176
	PE285	207
	PE291	210
	PE294	211
Daddiego M	PE160	162
Dagnino G	OD004	47
	PE243	192
	PE244	192
Dal Verme A	PE264	199
	PE311	218
Dalman M	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Damico A	PE288	208
Daneri J	PE241	191
Dangiolo G	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
Dapas JI	PE188	172
Dardik D	PE129	151
Daud CR	PE277	204
D'Aurizio M	PD026	87
Davaro M	PE096	138
David R	PE187	172
Davila R	PE155	160
De Aguilar L	PE205	178
	PE207	179
De Bernardi M	PE101	140
	PE237	189
De Bortoli N	PE345	232
De Cristofano A	OR023	60
De Grazia N	PE296	212
de Gregorio S	OR037	67
	PD051	100
	PE062	125
	PE177	168
de la Parra G	PD016	82
	PE009	105
	PE073	130
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
De La Rosa MA	PE360	239
de la Vega M	PE318	221
de Larrañaga G	OD010	49
	PE055	122
De Los Rios AYE	PE216	182
	PE221	184
De Paulis A	PE308	217
de Paz Sierra M	OR023	60
De Rosa J	PE067	127
	PE145	157
de Souza M	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
De Stefano Parma M	OR007	52
de Vedia L	OD006	47
	PE213	181
	PE296	212
de Wouters L	PE152	159
	PE198	176
de Wouters LM	PE209	179
Decca L	OR036	66
Decima M	OD009	49
	PE005	103
Degiovanni G	PE058	123
Degiovanni GE	PE229	187
del Castillo M	PD047	98
	PE177	168
Del Grosso R	PE023	110
del Rio F	PE018	108
	PE204	178
Del Valle E	OR027	63
Deladoey A	PE155	160
Delaplace L	PE369	243
Delgado G	OR013	56
	PE015	107
	PE016	107
	PE238	190
Delgado M	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Dell'Isola E	OR001	50
Della Bianca G	PE003	102
Dellarupe A	PE231	188
Dematteis V	PE259	197
Deodato B	OR045	72
	PE292	210
Deschiave C	PE313	219
Desse J	PE184	171
Devoto SV	PD034	91
Di Bartolomeo S	PD015	82
	PE030	114
Di Bella A	PE030	114

Autor	Resumen	Página
	PE035	116
Di Carlo JC	PE137	153
Di Diego A	PE235	189
Di Gerónimo V	OR029	63
Di Giorgio F	PE023	110
Di Giovanni D	PE246	193
Di Rado MJ	PE277	204
Di Virgilio E	PE213	181
Diaz G	PE309	217
Díaz MA	PE120	147
Diaz N	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
Diaz NA	PE362	239
Díaz R	PD030	90
Diaz Romero E	PE295	211
Diaz S	PE218	183
	PE220	183
	PE337	228
	PE359	238
Díaz S	PD007	78
Dictar M	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Diez A	PE036	116
	PE037	116
Dinerstein E	PE173	166
Dodds E	PE197	175
Dominguez C	PD023	86
	PE118	147
	PE167	164
Dominguez V	PE305	215
Donaire S	PE358	238
Dondoglio P	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Doña B	PE193	174
	PE194	174
Dorado A	PE279	204
Drexler E	PE317	221
Duarte P	OR049	74
	PD039	94
	PD041	94
	PE325	224
Ducatenzeiler L	PE014	107
	PE328	225
Dudiuk C	OR028	63
	PD003	76
Dupont J	PD041	94
Duran A	PD028	88
Duran M	PE172	166
Duran V	PE180	169
Durán Y	OR004	51
Durlach R	PE353	236
	PE354	236
Durlach RA	PE039	117
	PE231	188
Dzuryk Albornoz MA	PE321	222

E

Autor	Resumen	Página
Eceizabarrena MI	PE259	197
Echaide M	OR008	52
	PE093	137
	PE116	146
Echavarría G	PE308	217
Echavarría M	PD041	94
Echave C	PE252	195
Echave CI	PE236	189
	PE239	190
Echazarreta S	PE299	213
Echazarreta SE	PE006	104
	PE077	131
	PE117	146
	PE119	147
	PE120	147
	PE142	156
	PE182	170
	PE199	176
	PE275	203
	PE292	210
	PE301	213
Edat L	PD009	79
	PE161	162
Efron E	OR047	73
Efrón ED	OR018	58
	PE322	222
	PE324	223
Elias CM	PE141	155
Ellero L	PD046	98
Elorza E	OR029	63
Elorza V	OR029	63
	PE017	108
	PE033	115
	PE175	167
Enjamio F	OR007	52
Enría DA	PD020	84
Enzenhofer MI	PE117	146
	PE119	147
Epelbaum C	OR042	71
	PE339	229
Epszteyn S	PD005	77
Erbin M	OR022	60
	PE151	159
	PE174	167
Ernst G	PE322	222
	PE324	223
Errea S	PE101	140
Errecalde L	PE048	120
	PE151	159
Escarra F	OR051	75
	OR010	55
Escobar E	OD009	49
	PE005	103
España Cueto S	PE149	158
Espinel D	OR047	73
	PE324	223
Espinola L	PE010	105
Espínola L	PE335	228
Espinosa F	PE028	113
Esposto S	PE131	151
	PE245	192
	PE246	193
Esteve L	PD006	78
Estévez S	PE246	193
Estrada LM	OR041	70
Estrada T	PE087	135
Etchegoyen C	PE073	130
Etcheverry M	PE264	199
Eusebio M	OR047	73
Eusebio MJ	PE322	222
Ezcurra C	OR026	62
	PE024	111
Ezcurra G	PE058	123
	PE229	187
Ezcurra M	PD049	99
Ezcurra MC	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239

F

Autor	Resumen	Página
Fabbri CM	PD020	84
Fabbro L	OR034	66
	PE357	238
Facal J	PE021	109
Faccone D	PD037	93
	PE016	107
Faggi C	PE045	119
Falco A	OD009	49
	PE005	103
Falcone C	PE133	152
	PE183	171
	PE283	206
	PE299	213
Falcone CC	PE142	156
Famiglietti A	OR037	67
	PD051	100
	PE062	125
	PE177	168
Famiglietti AMR	PE053	122
	PE196	175
Fantoni N	PE143	156
Fantoni NS	PE157	161
	PE158	161
Farace G	PE277	204
Farace MI	PD013	81
Faraone L	PE101	140
Farias L	PE281	205
Farias S	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Farina J	PD049	99
	PE079	132
	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
Fauda B	PE067	127
	PE146	157
	PE147	157
Faundez L	PE092	137
Favier P	OR039	69
	PE149	158
	PE174	167
	PE260	197
Fay F	PE139	154
Fedullo AN	PE230	187
Feijoo-Cid M	OR001	50
	PD024	87
	PE089	136
	PE090	136
Feler MF	PE240	191
Fernandez A	PD046	98
	PE128	150
Fernández Canigia L	PE042	118
	PE159	162
	PE225	185
	PE312	218
Fernandez G	PE296	212
Fernández Gianotti T	PE263	198
Fernandez Giuliano S	PE139	154
Fernandez HR	OR024	61
Fernandez J	PE022	110
	PE118	147
	PE193	174
	PE363	240
Fernandez L	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE341	230
	PE347	233
Fernandez Lausi A	PE030	114
	PE035	116
	PE349	234
	PE351	235
Fernandez Lugo S	PE148	158
Fernandez Lugo SV	PE276	203
Fernandez M	PE077	131
Fernández M	OR047	73

Autor	Resumen	Página
Fernandez N	OR013	56
	PE238	190
	PE281	205
Fernandez Oses P	PD014	81
	PD050	100
	PE295	211
	PE361	239
Fernandez R	PD013	81
Fernandez V	PE326	224
Ferocci M	PD020	84
Ferolla FM	PE248	193
Ferolla M	OR014	56
Ferrari S	PE022	110
	PE194	174
	PE363	240
Ferreira M	OR040	69
	PE136	153
Ferreiro E	PE073	130
Ferrer F	PE204	178
Ferrer MF	PE222	184
Ferreyra F	PE183	171
Ferriccioni M	PE262	198
	PE343	231
Ferro MV	PE138	154
	PE141	155
	PE298	212
Ferrucci G	PE085	134
Fidalgo M	PE013	106
	PE346	233
Figueras L	PE241	191
Figueredo G	PE263	198
Figueroa M	OR007	52
Figueroa S	PE038	117
Figueroa V	PE219	183
Figurelli S	OR004	51
Fink V	OR004	51
	PE087	135
	PE089	136
	PE090	136
Fiore D	PD024	87
Fiori M	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Fiorili G	PE223	185
Firpo V	OR013	56
Fleitas U	PE369	243
Flores AE	PE177	168
Flores S	PE015	107
Florio D	PE078	132
Flynn L	PE057	123
	PE190	173
	PE331	226
Foccoli M	OR037	67
	PD051	100
	PE177	168
Fojo E	OD008	48
	PE089	136
	PE095	138
Fonio S	PE016	107
Fonseca M	PE054	122
Fontana L	PD023	86
	PE118	147
Fontenla P	PE263	198
Foressi M	PE176	168
Fornasari L	PE277	204
Fosati S	OD003	46
Fossati P	PE282	205
Fox B	PE159	162
	PE225	185
	PE312	218
Franchi A	PE205	178
	PE207	179
Franco K	OR009	54
Franco M	PE031	114
Franco PL	PE179	169
Franco Y	PE321	222
Francos JL	PE108	143
	PE109	143
	PE110	143
	PE111	144
Franze O	PE167	164
Frecha C	OR023	60
Fredes Godoy MF	PE155	160
Freire C	OR015	57
Freire V	PE349	234
	PE351	235
Freuler C	OR026	62
	PE039	117
	PE231	188
Freyre H	PE218	183
	PE220	183
	PE337	228
Frías A	OD010	49
Frias Castillo S	PE272	202
Frias R	PE170	165
Fridman D	OD002	46
Fridman V	PE083	133
Frola C	OD008	48
	OR004	51
	PE020	109
	PE311	218
Frola CE	PE165	164
Frola S	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Fullana M	PE365	240
Funes M	PE160	162
Funes P	PE054	122
Furnari R	PE188	172
Fusco S	PE286	207

G

Autor	Resumen	Página
Gagliardi M	PE119	147
	PE180	169
Gaiser R	PE113	144
Galateo SN	PD018	83
Galdeano E	PE192	174
Galia C	PE169	165
Galiá C	PE350	235
Galizia Brito V	PE361	239
Gallo Muñoz J	OR038	67
	OR044	71
Gallo Vaulet L	PE079	132
	PE314	219
	PE266	200
Gálvez M	OD006	47
Gamarra MS	OR028	63
Gamarra S	OR027	63
	OR036	66
	PD003	76
	PE020	109
Gambandé T	PE045	119
Gambardella M	PE160	162
Gambino P	OD006	47
Ganaha MC	PE137	153
Gancedo E	PE080	132
Gantner ER	PE070	128
Gañete M	OD006	47
	PE173	166
Garbasz C	PE345	232
Garbiso M	PE033	115
Garce S	OR021	59
Garcia Allende N	PE312	218
	OR026	62
Garcia Campos F	OR041	70
Garcia D	PE079	132
Garcia Damiano C	OR048	74
Garcia Damiano M	OR046	73
Garcia Damiano MC	PD037	93
García Erro M	OR015	57
García EV	PE250	194
Garcia F	PD036	92
	PE235	189
Garcia G	PE082	133
Garcia I	PE262	198
Garcia J	PE030	114
	PE061	124
Garcia JL	PE292	210
	PE301	213
	PE006	104
	PE077	131
	PE117	146
	PE119	147
	PE120	147
	PE142	156
	PE182	170
	PE199	176
	PE275	203
Garcia M	PE208	179
Garcia Marquez J	PE313	219
García MC	OR012	55
	PE025	111
Garcia ME	OR051	75
García Messina O	OR003	51
Garcia MK	PE125	149
	PE242	191
Garcia MN	PD022	86
Garcia N	PD009	79
	PE161	162
	PE184	171
Garcia Olveira L	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Garcia R	OD004	47
	PD031	90
	PE244	192
Garcia RC	PE243	192
Garcia Rubio C	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE160	162
	PE259	197
García S	PE177	168
	PE278	204
García SD	PE053	122
Garcia-Effron G	OR027	63
	OR028	63
	OR036	66
	PD003	76
	PE020	109
Garnica P	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Garrido P	PE251	194
Garro SL	PE119	147
	PE301	213
Gastaldi A	PE218	183
	PE220	183
	PE300	213
	PE337	228
Gatti L	PE218	183
Gatti Oddo C	PE001	102
	PE366	242
Gauna G	PE002	102
Gear O	PE268	200
Gentile F	OD003	46
Gentile J	PE269	201
	PE271	202
Gentiluomo J	PE361	239
Gerez A	PE074	130

Autor	Resumen	Página
	PE114	145
Ghibaudi G	OR051	75
Ghietto L	PE217	182
	PE352	236
Ghisolfi C	PE059	124
Giammaria M	PE145	157
	PE259	197
Giamperetti S	OR045	72
	PE260	197
	PE292	210
Gianello M	PE204	178
Giardinieri M	PE351	235
Gieco A	PE064	126
	PE065	126
	PE081	133
Giglio N	OD002	46
Gil Zbinden F	PE118	147
Giletto G	PE287	208
Gili JA	PE367	242
	PE368	242
Gill D	PE191	173
	PE210	180
Gimenez A	OR009	54
Gimenez FM	PE058	123
Giomi C	PE080	132
Giomi CV	PE142	156
	PE292	210
Giordano G	PE212	180
Giordano Lerena R	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE341	230
	PE347	233
Giordano P	PE351	235
Giordano S	PD047	98
	PE369	243
Giorgio P	OR018	58
	PE322	222
	PE324	223
Giovacchini C	OD007	48
Giovanakis M	OR046	73
	OR048	74
	PD037	93
	PE322	222
Gismondi M	PE174	167
Giusano G	OR027	63
Giussiano G	PE302	214
Gladel A	PE343	231
Glasman P	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Godoy DA	PE156	161
Godoy E	PE029	113
	PE063	126
	PE078	132
	PE144	156
	PE255	196
	PE256	196
	PE257	196
	PE340	230
Golikow M	PE134	152
	PE291	210
	PE294	211
Gomez A	PE139	154
	PE218	183
	PE220	183
	PE297	212
	PE337	228
	PE026	111
	PE300	213
Gomez G	PE067	127
Gomez N	OR033	65
	PD011	80
Gomez RA	PE182	170
Gomez S	OR042	71
	OR051	75
	PE253	195
	PE339	229
Gomez Y	OD008	48
Goncalves C	PE131	151
	PE245	192
	PE293	211
Gonzale Ibañez M	OR048	74
González Ayala S	PE176	168
	PE179	169
Gonzalez Ayala SE	PE125	149
	PE242	191
	PD033	91
González D	PE136	153
	PE280	205
Gonzalez F	OR004	51
	OR016	57
	OR045	72
Gonzalez G	OR013	56
	PD020	84
	PE015	107
	PE016	107
	PE238	190
	PE299	213
Gonzalez GD	PE119	147
González I	PE257	196
González Ibáñez M	OR046	73
González Ibáñez ML	OD005	47
Gonzalez L	OR013	56
	PE118	147
	PE167	164
Gonzalez M	OD002	46
Gonzalez N	PE248	193
Gonzalez RO	PE230	187
Gonzalez S	PD035	91
	PE268	200
González SE	PE339	229
González SO	PE070	128
	PE226	186
	PE230	187
Gordovil M	PE152	159
	PE198	176
	PE209	179
Gos ML	PE039	117
	PE231	188
Govedic F	PD021	84
	PE214	181
	PE306	215
Gozalez G	PE301	213
Grané R	PE329	225
Grasso S	PE321	222
Greco G	OR038	67
	OR044	71
	OR046	73
	OR048	74
	PD037	93
	PE014	107
Greco M	PE176	168
Gregori Sabelli R	PE118	147
	PE167	164
Gregorini E	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Gregorio G	PE349	234
	PE351	235
Gremes Cordero MR	PE225	185
Grijalva Hinojos A	PE266	200
Grili V	OR023	60
Grobaporto M	PE248	193
Groisman B	PD020	84
Grupo C/T	PD004	77
Grupo de Trabajo RNL	OR019	58
Grupo EGB	PE168	165
Guaragna G	PD012	80
Guarino Barrutia A	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Guaymas L	PE350	235
Guaymas LA	OR041	70
Guelfand L	PE020	109
	PE165	164
	PE311	218
Guerreiro Martins M	PE064	126
	PE065	126
Guerriero L	OR029	63
	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE017	108
	PE033	115
	PE175	167
	PE341	230
	PE347	233
Guerrini G	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Guevara Nuñez D	PE308	217
Guillaux MT	OR025	62
Guitter M	OR051	75
	PE339	229
Gun A	OD008	48
	PE107	142
Gutierrez F	PE259	197
Gutierrez S	OR025	62
Gutkind G	PE042	118
Gutson D	PD022	86
Guzman A	PE066	127
	PE069	128
Guzman G	PD012	80
H		
Haidar A	OD003	46
Harispe E	PE310	218
	PE320	222
Harispe ME	PD006	78
Heer ML	PE313	219
Heine A	PE324	223
Hernández C	PE253	195
	PE269	201
Hernandez G	PE225	185
Herrera C	PE263	198
Herrera F	OR017	58
	OR046	73
	OR047	73
	OR048	74
	OR049	74
	PD004	77
	PD037	93
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE172	166
	PE180	169
	PE323	223
	PE325	224
	PE327	225
Herrera FA	OD005	47
Herrera J	PE355	237
	PE362	239
Herrera MP	OR041	70
Herrero P	OD006	47
Highton ES	PE250	194
Hinojal F	OR032	65
Hoffer A	PE144	156
Hojman M	PE029	113

Autor	Resumen	Página
	PE063	126
	PE144	156
	PE155	160
	PE227	186
	PE256	196
	PE257	196
	PE340	230
Horna Zavaleta A	PE350	235
Hoyos CL	PE032	114
Hualde M	OR008	52
	PE093	137
	PE116	146
Huertas A	PE089	136
	PE090	136
Hug S	PE137	153
I		
Iachini R	PE052	121
Iacono M	PE348	234
Iannantuono MV	PE029	113
	PE063	126
	PE144	156
	PE256	196
	PE257	196
	PE340	230
Icely P	OR036	66
Iglesias AJ	PE137	153
Iglesias C	OD005	47
Iglesias M	PE017	108
	PE175	167
Iglesias P	PD046	98
Imaz MS	PD017	82
Inda L	PE338	229
Insaurralde J	PE081	133
Iovannitti C	PE281	205
Iovannitti CA	PE034	115
Iriart J	OR008	52
	PE093	137
	PE166	164
Iribarren A	PD014	81
	PE295	211
Iribarren G	PE345	232
Irós H	OR029	63
Irurtia C	PE030	114
Irurtia MC	PD015	82
Irurzun I	PE100	140
Isasmendi AD	PE250	194
Islas MF	PE117	146
Izquierdo E	PE013	106
	PE346	233
J		
Jacob N	PE302	214
Jacob P	PE286	207
Jacobo M	PE134	152
	PE200	176
	PE291	210
	PE294	211
Jaen A	PE149	158
Jaume M	OR022	60
	PD026	87
Jauregui D	PE278	204
Jayat G	PE170	165
Jofre M	PE192	174
Jordan L	PE154	160
Jordan R	OR046	73
	OD005	47
	OR018	58
	OR047	73
	OR048	74
	PE322	222
	PE324	223
Jorge M	PD038	93
Joskowicz A	PE064	126
	PE065	126
	PE069	128
	PE081	133
Juarez L	PD014	81
Juárez M	PE115	145
Juarez MV	OD001	46
	PD034	91
Juárez XS	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Judzon F	OR001	50
Jure H	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
	PE367	242
	PE368	242
K		
Kalriar H	OR041	70
Kaneshiro V	PE088	135
Katz N	PD034	91
Kaufer FJ	PE039	117
	PE231	188
Kaufman S	OR022	60
	PE048	120
	PE151	159
	PE174	167
	PE344	232
Keller L	OR029	63
	PE017	108
	PE033	115
	PE175	167
Khoury M	PE322	222
	PE324	223
Kidd E	PE134	152
	PE200	176
	PE291	210
	PE294	211
Kielmanovich M	PE064	126
	PE065	126
	PE069	128
	PE081	133
Klotz S	PE342	231
Kogan S	PE171	166
Kon C	PE074	130
	PE114	145
Kovacec V	PE168	165
Kozubsky LE	PE247	193
Krause N	PD011	80
Kremer G	PE310	218
	PE320	222
	PE357	238
Kuljis G	PD009	79
	PE161	162
	PE261	198
Kumar L	PD006	78
Kundro M	PE075	131
	PE132	152
Kundro MA	OR005	51
	PE130	151
Kunst A	PE044	119
	PE189	173
	PE205	178
	PE207	179
Kupervaser J	OD003	46
Kurtzbart R	PE010	105
Kusznierz G	PD030	90
L		
Labarta N	PE040	117
	PE041	118
	PE055	122
Laborde A	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Lacal Ridilenir V	PE013	106
Lacal V	PD008	79
	PE346	233
Lachat A	PE086	135
Lado M	PE074	130
	PE114	145
Lagos Lamas MC	PE143	156
	PE157	161
	PE158	161
Laham G	PD048	99
Lahitte M	PE057	123
	PE190	173
	PE331	226
Lambert S	PE010	105
	PE335	228
Lamonica C	OR043	71
Landa M	PE217	182
Landaburu F	PE296	212
Landolt NY	PE286	207
Languasco A	PD038	93
Laplumé D	PD046	98
	PE134	152
Lara C	OR019	58
	OR039	69
	PE062	125
Lares M	PD016	82
	PE333	227
Lares MB	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
Larini S	PD007	78
	PE359	238
Larrea D	PE001	102
	PE366	242
Larrea MJ	PE256	196
Latini C	PE199	176
Lattour N	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Laufer N	PD025	87
	PD029	89
	PE097	139
Lauge B	PE258	197
Laurenza M	PE353	236
	PE354	236
Lavagnino C	PE069	128
Lavallen S	PD031	90
Ledesma M	PE214	181
Lee KM	PE294	211
Legaria C	PE196	175
Legaria MC	PE053	122
Leguizamon J	OR009	54
Leguizamon M	PE140	154
Leon D	PE061	124
Leonardelli F	OR027	63
Lerda M	PE300	213
Lerman Tenenbaum D	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Lescano ML	PE148	158
	PE276	203
Lespada M	OR033	65
Lespada MI	PE318	221
Levalle J	PE345	232
Levis S	OR040	69
Levy B	PE191	173
	PE210	180
Levy Hara G	PE008	105
Leyva-Moral JM	PE089	136
	PE090	136
Lezcano S	PE315	219
Liascovich R	PD020	84
Limansky A	PD007	78
	PE057	123
	PE359	238
Lindsay BR	PD032	90
Lingua B	PE146	157

Autor	Resumen	Página
Lipari F	PE212	180
Lipovetsky F	PE164	163
	PE169	165
Lisa A	PE052	121
Lisarrague S	PE269	201
Lista N	PE213	181
Litrenta M	PE179	169
Litterio MR	PE253	195
Littvik A	PE153	160
Lizarraga B	OR029	63
	PE175	167
Llanos Ibarra K	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Lloveras S	OR045	72
	PE197	175
	PE299	213
Lodigiani ML	PE321	222
Logwiniuk C	PE016	107
Loizaga G	OD004	47
	PD031	90
	PE244	192
Loizaga MG	PE243	192
Lopardo G	OD002	46
	OD006	47
Lopardo H	PE168	165
Lopez A	PE360	239
	PE134	152
	PE291	210
	PE294	211
Lopez Albizu C	PE077	131
	PE129	151
	PE258	197
Lopez Cordoba B	OD001	46
Lopez Daneri G	PE281	205
	PE034	115
López E	OR014	56
	OR015	57
	PE131	151
Lopez EL	PE248	193
	PE245	192
	PE246	193
	PE293	211
Lopez Furst MJ	OD006	47
	PE296	212
Lopez G	PE153	160
	PE268	200
	PD035	91
Lopez L	PE277	204
Lopez M	PD017	82
	PE021	109
	PE192	174
Lopez Moral L	PD011	80
	PE178	169
	PE302	214
Lopez P	PE313	219
Lopez R	PE148	158
Lopez RC	PE276	203
López Yúnes M	PD034	91
Lopresti R	PE061	124
Lorenz R	PD017	82
Lorini L	PD001	76
	PE007	104
Losada C	OR050	74
	PE334	227
Losinno JF	PE307	217
Losso M	PE075	131
	PE132	152
Losso MH	OR005	51
	PE130	151
Lovigne MA	PD006	78
Lovrics C	OR015	57
	PE131	151
Lozano C	PE263	198
Lozano JP	PE157	161
	PE158	161
Lucas M	OD008	48
	OR001	50
Lucero C	PE144	156
Luciano MI	PE045	119
Lucion MF	OD001	46
Luck M	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Ludueña M	PE024	111
Ludvik H	OR022	60
	OR039	69
Lujan J	PE193	174
	PE194	174
Luna M	PE238	190
Luppo V	PE240	191
Luppo VC	PD020	84
Luque A	PE054	122
Luque ML	PD023	86
Lux AV	PE031	114

M

Autor	Resumen	Página
Macagno L	PE220	183
Macchi AM	PD006	78
Macchiavello A	PE171	166
Macedo D	OR027	63
Machado P	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Machain M	PE145	157
Machuca P	PE197	175
	PE299	213
Madariaga M	OR039	69
Magariños F	PE046	119
Magdaleno A	PE030	114
Magdaleno MA	PD015	82
Magenta M	PD048	99
Magistrello PN	PE247	193
Mahan M	PE342	231
Mahia M	PD014	81
Maidanik A	PE069	128
Mainetti P	PE154	160
Maiola R	PE305	215
Maiolo E	PE068	127
Malacalza J	PE319	221
Maldonado I	PE225	185
	PE312	218
Maldonado ML	PE253	195
Mallaviabarrena P	PE147	157
Mamanna L	OR004	51
	OR045	72
	PE139	154
Mammoliti G	PE118	147
Manavella F	PE026	111
	PE290	210
	PE300	213
Manco A	PE303	214
	PE304	214
Mangano A	OR003	51
Mangano AN	PE070	128
Manse A	PE364	240
Manuele MP	PE275	203
Manzur A	OD009	49
	PE005	103
	PE022	110
	PE192	174
	PE194	174
Mañez N	OR052	75
	PE326	224
Marachlian L	PE098	139
	PE099	140
Maranzana A	PE268	200
Marchetti P	PD008	79
	PE013	106
Marchiaro P	PD007	78
	PE057	123
	PE359	238
Marciano S	OR020	59
Marciante M	PE271	202
Marciel M	PE103	141
Marcó del Pont M	OR014	56
Marco JD	PE032	114
Marcón L	PE278	204
Maresca J	PE047	120
	PE202	177
Margan M	PE264	199
Margari A	OR021	59
	PE037	116
	PE047	120
	PE129	151
	PE202	177
Margenet LE	PE229	187
Marin G	PE345	232
Marin J	PE164	163
	PE169	165
Marino M	PD021	84
	PE214	181
	PE306	215
Marona E	PE068	127
Marquez G	PD017	82
Márquez MF	PE002	102
Martin C	PE096	138
Martin G	PE259	197
Martin Y	PE062	125
Martin YS	PE083	133
Martinelli S	PD007	78
	PE359	238
Martinez A	OR017	58
	PD025	87
	PD029	89
Martinez Burkett A	PE251	194
Martinez C	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
Martinez G	OR037	67
Martinez GE	PE196	175
	PE083	133
Martinez J	OD006	47
Martínez JV	OR018	58
	PE322	222
	PE324	223
Martinez M	OR043	71
Martinez MS	PE198	176
	PE209	179
	PE152	159
Martinez N	PE004	103
Martinez Sagasta C	OR011	55
Martinich C	PE286	207
Marucco A	PE046	119
	PE237	189
Masciarelli P	PE321	222
Masi P	PE240	191
Masini D	PE076	131
	PE112	144
Maspoli D	PE259	197
Mastroiani A	PE223	185
Mastroianni A	OR010	55
	OR051	75
Mastroianni AL	PE250	194
Matera F	PE078	132
Materia A	PE085	134
Matteo MJ	PE199	176
Mattiello V	PE061	124

Autor	Resumen	Página
Matus B	PE216	182
	PE365	240
Maulen P	PE074	130
	PE114	145
Maurich S	PE315	219
Maurino J	PE191	173
	PE210	180
Maurizi D	OD009	49
	PE005	103
Maydana M	PE125	149
	PE242	191
Mayer Wolf M	OR026	62
Mecikovsky DE	PE070	128
Medin M	PE251	194
Medina A	PE227	186
Medina M	PE184	171
Medina N	PE110	143
	PE111	144
Medranda A	PE131	151
	PE245	192
	PE293	211
Melendez N	PE085	134
Melgin S	PE204	178
Melito G	PD002	76
	PE228	187
Mendez C	PE319	221
Mendez N	PE080	132
Menendez G	PE271	202
Mensa F	PE121	148
	PE126	150
Merino L	OD004	47
	PD031	90
Meritello M	PE022	110
Merkt M	OR030	64
	PE060	124
	PE295	211
	PE361	239
Messina F	PE120	147
	PE296	212
Messina MT	PE039	117
	PE231	188
Messina OD	PE318	221
Metta H	PE076	131
	PE112	144
Michaan M	PE143	156
Michaan MG	PE157	161
	PE158	161
Micone P	OD002	46
	OR003	51
Migazzi C	PE106	142
	PE272	202
Miglioranza C	OR008	52
	PE093	137
	PE116	146
Mijalovsky D	PE199	176
Mikulic IM	PE095	138
Minatti W	PE188	172
Mingrone H	OR003	51
Minguez A	PE094	138
	PE217	182
	PE352	236
Minotti F	PE040	117
	PE055	122
Miño L	OR041	70
Miramont C	PE343	231
Miranda C	PE092	137
	PE170	165
Mirazo S	PD030	90
Miro MS	OR036	66
Mistchenko A	OR015	57
	PE246	193
Molfese V	PD028	88
Molina A	PE069	128
Molina F	PD030	90
Molina L	PE085	134
Molina M	PE271	202
Molinari C	PE043	118
	PE189	173
Mollerach M	PE168	165
Moltrasio M	PE014	107
Mónaco A	PE236	189
	PE239	190
	PE252	195
Monge RL	PE322	222
Moniño A	PE069	128
Monroig J	PE197	175
	PE299	213
Monsanto HA	PD032	90
Monserrat V	PD023	86
Montanaro S	PE160	162
Montaña S	PE361	239
Montenegro B	OR041	70
Montenegro G	PD015	82
	PE030	114
	PE035	116
Montero L	PE319	221
Montero M	PE345	232
Montes G	PE313	219
Montes JL	PD032	90
Montes P	PE073	130
Montibello S	PE344	232
Montone MS	PE029	113
Monzani V	PE082	133
Mora CA	PD047	98
Mora L	PE211	180
Morales A	PE170	165
	PE309	217
Morales C	PE092	137
Morales JC	PE125	149
	PE242	191
Morales Lopez S	OR028	63
Morales MA	OD007	48
	PD020	84
	PE240	191
	PE289	208
	PE297	212
Morales O	OR025	62
Morales P	PD050	100
Morales-López S	PD003	76
Morante M	PE043	118
Mordini N	PD019	83
Moré G	PE039	117
	PE231	188
Moreno K	PE109	143
Moreno Macias LG	OR005	51
Moreno S	PE185	171
	PE270	201
	PE280	205
Morera G	PE026	111
	PE218	183
	PE220	183
	PE337	228
Morganti L	PE127	150
	PE277	204
Morganti LM	PE318	221
Morichelli M	PE155	160
Moriña D	PE089	136
Moroni S	PE248	193
Morúa SA	PE303	214
	PE304	214
Morvay L	PD031	90
	PE244	192
Morvay LC	PE031	114
	PE224	185
Moscatelli G	PE248	193
Moses R	PE232	188
	PE233	188
Moya Alvarez A	PE032	114
Moya L	PE309	217
	PE317	221
Moyano M	PD028	88
Mucci S	PE035	116
Mugica MT	PE296	212
Mugna V	OD007	48
	PE289	208
	PE297	212
Mujica L	PE059	124
Mujica MT	PE034	115
Murilla M	PE235	189
Musante R	PE171	166
Musella RM	OD010	49
Mussini SO	PE250	194
Mykietiuk A	OD006	47
	OR012	55
	PE025	111
N		
Nacinovich F	PD006	78
	PD014	81
	PD050	100
	PE295	211
	PE361	239
Nadal P	PE088	135
Nahuelan A	PE094	138
	PE217	182
	PE352	236
Naizzir Olave MC	PE109	143
Nan M	PE098	139
	PE099	140
Nannini E	PE057	123
	PE190	173
	PE222	184
	PE331	226
Nano M	PE118	147
	PE167	164
	PE305	215
Nassif JC	OR003	51
Nastro M	OR037	67
	PE044	119
Navarini R	PE140	154
Navia D	PD014	81
Necchi P	PD008	79
	PE013	106
Negroni R	PE296	212
Nemirovsky C	OD006	47
	OR020	59
	OR044	71
Nenna A	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Netri G	PE235	189
Neyro S	PD034	91
	PE249	194
	PE251	194
Nicita D	PE076	131
	PE112	144
Nicola F	PE172	166
	PE323	223
Nieto C	PE258	197
Nievas J	PD040	94
Nilva G	PD019	83
Nogueras M	OD010	49
	PE018	108
Nogueras MG	PE150	159
	PE186	171
Nosti C	PE256	196
	PE257	196
Novau A	OR034	66
	PE310	218
	PE320	222
	PE357	238
Nuccetelli Y	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220

Autor	Resumen	Página
	PE333	227
Nuñez J	PD008	79
	PE178	169
	PE346	233
Nuñez M	PE348	234
Nuñez MJ	PE013	106
Nuñez P	PE064	126
	PE065	126
Nuñez S	PD008	79
	PE013	106
	PE346	233
O		
Obed MN	OR012	55
	PE025	111
Ochoa P	PE018	108
Ojeda MA	PE138	154
	PE298	212
Oliva ME	PE058	123
	PE229	187
Olivo LM	OD009	49
	PE005	103
Ombrella A	PE045	119
Orduna T	OR045	72
	PE264	199
	PE299	213
Orduna TA	PE006	104
	PE117	146
	PE119	147
	PE142	156
	PE182	170
	PE275	203
	PE301	213
Ori D	PE047	120
Orlando J	PE265	199
	PE267	200
Orlando M	OR006	52
Ormazabal C	PE046	119
Ortega A	PE136	153
Ortega G	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Ortellao L	PD030	90
Ortiz L	PE041	118
Ortolani C	PE287	208
Ortolani G	PE287	208
Otermin F	PE307	217
Otero A	PE211	180
Otreras A	OD006	47
	PE101	140
	PE258	197
P		
Pace J	PE002	102
Pace M	PE290	210
Padín J	PE108	143
	PE110	143
	PE111	144
Padlog R	OR046	73
	OR048	74
	PD037	93
	PE009	105
Padovani A	OR009	54
Pagola M	PE145	157
Paiva C	PE214	181
Palacio B	PD021	84
	PE214	181
	PE306	215
Palacio F	PE001	102
	PE366	242
Palacios C	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
	PE135	153
	PE319	221
Palaoro AE	OR012	55
	PE025	111
Pallone E	PE189	173
Palombarani S	PE038	117
	PE044	119
	PE189	173
Palomino Bejarano J	PE274	203
Panno M	PE027	113
Pannunzio E	OR014	56
Pannunzio ME	PE245	192
	PE246	193
Panzitta M	PD035	91
Paolillo AL	PE338	229
Papini M	PE181	170
Paradiso P	OR003	51
Paravano L	OR037	67
	PE083	133
	PE281	205
Pardini L	PE231	188
	PE039	117
Pardo O	PE188	172
Paredes Falzone YL	PE006	104
	PE117	146
	PE183	171
Parenti P	PD007	78
	PE359	238
Parenti V	PE254	195
Parisi N	OD004	47
	PD031	90
	PE244	192
Parmeciano Di Noto G	PE035	116
Parracone L	OR040	69
Pasarón M	PE101	140
Pasinovich M	OR014	56
	PD034	91
	PE252	195
Pasinovich ME	PE236	189
	PE239	190
Passaro D	PE286	207
Pasteran F	PD004	77
	PD006	78
	PD037	93
	PE029	113
	OR046	73
	OR048	74
	PE016	107
Pastor C	PE297	212
Pastore RLO	OR004	51
Patavino M	PE287	208
Paulin F	PE318	221
Paulosky L	OR034	66
	PE357	238
Paz D	PE329	225
Paz S	PE182	170
Pecoraro F	PE344	232
Pedraza A	PE254	195
Pellegrini S	PE227	186
Pellegrino P	OR010	55
Pellice Aguilera MF	PE206	178
	PE336	228
Pellice F	PE194	174
	PE216	182
	PE221	184
	PE365	240
Pellon y Maison C	PD028	88
Peloc C	PE043	118
	PE203	177
	PE215	181
Penalba M	OR011	55
Penco S	PE072	130
	PE153	160
	PE185	171
	PE270	201
	PE280	205
Peninni M	PE295	211
	PE361	239
	OR030	64
	PE060	124
Peña L	PE315	219
Peña M	PE027	113
Peralta M	OD006	47
Peralta N	OR031	64
	OR032	65
	PD044	97
	PD045	97
	PE341	230
	PE347	233
Percy Otero E	PE023	110
Perdigues M	PE064	126
	PE065	126
Perello J	PE055	122
Perelló M	PD023	86
Perello MJ	PE040	117
Peres S	PD023	86
Perés S	OD010	49
Pereyra M	PE320	222
Pereyra ML	PE310	218
	PE357	238
Perez A	OD010	49
	PE055	122
Perez Amador Z	PE227	186
Perez AS	PE040	117
	PE041	118
Perez C	PE067	127
	PE145	157
	PE160	162
Perez Carrega ME	PD032	90
Perez D	PD006	78
Perez Flores D	PE305	215
Perez G	PE106	142
	PE253	195
	PE272	202
	PE284	206
Pérez GU	PE250	194
Perez H	OR039	69
	PD025	87
	PE048	120
	PE071	129
	PE097	139
	PE102	141
	PE149	158
	PE151	159
	PE165	164
	PE174	167
	PE260	197
	PD029	89
	PE344	232
Perez HM	OR002	50
	OR022	60
	PD026	87
	PD027	88
Perez J	PD006	78
	PD007	78
	PE359	238
Pérez Lloret S	PD029	89
Perez M	PE173	166
Perez MG	OR010	55
	OR042	71
	OR051	75
	PE142	156
Perez-Lloret S	PE107	142
Pessacq P	OD006	47
	PD004	77
	PE135	153
	PE307	217
	PE319	221
Petraroia C	PE080	132
Petrina J	PD018	83
Peyran P	PE258	197
Pfoh C	PE288	208
Pianko M	PD002	76

Autor	Resumen	Página
Piccinini F	PD014	81
	PE295	211
Pidone J	PE036	116
	PE037	116
Pierini J	PD030	90
Pinasco K	PE103	141
Pinciroli S	PE278	204
	PE287	208
Pineda G	PE310	218
	PE320	222
Pinheiro JO	PE250	194
Pinheiro M	OR016	57
Pino Martínez A	PE266	200
Pinoni MV	OR018	58
	PE322	222
	PE324	223
Pinoni V	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
Pinteño T	PE067	127
	PE146	157
	PE147	157
Piñeiro F	OR022	60
	PE165	164
	PE174	167
Piovano G	PE213	181
	PE296	212
Pitocco H	PD006	78
Pizarro S	PE094	138
	PE352	236
Pizzarro S	PE217	182
Place P	PE361	239
Plaza MC	OR041	70
Poblete G	PD029	89
	PE264	199
	PE311	218
Podestá MV	PE054	122
Poenitz C	PE140	154
Poggi E	PD006	78
Poggi S	PE199	176
Poggio J	PE073	130
Poggio JM	PE135	153
Pola S	PE034	115
Polansky K	PE369	243
Poletta F	OD005	47
Politano L	PE153	160
Polo ML	PD025	87
Ponessa A	PE045	119
Portnoy F	PE098	139
	PE099	140
Posadas ML	OR020	59
Posse G	PE054	122
Posse T	OR022	60
	PE048	120
Pozzi N	PE078	132
	PE255	196
Pozzo E	PE219	183
Prado P	PE064	126
	PE065	126
Praino ML	OR014	56
	OR015	57
	PE131	151
	PE245	192
	PE248	193
	PE293	211
Priarone M	PE068	127
Prieto M	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
	PE173	166
Prieto MF	PE338	229
Prieto P	PE358	238
Prieto R	PE213	181
	PE296	212
Prieto S	PE137	153
Pryluka D	PE002	102
	PE008	105
	PE240	191
Puentes T	PE296	212
Pujato N	OR021	59
	PE286	207
Pury P	PD022	86
Puyó P	PE261	198
Q		
Quarleri J	PD025	87
Quarleri S	PE271	202
Querci M	PD041	94
	PE325	224
Quintana Corvalan J	PE369	243
Quintana S	OR029	63
Quintero O	PE115	145
Quipildor M	PE273	202
	PE274	203
Quiroga C	PE035	116
Quiroga E	PE265	199
	PE267	200
Quiros R	PE022	110
	PE042	118
Quiros RE	OD009	49
	OR025	62
	PE005	103
R		
Rabinovich RD	PD022	86
Racca H	PE164	163
	PE169	165
Racero L	PE173	166
Racioppi A	OR046	73
	OR048	74
Radice M	PE042	118
Radosta M	OR026	62
Radusky PD	PE095	138
Raffo C	PE037	116
	PE047	120
Raimondi JC	PE330	226
Raimondo E	OD002	46
Rainero C	PE059	124
Ramadori M	PE243	192
	PE287	208
Ramirez Borga SJ	PE307	217
Ramirez S	PE361	239
Ramos A	PE073	130
	PE088	135
Ramos J	PE170	165
Rancaño C	PD034	91
Rangeon GG	OR041	70
Raniero C	PD036	92
Rapañani L	OR001	50
Rapoport M	PD004	77
	PD037	93
Rasero S	PE257	196
Rauch A	OR018	58
Rearte A	OD003	46
	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Rebagliati J	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Rebora J	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE201	177
Rebora JM	PE282	205
	PE362	239
Rechimont A	PE204	178
Redaelli S	PE179	169
Redini L	OR003	51
Refojo N	PE310	218
	PE320	222
Regueira M	OD003	46
	PE062	125
Reijtman V	OR010	55
	OR051	75
	PE223	185
Reijtman VA	PE250	194
Relloso M	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
Relloso S	PE049	120
Remondegui CE	PE138	154
	PE141	155
	PE298	212
Repetto F	PE147	157
Repetto H	PE266	200
Repetto S	PE034	115
	PE115	145
	PE266	200
	PE281	205
	PE314	219
Requena A	OR021	59
Resi S	PD014	81
Revelli L	PE045	119
Rey J	PE314	219
Rey M	OR022	60
	PD026	87
	PD027	88
	PE048	120
	PE071	129
	PE087	135
	PE097	139
	PE102	141
	PE135	153
	PE151	159
	PE260	197
	PE319	221
	PE344	232
Reyes K	PE342	231
Reynaldi M	PE009	105
Ricart JJ	PE108	143
	PE109	143
	PE110	143
	PE111	144
Ricco C	PE164	163
	PE169	165
Rico G	PE038	117
Riera F	OD009	49
	OR036	66
	PD021	84
	PE005	103
	PE214	181
	PE306	215
Riera L	OR049	74
	PD039	94
	PD041	94
	PE325	224
Rigo H	PE061	124
Rinaudo M	PE056	123
	PE057	123
	PE190	173
	PE331	226
Rios G	PE302	214
Ríos Osorio N	PE042	118
Risso D	PE076	131
	PE112	144
Risso Patrón A	OR026	62
Rius R	PE170	165
Rivadero A	PE280	205
Rivera G	OR035	66
Rivero AL	PE360	239
Rivero CV	PE188	172
Rivero MF	PE084	134

Autor	Resumen	Página
Rivolta A	PE035	116
Rizvi K	PE342	231
Robinson P	PE342	231
Robles D	PD047	98
Roca V	OR033	65
	PE127	150
Rocca MF	PD005	77
	PD010	79
	PE050	121
	PE051	121
	PE052	121
Roccia Rossi I	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Rocculi M	PE064	126
	PE065	126
	PE066	127
	PE069	128
Rocculi MT	PE081	133
Rodriguez A	OR003	51
	PE213	181
Rodriguez Brieschke M	PE237	189
	PE258	197
Rodriguez C	OR033	65
	OR037	67
	PD011	80
	PD051	100
	PE127	150
	PE178	169
Rodriguez CG	PE318	221
Rodriguez D	OD004	47
	PD031	90
	PE243	192
	PE244	192
Rodriguez E	OR036	66
Rodriguez Fermepin M	PE079	132
	PE314	219
Rodriguez G	PE022	110
Rodríguez H	PE044	119
Rodriguez J	PD047	98
Rodríguez Lanza M	PE045	119
Rodriguez Llanos M	PE118	147
Rodríguez M	OR015	57
Rodríguez MA	PE367	242
	PE368	242
Rodriguez N	PE283	206
Rodriguez P	PD038	93
	PE001	102
	PE366	242
Rodriguez Quinteros J	OR028	63
Rodriguez Raimondo M	PE016	107
Rodriguez S	OD004	47
	PE101	140
Rodriguez V	PE066	127
	PE069	128
	OR026	62
Rodriguez Villegas I	PD026	87
	PE174	167
Rojas J	PE001	102
	PE366	242
Roldán S	PE285	207
Roldan V	PE134	152
	PE291	210
	PE294	211
Rolon M	OR039	69
	PE149	158
	PE174	167
Rolón MJ	PD026	87
	PD029	89
Romani A	PE106	142
	PE272	202
Romanin V	OD001	46
Romano L	PE146	157
	PE259	197
Romano M	PE133	152
	PE183	171
	PE265	199
	PE267	200
	PE283	206
Romano MV	OR017	58
Romano V	PD041	94
	PE049	120
Romero CF	PD021	84
	PE214	181
	PE306	215
Romero F	OR036	66
Romero J	OR051	75
Romero L	PE308	217
Romero M	OD008	48
	PE296	212
Romero MDLM	PE120	147
Romero N	PE079	132
Rompato G	OD007	48
	PE289	208
	PE297	212
Ronco M	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Ronderos R	PD014	81
	PE295	211
Ros M	PE299	213
Rosales Ostriz B	PE309	217
Rosanova MA	PE230	187
	PE250	194
Rosanova MT	OR010	55
	PE223	185
	PE253	195
Rosell S	PE066	127
	PE069	128
Rosemberg R	PE155	160
Rosenbrock S	OR007	52
Rossanigo C	PE094	138
	PE217	182
	PE352	236
Rossi ML	PE303	214
	PE304	214
Rosso M	PE064	126
	PE065	126
Rosso ME	PE259	197
Rosso MF	PE081	133
Rotllant V	PE133	152
	PE183	171
	PE283	206
Rotryng F	PE002	102
	PE164	163
	PE169	165
Rouco N	PE041	118
	PE055	122
Roussilian N	PE101	140
Rudi J	PD030	90
Ruggeri DL	PD013	81
Ruiz F	PE011	106
	PE012	106
	PE019	109
	PE232	188
	PE233	188
	PE234	189
Ruiz M	PD049	99
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
	PE362	239
Ruiz MS	PE022	110
Ruiz O Neill M	PE046	119
Ruiz P	PE022	110
	PE193	174
	PE194	174
	PE363	240
Ruso D	PE066	127
Russo Lacerna D	PE069	128
Ruvinsky RO	OD003	46
Ruybal P	PE266	200
Sabater L	PD008	79
	PE013	106
	PE346	233
Sabato S	PE323	223
Sabuqui M	PE256	196
Sadorin R	PE042	118
	PE357	238
Saenz C	PE252	195
	PE236	189
	PE239	190
Sáez B	PE045	119
Sagastume M	PE085	134
Sagradini S	OD001	46
Saidman G	PE183	171
Salazar E	OR035	66
Salazar F	PE272	202
Salgado C	PE172	166
Salgueira C	OR047	73
	PE171	166
	PE309	217
	PE338	229
Salinas A	OR021	59
	PE036	116
	PE037	116
Salmeron A	PE152	159
Salmeron MA	PE209	179
Salmeron Olsina MA	PE198	176
Salomón H	PE096	138
Salusso D	PE102	141
Salvador C	PE195	175
Salvador P	PE088	135
Sampere C	PE173	166
Sánchez A	OR026	62
Sanchez M	OR023	60
Sanchez MP	PE157	161
	PE158	161
	PE143	156
Sánchez S	OR013	56
Sanchez SM	OD001	46
Sanchís I	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
	PE367	242
	PE368	242
Sandor A	OD006	47
	PE023	110
Sandoval M	PE075	131
Sanguineri V	PE169	165
Santa Cruz CV	PE165	164
Santa Cruz D	PE223	185
Santamaría P	PE183	171
Santillan P	PE173	166
Santiso G	PE120	147
	PE296	212
	PE302	214
Santonato D	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Santos P	OR042	71
	PE339	229
Sanz B	PE002	102
Sardina N	PE283	206
Saretto C	PE259	197

S

Autor	Resumen	Página
Sarkis C	OR042	71
	PE339	229
Sarkis CL	PE226	186
Sastre G	OD009	49
	PE005	103
Saucedo L	PE255	196
Saul P	PE118	147
	PE167	164
Sauro N	PE187	172
Sawicki M	PE080	132
Sayago L	PE017	108
Scafati F	PE162	163
Scaglia M	PE171	166
Scaglione E	PE135	153
Scala G	PE358	238
Scala S	PE143	156
Scala SL	PE157	161
	PE158	161
Scapellato P	OD006	47
	PD004	77
	PE101	140
	PE237	189
	PE258	197
Scapellato PG	PE008	105
Scarselletta F	PE001	102
	PE366	242
Schiavino S	OR014	56
	PE245	192
	PE293	211
Schijman A	OR052	75
Schijman M	PD002	76
	PD012	80
	PE203	177
	PE215	181
Schmeling MF	PE286	207
Schneider MV	PE039	117
	PE231	188
Scolari M	PE024	111
Sebastian M	PE061	124
	PE217	182
Sebastian S	PE059	124
Seijo AC	PE292	210
Seijo AP	PE077	131
	PE275	203
	PE292	210
Semenzin C	PE122	148
	PE123	149
	PE124	149
Sen C	OR040	69
	PE271	202
Sen L	OR003	51
Señuk A	PE054	122
Sequeira V	PE204	178
Serafini A	PE259	197
Serafino S	PE074	130
	PE114	145
Seravalle A	PE139	154
Serra D	PE173	166
Serrano J	PE279	204
Serravalle P	PE290	210
Serruto G	PD008	79
	PE154	160
	PE346	233
Sevilla ME	OD001	46
Sfalcin JA	PE139	154
Sheehan G	PE246	193
Shelters R	PE342	231
Shiman E	PD049	99
Siciliani D	PE294	211
Sierra M	PE281	205
	PE314	219
Siguelboim D	PE264	199
	PE311	218
Silenzi V	PE241	191
Silva C	PD009	79
	PE161	162
	PE261	198
Silva M	PE211	180
	PE240	191
Silva ME	PE153	160
Simioli FR	PE006	104
Simonetti M	PE176	168
Sisto A	PD025	87
	PD029	89
Siufi C	PE240	191
Siufi CM	PE292	210
	PE301	213
Skoff T	OD001	46
Sly G	PE043	118
Smayevsky J	PD040	94
	PE049	120
	PE323	223
Smud A	OR052	75
Sokeff K	PE085	134
Sola F	PE200	176
Sola J	PE162	163
	PE163	163
Solari AM	PE157	161
	PE158	161
Solari M	PE073	130
	PE143	156
Solari RM	PE077	131
	PE117	146
	PE275	203
Soler Puy ML	PE315	219
Soleto L	OR025	62
Solito A	PE228	187
Sollosqui L	PE036	116
	PE037	116
Soloaga R	PE036	116
	PE037	116
	PE202	177
Soncini A	PE101	140
	PE286	207
Sorda J	PE115	145
Sordelli N	OR015	57
Sormani IN	PE250	194
Sormani MA	PE230	187
Sosa F	PE125	149
Sosa H	PE345	232
Sosa K	PE004	103
Sosa V	PE054	122
Sotelo J	OR006	52
Soto E	PE228	187
Soto Tascón L	OR038	67
	OR044	71
Sotomayor CE	OR036	66
Sousa D	PE200	176
Sousa Matias D	OR043	71
Spadaccini L	PD011	80
	PE178	169
Spanevello V	PE128	150
Sparo M	PE269	201
Spesso F	OR036	66
Spitale N	PE094	138
Spoleti MJ	PE011	106
	PE012	106
	PE019	109
	PE232	188
	PE233	188
	PE234	189
Squassi I	PE249	194
	PE251	194
Squassi V	PE010	105
	PE335	228
Staciuk R	PE339	229
Stagnaro J	PE176	168
	PE179	169
Stagnaro JP	PD033	91
Stamboulian D	OD002	46
Stanek V	OR038	67
Staneloni I	PE014	107
Staneloni MI	OR035	66
Starr P	PE342	231
Stecher D	OR009	54
	OR011	55
	PD034	91
	PE053	122
	PE062	125
	PE083	133
	PE096	138
	PE196	175
	PE281	205
	PE314	219
Stella I	PE155	160
Stelzer M	PE128	150
Stepanik D	PD009	79
	PE161	162
Stover S	PE097	139
Stöver S	PD026	87
	PD027	88
Strada L	PD036	92
Strada ML	PE059	124
Striebeck P	PE159	162
	PE312	218
Sturba D	PE256	196
Sturba E	PD036	92
Suarez CA	OR025	62
Suarez G	PE046	119
Suarez J	PE143	156
Suarez JP	PE157	161
	PE158	161
Suarez L	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Suárez M	PE168	165
Suarez Ordóñez M	PE353	236
	PE354	236
Sucari A	OR030	64
	PE060	124
	PE295	211
	PE361	239
Sued O	OD008	48
	OR001	50
	OR002	50
	OR004	51
	OR007	52
	PD024	87
	PE087	135
	PE089	136
	PE090	136
	PE095	138
	PE107	142
Svidler López L	OR004	51

T

Taboada S	PE074	130
	PE114	145
Taicz M	OR051	75
Taicz MO	PE070	128
	PE250	194
Tamagno G	PE191	173
	PE210	180
Tamborini A	PE329	225
Tani A	PE035	116
Tapia JC	OR025	62
Tartara S	PE082	133
Tatta M	PE309	217
Tatti S	PD032	90
Tavella S	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Teglia O	PE191	173
	PE210	180
Teglia OF	PE150	159

Autor	Resumen	Página
	PE162	163
	PE163	163
	PE186	171
Teijeiro M	OR039	69
Tejo M	OR004	51
Tellechea M	PE329	225
Temiño I	PE194	174
Temporiti E	OR017	58
	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE172	166
	PE180	169
	PE323	223
	PE325	224
	PE327	225
Terebiznik M	PE038	117
Terren F	PE137	153
Terrones CD	OR003	51
Tersigni C	PE369	243
Terusi A	PD049	99
	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
Terzano M	PD012	80
	PE203	177
	PE215	181
Theill L	PD003	76
	PE020	109
Thomas E	PE021	109
Tibalt R	PE218	183
	PE220	183
	PE337	228
Tilleria E	PE348	234
Tissera G	PE170	165
Titanti P	PE309	217
	PE348	234
Tito ME	OD003	46
Tittarelli C	PE080	132
Tkach A	PD023	86
Togneri A	PE173	166
Toibaro J	PE075	131
	PE132	152
Toibaro JJ	PE130	151
Toledano A	PE249	194
	PE266	200
	PE314	219
Toledo J	PD050	100
Tolini C	PE085	134
Tomasini B	PE026	111
Tomassini L	PE031	114
	PE224	185
Tomaz A	PE067	127
	PE145	157
	PE146	157
	PE147	157
	PE259	197
Tonin D	PE143	156
Tonin DM	PE157	161
	PE158	161
Torales G	PE134	152
	PE200	176
	PE291	210
	PE294	211
Toresani I	PE222	184
Toro R	PE073	130
	PE369	243
Torre V	PE135	153
	PE319	221
Torrente E	PE179	169
Torres C	PE296	212
Torres D	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE180	169
	PE325	224
	PE327	225
Torres M	PE079	132
	PE155	160
Torres V	PE277	204
Torrico Caballero R	PE134	152
	PE200	176
	PE291	210
	PE294	211
Tortone N	PE072	130
	PE136	153
Tosello C	PE078	132
	PE255	196
Tosello ME	PE054	122
Tracogna MF	PE276	203
Tralma N	PE170	165
Travaglianti M	PE223	185
Traverso F	PE147	157
Trione N	PE076	131
	PE112	144
Tristan M	PE077	131
	PE181	170
	PE208	179
Troglio MF	OR040	69
Troiano S	PE106	142
	PE272	202
Truccolo P	PE056	123
	PE162	163
	PE163	163
Tucciarelli LA	PE119	147
Tudanca V	PE083	133
	PE281	205
	PE314	219
Tuduri A	PE043	118
	PE044	119
	PE189	173
Tula C	PE029	113
	PE144	156
	PE340	230
Tula L	PE010	105
	PE335	228
Turri MA	PE086	135
U		
Uboldi A	PD019	83
Uboldi MA	OD007	48
	PE289	208
Uez O	OD004	47
Uncos DA	PE032	114
Unzaga JM	PE039	117
Urbas N	PE064	126
	PE065	126
Urbina L	OR008	52
	PE093	137
	PE166	164
Uriarte V	PE125	149
	PE242	191
Uribe D	PE329	225
Urrutia A	OD001	46
V		
Vacchino M	PD002	76
Vaello L	PE106	142
	PE272	202
Valerga M	PE068	127
Valeriano C	PD024	87
Valiente J	PE102	141
Valiente JA	OR002	50
Valle M	PE073	130
Valle S	OR048	74
	PD037	93
Valledor A	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
	OR050	74
	OR052	75
	PD042	95
	PD043	95
	PE326	224
	PE334	227
Vallejo C	PE148	158
	PE276	203
Vallejo M	PE152	159
	PE198	176
Vallejos M	PE209	179
Valles S	OR046	73
Van de Casteele G	PE128	150
	PE187	172
van Haute E	PE168	165
Vanasco NB	PE286	207
Varela Baino AN	OR051	75
	PE226	186
	PE339	229
Vargas Duran F	PE072	130
Vasen W	PD004	77
Vaustat D	PE036	116
	PE037	116
Vay C	OR037	67
	PD051	100
	PE044	119
	PE062	125
	PE177	168
Vay CA	PE053	122
	PE196	175
Vazquez A	PD008	79
	PE013	106
Vazquez E	OR011	55
	PE076	131
	PE112	144
Vazquez G	OR015	57
Vazquez K	PE349	234
Vazquez L	PE254	195
Vazquez M	PE309	217
Vazquez ML	OD008	48
Veciño Rodríguez CH	PE034	115
Vedoya C	PE054	122
Vega N	PE221	184
Vega P	PE219	183
Velasco L	PE027	113
Velásquez JN	PE109	143
Velasquez Lopez P	PE118	147
	PE167	164
Velez L	PE058	123
	PE229	187
Velez R	PE262	198
Veliz O	OD003	46
Venturini MC	PE039	117
	PE231	188
Vera Blanch M	OD009	49
	PE005	103
Vera Garate V	PD030	90
Vera Ocampo C	PE177	168
Vera Sanchez A	PE118	147
Verbanaz S	OR018	58
	PE322	222
	PE324	223
Verdier ML	OR023	60
Vergara C	PE245	192
	PE246	193
	PE248	193
Vernazzi M	PE358	238
Veron MT	PD008	79
	PE013	106

Autor	Resumen	Página
	PE346	233
Viale A	PD007	78
	PE359	238
Viale DI	PE226	186
Viceconte R	PE172	166
Vicente R	PE074	130
	PE114	145
Vidal ME	PE011	106
	PE012	106
	PE019	109
	PE232	188
	PE233	188
	PE234	189
Videla C	OR017	58
	OR047	73
	PD038	93
	PD041	94
	PD048	99
	PE325	224
Viegas M	PE106	142
	PE272	202
Viera G	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
Vigezzi C	OR036	66
Vigliarolo L	PE168	165
Vigo G	PD026	87
Vila A	OD009	49
	PE005	103
	PE188	172
Vilaro M	PD037	93
Vilaró M	OR046	73
	OR048	74
Vilches V	PE310	218
	PE320	222
Villamayor I	PE114	145
Villani M	OD007	48
Villar G	PE265	199
Villar O	PE118	147
Villarroel F	PE300	213
Villegas DV	PE157	161
	PE158	161
Villegas V	PE143	156
Viloria G	PE132	152
Viloria GA	OR005	51
	PE130	151
Vinuesa M	PE125	149
	PE242	191
Visca M	OD010	49
Vitale R	PE132	152
Viteri A	PD049	99
	PE201	177
	PE282	205
	PE332	226
	PE355	237
	PE356	237
Vittar N	PE109	143
Vivas M	PD014	81
	PE295	211
Vizcarra P	OD005	47
	OR046	73
	OR048	74
	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Vizzotti C	OD001	46
	OD002	46
	OD003	46
Voto C	OR042	71
	PE339	229
Vrancic M	PD014	81
Vulcano F	PE098	139
Vulcano F	PE099	140
W		
Waldbaum C	PE115	145
Warley E	PE091	137
	PE104	141
	PE105	142
	PE350	235
Weis M	PD050	100
Werbach A	PE082	133
Wiemeyer G	OR039	69
Wilde N	PE002	102
Wisner B	PE049	120
Wolff L	PE136	153
Wolfschmidt K	PE001	102
	PE366	242
Y		
Yahni D	PD048	99
	PE240	191
Yamamoto C	OR001	50
	OR002	50
	OR007	52
	PD024	87
	PE107	142
Yantorno ML	PD016	82
	PE009	105
	PE284	206
	PE316	220
	PE333	227
Yantorno S	PE333	227
Yasuff Y	PE195	175
Yernazian V	PE046	119
	PE237	189
Yfran W	OR014	56
	PE131	151
	PE293	211
Z		
Zafra M	PE018	108
Zalazar O	PE229	187
Zalazar V	OD008	48
	PD024	87
	PE089	136
	PE090	136
	PE095	138
Zanella E	OR030	64
Zanella ME	PE060	124
	PE295	211
	PE361	239
Zapiola I	PE139	154
Zaracho J	PE154	160
Zárate A	PE026	111
	PE212	180
	PE300	213
Zarate M	PE049	120
	PE154	160
	PE327	225
	OR046	73
	OR048	74
	PD038	93
Zarate MS	PD008	79
	PD037	93
	PE346	233
Zarlenga L	PE296	212
Zarra J	PE183	171
	PE283	206
Zarra JA	PE133	152
Zaya A	PE072	130
Zerboni S	OR049	74
	PD038	93
	PD039	94
	PD040	94
	PD041	94
	PD048	99
	PE172	166
	PE180	169
	PE323	223
	PE325	224
	PE327	225
Zerdiew A	PE064	126
	PE065	126
	PE066	127
	PE069	128
Zervos M	PE342	231
Zintgraff J	OR019	58
	PE027	113
Zitto T	PD009	79
	PE161	162
	PE261	198
Zotta M	PD031	90
Zubeldia Brenner L	PE314	219
Zubeldía Brenner LA	PE083	133
Zubiaurre I	OR018	58
Zucchi R	PE023	110
Zugasti N	PE201	177
	PE356	237
	PE362	239
Zurbriggen ML	PE058	123
	PE229	187
Zwirner N	PD025	87

ORALES DESTACADOS

OD001 PRIMER ESTUDIO LATINOAMERICANO DE MEDICIÓN DE EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN CON TRIPLE BACTERIANA ACELULAR EN EL EMBARAZO PARA PREVENIR COQUELUCHE EN LOS LACTANTES MENORES DE 2 MESES EN ARGENTINA

V Romanin[1], A Acosta[2], MV Juarez[1], E Briere[2], SM Sanchez[3], B Lopez Cordoba[4], ME Sevilla[5], MF Lucion[6], A Urrutia[7], S Sagradini[1], T Skoff[2], C Vizzotti[1 8]

[1] DiCEI. Ministerio de Salud, Argentina. [2] Centers for Disease Control and Prevention; Meningitis and Vaccine Preventable Diseases, Estados Unidos. [3] Hospital del Niño Jesus, Tucuman, Argentina. [4] Hospital Público Materno Infantil, Salta, Argentina. [5] Hospital de Niños "P. Elizalde", CABA, Argentina. [6] Hospital de Niños "R. Gutierrez", CABA, Argentina. [7] Hospital "Dr H. Heller", Neuquen, Argentina. [8] Ministerio de Salud (2007-2016), Argentina.

Introducción: En 2011, se registró en el país, la mayor tasa de mortalidad asociada a coqueluche desde 1980, siendo el 90 % de los fallecimentos asociados a pertussis lactantes menores de 4 meses. En 2012, Argentina fue el primer país de America Latina que recomendó la aplicación de la vacuna triple bacteriana acelular (dTpa) en las embarazadas. Desde la implementación de esta estrategia, se obtuvieron coberturas nacionales satisfactorias de dTpa en embarazadas, con un promedio de 63 %. Al momento de la implementación, no se disponía de evidencia sobre la efectividad de esta estrategia en prevenir la enfermedad en los lactantes.
Métodos: Estudio multicéntrico de casos y controles para medir la efectividad de la vacunación con dTap en mujeres embarazadas en prevenir coqueluche en los niños menores de 2 meses de edad. Se enrolaron casos de coqueluche menores de 2 meses de edad, confirmados por PCR, en 5 hospitales de 4 Provincias, entre Septiembre 2012 y Marzo 2016. Se incluyeron 5 controles por caso apareados por residencia materna. La vacunación en el embarazo se verificó mediante los carnets, registros oficiales o por referencia. El Odds ratio (OR) para comparar la vacunación maternal con dTpa de casos y controles fue calculado con regresión logística condicional; la efectividad de la vacunación durante el embarazo fue estimado como (1- OR) x 100 %.
Resultados: Se incluyeron 71 casos y 300 controles menores de 2 meses; la fuente de la vacunación durante el embarazo fue obtenida de los carnets o registros oficiales en 93,3 % de los participantes. El porcentaje de casos y controles cuyas madres habían recibido dTap durante el embarazo fue de 49 % y 78 % respectivamente. La efectividad de la vacunación durante el embarazo para prevenir coqueluche en los niños menores de 2 meses fue de 72.1 % (Intervalo de confianza 95 %: 51.0-84.1 %).
Conclusión: Nuestro análisis muestra que la vacunación con dTpa en el embarazo es efectiva para prevenir coqueluche en los lactantes <2 meses, la población más vulnerable de padecer enfermedad grave y muerte. Este es el primer estudio realizado en América Latina de medición de la efectividad de la estrategia de vacunación materna en la prevención de coqueluche en lactantes.

OD002 EFECTIVIDAD DE LA VACUNA PCV 13 EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS PARA PREVENIR LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

G Lopardo[1], C Vizzotti[2], N Giglio[3], E Raimondo[4], D Fridman[1], P Micone[5], M Gonzalez[6], D Stamboulian[1].

[1] FUNCEI, Argentina. [2] Ministerio de Salud, Argentina (2005-2016), Argentina. [3] Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires, Argentina. [4] Hospital Francisco López Lima, General Roca, Provincia de Río Negro, Argentina. [5] Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina. [6] Programa Ampliado de inmunización de Río Negro, Argentina.

Introducción: En 2012 comenzó un estudio de vigilancia de base poblacional de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en adultos en la ciudad de General Roca, Río Negro. Dicho estudio tuvo como objetivo primario estimar incidencia de NAC. Los resultados de los primeros dos años de vigilancia mostraron una alta incidencia, en particular en personas ≥65 años, siendo la misma en 2012 de 36.36/1000 habitantes ≥65 años (IC 95 % 32.31-40.47) y en 2013 de 25.40/1000 (IC95 % 22.03-29.14). En 2014 se conocieron los resultados del estudio CAPiTA el cual evidenció una eficacia significativa de la vacuna neumocóccica conjugada 13-valente (PCV 13) para prevenir el primer episodio de NAC causado por serotipo vacunal, NAC no bacteriémica/ no invasiva causado por serotipo vacunal y enfermedad invasiva por neumococo causada por serotipo vacunal en adultos ≥65 años. Sobre la base de estos datos, a partir de abril de 2014 el Ministerio de Salud de Rio Negro junto con el Ministerio de Salud de la Nación implementaron un plan piloto de vacunación ofreciendo PCV-13 a la población ≥ 65 años en la ciudad de Roca.
Objetivo: Evaluar la efectividad del plan piloto de vacunación implementado en la ciudad de Roca para prevenir NAC de toda causa en ≥ 65 años.
Materiales y Métodos: Estudio de efectividad del plan piloto de vacunación con PCV-13 en la cohorte de personas ≥ 65 de la ciudad de Roca. Los registros se obtuvieron de la base de datos censales, de la vigilancia de incidencia de NAC, y del registro nacional de inmunizaciones durante 2014-2015. Se calculó la efectividad cruda y ajustada en base a la formula (1 - (Incidencia de NAC [vacunados] ÷ Incidenciade NAC [no vacunados]). El valor de efectividad se ajustó por edad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardiovascular, diabetes, enfermedad renal crónica y vacunación para influenza.
Resultados: Durante el período de estudio se vacunaron 2217 adultos ≥ 65 años, cobertura 27.6 %. De ellos 29 (1.30 %) desarrollaron NAC. En la cohorte de 5.814 personas no vacunadas, 358 (6,15 %) sufrieron el mismo evento. La eficacia de la vacuna fue de 78.70 % (IC 95 % 68.1-86.5). Cuando se ajusto por factores de riesgo y vacuna antigripal la efectividad fue de 38,0 % (IC 95 % 1,0- 60,9).
Conclusiones: Nuestros resultados muestran un 38 % de efectividad para prevenir NAC de toda causa en adultos ≥ 65 años. Estudios de efectividad son relevantes para determinar el efecto de PCV13 para prevenir la NAC en el mundo real.

OD003 IMPACTO DE LA VACUNACIÓN UNIVERSAL CON VACUNA CONJUGADA ANTINEUMOCÓCICA 13 VALENTE EN LA INCIDENCIA DE NEUMONÍA BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

A Rearte[1], RO Ruvinsky[1], J Kupervaser[2], A Haidar[2], ME Tito[2], C Cortiana[4], ME Cafure[5], F Avaro[6], F Gentile[7], J Cozzani[1], S Fosati[3], M Regueira[3], O Veliz[3], C Vizzotti[1].

[1] Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [2] Hospital Delicia Concepción Masvernat, Concordia, Argentina. [3] Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas - ANLIS "Dr. Carlos G. Malbran", Argentina. [4] Hospital Ramón Carrillo, Concordia, Argentina. [5] Centro provincial de salud Constitución, Concordia, Argentina. [6] Hospital Felipe Heras, Argentina. [7] Hospital de Niño Ricardo Gutiérrez, Argentina.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC), es causa prevalente de morbi-mortalidad, con mayor impacto en grupos poblacionales de bajos recursos
La elevada morbi-mortalidad por neumonía fue informada en múltiples estudios, disminuyendo la incidencia con las vacunas conjugadas antineumocócicas. En Argentina, la vacuna conjugada neumocócica 13-valente (VCN-13) se incorporó al calendario nacional en enero de 2012, para menores de 2 años de edad.
Objetivos: a) Evaluar la efectividad de la VCN13 para disminuir la incidencia de neumonía probablemente bacteriana (NPB) en niños menores de 5 años; b) Evaluar variables asociadas a presentar neumonía probablemente bacteriana.
Materiales y métodos: Entre abril de 2014 y marzo 2016, se realizó, un estudio prospectivo, de vigilancia epidemiológica activa, con base poblacional. Se calculó incidencia de neumonía consolidante y neumonía con derrame (NPB). Se obtuvieron datos clínico-epidemiológicos, vacunales, y se solicitó Rx de tórax a todos los menores de 5 años que consultaran por sospecha de neumonía ya sea hospitalizados o ambulatorios. La Rx de tórax fue interpretada por un pediatra y por un radiólogo de manera independiente y las discordancias fueron evaluadas por un segundo radiólogo de referencia. Se solicitó hemocultivos y/o cultivo de líquido pleural para evaluar etiología bacteriana. Los resultados fueron comparados con los datos de un estudio previo realizado con la misma metodología en 2002-2005 (previo a la vacunación universal). Se realizó análisis mutivariado por regresión logística para evaluar variables asociadas a presentar NPB.
Resultados: Se incluyeron 330 pacientes con diagnóstico clínico de NAC. Se diagnosticaron 92 (27.9 %) neumonías consolidantes, 4 con derrame pleural, representando una incidencia de NPB de 296,9/100,000 menores de 5 años. Comparado con el periodo previo, los niños del periodo pre-vacunacion presentaron más del doble de riesgo de presentar NPB que los niños del periodo posvacunacion, OR: 2.8 (95 % CI: 2-4), con una disminución de la incidencia del 64.9 % (p < 0.0001). Tabla 1. Esta disminución se observó en todos los grupos de edad. No se aisló *S.pneumoniae* en ninguna de las muestras estudiadas.La cobertura con VCN-13 fue: 1° dosis 97,3 %, refuerzo 84,8 %.No se hallaron factores asociados a consolidación o derrame pleural en el análisis multivariado.

Tabla 1: Incidencia de neumonía consolidante y con derrame pleural (NPB) según periodo de estudio, impacto de la vacunación

	P.	Pre	Vacunación	P	Post	Vacunación	Impacto	Vacunación	
Diagnostico final	N	Poblacióna	Incidenciab	N	Poblacióne	Incidenciad	Razon de tasas (IC95 %)	Disminución	p
Neumonía Consolidante	387	18.053	714,6	88	15.493	283,9	2,5 (1,8-3,6)	60,2 %	<0,001
Neumonía con derrame pleural	72	18.053	132,9	6	15.493	19,4	6,7 (2,1-35,6)	85,4 %	0,004
NPB (total)	459	18.053	847,5	92	15.493	296,9	2,8 (2-4)	64,9 %	<0,001

[a]censo 2001; [b,d]Tasa Incidencia anual <5 años*100000 personas/año; [c]censo 2010.

Conclusiones: La vacunación universal con VCN-13 en <2 años, fue efectiva para disminuir la incidencia de neumonía consolidante y derrame pleural para todos los grupos de edad

OD004 EFECTIVIDAD DE VACUNA ANTIGRIPAL APLICADA EN EL EMBARAZO PARA INTERNACIONES POR INFLUENZA A H1N1 EN DE MENORES DE 6 MESES. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

A Rearte[1], M Cepeda[1], G Dagnino[1], L Merino[1], S Rodriguez[1], O Uez[2], A Guarino Barrutia[1], N Parisi[1], A Ance[1], S Farias[1], D Rodriguez[1], R Garcia[1], V Azqueta[1], G Loizaga[1]

[1] Hospital Materno Infantil de Mar Del Plata, Argentina. [2] INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA, Argentina.

Introducción: Disminuir la morbimortalidad por influenza es uno de los desafíos de la salud pública. En 2011 se incorporó la vacuna antigripal trivalente al calendario nacional. Los niños menores de 6 meses presentan más riesgo de desarrollar enfermedad grave, y no pueden ser vacunados por su edad. La introducción de la vacunación antigripal durante el embarazo tiene como objetivo además de proteger a la embarazada, proteger al niño en sus primeros seis meses de vida.
Objetivos: Evaluar efectividad de la vacuna antigripal aplicada en el embarazo, para Influenza A H1N1, en niños ≤ de 6 meses.
Materiales y métodos: Se realizo un estudio de casos y controles con datos de vigilancia epidemiológica de la unidad centinela de insuficiencia respiratoria aguda grave. Se incluyeron niños ≤ de 6 meses que no hubieran recibidos vacuna antigripal, internados en un hospital pediátrico durante el año 2016. Se incluyeron 134 pacientes y se consideró casos a aquellos con RT PCR positiva para Influenza A H1N1 y controles a aquellos con aspirado nasofaríngeo para panel respiratorio y RT PCR negativa para virus influenza. Se evaluó asociación entre vacunación materna y confirmación de Influenza A H1N1 por laboratorio por medio de regresión logística. Se considero vacunación materna adecuada si recibió la vacuna por lo menos 14 días antes del inicio de síntomas. Se considero efectividad de vacuna a (1-OR)*100.
Resultados: Se incluyeron 33 casos y 101 controles. La mediana de edad fue de 2 meses (RI 1-4) y el 43 % (43,3-51,4 %) fue de sexo femenino. El porcentaje de madres vacunadas con vacuna antigripal durante el embarazo fue del 52,5 % para los controles y del 21,2 % para los casos. La efectividad de la vacuna ajustada por sexo y edad fue del 77 % (IC95 %: 40 %-91 %) p0.003.
Conclusión: La vacuna de antigripal aplicada en el embarazo resulto efectiva para prevención de enfermedad por Influenza A H1N1 en NIÑOS ≤ de 6 meses.

OD005 DESARROLLO DE UN SCORE CLÍNICO PARA ESTRATIFICAR EL RIESGO DE BACTERIEMIA POR BACILOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CON CÁNCER

FA Herrera[1], AA Carena[1], A Laborde[2], I Roccia Rossi[3], G Guerrini[4], R Jordán[5], A Valledor[6], A Nenna[7], P Costantini[8], M Dictar[9], JP Caeiro[10], ML González Ibáñez[2], P Vizcarra[3], C Palacios[4], V Pinoni[5], M Luck[8], C Iglesias[9], F Poletta[1]

[1] CEMIC, Argentina. [2] FUNDALEU, Argentina. [3] Hospital HIGA Gral. San Martín, La Plata, Argentina. [4] Hospital HIGA Dr. Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina. [5] Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. [6] Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. [7] Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, Argentina. [8] Instituto de Oncología Angel H. Roffo, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [9] Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina. [10] Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina.

Introducción: las bacteriemias por bacilos gram negativos multirresistentes (BGN-MR) representan un problema en crecimiento en los pacientes oncológicos.
Objetivo: determinar las características y los factores de riesgo para bacteriemias por BGN-MR en pacientes con cáncer o trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), y posteriormente desarrollar un score para poder predecir bacteriemias por BGN-MR.
Materiales y métodos: trabajo prospectivo, multicéntrico, donde se evaluaron los episodios de bacteriemia de inicio durante 2,5 años. Los factores de riesgo para BGN-MR se evaluaron mediante regresión logística múltiple (*forward-stepwise selection*) ingresándose variables con una p < .1 en el análisis univariado. Se elaboró un score para predecir bacteriemia por BGN-MR con esas variables.
Resultados: se incluyeron 394 episodios de bacteriemia por BGN, siendo 168 (42,3 %) BGN-MR. Se identificaron 6 factores de riesgo: el tratamiento antibiótico previo, internación previa en terapia intensiva, siete o más días de hospitalización hasta la bacteriemia, neutropenia durante la bacteriemia, foco mucositis severa y la colonización o aislamiento previo de BGN-MR. Aquellos con 3 o más de éstos factores tuvieron un OR para tener una bacteriemia por BGN-MR de 6,96, y en los casos en que no se identificó ningún factor el *likelihood* ratio negativo fue de 0,1 y la probabilidad post-test de tener un BGN-MR fue del 6,8 %. Tener bacteriemia por BGN-MR se asoció a mayor mortalidad al día 30 (15,9 % vs 34,5 %, p = 0,0001).
Conclusiónes: con la creciente incidencia de BGN-MR como agentes etiológicos en pacientes oncológicos, el desarrollo del presente score representa una potencial herramienta para el manejo clínico habitual, la cual debe ser validada en estudios prospectivos.

OD006 EPIDEMIOLOGÍA Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE LA INFECCIÓN URINARIA NO COMPLICADA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

P Pessacq[1], G Bertoni[2], A Mykietiuk[3], P Scapellato[4], A Otreras[4], M Gañete[5], C Nemirovsky[6], L Clara[6], J Martinez[7], P Gambino[8], A Crespo[8], A Sandor[9], M Gálvez[10], P Herrero[11], G Lopardo[12], L De Vedia[13], M Peralta[15], F Barberis[16], MJ Lopez Furst[14]

[1] Hospital italiano de la plata, Argentina. [2] HIGA Rossi, Argentina. [3] Instituto Medico Platense, Argentina. [4] Hospital Santojanni, Argentina. [5] Hospital Evita Lanús, Argentina. [6] Hospital Italiano Buenos Aires, Argentina. [7] Hospital Británico, Argentina. [8] Hospital Iturraspe santa Fe, Argentina. [9] Sagrado Corazón, Argentina. [10] Hospital Castro Rendon Neuquén, Argentina. [11] Clínica IMAC, Salta, Argentina. [12] FUNCEI, Argentina. [13] Hospital de Infecciosas F Muñiz, Argentina. [14] Sanatorio Julio Mendez, Argentina. [15] AMEBPA, Argentina. [16] Sanatorio Dupuytren, Argentina.

Introducción: Las infecciones urinarias no complicadas (IUNC) se encuentran entre las infecciones más frecuentes de la práctica ambulatoria y constituyen una de las principales indicaciones de antimicrobianos. Conocer la epidemiología local resulta fundamental para una correcta prescripción de antibióticos y la prevención de resistencias.
Objetivo: Analizar la etiología y los patrones de sensibilidad antibiótica de los microorganismos causantes de IUNC, abordando la problemática desde la practica clínica, para evitar sesgos de resistencia antimicrobiana.
Materiales y Métodos:Estudio epidemiológico, multicéntrico, prospectivo, observacional en mujeres que consultaron por síntomas de cistitis y/o pielonefritis no complicadas. Se realizó en 12 centros de

atención pública y privada ubicados en CABA, La Plata, Santa Fe,Salta y Neuquén. Las definiciones clínicas establecidas para cistitis fueron: disuria, polaquiuria, tenesmo y/o hipersensibilidad dolorosa suprapúbica; para pielonefritis aguda: dolor y/o sensibilidad en el flanco y fiebre asociado o no a disuria, tenesmo y polaquiuria. Criterios de inclusión: edad mayor de 15 años; sexo femenino; presencia de dos o más síntomas compatibles con infección urinaria (cistitis/pielonefritis); urocultivo positivo determinado por un recuento de colonias ≥102ufc/ml para *Staphylococcus saprophyticus* y 103ufc/ml para enterobacterias. Criterios de exclusión: infecciones urinarias recurrentes, urocultivo con flora polimicrobiana; infección urinaria complicada (diabetes mellitus, litiasis renal; infección por virus de inmunodeficiencia humana, cáncer, tratamiento con corticoides, alteración anatómica del riñón o la vía urinaria y/o diálisis o sonda vesical, utilización previa de antibióticos). Antibióticos testeados: ampicilina, ampicilina-sulbactam, cefalosporinas de 1era generación, ceftriaxona, quinolonas, nitrofurantoína, fosfomicina y amikacina.
Resultados: Se incluyeron 277 pacientes. Un 73 % fueron categorizadas como cistitis no complicadas. Los agentes etiológicos aislados más frecuentemente fueron *E. Coli* 82,7 %, *S.saprophyticus* 8,3 %, *Proteus* spp. 4,3 % y *Klebsiella* spp. 2,5 %. Se observó testeando el total de aislamientos en conjunto 49,3 % de resistencia para ampicilina;26,7 % trimetoprima/sulfametoxazol; 19,2 % ampicilina-sulbactam; 15,1 % quinolonas; 7,3 % cefalosporinas de 1era generación; 5,3 % ceftriaxona; 5,4 % nitrofurantoína; 0 % fosfomicina y amikacina. Analizando las 61 pacientes mayores de 50 años observamos que los microorganismos aislados más frecuentemente fueron 86,8 % *E. coli* y 6,5 % *Proteus* spp. observándose resistencias de 52,8 % para ampicilina, 28,8 % trimetoprima/sulfametoxazol y 24 % para quinolonas en las cepas de *E. Coli*.
Conclusión: *E. Coli* continua siendo el uropatógeno principal, la resistencia antibiótica a la ampicilina y a trimetroprima sulfametoxazol registrada alejan a estas drogas del tratamiento empírico de la infección urinaria. En mujeres mayores de 50 años las quinolonas tampoco serían una opción. El conocimiento de la etiología y los patrones de sensibilidad permiten la elaboración de guías locales que faciliten la toma de decisiones y la elección de tratamientos empíricos adecuados.

OD007 VIGILANCIA DE ZIKA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE, AÑO 2016. DETECCIÓN DEL PRIMER CASO AUTÓCTONO DE MICROCEFALIA ASOCIADA AL VIRUS EN LA PROVINCIA, SEGUNDO DEL PAÍS

MC Cudós[1], JC Befani Bernal[1], S Brazza[1], M Villani[1], M Calderon[1], E Anchart[2], V Mugna[3], G Rompato[3], G Ackhar[3], MA Morales[4], C Giovacchini[5], MA Uboldi[1].
[1] Ministerio de Salud de Santa Fe- Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Argentina. [2] Dirección de laboratorios de la Provincia de Santa Fe, Argentina. [3] Laboratorio central de Santa Fe, Argentina. [4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas- INEVH, Argentina. [5] Ministerio de Salud de Nacion- Epidemiología, Argentina.

Introducción: Desde su emergencia en Brasil en 2015, el virus Zika no ha dejado de ampliar su distribución geográfica y se considera probable la propagación a nuestro país. La vigilancia permite hallar casos importados y detectar el inicio de la transmisión autóctona, permitiendo tomar las medidas necesarias para reducir el impacto sanitario, social y económico ante la introducción y diseminación del virus Zika.
Objetivos: Detectar mediante vigilancia casos sospechosos de infección por virus zika e investigarlos mediante laboratorio específico.
Materiales y métodos: Se realizó una investigación operativa, implementando la vigilancia de casos sospechosos de Zika. Fueron estudiados todos los pacientes que presentaron exantema y al menos dos o más de los siguientes: fiebre, conjuntivitis, artralgias, mialgias, cefalea; y que refirieron viaje a área con transmisión de Zika en las 2 semanas previas a la aparición de síntomas. Además, se incluyeron todos los pacientes con SGB, embarazada con hallazgo ecográfico de microcefalia u otras anomalías cerebrales o recién nacido (RN) que presentó microcefalia u otra malformación congénita del SNC, independientemente del antecedente de viaje. Se obtuvieron muestras de orina y/o suero que fueron estudiadas mediante PCR, ELISA IgM y neutralización en cultivos celulares (NT).
Resultados: Durante 2016 se estudiaron en la provincia de Santa Fe 106 pacientes con sospecha de Zika, incluyendo 8 embarazadas con hallazgos ecográficos de microcefalia y 6 RN con malformación congénita compatible. Se confirmaron 3 casos de enfermedad por Zika (2 por PCR detectable en orina y 1 por ELISA + NT). Todos los casos presentaron exantema asociado a algún otro síntoma compatible, y tenían antecedentes de viaje a área endémica en las 2 semanas previas. Además, se confirmó 1 embarazada con hallazgos ecográficos de microcefalia y cuyo hijo presentó malformaciones asociadas al virus, confirmándose también la infección (ELISA + NT positivos en ambos). La paciente no presentaba antecedentes de viaje (tampoco su pareja) a áreas de transmisión de Zika; refirió haber presentado en la semana 13 del embarazo exantema maculopapular generalizado y mialgias, en ausencia de fiebre.
Conclusiones: La implementación de la vigilancia de Zika en la provincia de Santa Fe permitió detectar 3 casos de enfermedad importados y un caso autóctono de síndrome congénito asociado a la infección por dicho arbovirus. No se hallaron otros casos de enfermedad con transmisión autóctona. En la enfermedad por Zika, a diferencia de otros síndromes febriles por arbovirus, la presencia de fiebre no adquiere mayor relevancia. De este modo, muchos pacientes no fueron incluidos en la vigilancia ya que no cumplían el criterio de síndrome febril agudo inespecífico que fue definido en la guía nacional de vigilancia. Puede suceder que los pacientes hayan sido erróneamente diagnosticados de enfermedades alérgicas o dermatológicas inespecíficas. Por lo antedicho, parece prudente adoptar como criterio clínico de vigilancia la presencia de exantema con o sin fiebre, con sólo un síntoma más acompañante e independencia del antecedente de viaje.

OD008 ESTRATEGIA DE TESTEO DOMICILIARIO PARA HIV Y POOL DE CARGA VIRAL PARA DETECCIÓN DE CASOS DE INFECCIÓN AGUDA EN MUJERES TRANSGÉNERO

C Frola[1 2], V Zalazar[3], N Cardozo[3 4], Y Gomez[3 4], E Fojo[2], ML Vazquez[2], I Aristegui[3], M Lucas[3], M Romero[4], A Gun[2], P Cahn[2], O Sued[2]
[1] Servicio de Infectología, Hospital Juan A. Fernández, Argentina. [2] Fundación Huésped, Investigaciones Clínicas, Argentina. [3] Fundación Huésped, Investigación Social, Argentina. [4] Asociación Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina, Argentina.

Introducción: Las mujeres transgénero (MT) presentan alta prevalencia de HIV y la discriminación en los servicios de salud es la principal barrera para el testeo.
Objetivos: Identificar casos de infección aguda en esta población mediante pool de carga viral (CV), en el contexto de una estrategia de testeo domiciliario. Evaluar la correlación del test HIV DetermineTM y HIV combo DetermineTM con test ELISA estándar.
Métodos: Entre noviembre de 2015 y diciembre de 2016 se realizaron pruebas de HIV con un equipo multidisciplinario (infectólogos, psicólogos, referentes trans y bioquímicos) en alojamientos comunitarios y otros lugares de encuentro de MT en 4 ciudades de Argentina. Se incluyeron personas autodefinidas como MT, ≥14 años, con serología de HIV desconocida o negativa (> 3 meses). Posterior a la firma del consentimiento informado, las participantes completaron cuestionarios sociales y de comportamiento. Se utilizaron dos pruebas rápidas (HIV-1/2 Ag / Ab y Ab HIV-1/2) y se compararon con test de ELISA de 4ta generación. El material remanente de los resultados negativos, se dividió en alícuotas y se agruparon en conjunto de 6 muestras (pool) a las cuales se les realizó pruebas de CV. Si la CV de cada grupo resultaba positiva se realizaba una CV individual a alícuotas de todas las muestras de ese pool para identificar la muestra positiva. Mediante regresión logística multivariable se evaluaron los factores asociados a los resultados positivos.
Resultados: Un total de 180 MT fueron testeadas. La mayoría refirieron historia de trabajo sexual (86,2 %). Prevalencia de HIV de 24 %. No se detectaron infecciones agudas a través de ambos test rápidos y ELISA con una correlación del 100 %. Sin embargo, en dos grupos de pool se detectaron muestras con CV positivas. Se identificaron en cada pool las CV individuales positivas correspondientes a dos casos de infección aguda. Sólo uno de ellos pudo ser conectado y retenido en el sistema de salud. En el análisis multivariado, factores de trabajo sexual actual (ORa = 3,02), antecedentes de ETS (ORa = 3,71) y no haber realizado una prueba de HIV anteriormente (ORa = 4,79) estuvieron asociados con los resultados positivos (Tabla). Entre los casos positivos la media de CD4 fue 432 (RIC: 222-662).
Conclusiones: Las MT evidenciaron una alta prevalencia de HIV. El trabajo sexual actual, antecedentes de ETS y ausencia de prueba de HIV previa correlaciona con resultados positivos, lo cual indicaría que focalizar los esfuerzos en las MT trabajadoras sexuales y proporcionarles pruebas domiciliarias es un método exitoso para llegar a esta población. La implementación de un pool de muestras de CV permitió la detección de dos casos de infección aguda de HIV en esta población de alto riesgo, que no hubieran sido encontrados por técnicas de test rápido y ELISA. Ambos test rápidos presentaron alta correlación con el test estándar.

Variable	Odd Ratio ajustado (ORa)	95 % Intervalo de Confianza	Valor p
Extranjera (si vs. no)	2,41	(0,62-9,37)	0,202
Trabajo sexual actual (si vs. no)	3,02	(1,16-7,89)	0,024
Sin prueba previa de HIV (si vs. no)	4,79	(1,77-12,94)	0,002
Antecedentes de ETS (si vs. no)	3,71	(1,43-9,59)	0,007

OD009 FACTORES ASOCIADOS CON EL NIVEL DE DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROAS) EN CENTROS ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA

RE Quiros, A Vila, A Manzur, L Calanni, M Decima, A Falco, A Cuello, LM Olivo, CM Acosta, G Sastre, D Maurizi, F Riera, M Vera Blanch, MC Bangher, C Camerano, E Escobar.
Proyecto PROA, Argentina.

Introducción: Estudios previos en nuestro país mostraron que la tasa de indicaciones inadecuadas de antimicrobianos (ATB) asciende al 17 %, con una proporción de profilaxis quirúrgicas y tratamientos empíricos inapropiados del 47 % y 15 %, respectivamente. En este sentido, el desarrollo de PROAs en el ámbito hospitalario ha sido identificado como una estrategia útil para mejorar los resultados asistenciales, vinculados al uso de estos agentes, de una manera segura y costo-efectiva
Objetivo: Identificar los factores asociados con el nivel de desarrollo de los PROAs en hospitales de la República Argentina
Material y métodos: En mayo del 2016 se inició un proyecto multicéntrico de 12 meses de duración con el propósito de implementar y evaluar el impacto de PROAs en centros asistenciales. El mismo consta de 4 etapas: I- Autoevaluación basal; II- Implementación efectiva de los PROAs; III- Evaluación de la apropiabilidad de las prescripciones de ATB a través de cortes de prevalencia cuatrimestrales y de su consumo mensual; IV-Autoevaluación final del nivel de desarrollo alcanzado por los PROAs. Presentamos los datos obtenidos a partir de la autoevaluación basal. Para ello se utilizó un instrumento basado en el Core Elements of Hospital Antimicrobial Stewardship Programs, 2014 que permite recoger información sobre estrategias que deben estar presentes en los PROAs. Un total de 74 indicadores han sido agrupados en 33 estándares, 15 componentes y 4 secciones. Las autoevaluaciones fueron medidas con una escala de 0 a 100 puntos. Los resultados globales se presentan como medias ± desvío estándar y sus percentilos (p) respectivos. Para identificar las variables asociadas con el nivel de desarrollo de los PROAs se condujo un análisis univariado utilizando test de t Student para muestras independientes. Aquellas variables con una p<0,10 fueron incluidas en un análisis de regresión lineal múltiple
Resultados: De un total de 156 centros que participaron de la capacitación inicial, 127 (81 %) completaron la autoevaluación inicial con una media de 32,7 ± 14,4 (p10:14,5; p25:22,8; p50:32,9; p75:41,5; p90:52,7). Mientras en el análisis univariado el número de camas (>110); la afiliación universitaria; la existencia de un Comité de Control de Infecciones y de Farmacia y la presencia de infectólogo, microbiólogo y enfermero en control de infecciones tiempo completo, tuvieron una p<0,10; en el análisis mutivariado sólo el número de camas >110 y la presencia de un Infectólogo tiempo completo se asociaron al nivel del PROA alcanzado (p<0,05 y p<0,001; respectivamente). De las cuatro secciones de la autoevaluación, las "Estrategias de intervención para asegurar el PROA" fue la que mostró un mayor nivel de correlación con el puntaje global (R2 0,45; p<0,0001).
Conclusiones: El nivel basal de desarrollo de los PROAs en las instituciones evaluadas estuvo muy por debajo de un nivel deseable lo que demuestra una oportunidad para la implementación de este tipo de intervenciones. El hecho que un infectólogo tiempo completo haya sido una variable asociada independientemente con el nivel de los PROAs demuestra la importancia de su rol en la efectiva implementación de estos programas.

OD010 FARMACOGENÉTICA DE LA TUBERCULOSIS: NUEVO MODELO DE PREDICCIÓN DE HEPATOTOXICIDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS ANTITUBERCULOSIS

J Chamorro[1], J Castagnino[2], O Aidar[2], RM Musella[2], A Frías[2], M Visca[2], M Nogueras[2 3], L Costa[4], A Perez[5], F Caradonna[5], S Perés[1], G de Larrañaga[1].
[1] Laboratorio de Hemostasia, Trombosis y Biología Molecular Asociada, Hospital de Infecciosas Dr. F. J. Muñiz, Argentina. [2] División Neumotisiología, Hospital de Infecciosas 'Dr. F. J. Muñiz', Argentina. [3] División Terapia Intensiva del Hospital de Infecciosas "Dr. F. J. Muñiz", Argentina. [4] Laboratorio de Aprendizaje Biológico y Artificial (LBAL), Instituto Universitario del Hospital Italiano, Argentina. [5] Departmento de Ciencias y Tecnologias Biologicas, Quimicas y Farmacéuticas (STEBICEF), Sección de Biología Celular, Universidad de Palermo, Italia.

Introducción: La hepatotoxicidad inducida por fármacos antituberculosis (HIFA) es una reacción adversa grave y potencialmente fatal del tratamiento de la tuberculosis (TB). Tres de los cuatro fármacos utilizados como terapia de primera línea (isoniacida, rifampicina, pirazinamida), han sido asociados a HIFA. Estudios sobre farmacogenética de la TB han asociado el desarrollo de HIFA con variaciones en genes de enzimas que metabolizan estos fármacos.
Objetivos: Debido a que en Argentina la TB es una enfermedad re-emergente y a la elevada prevalencia de HIFA encontrada en pacientes internados, nos propusimos evaluar la posible asociación de factores ambientales y variantes genéticas en enzimas que metabolizan fármacos anti-TB con el desarrollo de HIFA. También, investigar las posibles interacciones gen-gen y gen-ambiente y su asociación con el desarrollo de HIFA, en una población de pacientes con TB hospitalizados de la Ciudad de Buenos Aires.
Métodos: Se estudiaron 345 pacientes con TB tratados con fármacos anti-TB (96 con HIFA). Se analizaron variables clínicas y demográficas tomadas en fichas de datos. Las variaciones genéticas en las enzimas *N*-acetiltransferasa 2 (NAT2), citocromo P450 2E1 (CYP2E1), glutathione S-transferasa theta 1 (GSTT1) y glutathione S-transferasa mu 1 fueron detectadas por reacción en cadena de polimerasa (PCR), secuenciación o PCR-RFLP. Para comparar las posibles variables predictoras entre pacientes con y sin HIFA se utilizó un análisis de regresión logística binaria. Para estudiar las interacciones genéticas y ambientales en asociación con HIFA se utilizó el método de reducción de la dimensionalidad multifactorial (MDR).
Resultados: Este estudio mustra que ser acetilador lento (AL) de NAT-2 [OR (IC95 %) = 3,02 (1,82-5,00); p<0,001], ser portador de la variante c2 [OR (IC95 %) = 2,16 (1,33-3,51); p = 0,002] o ser portador de la variante A4 de CYP2E1 [OR (IC95 %) = 2,13 (1,06-4,29); p = 0,049], y ser mujer [OR (IC95 %) = 1,94 (1,20 - 3,14); p = 0,006] resultaron variables predictoras independientes para HIFA. Aquellos pacientes AL que además eran portadores de la variante c2 de CYP2E1 tienen un riesgo mayor [OR (IC95 %) = 7.07 (3.34-14.95); p<0,001]. Por primera vez, se identificó una interacción sinérgica (epistasis) entre GSTT1 y CYP2E1 con mayor riesgo de HIFA. A su vez, se describe por primera vez una significativa interacción gen (NAT2 y CYP2E1) - ambiente (sexo) con riesgo aumentado de HIFA [TBA = 0,675, (p = 0,001) y CVC = 10/10]. Es decir que el mejor modelo de predicción (67,5 %) de HIFA contempla las variables NAT2, CYP2E1 y sexo.
Conclusiones: HIFA es una reacción adversa potencialmente fatal y prevalente (11 % de los pacientes tratados) que conduce a la interrupción del fármaco. En nuestro estudio, se obtuvo un modelo de predicción que clasifica adecuadamente al 67,5 % de los pacientes con TB en su riesgo de desarrollar HIFA. Dado el número considerable de TB en nuestro país, las pruebas farmacogenéticas y una historia clínica completa podrían ser útiles para reconocer a los pacientes con alto riesgo de sufrir hepatotoxicidad. Estos representan datos nacionales e internacionales inéditos relacionados a HIFA.

ORALES

1 - Infección por HIV, otros retrovirus y hepatitis virales

OR001 MODELAJE DE UNA ESCALA DE RIESGO EMPÍRICO PARA PREDECIR LA INFECCIÓN POR HIV EN ARGENTINA: ESCALA RHIVA.

C Yamamoto[1], C Cesar[1], M Feijoo-Cid[2], F Judzon[3], L Rapañani[3], M Lucas[3], E Dell'Isola[1], P Cahn[1], O Sued[1]

[1] Fundación Huésped - Investigación clínicas, Argentina. [2] Departamento de Enfermeria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona, España. [3] Fundación Huésped - Centro de testeo rápido, Argentina.

Introducción: La elaboración de una escala a partir de un modelo matemático que incluye los factores de riesgo asociados a una enfermedad permite estimar su aparición y mejorar la toma de decisiones clínicas. Con el objetivo de construir una escala para predecir la infección por HIV se creó la escala riesgo HIV en Argentina (RHIVA).
Métodos: Este estudio utilizó datos provenientes de un centro de testeo rápido de HIV inaugurado en 2015 en CABA. Dicho testeo consiste en una encuesta, consejería, test y devolución de resultados.La encuesta incluye datos sociodemográficos, conductuales y clínicos. En 8 meses se realizaron 928 pruebas a personas que desconocían su serología HIV resultando 36 casos positivos. Se realizó regresión logística multivariada para identificar los predictores asociados a infección por HIV. Los coeficientes de los factores con significación estadística (p<0,05) se utilizaron para desarrollar la escala RHIVA. RHIVA se validó utilizando las pruebas estadísticas básicas para escala no psicométrica: calibración, discriminación y exactitud global. Para la determinación del punto de corte de la escala se evaluó sensibilidad (S) y especificidad (E).
Resultados: De las 928 personas testeadas, 607 (65 %) eran del sexo masculino y la mediana de edad fue de 30 años (rango intercuartil 25-39). De los varones, 46 % refirieron tener sexo con hombres (HSH) y 49 % con mujeres (HET). En este estudio la prevalencia de HIV fue de 3,9 %: 7,8 % en HSH; 1,3 % en hombres HET; 27 % en mujeres y 4 % en otras vías de exposición. La regresión logística final incluyó: edad, conducta sexual, uso de preservativo en el último mes, pareja sexual HIV+ (datos de carga viral no disponibles), fiebre mayor a 7 días, diagnóstico previo de mononucleosis y/o hepatitis B o C. RHIVA tuvo una discriminación con la prueba de Hosmer-Lemeshow de 5,236, p = 0,732. La verificación global dentro del modelo la puntuación de Brier fue 0,23. RHIVA tuvo un área bajo la curva ROC de 0,77, el rango de valores posibles se extendió de 4 a 25. Un valor ≥9 tuvo una E = 96 % y una S = 75 %. En la verificación interna los puntajes ≤6, 7-8, 9-15 y >15 presentaron prevalencia de HIV de 0,9 %, 2 %, 7 % y 55 %, respectivamente.
Conclusiones: La escala RHIVA fue satisfactoria en los análisis matemáticos y de verificación interna por su alta E y S y podría ayudar a priorizar poblaciones donde concentrar esfuerzos diagnósticos y preventivos: candidatos/as profilaxis pre-exposición (PreP). Hacen falta estudios adicionales utilizando muestras repetidas para evaluar su valor en la identificación de infecciones agudas.

OR002 RETENCIÓN EN CUIDADO Y DISTANCIA ENTRE EL HOSPITAL Y EL DOMICILIO DE PACIENTES HIV ADULTOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL MUNICIPAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

GA Blugerman[1 2], JA Valiente[1], C Cesar[2], C Yamamoto[2], S Cifre[3], O Sued[2], P Cahn[2], HM Perez[1]

[1] Hospital General de Agudos Juan A. Fernandez, Argentina. [2] Fundación Huesped, Argentina. [3] MAyEP / GCBA, Argentina.

Introducción: La continuidad de cuidado puede verse comprometida por diversos factores. La distancia entre el domicilio del paciente y el hospital ha sido reportado como uno de los factores limitantes para la retención en cuidado.
Objetivos: Evaluar la eventual asociación entre la distancia domicilio-hospital (y/o el tiempo de viaje) y la retención en cuidado al año de inicio de seguimiento en pacientes HIV adultos atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).
Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva de pacientes HIV mayores de 18 años que iniciaron seguimiento en nuestro centro entre 2011 y 2013. Consideramos retención en cuidado al registro de al menos 1 consulta, laboratorio específico (CD4 y/o CV) y/o retiro de medicación antirretroviral dentro del año de la primera consulta. Obtuvimos latitud y longitud de la dirección de cada paciente mediante el servicio web de Google Maps®. Para la distancia domicilio-hospital y el tiempo de viaje utilizamos Google Maps Distance Matrix API®, usando la opción de transporte público. Para los modelos univariables usamos el test de Mann-Whitney-Wilcoxon y para el modelo multivariable la regresión logística (ajustando la asociación en estudio por posibles factores de confusión tales como edad y sexo). Las variables cuantitativas se informan como mediana y rango intercuartil (RIC) de acuerdo a su distribución, y las categóricas se informan como n y porcentaje. Para el análisis estadístico usamos Stata 13®.
Resultados: Entre 2011 y 2013, 1020 pacientes iniciaron seguimiento en nuestro centro. Excluimos del análisis 15 pacientes que fallecieron y 158 derivados a otro centro. De los restantes, 816 (96,3 %, IC95 % 94,8-97,5) tenían una dirección georreferenciable en su historia clínica. La mediana de edad durante la primera visita fue 33 (RIC 27-41) años y 654 (77,9 %) pacientes eran hombres. La mediana de distancia domicilio-hospital fue 10,3 (RIC 4,4-34,7) km y el tiempo medio de viaje fue 58,5 (RIC 35-102,5) minutos. Un total de 730 pacientes (89,5 %) continuaban retenidos al año de su primera visita. No encontramos asociación entre el tiempo de viaje domicilio-hospital y la retención en cuidado (z = -0,49, p = 0,6247). No encontramos asociación entre la distancia domicilio-hospital y la retención en cuidado en el modelo univariable (z = -0,42, p = 0,6721) ni en el modelo multivariable (Tabla 1). Los hombres tienen 48 % (IC95 % 1-73 %) menos chances que las mujeres de retención en cuidado.

Tabla 1. Modelo multivariable de asociación entre la distancia domicilio-hospital y la retención en cuidado. Regresión logística, n = 816, LR Chi2(4) = 10,18, p = 0.0171, Pseudo R2 = 0.0185

	OR Retención en cuidado (IC 95 %)	p valor
Distancia domiclio-hospital en kilómetros	1,00 (0,99-1,01)	0,392
Sexo masculino	0,52 (0,27-0,99)	0,049*
Edad en años	1,02 (0,99-1,04)	0,112

Conclusiones: En nuestra cohorte el tiempo de viaje y la distancia entre el domicilio y el centro de atención no se asocian con la retención en cuidado al año de la primera visita en pacientes adultos HIV atendidos en un hospital público de la CABA. Otras causales de pérdida de retención están siendo estudiadas.

OR003 SUSCEPTIBILIDAD GENÉTICA AL HIV-1 EN UNA COHORTE DE PAREJAS DISCORDANTES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ARGENTINA

CD Terrones[1], JC Nassif[1], B Cernigoi[2], L Redini[2], H Mingrone[2], O García Messina[3], A Rodriguez[3], E Carbone[4], P Micone[1], P Paradiso[1], A Mangano[5], P Aulicino[5], L Sen[5]
[1] Hospital Carlos G. Durand, Argentina. [2] Hospital Muñiz, Argentina. [3] CEADI S.R.L., Argentina. [4] FUNCEI, Argentina. [5] Laboratorio de Retrovirus del Hospital de Pediatría Garrahan., Argentina.

En el Consultorio de Embarazo y Retrovirus de un Hospital de la C.A.B.A., donde relevamos 900 embarazadas HIV positivas, detectamos que el 40 % de sus parejas eran negativas, a pesar de responder ante la pregunta del uso del preservativo como: A Veces o Nunca; ello nos alentó en la búsqueda del o los factores de protección existentes frente al retrovirus. Por ello definimos Discordante a aquella pareja donde un miembro está infectado y el otro no, y Concordante cuando ambos miembros son positivos para el HIV.
Objetivos: a) Estudiar variable epidemiológica y/o genética que permita explicar la discordancia del HIV-1 en estas parejas. b) Establecer incidencia de seroconversión en el seguimiento. Desarrollamos un estudio multicéntrico, epidemiológico, prospectivo, observacional, la primera etapa retrospectiva de datos epidemiológicos; y la prospectiva fue el seguimiento con serología del miembro negativo para el HIV-1. Participaron los siguientes centros: FUNCEI, CEADI SRL, la Fundación IDEA, el Hospital Muñiz GCABA, el Laboratorio de Retrovirus del Hospital Garrahan y como Centro Coordinador del Multicéntrico el Hospital Durand GCABA. Se analizaron 102 parejas discordantes Mujer HIV Negativa y Varón Positivo,y viceversa, y 13 parejas donde ambos eran positivos. La secuencia de inclusión de las parejas participantes fue: a) charla informativa; b) firma del consentimiento informado; c) completar autoencuesta en ámbitos físicos distintos, anónima (bajo código), individual, el entrevistador fue el mismo para las 115 parejas reclutadas; d) extracción de sangre venosa. Se analizó Uso del preservativo en los tres tipos de parejas reclutadas, a partir de las respuestas en la Autoencuesta, y mutaciones en CCR5 y CCR2 .
Conclusiones: Existió alta correlación entre las respuestas de las encuestas de las parejas según el test de Kappa utilizado, indicando conocer conductas protectoras para evitar la transmisión viral heterosexual. Sin embargo los resultados de estas encuestas, no nos permitieron conocer el comportamiento real del Uso del preservativo de los entrevistados, ya que dentro de la población que refirió usar Siempre protección tuvimos 28 % de gestaciones naturales. Los varones infectados presentaron mayor tendencia al uso del preservativo con su compañera HIV negativa, comparada con los varones no infectados. A tres años promedio de seguimiento, la incidencia de seroconversión fue menor al 4 %. La portación aislada del alelo HHG2 (32) del gen CCR5 no resulto suficiente para inhibir la transmisión. El haplogrupo HHE/HHE resultó un factor genético predisponente para la infección por HIV-1 en individuos expuestos de parejas discordantes, mientras que el haplogrupo HHE/HHF2 resultó un factor genético protector frente a la exposición al HIV-1.

OR004 INFECCIÓN CON VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV) DE ALTO RIESGO Y LESIONES INTRAEPITELIALES ANALES EN MUJERES TRANSGÉNERO (MTG)

V Fink[1], L Svidler López[2], F Gonzalez[3], M Tejo[2], S Figurelli[2], C Frola[1 2], L Mamanna[3], RLO Pastore[2], C Calvar[2], Y Durán[2], O Sued[1], MB Bouzas[3], P Cahn[1]
[1] Fundación Huésped, Argentina. [2] Hospital Juan A Fernández, Argentina. [3] Hospital de Infecciosas FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: El cáncer anal ha aumentado su frecuencia, en particular en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y en población HIV+. Está asociado con la presencia de virus de Papiloma Humano de alto riesgo oncogénico (HPV-AR) en un 80- 90 % de los casos. En nuestro país, el tamizaje de cáncer anal no es una práctica habitual. Estudios previos han mostrado alta prevalencia de HPV en mujeres transgénero (MTG) pero no hay datos publicados sobre prevalencia de lesiones anales.
Objetivo: Describir la frecuencia de lesiones anales asociadas a HPV, la tasa de infección de HPV-AR y los genotipos presentes en los casos HPV-AR positivos.
Métodos: Se realizó un estudio piloto en MTG (Mayo 2015- Septiembre 2016) en un hospital público de Buenos Aires. Se recogió información demográfica, relacionada al HIV y a la conducta sexual en un formulario *ad hoc*. Se tomaron muestras anales para citología y detección de HPV-AR (HC2 High-Risk HPV DNA, Digene®). En las muestras HPV-AR positivas, se realizó genotipificación (INNO-LiPA® HPV Genotyping Extra II, Fujirebio®). Las pacientes firmaron consentimiento informado y recibieron tratamiento según el diagnóstico.
Resultados: Se incluyeron 24 MTG, mediana de edad: 36 años (rango intercuartil [RIC]: 30-42). La mediana de edad a la primera relación sexual fue de 15 años (RIC: 14-16) y del número estimado de parejas sexuales, 500 (RIC: 375-500). El 70 % de las pacientes refirió usar preservativo en forma consistente y un 74 % fue tabaquista alguna vez en su vida. Veintidós eran HIV+ y conocían su serología con una mediana de 7 años (RIC: 1-14). Al momento de la evaluación, 16/22 recibían tratamiento antirretroviral (10/15 con CV no detectable) y la mediana de CD4 fue 573 cels/ml (RIC: 247-773). Las otras dos pacientes fueron negativas para HIV (siendo las otras características similares a las HIV+). Las citologías resultaron: negativas (n = 9), neoplasia intraepitelial anal de bajo grado (NIA-BG) (n = 11), neoplasia intraepitelial anal de alto grado (NIA-AG) (n = 1), células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASCUS) (n = 1), neoplasia intraepitelial con células indeterminadas (n = 2). El 96 % de las muestras fueron positivas para HPV-AR. Una sola fue negativa para HPV-AR, la cual tenía citología negativa. Se pudieron determinar los genotipos en 19 casos HPV-AR+. Los genotipos de alto riesgo más frecuentes fueron HPV-51 (n = 9), HPV-16 (n = 5), HPV-31 (n = 5) y HPV-33, HPV-39, HPV-68 y HPV-69/71 (n = 4 cada uno). La mediana de cantidad de genotipos por muestra fue de 3 (RIC: 3-4).
Conclusiones: En este estudio, el 63 % de las pacientes presentaban lesión citológica (4 % NIA-AG). Como ha sido reportado por otros autores, se encontró una alta frecuencia de HPV-AR (96 %), siendo esta población de las de mayor prevalencia de infección por HPV-AR. En base a estos resultados consideramos que se deberían evaluar estrategias integradas de prevención de cáncer anal como tamizaje, promoción de sexo seguro y acceso a vacunas en poblaciones de alto riesgo. Financiamiento parcial: Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud, Argentina

OR005 POBLACIONES VULNERABLES: DISPARIDADES EN LA RETENCIÓN EN CUIDADO ENTRE HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES TRANSGÉNERO

MA Kundro, GA Viloria, MC Acosta, LG Moreno Macias, MH Losso
Hospital JM Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: La retención en el cuidado del VIH juega un rol fundamental en el objetivo de supresión virológica y tiene un impacto reconocido en la salud pública.
Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las mujeres transgénero (MT) son poblaciones vulnerables clave; no obstante datos de estudios previos sugieren que sólo constituyen una minoría de los adultos infectados en cuidado.
Objetivo: Diseñamos este estudio con el objetivo de evaluar los factores asociados a la retención en cuidado en mujeres transgénero y HSH con un diagnóstico nuevo de infección por VIH.
Métodos: Estudio retrospectivo incluyendo todos los pacientes adultos (≥ 18 años) auto-identificados como HSH o MT con diagnóstico de VIH entre 2002 y 2014.
Comparamos las características clínicas y demográficas, el status inmunológico y la proporción de pacientes que se vincularon al cuidado y fueron retenidos en el mismo entre ambos grupos. Los individuos que tuvieron al menos una consulta médica en los 6 meses posteriores al diagnóstico fueron consideraron como **"vinculados al cuidado".** De igual forma, se definió **"retención"** como dos o más visitas separadas por ≥ 90 días en el primer año luego del diagnóstico.
Se emplearon modelos de regresión logística para evaluar los factores asociados a la retención en cuidado en esta cohorte.
Resultados: Un total de 1239 pacientes tuvieron diagnóstico de infección por VIH durante el período de estudio, de los cuales 314 (25.34 %) se auto-identificaron como HSH y 108 (8.71 %) como MT. La media de edad al diagnóstico fue de 33 años (Rango: 19- 64) para los HSH y de 28 años (Rango: 19- 51) para las MT. Ambos grupos tuvieron igual recuento basal de CD4+ (386 vs 364 céls/µL) e igual nivel de escolaridad (12 vs 10 años de instrucción) respectivamente. Solo una minoría de los individuos (4.5 % de las MT y 17 % de los HSH) disponía de cobertura social. Una alta proporción de los pacientes logró vincularse al cuidado de salud (94.8 % de los HSH y 95.2 % de las MT); no obstante solo el 40.3 % de las mujeres transgénero y el 61 % de los HSH cumplió los criterios de retención en cuidado. Los HSH tuvieron mayor probabilidad de ser retenidos que las MT [OR 2.3; (IC 95 % 1.83 a 3.20)]. El consumo de cocaina, la escolaridad, el recuento basal de CD4+, el país de origen (Argentina vs otros) y el lugar de residencia (CABA vs GBA) no se asociaron a la retención en cuidado en esta cohorte.
Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que hay una necesidad imperiosa de desarrollar nuevas intervenciones destinadas a retener estas poblaciones clave en cuidado, con especial énfasis en las mujeres transgénero.

OR006 PRIMER ESTUDIO REPRESENTATIVO NACIONAL SOBRE PREVALENCIA DE VIH Y SÍFILIS EN PERSONAS EN CONTEXTOS DE ENCIERRO EN UNIDADES DEL SERVICIO PENITENCIARIO FEDERAL

P Angeleri, J Sotelo, M Orlando, D Adaszko
Dirección de Sida y Ets - Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Introducción: En la Argentina, los datos para caracterizar epidemiológicamente a las personas alojadas en unidades penales en relación con el VIH y la sífilis son escasos. La información previa disponible refleja estimaciones de prevalencias de VIH mucho mayores que la población general: 5,43 % (ONUSIDA-2002).
Los resultados de esta investigación fortalecerán al Ministerio de Salud y al Servicio Penitenciario Federal (SPF) para la gestión y monitoreo en VIH y sífilis en la práctica cotidiana.
Objetivo: Determinar la prevalencia de VIH y sífilis en personas en contextos de encierro del SPF y obtener información indispensable para adecuar las respuestas programáticas en materia preventivo-asistencial a las personas afectadas.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional, de corte transversal. Muestra de tipo probabilística. El trabajo de campo se realizó entre los meses de Marzo y Diciembre de 2016. Fueron incluidas personas privadas de la libertad en 6 establecimientos federales quienes, previo consentimiento informado, respondieron a un cuestionario estructurado, participando posteriormente de la extracción de sangre. El reclutamiento fue al azar a través de la oferta activa para la participación en los pabellones de cada unidad penitenciaria. Se obtuvieron un total de 2183 muestras de sangre. Recibieron consejería pre y post test asegurándose el carácter confidencial mediante la utilización de un código de identidad. La muestra final estuvo compuesta por 228 mujeres, 2034 hombres, 9 trans femeninas y 6 trans masculinos. La edad promedio fue de 35 años (50,9 % entre 30 y 49 años) y el 88,5 % no habían finalizado el secundario como máximo nivel de instrucción. En cuanto a la situación judicial, el 67,3 % se encuentran procesados, mientras que el 32,7 % restante tiene condena. El 49 % tiene hasta un año de detención. Variables consideradas: prevalencia de VIH y sífilis, características sociodemográficas, antecedentes penales, prácticas sexuales, consumo de sustancias, estado de salud. La prevalencia se calculó a partir de la proporción de casos reactivos sobre el total de la población estudiada (IC 95 %).
Resultados: La prevalencia global de VIH fue de 2,85 % (IC95 %: 2,15 - 3,55). Mayor prevalencia de VIH: en la población trans femenina (41,91 %), en el grupo etario de entre 30 y 49 años (3,73 %), a mayor nivel educativo (nivel secundario o más 3,89 %), entre quienes tienen condena (3,38 %) y entre quienes llevan menos de 6 meses de detención 3,25 %. La prevalencia de sífilis fue de 1,83 % (IC95 %: 1,27 - 2,39). La mayor prevalencia se presentó en la población trans femenina (20,58 %), el grupo de hasta 29 años de edad (3,19 %) y en internos con menor nivel educativo (2,31 %). Se presentaron diferencias de acuerdo con la situación procesal, registrándose una prevalencia del 1,92 % en procesados y 1,36 % en condenados, y observándose asimismo una mayor presencia de sífilis en internos con menos de 6 meses de detención, hallando una prevalencia del 3,53 % en esta población, coincidentemente con la mayor prevalencia en el grupo más joven.
Conclusiones: Este es el primer estudio a nivel nacional sobre prevalencia de VIH y sífilis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal en el que los hallazgos en VIH (2,85 %) y sífilis (1,83 %) superan las estimaciones en la población general de nuestro país (0,4 % y 1,5 % respectivamente). Este estudio servirá como línea de base para acciones futuras en cuanto a la gestión, prevención, diagnóstico y atención dentro de contextos de encierro, en relación a estas patologías desde una perspectiva de derechos.

OR007 EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE CAPTURA DE DATOS PARA ESTUDIOS CLÍNICOS

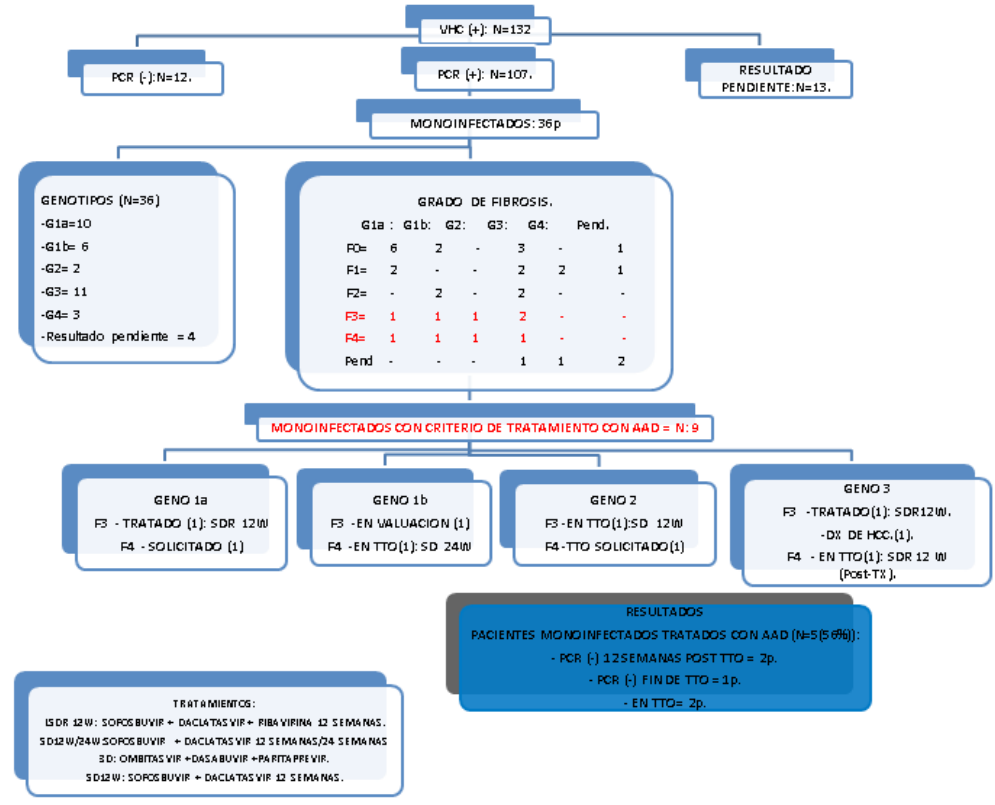
M De Stefano Parma, M Figueroa, F Enjamio, A Arguello, S Rosenbrock, C Yamamoto, O Sued
Fundación Huésped, Argentina.

Introducción: Existen múltiples sistemas de captura electrónica de datos en investigación clínica, algunos de las cuales son costosos.
Objetivo: Describir y realizar un análisis foda del proceso de implementación de redcap (u. De vanderbilt).
Material y métodos: En 2012 se solicitó la licencia para la implementación en los estudios de hiv. En el primer proyecto (estudio arte) se realizó un módulo simple de captura de datos. La complejidad aumentó paulatinamente para incorporar usuarios con niveles de autorización (paddle-2014), enrolamiento automático y cuestionarios (transviiv-2015), formato multicéntrico con randomización estratificada (andes -2015), uso de queries, bases compartidas (u. De miami) y randomización en cluster (copa-2016). Se instalaron actualizaciones (uso en español, encuestas online, encuestas en proyectos longitudinales, reportes a usuarios seleccionados y aplicación móvil) y extracciones automatizadas para calidad de datos.
Resultados: Desde su implementación el sistema redcap permitió incorporar datos demográficos, clínicos, eventos adversos, laboratorio y tratamientos de 733 pacientes de 5 estudios iniciativa del investigador en 12 sitios coordinados desde la Unidad de Estudios Multicéntricos (UEM). Esto permitió realizar enrolamientos y randomizaciones en tiempo real, reducir el trabajo para confección de reportes y registros, facilitar el monitoreo y mejorar la identificación de errores y pérdida de datos asegurando la transmisión de datos en forma inmediata, confidencial y segura.
Análisis foda:
Fortalezas: la plataforma es amigable, intuitiva, diseñada específicamente para estudios clínicos y de fácil adaptación. Puede ser implementada por individuos con conocimiento intermedio de variables de programación. Se dispone de una extensa comunidad de soporte, foros y una conferencia anual de actualización. Existe una comunidad de habla hispana. El entrenamiento de los usuarios de los sitios es sencillo y puede ser resuelto de manera remota.
Oportunidades: permite la posibilidad de implementar plug-ins o hooks para generar gráficos, exportar reportes de maneras variadas, realizar análisis automatizados en diferentes plataformas (php, sql, json entre otras) y establecer comunicaciones automáticas por email o sms.
Desafios: requiere un personal dedicado; procedimientos operativos estándares definidos; infraestructura con un servidor potente y buena conexión a internet permanente, de seguridad *online* accesibles y seguras.
Amenazas: se debe disponer de procedimientos operativos estándares para situaciones de emergencia como corte eléctrico, de internet o caída de servidores para no suspender los procedimientos médicos y definir prioridades a la hora de instalar actualizaciones que potencialmente puedan ocasionar cambios en la base general.
Conclusión: el uso de redcap fortaleció y simplificó la realización y monitoreo de estudios multicéntricos de hiv en nuestra unidad, mejorando los tiempos, la forma de carga y manejo de datos.

OR008 HEPATITIS C: "DESCRIPCIÓN DE UNA SERIE DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO"

A Bobatto, F Bechini, B Boggia, A Ciappina, M Echaide, J Iriart, L Urbina, G Corral, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia
Hospital Interzonal General Oscar Alende, Argentina.

Introducción: la infección por el virus de la hepatitis c (vhc) es una de las principales causas de enfermedad hepática crónica. La prevalencia en argentina es del 1-1.5 % siendo la primera causa de trasplante hepático. Desde 2013 se disponen de nuevos antivirales de acción directa (aad) con una elevada eficacia y perfil de seguridad logrando una respuesta viral sostenida (rvs) por encima del 90-95 % y cuyo objetivo es la curación de la infección y la prevención de las complicaciones de la hepatitis crónica. En el 2015 se aprobaron los primeros aad en nuestro país y el programa nacional de control de las hepatitis virales definió los criterios de inclusión de un grupo de pacientes "hiperurgentes" candidatos a recibirlos, otorgándose tratamiento(tto) a 1068 pacientes.
Objetivos: Describir características sociodemográficas de una serie de pacientes vhc. Analizar evolución y respuesta de aquellos seleccionados para tto con aad.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Desde el 2015 se evaluaron pacientes con antecedente de anti-vhc(+), así como nuevos dx a fin de seleccionar aquellos con criterios de tto según guías vigentes. Se analizó: coinfección con vih, genotipo, estadio de fibrosis, criterios de tto y respuesta al mismo. Se describieron variables categóricas como frecuencia absoluta y porcentaje.
Resultados: Se analizaron 132p con anticuerpos totales para vhc positivos, confirmados por pcr 107p. Globalmente el genotipo prevalente fue el 1a (43 %).tenían indicación de tto 46p, de los cuales lo recibieron 18p (39 %), de éstos 72 % (n = 13) coinfectados. De los 11 pacientes que completaron tto, 7 obtuvieron SVR, quedando a la fecha 4 resultados pendientes.



Conclusiones: El genotipo predominante en ambos grupos fue G1a. Se observó estadio de fibrosis más avanzado en los pacientes coinfectados. Menos de la mitad de los pacientes que presentaban criterios de tto con AAD, fueron tratados, poniendo en evidencia la necesidad de desarrollar estrategias para optimizar la evaluación de estos pacientes y facilitar la accesibilidad al tto. La totalidad de los pacientes que finalizaron el seguimiento lograron RVS, reafirmando la eficacia de los AAD en la vida real.

OR009 INMUNIZACIÓN DEL ADULTO: EXPERIENCIA DE UN VACUNATORIO CON EL USO DE UN REGISTRO NOMINALIZADO

D Stecher[1], A Padovani[1], A Aquino[2], A Gimenez[1], K Franco[1], J Leguizamon[1]

[1] Hospital de Clinicas "Jose de San Martin" Universidad de Buenos Aires, Argentina. [2] Direccion de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Ministerio de Salud, Argentina.

Introducción: Si bien la inmunización de los adultos se considera un componente esencial de la vacunación integral, el uso de vacunas en esta población es habitualmente subóptimo. También es dificultoso el registro de las dosis habituales. Una estrategia de vacunación dirigida a los adultos y un registro nominalizado permitirían mejorar la prevalencia de su uso.
Objetivos: Describir la experiencia de un vacunatorio dedicado a los adultos, la estrategia desarrollada con este fin y la utilidad de un sistema de registro nominalizado
Material y métodos: Se implementó en un hospital universitario un vacunatorio para mayores de 18 años dirigido a la población de pacientes ambulatorios e internados. Se administraron las vacunas recomendadas por el Ministerio de Salud, quien proveía las mismas. Se difundió el concepto de vacunación del adulto a través de información a los pacientes y al personal de la salud (boletines electrónicos, ateneos, campañas de vacunación.) Además del vacunatorio se administraron vacunas en salas de internación. Las dosis aplicadas se registraron utilizando el Registro Federal de Vacunación Nominalizado (NOMIVAC, Ministerio de Salud) registrándose cada dosis según la categoría asignada al tipo de indicación. Se realizó un análisis descriptivo y retrospectivo analizándose las vacunas aplicadas discriminadas por indicación según el registro informatizado.
Resultados: En el período 2015-2016 se administraron 18056 dosis de vacunas. Mujeres 63 % hombres 34 % edad promedio 45,3 años (18-95). Las vacunas fueron influenza (I) 6851 (37,9 %) neumococo conjugada 13 valente (NC13V) 906 (5,01 %), neumococo polisacárida 23 valente (NP23V) 1332 (7,3 %) hepatitis B (HB) 5808 (32,1 %), hepatitis A (HA) 204 (1,1 %) difteria tétanos (dT) 2310 (12,8 %), difteria tétanos pertussis acelular (dTpa) 539 (2,9 %) sarampion rubeola parotiditis (SRP) 51 (0,2 %) meningococo conjugada 4 valente (MC4V) 15 (0,1 %) polio inactivada 4 (0,02 %), virus papiloma virus humano (VPH) 36 (0,2 %). De acuerdo a la indicación: 11199 (62 %) por calendario (C), 1174 (6,5 %) huéspedes especiales (HE), 2537 (13 %) mayores de 65 años (>65), 2294 (12,7 %) personal de salud (PS) y 852 (4,7 %) embarazadas (E). La distribución de vacunas en cada categoría fue la siguiente:

	C	> 65	HE	PS	E
I	2351 (20,1 %)	1945 (76,6 %)		2190 (95,4 %)	365 (42,8 %)
NCV13	682 (5 %)		224 (19,1 %)		
NP23V	13 (0,1 %)	592 (23,3 %)	727 (62 %)		
HB	5672 (50,6 %)			86 (3,7 %)	50 (5,8 %)
HA			204 (17,3 %)		
dT	2308 (20,6 %)				2 (0,2 %)
dTpa	86 ((0,7 %)			18 (0,7 %)	435 (51 %)
SRP	51 (0,4 %)				
MCV4			15 (1,2 %)		
IPV			4 (0,3 %)		
VPH	36 (0,3 %				

Conclusiones: La implementación de un sistema de vacunación de adultos permitió vacunar a una población que habitualmente es de difícil acceso. El uso de un sistema nominalizado de registro facilitó el análisis de las vacunas administradas y sus indicaciones. La falta de denominadores dificultó el cálculo de tasas de cobertura.

2 - Vacunas e infecciones pediátricas y perinatales

OR010 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS MENINGITIS AGUDAS BACTERIANAS EN NIÑOS: 2011 - 2016

F Escarrá, MG Perez, V Reijtman, A Blanco, A Mastroianni, MC Ceinos, P Pellegrino, R Bologna, MT Rosanova
Hospital JP Garrahan, Argentina.

Introducción: Las meningitis bacterianas en niños son causa de importante morbimortalidad. Los principales agentes etiológicos son Neisseria meningitidis (Nm), Streptococcus pneumoniae (Sp) y Haemophilus influenzae (Hi). En los últimos años, luego de la introducción de vacunas para Hi (1998) y Sp (2011) al calendario nacional de inmunizaciones, se ha visto un cambio en la epidemiología de estas infecciones.
Objetivo: Describir las características clínicas, epidemiológicas y evolutivas de los niños hospitalizados con meningitis bacteriana confirmada microbiológicamente entre 2011 y 2016 en un hospital de tercer nivel de complejidad.
Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron niños entre 1 mes de vida y 17 años con cuadro clínico compatible con meningitis bacteriana y cultivo positivo y/o PCR en líquido cefalorraquídeo y/o hemocultivos positivos para Hi, Nm o Sp internados en un hospital pediátrico de tercer nivel entre Enero de 2011 y Diciembre de 2016. Se registraron las características demográficas, clínicas y evolutivas hasta los 30 días del egreso. Se utilizó mediana y rango intercuartilo (RIC) para variables continuas y porcentaje para variables categóricas. Se utilizó Stata 10.
Resultados: n = 65. Edad: mediana de 9 meses (RIC 4-35). Varones: 58 % (n = 38). Se identificó Nm en un 48 % (n = 31), Hi en un 26 % (n = 17) y Sp en un 26 % (n = 17). El 26 % (n = 17) de los pacientes presentaba alguna comorbilidad: nacimiento pretérmino (n = 8/65), malformaciones congénitas (n = 4/65), episodios broncoobstructivos (n = 3/65), inmunocompromiso (n = 2/65) y TGD (n = 1/65). El 94 % (n = 61) de los pacientes presentó fiebre, 36 % (n = 23) signos de foco y 8 % (n = 5) shock séptico. Tuvieron hemocultivos positivos el 62 % (n = 40) de los pacientes: Nm 48 % (n = 15/31), Sp 53 % (n = 9/17) y Hi 94 % (n = 16/17). Fueron positivos 86 % (n = 55) de los LCR: Nm 94 % (n = 29), Sp 88 % (n = 15), Hi 69 % (n = 11). Todos los pacientes recibieron tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona tanto como tratamiento empírico como definitivo, y 92 % (n = 60) recibieron corticoides empíricos. La mediana de días de internación fue de 11 (RIC 8-17). El 28 % (n = 18) requirió cuidados intensivos, y el 8 % (n = 5) falleció. De los pacientes con meningitis por Sp, el 29 % (n = 5) había recibido esquema de vacunación completo para edad con vacuna conjugada 13 valente. El 19 % (n = 3) de los pacientes con meningitis por Hi contaba con esquema completo para edad con vacuna para Hi.
Durante el periodo de estudio se observó que la frecuencia de meningitis por Sp disminuyó en el final del estudio (9 % en 2016 vs 60 % en 2011), mientras que la frecuencia de meningitis por Nm en 2016 fue mayor que al inicio del período (64 % en 2016 vs 40 % en 2011). La frecuencia de identificación de Hi se mantuvo estable.
Conclusiones: Las meningitis bacterianas confirmadas por Sp, Nm y Hi prevalecieron en niños menores de 12 meses. En esta cohorte se observó un predominio de las infecciones por Nm en los últimos años, y una disminución en la frecuencia de meningitis por Sp en el período post introducción de la vacuna antineumocóccica conjugada 13 valente al calendario nacional de inmunizaciones.

OR011 INTERVENCIÓN EN MÚLTIPLES NIVELES PARA OPTIMIZAR LA VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA EN MAYORES DE 64 AÑOS

M Penalba, D Stecher, C Martinez Sagasta, E Vazquez, E Casal
Casa Médica Centrada en el Paciente, Argentina.

Introducción: La vacunación antigripal es de reconocida eficacia. Sin embargo, no se logran las tasas de vacunación en los adultos acordes al beneficio que se puede obtener. Se reconocen barreras para su instrumentación, entre otras, falta de tiempo, dificultad en el acceso a la información apropiada, ausencia de registros confiables y de vacunación. Durante el año 2014, se inició un trabajo de intervención a múltiples niveles para franquear estas barreras.
Objetivo: Evaluar el impacto de una intervención para mejorar la tasa de vacunación antigripal de los adultos mayores de 64 años en un sitio de atención ambulatoria.
Materiales y métodos: Estudio de sección transversal. Los resultados fueron expresados en porcentajes ponderando las variaciones anuales de los mismos.
Tasa anual: vacunados sobre población mayor de 64 años, año 2013 a 2017. Evidencia de Vacunación: existencia de registro en el calendario de vacunación en la Historia Clínica Electrónica (HCE). Intervención: 1) diseño de equipo de trabajo (Asistente, Clínico, Infectólogo, Experto en Calidad); 2) incorporación del link de DICEI en página web; 3) revisión de la evidencia científica y jerarquización del concepto en el equipo; 4) historia de vacunación auto administrada por el paciente en la pre consulta asistido por personal entrenado; 5) calendario de vacunación en la HCE; 6) recordatorios electrónicos de vacunación e imágenes audiovisuales en la sala de espera.
Los pacientes fueron referidos para recibir la vacuna a instituciones públicas o privadas.
Resultados observados: La tasa de vacunación se incrementó anualmente partiendo del 4.49 % para llegar al 59 % en el término de tres años de intervención. P<0.0045.

Año	n	N	Tasa	Proporción vacunados
2013*	436	37	4.49	0.085
2014	463	80	17.28	0.173
2015	497	230	46.28	0.463
2016	476	282	59.24	0.592

Tabla: Año: calendarios. * pre-intervención. n: Individuos mayores de 64 años. N: número de individuos con evidencias de vacunación. Tasa: n/N. P <.05

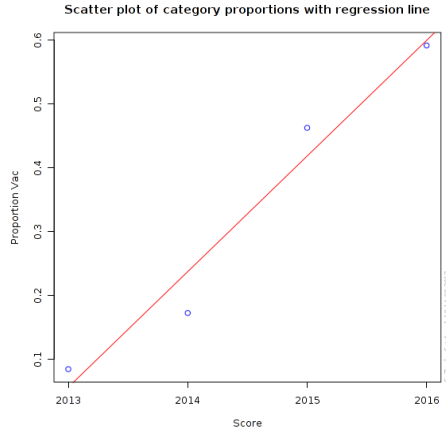
Conclusiones: Una intervención en múltiples niveles que atienda las barreras reconocidas en vacunación antigripal del adulto mayor, tiene un impacto positivo que se expresa como mejoría de las tasas.

OR012 HEPATITIS B, VACUNACIÓN EN ADULTOS: OPORTUNIDADES GANADAS Y *COMPLIANCE* COMO RESULTADO DE UNA ESTRATEGIA

MN Obed, AE Palaoro, MB Alcorta, MC García, MF Alzogaray, G Chaparro, A Mykietiuk
Instituto Médico Platense, Argentina.

Introducción: Se considera que la mejor estrategia de control para hepatitis B (HB) es la prevención a través de la inmunización. En 2012 el ProNaCei formuló la recomendación de vacunación universal para contribuir a la eliminación y control de la enfermedad. La vacuna es gratuita para la población y puede administrarse sin prescripción médica, sin embargo las tasas de

vacunación en adultos se encuentran por debajo del objetivo. Mejorar las coberturas de vacunación para HB en adultos es un desafío.
Objetivos: El objetivo de este trabajo es describir los resultados de una estrategia implementada para aumentar la vacunación en pacientes adultos. Se evaluó el impacto en HB.
Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de corte transversal, desarrollado en una clínica privada en la ciudad de La Plata, Argentina, desde el 1 de marzo 2015 al 1 de marzo de 2017. La estrategia implementada se basó en la combinación de tres elementos. 1. Política restrictiva: requerimiento obligatorio de vacunación dT documentada para ingreso hospitalario para cirugías programadas 2. Asesoramiento médico en el vacunatorio: un médico evalúa a los pacientes y sus acompañantes e indica vacunas de acuerdo a las Normas Nacionales de Vacunación. 3. Acceso inmediato a la vacunación: se ofrece la administración de las vacunas indicadas durante la misma consulta.
Definiciones: Oportunidades ganadas: dosis aplicadas como resultado del consejo médico en el vacunatorio.
Dosis estimadas sin intervención: dosis aplicadas como resultado de la demanda espontánea o por prescripción médica previa a la visita al vacunatorio de la institución. Se documentaron de forma prospectiva los datos personales, motivos de consulta y dosis aplicadas (como dosis ganadas o dosis estimadas sin intervención).
Resultados: Asistieron al vacunatorio 3683 adultos mayores de 21 años (65,45 % mujeres y 34,11 % hombres). Edad promedio 44,7 (21 – 94 años). Se aplicaron 2815 dosis de HB: 242 resultaron de la demanda espontánea o indicación médica previa y 2573 fueron oportunidades ganadas. De los pacientes que recibieron la primera dosis como oportunidad ganada, el 61 % recibió la segunda y el 34 % la tercera dosis. El 35 % de los adultos que asistieron al vacunatorio recibió HB como oportunidad ganada. Los motivos de consulta de los pacientes en los que se ganaron oportunidades para HB fueron: 73,2 % requerimiento obligatorio de vacunación dT documentada para cirugía;18,28 % padres acompañantes de niños que asistieron por vacunas del calendario nacional; 8,4 %por otros motivos.
Conclusión: Se aplicaron mayor número de dosis como resultado de la estrategia implementada que por la demanda espontánea o indicación médica previa. La estrategia fue eficaz para ganar dosis de HB en pacientes que asistieron al vacunatorio por otra causa. El porcentaje de adultos vacunados con HB como resultado de la estrategia es mayor que el observado en la Tercera encuesta Nacional de Factores de Riesgo (35 % *vs.* 21 %). Solamente el 34,3 % concurrió para recibir la tercera dosis, por lo que deberíamos diseñar herramientas para mejorar la adherencia. Esta estrategia podría ser replicada en otros centros.



OR013 FRECUENCIA DE SEROTIPOS DE *Haemophilus influenzae* EN INFECCIONES INVASIVAS EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

M Cudmani[1], G Delgado[1], G Gonzalez[1], J Assa[2], L Gonzalez[2], N Fernandez[3], N Cudmani[1], V Firpo[3], S Sánchez[4]
[1] Laboratorio de Salud Pública, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología del Hospital del Niño Jesús, Argentina. [3] Servicio de Infectología del Hospital del Niño Jesús, Argentina. [4] Servicio de Vacunas del Hospital del Niño Jesús, Argentina.

Introducción: *Haemophilus influenzae* (Hi) es uno de los principales agentes causante de infecciones pediátricas. El Hi tipo b (Hib) presenta mayor virulencia comparado con los no b y los no capsulados (NT), siendo la mayor causa de infecciones invasivas como meningitis y sepsis en niños menores de 5 años. Con la introducción de la vacuna conjugada en el año 1998, se produjo una disminución notable de la incidencia de enfermedad invasiva contra este serotipo y su portación, observándose un aumento de los otros serotipos no b y cepas no capsuladas.
El Calendario Nacional de Vacunación en nuestro país cuenta con la vacuna conjugada a los 2, 4 y 6 y 18 meses de vida. Sin embargo, en los últimos años se detectó un aumento sostenido de los aislamientos Hib en nuestro medio como agente causal de infecciones invasivas en niños.
Objetivo: determinar la frecuencia de serotipos de Hi en infecciones invasivas en una población pediátrica en la era de la vacuna conjugada contra Hib.
Materiales y Métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Período de estudio: enero a diciembre de 2016. Se estudiaron todos los aislamientos recibidos en el Laboratorio de Salud Pública causantes de enfermedad invasiva procedentes de un hospital pediátrico público de la provincia. La identificación de las cepas se confirmó por Malditof (Bruker) y los serotipos mediante la técnica de PCR. La extracción del ADN bacteriano se realizó por el método de boilling y para la amplificación se usaron primers específicos para detectar los genes ompP2, bex A y para los serotipos a,b,c,d,e y f según metodología recomendada por el Instituto Nacional de Referencia de Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS Malbrán (LNR). Se analizaron los datos de vacunación de los pacientes.
Resultados: se estudiaron 18 aislamientos provenientes de bacteremia (n = 9), meningitis (n = 4), neumonías (n = 4) y absceso de glúteo (n = 1). Rango de edad: 2 meses a 2 años. 16 pacientes fueron mayores de 2 meses y la mayor frecuencia de los aislamientos correspondió a niños de 1 año (n = 5). Con respecto a la distribución de serotipos: solo 1 cepa no amplificó para el gen bexA y se clasificó como Hi NT. De las 17 cepas restantes, un 76 % (n = 13) correspondieron al serotipo b y un 24 % (n = 4) al serotipo a. Las cepas de Hi capsulados predominaron en aislamientos de bacteremias, meningitis y neumonías; mientras que Hi NT se aisló de un absceso de glúteo. En todos los casos estudiados se contó con los datos de vacunación: 4 pacientes presentaron esquema incompleto, mientras que los otros 14 recibieron esquema completo para la edad.
Conclusiones: observamos un aumento de aislamientos de Hib como agente causal de las infecciones invasivas en niños menores de 2 años, en donde la mayoría de ellos contaban con esquema de vacunación completo acorde a su edad. Consideramos necesario estudiar la presencia de factores de riesgos (clínicos e inmunológicos) y evaluar la eficacia de la vacuna en niños con infecciones invasivas por Hib. Además recomendamos reforzar el sistema de vigilancia y la información epidemiológica sobre esta enfermedad para colaborar con el equipo de salud.

OR014 ENFERMEDAD INVASIVA POR *Haemophilus influenzae* TIPO B

W Yfran, M Ferolla, C Carballo, M Marcó del Pont, C Acosta, M Pasinovich, S Schiavino, E Pannunzio, C Cazes, ML Praino, MM Contrini, E López
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: *Haemophilus influenzae* (Hib) causa infecciones invasivas en menores de 5 años. La vacunacion universal disminuyo su incidencia drásticamente a nivel mundial.
Objetivos: Analizar la incidencia anual de internaciones por Hib en los últimos 5 años y describir su impacto.
Material y método: Estudio de corte transversal que incluyó a todos los pacientes internados con enfermedad invasiva por Hib en un hospital pediátrico, desde el 01/01/2012 al 01/01/2017.
Resultados: Se incluyeron 20 casos, trece varones (relación 1.8:1). La mediana de edad fue de 12 meses (r 45 dias-114 meses), 55 % menores de 12 meses y 85 % menores de 2 años. El 60 % de los pacientes tenían esquema completo de vacuna anti-Hib para la edad; 9 recibieron tres o más dosis de vacuna. Dos pacientes presentaron enfermedad de base uno Cardiopatía y otro Neurofibromatosis. Catorce pacientes (70 %) tuvieron meningitis (3 desarrollaron colección subdural). Cinco pacientes presentaron artritis séptica (3 con meningitis asociada), 6 pacientes neumonía con supuración pleuropulmonar (2 de ellos con meningitis) y 1 osteomielitis sin compromiso meníngeo; 17/20 (85 %) presentaron bacteriemia. De los 17 pacientes con bacteriemia 14 tuvieron meningitis (los 3 restantes no se les realizó PL). Hib se aisló en 17/20 (85 %) hemocultivos, en 7/14 (50 %) cultivos de LCR, 3/5 (60 %) punciones de líquido articular y 2/6 (33 %) muestras de líquido pleural. La mediana de leucocitos al ingreso fue 12.400 cel/mm3 (1600-42.900) y, de proteína C reactiva, 111 mg/l (7-358). La mediana de hospitalización fue de 13 días (8-40). En 10 niños se realizó tratamiento quirúrgico: 4/5 AS artrotomía, 4/6 SPP toilette pleural y 3/14 con meningitis drenaje de colección subdural. Nueve (45 %) requirieron terapia intensiva, 4 asistencia respiratoria mecánica. Se solicitó estudio inmunológico a 15 pacientes: 10 normales, uno patológico y 4 continúan en estudio.
Conclusión. Observamos un aumento en la incidencia anual de internación por Hib en los últimos años. La mayoría de los pacientes se hallaban adecuadamente vacunados y con estudios inmunológicos normales.

Año	Internaciones por Hib (n)	Total de internaciones (n)	Tasa de hospitalización (10.000 internaciones/año)
2012	1	9764	1,02
2013	2	9304	2,15 (IC95 % 0,26-7,76)
2014	3	9066	3,31 (IC95 % 0,68-9,67)
2015	6	9450	6,35 (IC95 % 2,33-13,81)
2016	8	9780	8,18 (IC95 % 3,5-16,11)

OR015 MIELITIS AGUDA FLÁCCIDA POR ENTEROVIRUS D- 68 EN NIÑOS. PRIMEROS CASOS REGISTRADOS EN NUESTRO PAÍS

C Carballo, N Sordelli, M García Erro, G Vazquez, A Mistchenko, ML Praino, C Lovrics, C Freire, C Cejas, M Rodríguez, MM Contrini, E López
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: Diferentes países han reportado casos esporádicos de mielitis aguda fláccida (MAF) por Enterovirus D-68 (EV-D68) luego del brote de enfermedad respiratoria de 2014 en USA, aunque no hay registro de brote de esta enfermedad en Argentina hasta ahora
Objetivo: Describir características clínicas, de laboratorio y secuelas de niños con infección por EV-D68 en nuestro medio
Métodos: Estudio prospectivo, de niños con parálisis aguda fláccida (PAF) internados en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez"; período Abril–Agosto 2016. Definiciones: PAF: debilidad aguda motora de uno o más miembros; MAF: presencia de PAF con compromiso de sustancia gris a nivel médula espinal en RMN. En pacientes con cuadro clínico de sospecha, se realizó búsqueda de EV-D68 en aspirado naso-faríngeo (ANF), materia fecal (MF) y LCR (por PCR en Instituto Malbrán).
Resultados: Fueron internados 19 niños con PAF en 3 meses. De ellos: 6/19 (31 %) presento MAF por EV-D68. Edad: mediana: 46 meses (rango 12 a 60), 66 % mujeres, 50 % antecedente de bronquitis obstructiva recidivante (BOR). Previo a la parálisis: 100 % presentó infección de vía aérea superior; febril: 4/6; con vómitos y dolor abdominal: 1/6. Tiempo medio transcurrido desde inicio del cuadro respiratorio a la parálisis: 5 días. Clínica: 100 % debilidad motora aguda, progresiva y asimétrica de miembros, con arreflexia e intenso dolor muscular. Ningún niño presentó compromiso cognitivo ni alteración de sensibilidad. Se observó compromiso de músculos respiratorios en 3/6 (50 %), dos de ellos requirieron ARM y uno ventilación asistida no invasiva (VNI). Compromiso de pares craneales: 2/6 (33 %). Características del LCR: pleocitosis a predominio mononuclear: 5/6; disociación algúmino-citológica: 1/6. Todos presentaron compromiso de médula espinal en RMN con contraste y alteración del electromiograma (EMG) con signos de denervación o lesión de motoneurona. Estudio virológico: ANF 5/6 positivo para enterovirus, tipificado como EV-D68 en 4/5. MF: 2/6 positivo para EV-D68; LCR: 100 % negativos. Secuelas: en 100 % de los pacientes durante 6 meses de seguimiento; 100 % paresia/plejía de uno o más miembros e hipotrofia muscular con acortamiento; 2/6 requerimiento de soporte ventilatorio. Ningún paciente murió. Diagnóstico final confirmado de los pacientes incorporados al estudio: MAF por EV- D68: 6(31.6 %); encefalitis autoinmune: 5(26.3 %); Guillain-Barré: 3(15.8 %); miositis por Virus Influenza: 2(10.5 %); encefalitis por otro enterovirus: 1(5.3 %); sinovitis transitoria de cadera: 1(5.6 %); mielitis transversa: 1(5.6 %).
Conclusión: - Este es el primer brote de MAF por EV-D68 descripto en Argentina luego del brote de USA en 2014. El cuadro clínico de los pacientes fue muy similar a poliomielitis. Todos los pacientes presentaron secuelas neuromusculares a 6 meses. Es fundamental reforzar la vigilancia epidemiológica frente a este patógeno emergente, para definir su impacto en la salud de nuestros niños.

OR016 VACUNACIÓN UNIVERSAL PARA AL VIRUS DE LA HEPATITIS B: DETERMINACIÓN DEL ESTADO SEROLÓGICO EN UN GRUPO DE MUJERES EMBARAZADAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ANTES Y DESPUÉS DE SU IMPLEMENTACIÓN

F Gonzalez, M Pinheiro, C Aranda
TCba-Laboratorio, Argentina.

Introducción: La infección por el virus de la Hepatitis B (HBV) constituye un problema de salud pública importante ya que puede causar infección crónica con riesgo de enfermedad grave y muerte por cirrosis hepática y cáncer de hígado. La transmisión vertical madre-hijo sigue siendo la vía más frecuente de transmisión del virus en la edad pediátrica. En Argentina la inmunización obligatoria para HBV está incluida dentro del Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2000 para los recién nacidos, dejando a la población adulta susceptible a la infección. Con el objetivo de enmendar esta situación, en el año 2014, se incorporó la vacunación para HBV a todos los ciudadanos no vacunados o con regímenes incompletos, de manera gratuita y obligatoria (Resolución 52/2014).
Objetivos: Determinar el estado serológico para el virus de la Hepatitis B de una población de mujeres embarazadas, antes y después de la implementación de la vacunación universal, y evaluar el impacto de esta medida en dicha población.
Materiales y Métodos: Este es un estudio retrospectivo donde se analizaron 1055 muestras de mujeres embarazadas, con edades comprendidas entre los 18 y 47 años que concurrieron a nuestro laboratorio para la investigación de Anticuerpos para el Antígeno de Superficie del virus de la Hepatitis B (aHBsAg) en el período 2012-2016. El método utilizado para la determinación de los aHBsAg fue un inmunoensayo quimioluminiscente (Advia Centaur XP - Siemens). Se dividió la población en dos grupos de acuerdo al año de concurrencia al laboratorio (2012-2014 y 2015-2016) y la instauración de la vacunación universal (2014). Se utilizó una tabla de contingencia para análisis estadístico de datos.
Resultados: Durante el período 2012-2014 el 99,7 % de las mujeres embarazadas estudiadas presentaban serología Negativa para aHBsAg. Cuando se analiza año por año se observan que en los años 2012 (n:118) y 2014 (n:156) el 100 % de las mujeres embarazadas era Negativa, mientras que en el año 2013, 1/113 presentaba serología Positiva, representando el 0,9 % del total. En el siguiente período, se observa que para el año 2015, 190 de 356 (53,4 %) presentaba serología Positiva y en el año 2016 lo hacia el 58,7 % (183/312). La diferencia entre las pacientes que presentaron serología Negativa y Positiva a través de los años y que fueron incluídas en el análisis, fue estadísticamente significativa (p<0,0001).
Discusión: Basados en la diferencia de los resultados de serologías obtenidos en los sucesivos años estudiados, podemos concluir que la implementación de la vacunación universal contra el virus de la Hepatitis B ha tenido un impacto significativo en nuestra población de mujeres adultas. Esto redunda en una menor probabilidad de infección por virus de Hepatitis B en el embarazo y una disminución de una posible transmisión vertical. Sin embargo, creemos conveniente fomentar el desarrollo de programas informativos con el objetivo de aumentar los índices de cobertura en la población de mujeres en edad reproductiva. Ya que los mismos se encuentran por debajo de lo deseable.

3 - Infecciones generales en adultos

OR017 DETECCIÓN Y CARACTERIZACIÓN DE VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES ADULTOS DURANTE 2014-2016

MV Romano[1], F Herrera[2], E Temporiti[2], P Bonvehi[2], A Martinez[1], C Videla[1]

[1] CEMIC-Laboratorio de Virologia. Departamento de Análisis Clínicos, Argentina. [2] CEMIC-Sección Infectología. Departamento de Medicina, Argentina.

El virus Sincicial Respiratorio (RSV) es causa frecuente de infección severa del tracto respiratorio inferior en niños pequeños, ancianos y pacientes inmunocomprometidos. Los pacientes con trasplante alogenico de células progenitoras hematoyéticas (TCPH) presentan mayor riesgo de progresión de infección respiratoria alta a baja y mortalidad, el tratamiento temprano con ribavirina esta recomendado en pacientes con alto riesgo. El diagnostico virológico es necesario porque las manifestaciones clínicas se superponen con otros virus respiratorios. Este virus presenta dos grupos antigénicos, A y B y por biología molecular se identifican numerosos genotipos que pueden co circular y son los responsables de las múltiples reinfecciones que ocurren a lo largo de la vida. La caracterización de las cepas por biología molecular permite conocer los genotipos circulantes en la población y es fundamental para la formulación de vacunas en desarrollo.
Objetivos: a) Detección de RSV por PCR en tiempo real (RT-PCR) en muestras respiratorias de pacientes adultos con infección respiratoria aguda en el periodo 2014-2016; b) Genotipificación de cepas de RSV detectadas.
Métodos: Se recibieron 664 muestras respiratorias de adultos (80 de lavado broncoalveolar y 584 de hisopado nasofaríngeo) durante 2014 (n = 97) ,2015 (n = 302) y 2016 (n = 265 Enero-Julio). Se estudió: RSV e influenza A (FLUA) por RT-PCR y adenovirus (ADV), RSV, FLUA, influenza B (FLUB), parainfluenza (HPIV) y metapneumovirus (HMPV) por inmunofluorescencia indirecta (IFI). La genotipificación se realizo amplificando y secuenciando la segunda región hipervariable de la glicoproteína G.
Resultados: La frecuencia total de detección de RSV fue del 11 %(73/664), en 2014 el 26 % , en 2015 y 2016, 15 %. Por IFI se detectaron 71 % (52/73) de las muestras positivas por PCR.
En las 591 muestras negativas para RSV, se detectó FLUA 12 % por PCR (66/591) y 1.2 % HPIV ,0.16 % ADV y HMPV por IFI. El 56 % de las muestras RSV positivas correspondieron a pacientes inmunocomprometidos (enfermedades hematológicas, TPCH y trasplante renal), 22 % de pacientes inmunocompentes sin enfermedades de base y 22 % de mayores de 65 años.
El RSV se detectó desde abril a diciembre con un pico en los meses de junio o julio de acuerdo al año.
De los 73 RSV positivos se pudieron genotipificar el 30 %, siendo el subtipo B genotipo BA 9 el más frecuente y dentro del subtipo A se identificó el genotipo mas recientemente descripto ON1 (año 2011).
Conclusiones: El RSV en adultos se lo detectó con una frecuencia similar a la del virus influenza, siendo los pacientes inmunocomprometidos los más afectados. La utilización de real time PCR detectó casi un tercio más que el método tradicional y es fundamental para instaurar la terapia antiviral en pacientes de riesgo. El uso de la técnica de RT-PCR permite ampliar el periodo de detección del virus. Los estudios moleculares identificaron las cepas recientemente descriptas ON1 y BA9 como los principales genotipos co-circulando en los últimos 3 años.

OR018 TRASPLANTE DE MICROBIOTA FECAL (TMF) PARA TRATAMIENTO DE DIARREA POR *Clostridium difficile* (DACD) REFRACTARIA. REPORTE DEL PRIMER CASO EN UN HOSPITAL GENERAL

JV Martínez[1], I Zubiaurre[2], A Rauch[2], R Jordán[1], P Giorgio[1], S Verbanaz[1], MV Pinoni[1], ED Efrón[1]

[1] Servicio de Infectología, Hospital Británico, Argentina. [2] Servicio de Gastroenterología, Hospital Británico, Argentina.

Introducción: la DACD es una de las principales infecciones que se presentan en el ámbito hospitalario. Las formas graves afectan fundamentalmente a mayores de 65 años e inmunocomprometidos y el tratamiento recomendado es vancomicina VO (VAN); sin embargo, en un porcentaje de casos variables (10 a 65 % aprox.) se observa fracaso del tratamiento. El TMF es una estrategia que ha demostrado su utilidad en estos casos. Presentamos un caso de DACD refractario al tratamiento con VAN tratado con TMF.
Resumen Clínico: mujer de 85 años con antecedentes de HTA que ingresa por sepsis con foco abdominal, hipotensión y diarrea (Tipo Bristol 7) con más de 10 deposiciones/día. Leucocitos: 14.700 cel./mm3. Inicia tratamiento con Imipenem (IMI) IV y VAN VO. Se realiza diagnóstico de DACD severa (Test de ELISA TcdA y TcdB +); se suspende IMI a los 8 días y continúa con VAN VO. Ante la persistencia del cuadro se agrega metronidazol (MNZ) y tigeciclina por vía IV. Continúa con diarrea profusa y sin mejoría; a los 5 días de tratamiento combinado se plantea realización de TMF. Se suspende VAN/MNZ/Tigeciclina 24 hs antes del procedimiento y se realiza infusión de suspensión de microbiota fecal (75 ml) proveniente de banco, a través de sonda duodenal. La paciente tolera el procedimiento presentando posteriormente aumento de la diarrea que cede espontáneamente a las 24 hs. Evoluciona con franca disminución del dolor y de la distensión abdominal con disminución del volumen de la diarrea y las características (Tipo Bristol 5) hasta lograr deposiciones normales a las 2 semanas (Tipo Bristol 4). Evoluciona favorablemente y es externada a los 18 días del TMF sin diarrea. No presenta recaída hasta 12 semanas posteriores al procedimiento.
Discusión: el TMF ha sido propuesto recientemente para casos de recurrencias sucesivas luego de fracaso con dosis decrecientes de VAN VO y para formas severas de DACD. La administración de TMF ha demostrado que revierte la disbiosis presente en los pacientes con DACD y con una eficacia clínica de alrededor del 90 % en pocos días, y escasos efectos adversos. La infusión de microbiota puede realizarse a través de sonda nasoduodenal, videocolonoscopía y menos frecuentemente mediante enemas. Si bien el procedimiento es eficaz y seguro aún quedan muchos interrogantes en relación a elección y testeo de los donantes, riesgos de transmisión de infecciones u otras enfermedades (autoinmunes), prejuicios de la sociedad y regulaciones por parte de las autoridades sanitarias.
Conclusiones: el TMF es un procedimiento eficaz, seguro y costo-efectivo para el tratamiento de cuadros severos de DACD; sin embargo faltan más datos de estudios randomizados y legislaciones regulatorias que permitan su uso masivo de manera segura.

OR019 COQUELUCHE EN ADOLESCENTES Y ADULTOS. ¿UNA ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA?

J Zintgraff[1], RNL Grupo de Trabajo[2], C Lara[1]

[1] Servicio de Bacteriología Clínica. INEI-ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán., Argentina. [2] Red Nacional de Laboratorios de Meningitis e Infecciones Respiratorias Agudas Bacterianas, Argentina, Argentina.

Introduccion: Coqueluche, Pertussis, Tos Convulsa o Tos Ferina es una enfermedad respiratoria inmunoprevenible que se presenta con ciclos epidémicos cada 2-5 años, causada principalmente por B. pertussis. Afecta principalmente a menores de un año pero también a adolescentes y adultos quienes actúan como fuente de infección para los más susceptibles. Presenta elevada transmisibilidad, con tasas de ataque secundario cercanas al 90 % en los contactos domiciliarios susceptibles. Se caracteriza por paroxismos, estridor inspiratorio y/o vómitos postusivos. Puede manifestarse en adolescentes y adultos de acuerdo al cuadro clínico clásico pero también de forma más leve. El diagnóstico en adolescentes y adultos puede realizarse mediante cultivo y PCR (durante la fase catarral y el principio de la fase paroxística) y/o serología (durante el final de la fase paroxística y la fase de convalecencia). En este grupo etario existe subconsulta, subreporte y subdiagnóstico de la enfermedad.
Objetivo: Describir los casos de Coqueluche en mayores de 12 años de edad encontrados entre enero de 2016 y marzo de 2017.

Materiales y métodos: Entre enero de 2016 y marzo de 2017 se estudiaron en el Servicio Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", 41 casos con sospecha de Coqueluche con un rango etario de 12 a 80 años. Para la elección de la metodología diagnóstica se tuvo en cuenta los días de evolución de la enfermedad al momento de la consulta. Así se lograron recolectar 30 muestras de suero para efectuar un ELISA de anticuerpos IgG anti-toxina pertussis (IgG-PT), de acuerdo al protocolo desarrollado por CDC. Se consideró positivo un valor superior a 94UI/ml. Las muestras nasofaríngeas (n = 16) se estudiaron mediante cultivo en medio Regan Lowe y PCR utilizando *targets* específicos: IS*481* (Glare *et al.*), promotor del gen de la toxina pertussis (Grimprel E. et al.) e IS*1001* (Lind-Brandberg Lena *et al*). Sólo 5 casos fueron estudiados por todas las metodologías. Los casos provinieron de: Santa Fe, Entre Ríos, Neuquén, La Pampa, Mendoza, San Juan, San Luis, Buenos Aires y CABA. Los resultados fueron notificados a SIVILA.
Resultados: Del total de casos estudiados se obtuvo resultado positivo en 13, lo que corresponde a una proporción del 31.7 % (uno mediante cultivo-PCR que presentó 4 días de evolución de los síntomas y 12 por IgG-PT que presentaron entre 15-30 días de evolución). La distribución según sexo de los casos positivos fue: femenino 54 % (7/13) y masculino 46 % (6/13). Se detectaron casos en todos los grupos etarios. Los signos y síntomas observados fueron: paroxismos 85 %, vómitos postusivos 69 %, síntomas catarrales 61 %, apnea 46 %, estridor 31 % y cianosis 15 %. Se obtuvo una media de 20 días de tos.
Conclusiones: Coqueluche es una enfermedad presente en adolescentes y adultos en nuestro país. De acuerdo al tiempo de evolución de los síntomas al momento habitual de la consulta en este grupo etario, la detección de IgG anti PT resultó ser la herramienta más útil en el diagnóstico. La mayoría de los casos detectados presentaron paroxismos y vómitos pos-tusivos, esto podría reflejar el subdiagnóstico en casos con sintomatología leve.

OR020 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *Staphylococcus aureus*: EXPERIENCIA HOSPITALARIA

C Nemirovsky, S Marciano, ML Posadas, L Barcán
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El *Staphylococcus aureus* (SA) se ha convertido en una de las principales causas de endocarditis infecciosa (EI) en los últimos años. Históricamente se asocia con mal pronóstico y con mayor mortalidad que otros patógenos. La indicación de tratamiento quirúrgico (TQ) continúa siendo eje de discusión.
Objetivo: Evaluar factores asociados a mortalidad en pacientes con EI por SA
Materiales y Métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos con EI por SA entre 2011-2016 en un hospital universitario. Se incluyeron S. lugdunensis dado el similar comportamiento. Se utilizaron los criterios de Duke modificados para definir los casos de EI. La indicación de TQ fue tomada por el equipo tratante y se definieron 3 poblaciones: 1- pacientes operados, 2- no operados por ausencia de criterios quirúrgicos (CQ) y 3- no operados por contraindicación (CI). Todos fueron seguidos para evaluar muerte ocasionada por la EI. Se compararon según evolución utilizando chi cuadrado para las variables categóricas o t-test para las continuas.
Resultados: Se incluyeron 63 episodios de EI por SA en el periodo 2011-2016. Mediana de edad 71 (56-80) años; 57 % (36) masculinos. La mortalidad global fue 38 %. Las características de la población se muestran en forma comparativa según evolución: vivos (V) o fallecidos (F) en la tabla 1.

Variable	Todos n = 63	Vivos n = 39	Fallecidos n = 24	p
Media de Edad, años (DS)	66,7 (± 17,4)	63 (± 17,9)	72,1 (±15,5)	0,01
Germen				
SAMR	11 (18)	5 (13)	6 (25)	
SAMS	50 (79)	33 (85)	17 (71)	0,41
S. lugdunensis	2 (3)	1 (2)	1 (4)	
Adquisición				
Comunidad	35 (55)	23 (59)	12 (50)	
Intrahospitalaria (IH)	18 (29)	9 (23)	9 (38)	0,52
Asociada cuidados de salud	10 (16)	7 (18)	3 (12)	
Válvula protésica (VP)	10 (16)	5 (13)	5 (21)	0,40
Válvula nativa	47 (75)	30 (77)	17 (71)	0,59
Dispositivo endocavitario	8 (13)	5 (13)	3 (13)	1
Hemodiálisis (HD)	9 (14)	4 (10)	5 (21)	0,28
Embolias mayores	36 (58)	22 (58)	14 (58)	0,97
Embolias en SNC	24 (38)	12 (31)	12 (50)	0,13
Tratamiento quirúrgico	31 (49)	23 (59)	8 (33)	0,05
Tratamiento médico	32 (51)	16 (41)	16 (67)	
Sin criterio quirúrgico	14 (22)	11 (28)	3 (13)	<0,01
Con contraindicaciones	18 (29)	5 (13)	13 (54)	

Los pacientes F *versus* los V presentaron mayor prevalencia de adquisición IH, HD, VP, embolias en SNC (p = ns), edad (p = 0.05) y menor tasa de TQ (p = 0.05). La mortalidad en los operados fue 26 % (8/31) y en los que realizaron sólo tratamiento médico 50 % (16/32) (p = 0,05). De estos últimos, la mortalidad en aquellos sin CQ fue del 22 % (3/14) mientras que la de aquellos con CI fue del 72 % (13/18) (p<0.01).
Conclusiones: La edad y la ausencia de cirugía resultaron factores asociados a mortalidad. La adquisición IH, la presencia de VP, embolias en SNC y HD parecen serlo también aunque no se encontró significación estadística probablemente debido al número. Aquellos pacientes que no presentaron CQ tuvieron una mortalidad similar a los operados. Por lo tanto, existió una población seleccionada en la que el tratamiento médico resultó una opción terapéutica. Es de destacar la importancia en la toma de decisiones ya que resulta un factor pronóstico clave en los pacientes con EI por SA.

OR021 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

A Requena, S Altamirano, M Adra, S Garce, A Salinas, N Pujato, M Bravo, A Margari
Hospital Naval Dr Pedro Mallo, Argentina.

Introducción: A pesar del avance de los métodos diagnósticos, la tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema de salud pública. Su localización más frecuente es la pulmonar, aunque puede afectar otros órganos. Se estima que las formas extrapulmonares constituyen entre el 15 al 20 % del total. En pacientes VHI la frecuencia se incrementa considerablemente.

Objetivo: Analizar las características clínicas de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar (TBC ex): diagnóstico microbiológico y correlato con Anatomia patológica en un hospital general.
Material y métodos: Estudio retrospectivo en el cual se analizaron muestras enviadas a cultivo de pacientes con diagnóstico presuntivo de tuberculosis, entre el 1/1/2014 y el 31/12/2016. Se realizó observación con coloración de Ziehl Neelsen y cultivos en Lowenstein- Jensen a todas las muestras. De las muestras positivas por bacteriología e histología se revisaron las Historias Clinicas
Resultados: De un total de 1123 muestras enviadas para estudio, 570 (50,8 %) fueron materiales respiratorios (esputos seriado, lavado broncoalveolar, minibal y aspirado gástrico) y 551 (49,1 %) extrapulmonares (pleural, otros materiales quirurgicos, LCR, hueso, ganglio, orina, etc). El cultivo fué positivo en el 5,3 % (57 muestras: 47 respiratorias y 10 extrapulmonares). La baciloscopia fué positiva en 35/47 muestras respiratorias y en 3/10 extrapulmonares (2 orinas, 1 punción de fístula de columna). En un caso de tuberculosis extrapulmonar el cultivo fue negativo y el diagnóstico fue histopatológico. En los pacientes con TBC ex, la mediana de edades fué 41 años; 5/10 mujeres. Los factores de riesgo encontrados fueron: historia previa de TBC, contactos positivos y artritis reumatoide en tratamiento con metotrexate. Ningún paciente era HIV positivo.

	Diagnositco	M.internacion	T.muestra	Directo	Cultivo	A. patologica
caso1	TBC osea Enf.de pott	dolor lumbar -Fx T10	fistula columna hueso	positivo	positivo	
caso2	TBC genitourinaria	Absceso testicular	orina	positivo	positivo	
caso3	TBC diseminada	Orquiepididimitis - Fx T2 -L1	orina	positivo	positivo	
caso4	TBC genitourinaria	E. infecciosa por *E fecalis* fistula vesico uterina	orina	negativo	positivo	
caso5	TBC osteoarticular	Artritis séptica	líquido articular	negativo	positivo	inflamación granulomatosa
caso6	TBC ósea	tumoracion lumbosacra	hueso sacro	negativo	negativo	osteomielitis granulomatosa
caso7	TBC ósea	Absceso de psoas	hueso	negativo	postivo	necrosis ósea
caso8	TBC ósea	Espondilodiscitis	absceso intediscal	negativo	positivo	
caso9	TBC ósea	Tumor en SNC	colección subgaleal	negativo	positivo	hemangioma fibroso
caso10	TBC diseminada	ITU a repetición	colección paravertebral	negativo	positivo	celulas gigantes multinucleadas tipo tuberculoide

Conclusion: El diagnóstico precoz y confirmatorio de TBC ex continúa siendo un reto, dada la baja sensibilidad de la baciloscopía y la dificultad en el cultivo. Debe ser sospechada aunque no haya evidencia de factores de inmunosupresión demostrable. En nuestra serie; con respecto a los pacientes con TBC genitourinaria la baciloscopia en orina resultó una importante y rápida herramienta diagnóstica. La sospecha clínica y su búsqueda sistemática pueden conducir a un diagnóstico de certeza.

OR022 INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS Y PREVALENCIA DE SAMR EN PACIENTES AMBULATORIOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE CABA

M Jaume, H Ludvik, F Piñeiro, M Rey, M Erbin, T Posse, S Kaufman, HM Pérez
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina.

Introducción: Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) son una causa frecuente de consulta en pacientes ambulatorios, siendo S. aureus (SA) el principal agente etiológico. El SA meticilino resistente de la comunidad (SAMR-co) tiene una incidencia creciente como causa de IPPB e infecciones invasivas. Aunque se han descripto factores de riesgo (FR) que se asocian a mayor prevalencia de SAMR-co, como el hacinamiento, uso de antibióticos previos, colonización conocida e IPPB a repetición, su valor predictivo es limitado.
Objetivo: Analizar factores epidemiológicos, clínicos y microbiológicos de las IPPB en pacientes ambulatorios. Determinar incidencia y perfil de resistencia antimicrobiana de las IPPB por SA. Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional en pacientes ambulatorios con IPPB en el servicio de infectología de un hospital general de CABA entre Septiembre del 2016 y Febrero del 2017. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y bacteriológicos. El análisis estadístico se realizó con Epi Info 7.2.1.
Resultados: Se incluyeron 74 muestras de 74 pacientes. El 70,3 % eran hombres. La mediana de edad fue de 38 (RIC 22). 30 % eran inmunocomprometidos, siendo la causa más frecuente la infección crónica por HIV. 75,7 % de los casos fueron infecciones supurativas (54,1 % forúnculos, 21,6 % abscesos) y 24,3 % infecciones no supurativas (18,9 % celulitis, 4,1 % úlceras, 1,4 % otros). 58 muestras tuvieron cultivo positivo (78,4 %), con mayor sensibilidad en infecciones supurativas (87,5 % vs. 50 % p<0,01). Las presentaciones con mayor rédito diagnóstico fueron abscesos (94 %), forúnculos (85 %) y celulitis (57 %). Se aisló SA en 46 de las muestras positivas (79,3 %), siendo el germen más frecuente tanto en IPPB supurativas (81,6 %) como no supurativas (66,7 %). Respecto a la sensibilidad de los SA aislados, 86,9 % fueron resistentes a oxacilina, 13 % a clindamicina/eritromicina y 2,2 % a TMS, no detectándose resistencia a rifampicina, minociclina o ciprofloxacina. Los tratamientos empíricos más utilizados fueron cotrimoxazol (TMS) (56,8 %) y clindamicina (14,9 %). Ningún paciente presentó complicaciones sistémicas. El único FR asociado a aislamiento de SA fue el antecedente de forunculosis a repetición (OR 4.9, IC95 % 1.04-35.85, p<0,05).
Conclusiones: Las IPPB supurativas fueron la presentación más frecuente y con mayor rédito diagnóstico, aunque la sensibilidad del cultivo en formas no supuradas fue considerable. Se observó una alta incidencia de SA, siendo las IPPB a repetición el único factor de riesgo asociado. La resistencia a oxacilina fue elevada, y no hubo resistencia significativa a TMS. El SAMR-co debe ser considerado como el agente etiológico más probable de IPPB, incluso en ausencia de FR clásicos y en IPPB no supuradas. Se necesitan más estudios prospectivos con mayor tamaño muestral para confirmar los datos obtenidos.

OR023 INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA POR METAPNEUMOVIRUS HUMANO

M de Paz Sierra, A De Cristofano, V Grili, ML Verdier, C Frecha, L Clara, M Sanchez
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: el metapneumovirus humano (MPVh) es responsable de infecciones respiratorias agudas (IRA),con distribución mundial y afectación principalmente invernal. Afecta a la población infantil menor de 5 años,siendo la segunda causa viral después del VRS. En los adultos es poco frecuente, con una incidencia entre 3-10 %,similar a la del VRS,e inferior al de Influenza. En esta población la mayoría de las infecciones son asintomáticas,pero pueden presentar una elevada morbimortalidad cercana a 10 %.
Objetivo:analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en un hospital privado de CABA con infección por MPVh.
Materiales y Métodos: estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los resultados positivos de las muestras respiratorias obtenidas durante el periodo comprendido entre 1/2015 a 12/2016 de pacientes que consultaron a la guardia por IRA a quienes se les realizó un panel viral. La técnica diagnóstica implementada fue PCR multiplex con análisis de fragmentos. Se revisaron las historias clínicas para obtener datos de los pacientes.
Resultados: De 2116 muestras positivas tomadas durante el periodo de estudio, 128 fueron positivas para MPVh (incidencia 6.05 %). De ellas 90 (70.3 %) fueron de pacientes adultos.

Variable	Pediatría (n = 38)	Adultos (n = 90)
Mediana Edad años	1,39	69,34
Sexo Fem %	44,74	65,17
Coinfección %	23,68	2,25
Sintomas iniciales % - Fiebre - Disnea	84 63	48 62
Infección Bacteriana %	2/38	7/90
Uso de Antibioticos %	63,16	84,27
Internación %	73,30	68,50
Asociado a Cuidados De la Salud %	2,63	6,74
Diagnóstico Final % - Neumonia - IRAB	29 44,8	40 28
UCI o UCIM %	26,32	22,47
ARM/VNI %	18,42	17,98
Días internación promedio	8,48	14,8
Antecedentes de relevancia %	57,89	83,14
Antecedentes Predominantes % - Respiratorio - Neurologico/ Cardiologico	26,32 15,8	35,96 10
Inmunocomprometidos %	21	40,40

Conclusiones: En nuestro trabajo se observó mayor predominio en mujeres adultas, y en varones en pacientes pediátricos.Hubo un mayor porcentaje de coinfección con otros virus respiratorios en niños.Los síntomas màs frecuentes en ambos grupos fueron disnea y fiebre.En pacientes pediátricos hubo más pacientes que requirieron hospitalización,sin embargo en adultos se observó una mayor mediana de días de internación y mayor uso concomitante de antibióticos. sin documentarse infección bacteriana concomitante.Los requerimientos de UTI y ARM/VNI fueron similares en ambos grupos
Los adultos presentaron más antecedentes de relevancia, incluyendo enfermedad respiratoria e inmunosupresión y neumonía como forma clínica de presentación a diferencia de la población pediátrica en donde predominaron las IRAB (incluyendo BQL). Como actualmente no existe un tratamiento específico, consideramos que una mejor caracterización de este tipo de infecciones en adultos puede permitir un mejor manejo de sus complicaciones y evitar el uso innecesario de antibióticos una vez establecido el diagnostico.

OR024 ANÁLISIS DE 15 AÑOS DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN ARGENTINA, 2001-2015.

HR Fernandez
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni", Argentina.

Introducción: Las enfermedades infecciosas siguen siendo una causa de muerte importante que debe ser analizada fin de comprender su actual comportamiento.
Objetivo: Describir la magnitud y evolución temporal de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Argentina durante el período 2001-2015.
Material y método: Se realizó un análisis descriptivo de la mortalidad por enfermedades infecciosas en Argentina en el período 2001-2015. La fuente de información fueron las defunciones registradas en la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación, y las estimaciones de población total, por edad y sexo del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) del Ministerio de Economía de la Nación. En este estudio se han incluido las defunciones por cualquier causa de muerte de origen infeccioso codificada en la Clasificación Internacional de Enfermedades Decima revisión (CIE-10). Se calcularon las tasas ajustada por edad y sexo por 100.000 habitantes y porcentajes sobre le total de muertes. La tendencia se calculó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa y se expresó como Variación Anual Promedio Porcentual (VAP), con su intervalo de confianza del 95 %.
Resultados: Las enfermedades infecciosas fueron la causa de muerte de más de medio millón de personas en el período 2001-2015 en el país (543176 muertes), lo que representó el 11,8 % del total de muertes por todas las causas. Diez grupos de causas concentran el 90 % de las muertes por enfermedades infecciosas. La neumonía representó el 49,9 % y la sepsis le sigue con el 28,8 % de las defunciones. Las infecciones del sistema genitourinario y el VIH representaron el 5,3 % y el 4.0 % respectivamente. Completando las 10 causas principales y representando entre 1,8 % y 1,2 % de las muertes se encuentran las infecciones perinatales, la TB, la bronquitis y bronquiolitis, las meningitis, el chagas y las enfermedades infecciosas intestinales. El 41 % de las muertes fue en menores de 74 años y el 4,9 % en menores de 5 años. Las muertes en mujeres y varones fueron 51,0 % y 49,0 % respectivamente. El número de muertes aumentó entre 2001 y 2015 el 41,7 % y la tasa ajustada un 23,9 %, con un aumento anual promedio de la tasa de de 1,63 % (1,11; 2,14); p<0,0001. La tasa de mortalidad por neumonía presentó un aumento con una velocidad de 3,60 % (2,82; 4,39) y un aumento en las muertes del 140 %. La sepsis si bien tuvo una leve tendencia al descenso esta no fue significativa VAP = -0,59 % (1,27; -0,08); p = 0,0789. La tendencia de las muertes por infecciones genitourinarias aumentó el 8,46 % (7,42; 9,50); p<0,0001 y la mortalidad por VIH registró una tendencia al descenso con una VAP de -1,16 % (-0,41; -1,90); p = 0,0052.
Conclusión: Este análisis, que tiene en cuenta las enfermedades infecciosas incluidas en los distintos capítulos de la CIE-10, permite apreciar su verdadero impacto en la mortalidad general. Al mismo tiempo el aumento de las muertes de las principales causas requiere profundizar su estudio en relaciona a las características del paciente y la calidad de la atención como así también de la validez de la información del diagnóstico.

4 - Antimicrobianos y diagnóstico microbiológico

OR025 IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN UN CENTRO ASISTENCIAL PRIVADO DE ALTA COMPLEJIDAD

K Arteaga[1], JC Tapia[1], MT Guillaux[1], L Soleto[2], S Gutierrez[1], F Centellas[1], CA Suarez[1], O Morales[1], RE Quiros[1]

[1] clinica angel foianini, Bolivia. [2] centro medico foianini, Bolivia.

Introducción: Si bien el tratamiento antimicrobiano (ATB) precoz y apropiado ha demostrado reducir la mortalidad en los pacientes con sepsis severa, se estima que entre un 20 % y un 50 % de los ATB prescriptos son inapropiados o innecesarios. La implementación de un PROA resulta una estrategia útil para mejorar los resultados asistenciales vinculados al uso de estos agentes de una manera segura y costo-efectiva

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de un PROA en un centro privado de tercer nivel

Material y métodos: Como parte una prueba piloto de 12 meses de duración para hospitales de Latinoamérica, un centro asistencial de alta complejidad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, condujo un estudio cuasi-experimental de series temporales continuas. El proyecto consta de 4 etapas: a-Autoevaluación basal; b-Implementación de un PROA; c-Análisis de la apropiabilidad de las prescripciones a través de cortes de prevalencia y evaluación del consumo mensual; d-Autoevaluación final del nivel de desarrollo alcanzado por el PROA. Presentamos los datos obtenidos entre Sep-16 y Dic-16. Como parte del PROA se implementaron las siguientes medidas: 1-Desarrollo e implementación de una guía de profilaxis quirúrgica y guías clínicas para el manejo de las infecciones más frecuentes; 2-Implementación de medidas de control (auto-stop de profilaxis quirúrgica; revisión periódica supervisada de los tratamientos; 3- Desarrollo de un tablero de control. Para el proceso de autoevaluación se utilizó un instrumento basado en los lineamientos propuestos por el CDC. El nivel de apropiabilidad del consumo de ATB se midió a través de dos cortes de prevalencia, en base a criterios definidos (Tabla). La autoevaluación basal fue medida en una escala de 0 a 100 puntos. La apropiabilidad de las indicaciones fue expresada como número de indicaciones que adhieren a los criterios definidosx100/total de indicaciones. Se calcularon las diferencias y sus IC95 % respectivos entre los dos primeros estudios de prevalencia. El consumo mensual de ATB se midió como Dosis Diarias Definidas (DDD) c/100 días-paciente

Resultados: El nivel de desarrollo basal del PROA fue de 33,6 puntos. La evolución de los indicadores se muestra en la Tabla.

Indicadores	Sep-2016 (%)	Dic-2016 (%)	Dif.	IC95 %	p
Tipo de indicación	n = 26	n = 36	%		
Profilaxis quirúrgica	6 (23,1)	3 (8,3)	-14,7	-31,4 a 3,6	NS
Profilaxis médica	1 (3,8)	0 (0,0)	-3,8	-9,9 a 2,5	NS
Tratamiento empírico	14 (53,8)	13 (36,1)	-17,7	-42,7 a 7,3	NS
Tratamiento dirigido	5 (19,2)	20 (55,6)	36,3	15,2 a 58,9	0,003
Criterios de apropiabilidad					
Profilaxis quiriúrgica ≤ 24 hs	2/6 (33,3)	3/3 (100,0)	66,7	-2,2 a 100	0,058
Adherencia a guías difundidas	2/8 (25,0)	3/4 (75,0	50,0	-9,2 a 100	0,098
Registro en historia clínica	15/27 (55,6)	33/36 (91,7)	36,1	15,3 a 56,9	0,001
Auditoría prospectiva con feedback	8/20 (40,0)	31/33 (93,9)	53,9	31,0 a 76,9	0,000
Consumo de antimicrobianos					
Consumo ATB en UCIA (DDD c % días-pac)	1425	433	-992	-920 a 1064	0,000

Conclusiones: Si bien el nivel basal de desarrollo de nuestro PROA estuvo por debajo del nivel deseado, su implementación permitió evidenciar mejoras en los indicadores de apropiabilidad y consumo.

OR026 TERAPIA ANTIBIÓTICA SECUENCIAL: ESTRATEGIA CLOCK

M Radosta, N García Allende, A Risso Patrón, A Sánchez, M Mayer Wolf, C Ezcurra, C Freuler, V Rodríguez

Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: La terapia secuencial (pasaje precoz del antibiótico [ATB] de la vía endovenosa [EV] a la vía oral [VO]) es eficaz, segura y costo-efectiva. La estrategia COMS, consiste en evaluar luego de 48 hs de terapia EV: respuesta clínica, tolerancia a la VO, mejoría de los marcadores de laboratorio e indicaciones específicas de acuerdo al sitio de infección para rotar los ATB a la VO. Este estudio adaptó la estrategia COMS a un formato en español: "CLOCK".

Objetivo: Evaluar la efectividad y seguridad de la estrategia "CLOCK" en pacientes internados en un hospital general de agudos.

Material y metodos. Diseño: antes-después no controlado. Población: adultos con infecciones no graves del tracto urinario alto, piel y partes blandas, intraabdominales, tracto respiratorio bajo, reagudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y/o bacteriemia.Cuestionario CLOCK: ¿Cumple con la posibilidad de rotar a VO?: según antibiograma.Localización de la infección: concentración del ATB en el foco. Oral: adecuada tolerancia a la VO. Clínica: mejoría clínica: afebril por más de 48 hs, normalización de tensión arterial y frecuencias cardíaca y respiratoria. OK: 4 respuestas afirmativas. Preintervención ("Antes": junio 2014–agosto 2016): pacientes del servicio de Infectología que se emparejaron por comorbilidad y foco infeccioso con el grupo de la intervención. Intervención ("Después": septiembre 2016–febrero 2017): se aplicó diariamente el cuestionario a todos los pacientes y se rotaron ATB a VO según cumplimiento del CLOCK. Análisis estadístico: se compararon las variables continuas y categóricas con los tests de Student, Willcoxon o Fisher según el tipo de variable y distribución. Se consideró significativa una p≤ 0,05.

Resultados: Se evaluaron 1.941 pacientes, en 10 % (198) se aplicó la estrategia CLOCK. Se compararon contra 198 pacientes emparejados de la etapa preintervención. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (edad, sexo y foco infeccioso). Los días promedio de uso de ATB EV fueron 10,28 (± 2,39) en el grupo preintervención y 3,61 (± 0,33) en el grupo intervención (p≤ 0,05). Se economizaron 220,14 días/ATB EV por mes: 1.320,84 días/ATB totales. El porcentaje de recaídas fue de 8 % en el grupo preintervención y 3,5 % en el grupo intervención (OR: 0,42 (0,17-0,55; p: <0,05).

Conclusiones: La aplicación de la estrategia CLOCK mostró ser eficaz, segura (menor número de recaídas) y costo- efectiva (medido en número de los días de ATB EV) en un medio hospitalario de pacientes agudos. Su validez externa debería ensayarse en otros centros para establecerla y definir las necesidades de adaptación del modelo. Los resultados de este estudio

alientan a implementar estrategias protocolizadas de terapia secuencial en el marco de un programa de gestión de uso apropiado de ATB. Su implementación podría reducir los riesgos de complicaciones relacionadas a los accesos vasculares, mejorar la comodidad para el paciente y facilitar el egreso hospitalario precoz, sin incrementar el riesgo de fracaso terapéutico. Los próximos pasos serán la evaluación económica por comparación de otros costos directos e indirectos.

OR027 COMBINACIONES DE DROGAS CON EFECTO SINÉRGICO CONTRA MUCORMYCETES: EVALUACIÓN *IN VITRO* E *IN VIVO*

D Macedo[1], F Leonardelli[1,2], E Del Valle[2,3], G Giusano[2,4], S Gamarra[1], G Garcia-Effron[1,2]
[1] Laboratorio de Micología y Diagnóstico Molecular – Cátedra de Parasitología y Micología - Universidad Nacional del Litoral, Argentina. [2] CONICET, Argentina. [3] Facultad de Ciencias Agrarias - Universidad Nacional del Litoral, Argentina. [4] Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

Introducción: Las mucormicosis son infecciones fúngicas oportunistas de rápida progresión con alta mortalidad. Actualmente, no existe un tratamiento totalmente efectivo para estas micosis, debido a la reducida sensibilidad intrínseca de estos hongos a las equinocandinas y a varios de los antifúngicos azolicos como voriconazol (VRC) e itraconazol (ITC), sumado a la toxicidad del principal tratamiento disponible anfotericina B (AMB). La combinación de drogas es una alternativa con posibilidades de ser explotada. En este trabajo, se evaluó la actividad *in vitro* e *in vivo* de drogas antifúngicas solas y en combinación, frente a distintas especies de Mucormycetes.
Objetivo: Evaluar *in vitro* e *in vivo* la actividad combinada de drogas antifúngicas.
Materiales y Métodos: Se analizaron 25 cepas de Mucormycetes (14 *Rhizopus microsporus*, 4 *R. oryzae*, 4 *Syncephalastrum racemosum*, 2 *Lichteimia corymbifera* y 2 *L. blakesleeana*) frente a AMB, VRC, PSC y caspofungina (CSF). La actividad individual y la interacción entre drogas se evaluaron siguiendo el protocolo M38A2 de CLSI y la sumatoria de la Concentración Inhibitoria Fraccional (ΣFIC), respectivamente. Se probaron las siguientes combinaciones: VRC+AMB, VRC+PSC, VRC+CSF. Aquellas combinaciones que presentaron sinergismo evidente se evaluaron in vivo utilizando Galleria mellonella como huésped infectadas con *R. microsporus* LMDM-165 y R. oryzae LMDM-597. La primera de estas cepas fue la única en la que se observó que las tres combinaciones de antifúngicos fueron sinérgicas, mientras que en la segunda no se observó sinergismo con ninguna combinación. El análisis de los resultados se realizó con curvas de Kaplan-Meier y la significancia estadística (P<0.05) se estableció utilizando el test de Gehan-Breslow-Wilcoxon.
Resultados: Para las cepas estudiadas, la CIM arrojó medias geométricas de 0,73 µg/mL para AMB (rango: 0,25 a 4 µg/mL), 1,03 µg/mL para PSC (rango: 0,5 a 2 µg/mL), 6,86 µg/mL para VRC (rango: 2 a 16 µg/mL) y CSF (16 µg/mL). Cuando se combinaron las drogas, se observó sinergismo con VRC+AMB y VRC+PSC, sólo para el 20 % de las cepas en cada una de las combinaciones. Se pudo observar al microscopio cambios en el desarrollo de las cepas estudiadas y establecer valores de Concentración Efectiva Mínima (CEM) para la combinación de VRC+POS, VRC+CSF y VRC+AMB. Con CEM, se obtuvo sinergismo para 12, 6 y 8 cepas, respectivamente. En ningún caso se observó antagonismo. Cuando las larvas se infectaron con *R. microsporus*, se obtuvo una mejor supervivencia con el tratamiento de VRC+AMB (p = 0.0087) y VRC+CSF (p = 0.0081) que con las drogas individuales. Cuando se utilizó *R. oryzae* como agente de infección, no se obtuvo un incremento significativo en la supervivencia de las larvas para ninguno de los tratamientos combinados.
Conclusiones: El mayor porcentaje de sinergismo obtenido leyendo CEM corresponde a aislamientos de *R. microsporus* (58 %). La supervivencia de las larvas de G. mellonella tratadas con las combinaciones VRC+AMB y VRC+CSF se correlaciona con los datos de sinergismo observados *in vitro* (leyendo CEM). Con lo cual, se pudo establecer una relación de los resultados *in vitro* (CEM) – *in vivo.*

OR028 *Candida auris*: PATÓGENO FÚNGICO EMERGENTE MULTIRESISTENTE. ESTUDIO DE SENSIBILIDAD A LOS ANTIFÚNGICOS Y VALORACIÓN DE MÉTODOS DE IDENTIFICACIÓN FENOTÍPICOS, GENOTÍPICOS Y PROTEÓMICOS.

C Dudiuk[1], S Morales Lopez[2], J Rodriguez Quinteros[2], S Amigot[4], MS Gamarra[1], G Garcia Effron[1]
[1] Laboratorio de Micología y Diagnóstico Molecular, Argentina. [2] Centro de Investigaciones Microbiológicas del Cesar (CIMCE), Colombia. [4] Centro de especialidades médicas ambulatorias de Rosario (CEMAR), Argentina.

Introducción: *Candida auris* es un patógeno emergente multiresistente, presentándose como un importante agente de candidemia nosocomial y responsable de múltiples brotes en todo el mundo. Se asocia a fracaso terapéutico y a altas tasas de mortalidad. La prevalencia de *C. auris* es subestimada ya que los métodos de identificación la clasifican erróneamente como *C. guilliermondii, C. haemulonii, C. famata o Rhodotorula glutinis*. Recientemente, se han registrado brotes por *C. auris* en Venezuela y Colombia lo que hace necesario el estudio de la sensibilidad a los antifúngicos disponibles y la evaluación de los métodos de identificación para así prevenir y controlar posibles brotes en nuestro país.
Objetivo: Evaluar la capacidad de los métodos de identificación disponibles en nuestro medio para diferenciar *C. auris* de otras especies de *Candida* relacionadas y establecer los perfiles de sensibilidad de esta especie.
Materiales y métodos: Se analizaron 17 cepas de *C. auris* aisladas de pacientes con infección fúngica invasora probada (hemocultivo) de un brote en Colombia. Se le realizaron pruebas fenotípicas clásicas (tubo germinativo, clamidoconidios, etc), crecimiento en medios cromogénicos (CHROMagar), pruebas fenotípicas automatizadas (Vitek ®), pruebas genéticas (secuenciación de ITS), identificación por proteómica utilizando equipos y bases de datos distintas (MALDI-TOF Bruker y MALDI-TOF Shimadzu) y pruebas de sensibilidad a antifúngicos. Utilizando el método de microdilución (protocolo CLSI M27A3 y S4), se evaluó la sensibilidad a fluconazol (FLC), itraconazol (ITC), voriconazol (VRC), clotrimazol (CLT), posaconazol (PSC), anidulafungina (ANF), caspofungina (CSF) y anfotericina B (AMB).
Resultados: Las 17 C. auris fueron identificadas correctamente solo por secuenciación de la región ITS o utilizando MALDI-TOF de Bruker. No presentaron tubo germinativo ni clamidoconidios. En CHROMagar todas la cepas presentaron colonias de color blanco similares a muchas otras especies frecuentes como *C. parasilosis.* Con Vitek, 8 cepas se identificaron como *C. guilliermondii*, 8 como *C. haeumulonii* y una como *Rhodotorula* spp. El MALDI-TOF de Shimadzu no pudo identificarlas ya que *C. auris* no está en su base de datos. Los resultados de las pruebas de sensibilidad evidenciaron resistencia a FLC en el 100 % de los aislamientos (CIM > 64 µg/ml) y altas medias geométricas (MG) para los otros azoles (ITC: 0,46 µg/ml; CLT: 1,68 µg/ml; VRC: 1,41 µg/ml y PSC: 0,31 µg/ml). La MG de CIMs para AMB y las equinocandinas fueron elevadas (AMB: 0,88 µg/ml; ANF: 1,68 µg/ml y CSF: 2,55 µg/ml). Se observaron CIMs con mayor variabilidad para CSF (0,25 µg/ml - 8 µg/ml) y ANF (0,5 - 8 µg/ml).
Conclusiones: Podemos recomendar que cuando se identifique una levadura como *C. guilliermondii* o como *C. haeumulonii* con altos valores de CIM a FLC y AMB se utilicen métodos moleculares o proteómicos para confirmar que no se trata de *C. auris*. Esta diferenciación taxonómica es importante ya que el CDC recomienda a las instituciones de salud el aislamiento de pacientes colonizados o infectados por *C. auris,* mientras que esto no es necesario cuando se trata de otras *Candida* spp.

OR029 PORTACIÓN NASAL DE *Staphylococcus aureus* EN UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS Y PERFIL DE RESISTENCIA A ANTIBIÓTICOS

L Keller[1], V Elorza[1], L Guerriero[1], M Blanco[2], S Quintana[1], B Lizarraga[1], V Di Gerónimo[1], H Irós[3], E Elorza[4]
[1] Instituto de Análisis Fares Taie, Mar del Plata, Argentina. [2] Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Argentina. [3] Cendial Centro de Nefrología y Diálisis, Mar del Plata, Argentina. [4] Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales, IIESS-UNS, Argentina.

Staphylococcus aureus (SAU) es un patógeno causante de infecciones hospitalarias y de la comunidad. El principal reservorio son las fosas nasales, fuente potencial de infección y factor de riesgo para subsiguientes infecciones invasivas.
Objetivo: Determinar la prevalencia de colonización nasal de SAU y *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) en pacientes en hemodiálisis crónica y el personal que los asiste, su asociación con factores epidemiológicos y patrones de resistencia antimicrobiana.
Materiales y métodos: Se estudiaron 107 pacientes y 24 trabajadores. Se hisoparon ambas narinas y se sembraron en agar manitol salado. Se realizó prueba de DNAsa y las cepas positivas fueron identificadas por método MALDI-TOF. Se determinó sensibilidad a cefoxitina por difusión y perfil de sensibilidad completo por dilución (Vitek 2C). Las cepas SAMR se analizaron por real time PCR para la búsqueda del gen mecA. Se evaluaron factores de riesgo: edad, sexo, tiempo de diálisis, diabetes, tratamiento previo con vancomicina, tipo de acceso vascular y hospitalización previa. Los datos categóricos se analizaron con prueba de diferencia de proporciones, test chi-cuadrado de Pearson (prueba Exacta de Fisher) y coeficiente de contingencia. Los datos continuos mediante prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor p < 0,05. Se empleó el software SPSS v22.
Resultados: Se obtuvo un 31,3 % de prevalencia de portación nasal de SAU: 34 pacientes (31,8 %) y 7 personal (29,2 %). El 29,3 % de SAU fueron SAMR: 11 pacientes (10,3 %) y 1 personal

(4,2 %). No hallamos diferencias significativas en la proporción de SAU ni de SAMR entre pacientes y personal (p = 0,815 y 0,419 respectivamente).
No se encontró asociación entre la portación nasal de SAU con: edad (p = 0,409), género (p = 0,251), tiempo de diálisis (p = 0,71), diabetes (p = 0,669), tratemiento con vancomicina (p = 0,52), tipo de acceso (p = 0,353) e ingreso hospitalario (p = 0,405). Se halló asociación negativa entre la portación de SAMR y la edad (p = 0,041). Perfil de resistencia: n (%)

Antibiótico	SAMR n = 12	SAMS n = 29	SAU n = 41
Ciprofloxacina (CIP)	3 (25,0 %)	1 (3,4 %)	4 (9,8 %)
Gentamicina (GEN)	6 (50,0 %)	4 (13,8 %)	10 (24,4 %)
Trimetoprima/Sulfametoxasol (TMS)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Rifampicina (RIF)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Eritromicina (ERI)	8 (66,7 %)	6 (20,7 %)	14 (34,1 %)
Clindamicina (CLI)	8 (66,7 %)	7 (24,1 %)	15 (36,6 %)

Existen diferencias significativas en la resistencia entre los portadores de SAMR y SAMS a favor del primero para GEN (p = 0,022), ERI (p = 0,007) y CLI (p = 0,014), no así para CIP (p = 0,073). Todas las cepas SAMR estudiadas portan el gen mecA.
Conclusiones: Hallamos 31,8 % de portación nasal de SAU y 10,3 % de SAMR en hemodializados y 29,2 % y 4,2 % respectivamente en el personal que los asiste; todos valores dentro de lo reportado. No existe asociación de portación de SAMR con los factores de riesgo estudiados excepto la edad. Las cepas SAMR son más resistentes a GEN, ERI y CLI que las SAMS. Estos resultados constituyen una advertencia sobre la circulación de SAMR en pacientes y personal en centros de diálisis y aportan información relevante sobre el perfil de resistencia a los antimicrobianos de dichas cepas.

OR030 UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE UNA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR) Y SECUENCIACIÓN DEL GEN ADN RIBOSOMAL 16S EN INFECCIONES BACTERIANAS.

E Zanella, M Merkt, M Pennini, A Sucari, C Corio, S Castillo
Stamboulian Servicios de Salud, Argentina.

Introducción: El laboratorio de Microbiología Clínica utiliza técnicas fenotípicas para la identificación de agentes etiológicos en infecciones bacterianas, sin embargo, en numerosas situaciones no revelan los microorganismo causales. El uso de técnicas moleculares como PCR-secuenciación del ADNr 16S permitió solventar tales limitaciones, siendo de gran utilidad en la detección de bacterias fastidiosas y/o pacientes expuestos a tratamiento antibiótico.
Objetivos: Puesta a punto de un método genotípico basado en la amplificación del gen que codifica para el ARNr 16S a partir de muestras clínicas. Establecer si existe ventaja comparativa del método molecular con respecto a la identificación realizada por los métodos fenotípicos
Materiales y métodos: Se analizaron 56 muestras, 14 Líquidos cefalorraquídeo (LCR), 9 líquidos de punción (LP), 17 biopsias (BX), 8 válvulas cardiacas (VC) y 8 controles de calidad externos (CCE), mediante cultivo convencional y el siguente protocolo de PCR: Extracción de ADN de las muestras pre-tratadas con lisozima y proteinasa K, por el método automatizado Magna Pure (Roche). Amplificación de un fragmento 5´del ADNr 16S. Secuenciacion por metodología Sanger en un ABI3500. Identificación utilizando las bases de datos GeneBank y RDP-II.
Resultados: Se obtuvo concordancia positiva en 21 muestras (5 BX, 1 LCR ,8 LP y 7 CCE), identificándose Staphylococcus aureus (6), *Staphylococcus epidermidis (4), Pseudomona aeuriginosa, Acinetobacter sp., Enterococcus sp., Providencia stuartii, Moraxella lacunata, Vibrio cholerae, Serratia marcesens.* 4 muestras presentaron secuencias mixtas y por cultivo más de un aislamiento bacteriano. En 26 muestras (13 LCR, 9 BX y 4 VC) la concordancia fue negativa. En 4 muestras (3 BX y 1LP) se obtuvo resultado negativo para PCR y positivo para cultivo luego de siete días de incubación en medio de enriquecimiento, tres casos fueron *Staphylococcus epidermidis* y uno *Corynebacterium sp.* Se consideró posible contaminación excluyéndose de los cálculos analíticos. Se obtuvo resultado positivo para PCR y negativo por métodos fenotípicos en 5 muestras (4 VC y 1 CCE). Se identificaron *Coxiella burnetti, Campylobacter jejuni, Corynebacterium pseudodiphithericum y Streptococcus agalactiae*(2). Se calculó la sensibilidad (S) y especificidad (E) de la PCR frente al cultivo: S = 100 %, E = 83,9 %,valor predictivo positivo (VPP) del 80,8 % y valor predictivo negativo (VPN) del 100 %.
Conclusión: La metodología desarrollada constituye un aporte al diagnóstico de infecciones bacterianas, otorgando ventajas tanto en su VPP como VPN.
Los resultados positivos para PCR y negativos para cultivo se correlacionaron con el diagnóstico clínico, indicando mayor sensibilidad en la detección bacteriana, demostrando su valor diagnóstico en casos de microorganismos no cultivables y/o expuestos a tratamiento antibiótico. Los resultados negativos de PCR con cultivo positivo tardío mostró la utilidad de esta metodología para descartar contaminaciones. Cabe recalcar la reducción en el tiempo de los resultados frente a los cultivos convencionales, siendo de gran de utilidad en la toma de decisión clínica frente a una posible infección bacteriana.

OR031 ESTUDIO NACIONAL DE CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN HOSPITALES DE ARGENTINA

G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernandez, R Giordano Lerena, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: Si bien resistencia a los antimicrobianos (AM) es un fenómeno evolutivo natural que puede ser acelerado por factores epidemiológicos y biológicos, gran parte del problema se ha desarrollado por el uso excesivo e inadecuado de los mismos. La información del consumo de AM resulta una herramienta importante para establecer políticas hacia un uso más racional de AM. Las encuestas de prevalencia puntual sobre el consumo de antimicrobianos (CA) , son una herramienta costo-efectiva para obtener información sobre el CA en las instituciones de salud y realizadas repetidamente proporcionan datos significativos para investigar las posibles tendencias del CA.
Objetivo: Determinar la prevalencia del CA en las instituciones de salud. Determinar el CA según indicación de la prescripción. Describir la frecuencia de los AC prescriptos según indicación.
Materiales y Métodos: Se realizó durante 2 días de septiembre de 2016, el Estudio Nacional de Diagnóstico y Prevalencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) y CA de pacientes adultos y pediátricos. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en las relevadas el día de la encuesta. Los motivos de la prescripción de AM fueron clasificados como: IACS, infección adquirida en la comunidad (IC), profilaxis médica (PM), profilaxis quirúrgica (PQ) y sin indicación (S/I). Los datos fueron cargados y analizados en SisWEP.
Resultados: Participaron 157 instituciones (públicas/privadas) de 22 provincias. Se relevaron un total de 11593 pacientes, 5465 de los cuales recibían AM resultando una tasa global de CA de 47,1 % (53,2 % y 46, 4 % en áreas críticas y no críticas respectivamente). El 96,2 % de los AM prescriptos correspondieron a antibióticos, 2,2 % a antifúngicos, 1,3 % tuberculostáticos y 0,4 % a antivirales.
Conclusiones: Casi la mitad de los pacientes internados recibían un AM al momento de la encuesta. La mayoría de los AM correspondía a antibióticos. Las principales indicaciones de CA fueron por infecciones adquiridas en la comunidad y las profilaxis antibióticas.

Variable	IACS		IC	
N pacientes CA	1488		2475	
CA (%)	***23,0***		***38,3***	
AM más utilizados (%)	*Tratamiento EMPIRICO*	*Tratamiento DIRIGIDO*	*Tratamiento EMPIRICO*	*Tratamiento DIRIGIDO*
	Piperacilina/Tazobactam 20,7	Carbapenems 19,2	Ampicilina/Sulbactam 18,2	Ciprofloxacina 8,3
	Vancomicina 19,1	Vancomicina 14,6	Ciprofloxacina 10,2	Ampicilina/Sulbactam 7,9
	Carbapenemes 12,3	Piperacilina/Tazobactam 9,1	Ceftriaxona 8,4	Piperacilina/Tazobactam 7,4
	Ceftriaxona 4,2	Colistín 8,8	Claritromicina 7,9	Vancomicina 6,7
	Ampicilina/Sulbactam 4,2	Ciprofloxacina 4,4	Piperacilina/Tazobactam 7,2	Ceftriaxona 6,6

Variable	PM	PQ	SI
N pacientes CA	706	1773	25
CA (%)	***10,9***	***27,4***	***0,4***
AM más utilizados (%)	Ampicilina/Sulbactam 12,6	Cefalotina 31,1	Piperacilina/Tazobactam 27,3
	Ciprofloxacina 10,5	Cefazolina 29,4	Vancomicina 12,1
	Cefalotina 8,5	Metronidazol 6,7	Gentamicina 12,1
	Ampicilina 7,8	Ciprofloxacina 6,4	Clindamicina 9,1
	Gentamicina 6,7	Vancomicina 5,9	Carbapenemes 6,1

5 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud

OR032 VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS NEUMONÍAS ASOCIADAS A VENTILACIÓN MECANICA EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS DE ARGENTINA

G Corral, L Fernández, L Guerriero, D Arcidiácono, R Giordano Lerena, F Hinojal, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NEU-ARM) constituye la segunda causa de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) en unidades de cuidados críticos (UCI). Se estima que se produce en el 9 al 27 % de los pacientes ventilados. Las NEU-ARM se clasifican en tempranas y tardías de acuerdo al tiempo de inicio de los síntomas. Las primeras son producidas generalmente por bacterias sensibles, mientras que las tardías son causadas por microorganismos multirresistentes.
Objetivos: Describir y analizar las características epidemiológicas, motivo de ingreso a la unidad, etiologías, perfil de resistencia y mortalidad de las NEU-ARM tempranas versus tardías.
Material y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional de NEU-ARM ocurridas en las UCI de Adultos Polivalentes (UCIA-POL) en el período 01/2006 al 12/2016. Se utilizaron las definiciones del manual del Programa Nacional de Vigilancia de Infecciones Hospitalarias de Argentina (VIHDA). Se definió como neumonía temprana aquella en la que el inicio de los síntomas fue ≤ 4 días desde la colocación del respirador y tardía, en las de >4 días. Para la recolección, reporte y análisis de dichos datos, se utilizó el Software VIHDA.
Resultados: Se reportaron 13343 episodios. La tasa promedio de utilización de respirador, en el período analizado, fue 52.61 % y la tasa de NEU-ARM fue 16.03‰. Del análisis de las IACS el 38,4 % (n = 5123) fueron tempranas y el 61,6 %(n = 8220) tardías. La razón masculino/femenino fue de 2,4 (respetándose esta razón en ambos subgrupos).

	NEU- ARM tempranas	NEU-ARM tardías	p
Edad (años) (DS)	45 (19,5)	49.5 (19,2)	<0,001
Motivos más frecuentes de ingreso a la unidad	Necesidad de ARM 55.4% (2837)	Necesidad de ARM 60,0% (4927)	<0,001
	Politraumatismo 20.5% (1049)	Politraumatismo 13.2% (1082)	<0,001
Microorganismos más frecuentemente aislados % (n)	*S. aureus* 27,4 (1406)	*S. aureus* 10,3 (849)	<0,001
	Acinetobacter sp. 21,1 (1083)	*Acinetobacter* sp. 29,1 (2389)	<0,001
	P. aeruginosa 14,0 (715)	*P. aeruginosa* 29,3 (2408)	0,002
	K. pneumoniae 13,1 (672)	*K. pneumoniae* 11,3 (927)	<0,001
Mecanismos de Resistencia			
Meticilino resistencia en *S. aureus* (%)	34,2	59,4	<0,001
Acinetobacter sp resistente a los carbapenemes (%)	82,5	88,2	<0,001
P.aureginosa resistentes a los carbapenemes (%)	26,6	42,5	<0,001
K. pneumoniae BLEE positivas (%)	42,5	62	<0,001
K. pneumoniae resistente a carbapenemes (%)	6,6	11,6	<0,001
Mortalidad asociada (%)	41	47,6	<0,001

Conclusiones: Predominaron los eventos tardíos sobre los tempranos. Las NEU-ARM tardías se desarrollaron en pacientes mayores comparadas con las tempranas. Los motivos de ingreso a la UCIA, difirieron en ambos grupos. Los principales agentes etiológicos fueron disímiles, siendo el *S.aureus* el principal en las tempranas y los BGN no fermentadores en las tardías. Se observó un claro aumento de los mecanismos de resistencia en los aislamientos tardíos. La mortalidad asociada fue mayor en las NEU-ARM tardías, con diferencia estadíticamente significativa.

OR033 BACTERIEMIA POR *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA TIPO KPC. ESTUDIO COMPARATIVO Y EVOLUCIÓN EN 7 AÑOS

V Roca, M Lespada, E Córdova, N Gomez, M Badia, C Rodriguez
Hospital General de agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

Introducción: Las infecciones por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa tipo KPC (Kp-KPC) representan un importante problema de salud. Luego del caso índice que originó un brote en el año 2009 en nuestro hospital,se convirtió en un patógeno endémico. La bacteriemia por Kp-KPCse asocia a elevada mortalidad, debido a esto es necesario conocer las características en nuestra población.
Objetivo: Describir las características clínicas, microbiológicas, esquemas terapéuticos y evolución de las bacteriemias por Kp-KPCen nuestro hospital desde la aparición del primer caso (mayo-2010) hasta la actualidad comparando dos periodos.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo en dos periodos: Periodo 1 (P1) 2010-2014 y periodo 2 (P2) 2015-2016. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con bacteriemia por Kp-KPC en un Hospital General de Agudos.Se definió como droga activa (DA) aquella que presentaba sensibilidad en el antibiograma y en el caso demeropenem con CIM ≤ 2 µg/ml en monoterapia o CIM ≤ 8µg/ml en tratamiento combinado (Vitek2-Biomerieux ®).
Resultados: Se analizaron 50 episodios de bacteriemia por Kp-KPC en 45 pacientes. (P1: 21 y P2: 29). Las siguientes variables fueron semejantes en ambos periodos: edad mediana: 55 y 52 años. Sexo masculino: 45 y 62 %. Sitio de infección: bacteriemia primaria 53 y 47 %, bacteriemia asociada a catéter 29 y 14 %, otros 18 y 39 %.La mediana de APACHE-II fue de 19 y 21, con puntaje Charlson de 3 en ambos periodos. La mediana de estancia previa a la bacteriemia fue de 26 y 22 días. El 94 y 100 % recibieron antibiótico (ATB) previamente durante la internación. Con respecto al lugar de adquisición la Unidad de Terapia Intensiva fue mas frecuente en el P2 (52 y 83 %) p = 0.02. Patrón de resistencia (R):ciprofloxacina100 y 89 %, amikacina48 y 34 %, fosfomicina0 y 8 %. El P2 registró aumento significativo de R a colistín (28 y 69 %) p<0.01, aumento de CIM a meropenem ≥16 µg/ml (74 y 97 %) p = 0.02 y disminución de R a tigeciclina (29 y 4 %) p = 0.02. El tratamiento empírico inicial (TEI) no contenía ninguna DA más frecuentemente en el P2 (54 vs 70 %) p = 0.04. Los ATB utilizados fueron: colistín (67 y 74 %), meropenem (27 y 63 %) y tigeciclina (33 y 11 %). El tratamiento dirigido (TD) se realizó con 1 DA en 23 y 36 % y con 2 DA en 77 y 60 %. Los ATB utilizados fueron tigeciclina (54 y 56 %), colistín (46 y 36 %), fosfomicina (38 y 40 %). Se registró mayor uso de meropenem en el P2 (54 y 92 %) p = 0.01.La mortalidad global fue del 40 y 32 %. En ningún periodo se observó diferencia en la mortalidad cuando el TD fue con 1 DA vs 2 DA, así como tampoco entre los diferentes ATB utilizados. Solo la inclusión de meropenem en el esquema ATB mostró una tendencia a menor mortalidad en ambos periodos (14 y 26 %) vscuando no incluyó meropenem (67 y 50 %) p = 0.08.
Conclusiones: Se observó un aumento significativo de las bacteriemias por Kp-KPC y del nivel de R a colistín. Este último fue el TEI más utilizado hecho que nos obliga a elegir otro ATB cuando se sospecha infección grave por KPC. El TD se realizó con 2 DA en la mayoría de los casos a pesar de que esto no se asoció a menor mortalidad.

OR034 "ADIÓS BACTEREMIA": RESULTADO PARCIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA INSTITUCIONAL PARA DISMINUIR LAS INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES

A Novau, L Fabbro, L Paulosky, W Cornistein
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: Las bacteriemias asociadas a catéteres (BAC) constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad (10-35 %) con incremento de los costos y prolongación de la estadía hospitalaria (15 a 20 días). Estas constituyen eventos adversos prevenibles durante la internación. Numerosos trabajos demuestran la efectivad de los programas para disminuir los episodios, sin embargo, en Argentina se dificulta su implementación.
Objetivo: implementar un programa Institucional para reducir las infecciones asociadas a catéteres al menos un 50 %.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo, intervencionista desde 1/04/16 al 31/03/2017 en un hospital universitario polivalente de Agudos cito en la provincia de Buenos Aires que cuenta con 150 camas (15 cuidados intensivos adultos, 19 Unidad coronaria, 10 cuidados intensivos pediátricos, 15 Neonatología y 8 Trasplante Medula Ósea). El estudio se realizó en 3 fases: 1. basal (1/04 al 31/06/2016) medición de bacteremias asociadas a catéteres (BAC); 2. Intervención (1/07 al 31/12/2016): creación de grupo de trabajo multidisciplinario, revisión del set de colocación, implementación de nuevo checklist de colocación y bundle de mantenimiento, empoderamiento de los lideres locales, jornadas de capacitación e intervención in situ, auditorías realizadas por los Enfermeros en Control de Infecciones, reuniones mensuales con los Servicios; 3. Post intervención (1/01 al 31/03/2017): medición de BAC. Se define BAC según NHSN.
Resultados: la tasa de BAC en el período basal fue 3.64/1000 días catéter y post intervención 1.67/1000 días catéter, marcando una diferencia significativa.
La modificación del checklist de colocación permitió detectar los desvíos en la colocación de los dispositivos e identificar el objetivo de capacitación. Se observó un aumento del 25 % en el cumplimiento de bundles de mantenimiento principalmente mejorando la curación de los sitios de inserción. Las auditorías realizadas por los lideres médicos y enfermeros del sector contribuyo a mejorar las prácticas, el clima institucional y el trabajo en equipo. Las reuniones mensuales permitían intercambiar experiencias y dificultades en la implementación.
Conclusiones: A través de un programa institucional con la participación de los líderes locales se puede disminuir la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres.

OR035 ¿ES POSIBLE SUSPENDER EL AISLAMIENTO PARA EVR EN FORMA SEGURA?

MI Staneloni, G Rivera, G Almada, E Salazar
Hospital Italiano, Argentina.

Introducción: En los últimos años se ha cuestionado la eficacia del aislamiento de contacto para microorganismos como el Enterococcus vancomicina resistente (EVR) porque la evidencia es a partir de estudios cuasi experimentales o reportes de brotes y por otro, por posibles efectos adversos en su implementación. En el 2016 nuestra política hospitalaria decidió suspender el aislamiento de contacto, para los adultos con EVR, manteniendo vigilancia activa para monitorear el impacto de esta medida.
Objetivo: describir el impacto clínico y en la colonizacion de la suspensión del aislamiento para EVR.
Diseño y métodos: estudio quasi experimental pre-post discontinuidad de esta nmedida. En el 2015, los pacientes identificados con EVR tenían aislamiento de contacto en habitación individual o en cohortes. Se continúo con medidas preventivas como higiene de manos, baño con clorhexidina diario universal, higiene ambiental y programa de control de antimicrobianos. No se realizaron cambios en la vigilancia activa para EVR. Criterio de inclusión: Todas las muestras clínicas (MC) de Pte por primera vez positivos para EVR, a ≥ 72 horas de ingreso. Periodo de pre intervención: 2015 y post intervención enero - 2016. Se compararon tasas de 1° MC ≥ 72 hs de internación y primer muestra de Materia Fecal (MF) ≥72 hs de internación/1000 días Pte. Total de muestras de MF solicitadas para búsqueda de EVR/ 1000 días Pte
Resultados: Características de la población con MC positivas para EVR en ambos periodos 2015 n = 18 vs. 2016 n = 31, no presentaron diferencias demográficas y de comorbilidades. No diferencia estadísticamente significativa en el tipo de muestra en los dos períodos (hemocultivos, urocultivos, u otros). Muestras de materia fecal: 2015 1.798 muestras/177.713 pacientes dia (10,1/1000 pacientes día, IC 95 % 9,7, 10.6) y 2016 1594 muestras 182.294 pacientes día (8,7 cada 1000 pacientes día IC 95 % 8,3 ; 9,2), p 0.00
año Tasa anual. 1° muestra MC ≥ 72 hs de internación en el Hospital/1000 días Pte (IC95 %) 2015 0.12 (0.06; 0.18) y 2016 0.20 (0.13; 0.28), P: 0,07. Año 2015 vs 2016 MC RR 0.59 (IC95 % 0.33; 1,.05). 1° muestra MF ≥ 72 hs de internación en el Hospital/1000 días Pte (IC95 %) 2015 0.34(0.25 ; 0.44). Y 2016 0.29 (0.21 ; 0.38)P:0,43. En la comparación de la tasa anual, se observa una tendencia al aumento pero no es estadísticamente significativa. Higiene de Manos 2015 66,4 % (n = 5895) y en 2016 64.8 % (n = 9532) con odds ratio 1.07 (IC 1.004-1.15). El baño universal con clorhexidina continúo con un nivel de adherencia de 82 %.
Conclusión: En el periodo descripto no se observó un aumento significativo de tasa anual de infección o colonización por EVR post discontinuidad del aislamiento y si manteniendo las medidas preventivas horizontales por encima del 60 % como higiene de manos, baño universal con clorhexidina, programa de control de antibióticos e higiene ambiental. Consideramos que si se priorizan las medidas preventivas como las descriptas con un nivel de adherencia aceptable (aunque seguimos trabajando para alcanzar mejores niveles en higiene de manos) y se vigila periódicamente, podrían evitarse los aislamientos de contacto para EVR y sus complicaciones.

OR036 CANDIDEMIA: FACTORES ASOCIADOS CON LA MORTALIDAD, EN 101 CASOS DE 4 HOSPITALES DE CÓRDOBA, ARGENTINA

F Riera[1], P Icely[2], F Romero[1], S Carrizo[1], E Rodriguez[2], S Gamarra[2], L Decca[3], MS Miro[2], C Vigezzi[2], C Abiega[4], F Spesso[5], G Garcia-Effron[6], JP Caeiro[4], CE Sotomayor[2]
[1] Sanatorio Allende, Argentina. [2] Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. [3] Clínica Regional del Sud, Argentina. [4] Hospital Privado de Córdoba, Argentina. [5] Hospital Córdoba, Argentina. [6] Universidad Nacional del Litoral Santa Fe, Argentina.

Candidemia es un problema creciente en los hospitales de alta complejidad. Los factores de riesgo son: uso previo de antibióticos, internación en UTI , tratamiento inmunosupresor, nutrición parenteral, uso de catéteres y respirador. A pesar de los progresos, la mortalidad continúa siendo próxima al 50 %, relacionada en parte al diagnóstico dificultoso e inicio de tratamiento tardío. La vigilancia epidemiológica, permite identificar cambios de incidencia, distribución de especies, resistencia y mortalidad.
Objetivo: Reportar datos clínico-epidemiológicos recolectados en 4 instituciones de la Ciudad de Córdoba entre el octubre de 2013 y marzo de 2017, analizando factores relacionados a la mortalidad.
Material y Métodos: Se recolectaron los datos a partir de sus historias clínicas. Las levaduras se aislaron de hemocultivos y se identificaron por MALDI TOF. Para la resistencia antifúngica se usó Vitek2. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el test chi cuadrado.
Resultados: Se incluyeron 101 pacientes con candidemia, la media de edad fue 61 años. Al momento del episodio de candidemia 50 % de los pacientes estaba en internados en UTI. Los factores de riesgo identificados fueron: En todos los casos antibióticos previos, 63 % Catéter Central, 34 % Alimentación Parenteral, 28 % Asistencia Respiratoria (ARM), 26 % Cirugía, 14 % Cáncer y 13 % Trasplante de Órgano Solido. La distribución de especies fue *C. albicans* 44 %, *C.parapsilosis* 29 %, *C. tropicalis* 12 %, *C. glabrata* 5 %, *C. krusei* 3 %, *C. guillermondi* 2 %, *C. dubliniensis* 2 %, *C. lusitaniae* 2 %. No se encontraron cepas resistentes excepto la resistencia natural de *C. krusei*. El tratamiento utilizado fue en el 48 % de los casos equinocandinas, 43 % fluconazol y 2 % Anfotericina. La mortalidad cruda global fue de 30 %. Relacionamos la mortalidad con otras variables encontrando diferencias estadísticamente significativas para pacientes internados en UTI respecto a la sala general (47 % vs 15 %, p< 0,05), para el grupo etario mayor de 60 años (45 % vs 18 %, p <0.05). En pacientes con transplante de órgano solido la mortalidad fue mayor pero sin diferencia signficativa. En cuanto a las mortalidad en relación a las especies, *C. tropicalis* se asoció con mayor mortalidad (58 %) pero sin diferencia estadísticamente significativas. No hubo diferencia en la mortalidad en relación a los tratamientos utilizados Equinocandinas 27 % y fluconazol 26 %. Interesantemente se observó disminución de mortalidad en los pacientes incluidos a partir del año 2016 23 % vs 34 % en el periodo previo. Si bien no se puede establecer una relación causal directa, esta disminución coincide con el incremento de uso de equinocandinas en el segundo periodo de tiempo (65 % vs 44 %).
Conclusión: Candidemia continua siendo una patología de elevada mortalidad, en esta serie mortalidad se asoció en forma estadística a pacientes Críticos y mayores de 60 años. Reportamos

una mayor mortalidad asociada a las especies de Candida no albicans. También observamos disminución de la mortalidad a partir del año 2016, esta puede estar relacionada en parte a cambios en el uso de antifúngicos y esfuerzos realizados para efectuar un diagnóstico certero y tratamiento temprano.

OR037 TRATAMIENTO DE INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS RESISTENTES A COLISTÍN

G Arévalo Calderón[1], G Martinez[1], L Paravano[1], M Nastro[2], C Rodriguez[2], C Vay[2], A Famiglietti[2], M Foccoli[1], S de Gregorio[1]
[1] Hospital de Clinicas, Argentina. [2] Facultad de Farmacia y Bioquímica-UBA, Argentina.

Las enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) han emergido como patógenos multirresistentes a nivel mundial. La aparición de cepas EPC resistentes a colistina (EPC-RC) limita aún más el tratamiento óptimo y constituye un nuevo dilema terapéutico. La vigilancia activa de la sensibilidad antibiótica (ATB) local es de extrema importancia para una adecuada recomendación terapéutica empírica.
Objetivos: Describir las características clínicas, microbiológicas y terapéuticas de las infecciones por EPC-RC.
Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, en un hospital universitario del 01/01/2010 al 28/02/2017. Datos obtenidos de historias clínicas y estudios microbiológicos de pacientes internados con infección por EPC-RC. Se analizó: edad, sexo, comorbilidad, índice de Charlson, infección previa por EPC, tratamiento previo con colistina, procedencia de la infección, tratamiento y mortalidad a 30 días.
Definiciones: Tipo de infección: según CDC. Tratamiento apropiado: combinación de 2 ATB con sensibilidad o con combinación sinérgica comprobada in vitro, drenaje del foco infeccioso si correspondiera y uso de un solo ATB con sensibilidad comprobada in vitro para infección urinaria (ITU). Las pruebas de sensibilidad fueron realizadas por el método semicuantitativo de Marcenac y col o por el sistema Vitek-2. Los aislamientos resistentes a colistina presentaron CIM de colistina ≥ 4 En todas las cepas resistentes se observó in vitro sinergia colistina /rifampicina.
Resultados: Se detectaron 204 pacientes con infección por EPC, 63/204 (31 %) tuvieron infección por EPC-RC. Edad 62 años (16-91), masculinos 38.
Comorbilidades: neoplasia solida 27, diabetes 18, insuficiencia renal crónica 8 y enfermedad onco- hematologica 5. Indice de Charlston: modo 4. Infección previa por EPC 14(22 %), tratamiento previo con colistina 35(55 %). Todas las infecciones fueron asociadas a los cuidados de la salud. Todas las cepas tuvieron resistencia por KPC. Aislamientos: *K. pneumoniae* 61, *E. coli* 1 y *C.freundii* 1. Sensibilidad: amicacina 60 %, fosfomicina 54 %, tigeciclina 49 %, gentamicina33 %, minociclina 22 %, quinolonas 14 %. Tipo de infección: sitio quirúrgico (ISQ) 28 y cirugía gastrointestinal 50 %, bacteriemia asociada a catéter venoso central (BAC) 11, bacteriemia sin foco (BSF) 9, ITU 8, neumonía asociada a ventilador (NAV) 4, empiema 2 y una tromboflebitis. Mortalidad a 30 días: 54 % (34). En 3 pacientes se desconoce si se realizó remoción del foco y se excluyeron del análisis de mortalidad. El 100 % (9/9) de los tratados sin remover el foco fallecieron y en los 51 pacientes restantes la mortalidad fue 45 %.
Evolución según tratamiento antibiótico:

Tipo de infección	Sobrevida	Mortalidad n	Mortalidad %	Tratamiento
NAV	0	1		
BAC	1	3		
BSF	1	3	69 % (11/16)	Inapropiado (ATB resistentes)
ISQ	2	4		
EMPIEMA	1	0		
NAV	1	0		
BAC	2	0	44 %	Inapropiado
BSF	1	4	(8/18)	(Monoterapia)
ISQ	6	4		
NAV	0	2		
BAC	2	2	23 %	Apropiado
ITU	8	0	(4/17)	
ISQ	3	0		

Conclusiones: En nuestra población el tratamiento con mejor evolución incluyó la asociación de dos ATB efectivos, con excepción de la ITU que respondió con monoterapia, y la remoción del foco cuando fue requerido.

OR038 INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS KPC Y UTILIDAD DEL TRATAMIENTO COMBINADO CON CARBAPENEMS SEGÚN CONCENTRACIONES INHIBITORIAS MÍNIMAS

J Gallo Muñoz, L Soto Tascón, MJ Alarcón, V Stanek, G Greco, L Barcan
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tratamiento de infecciones por enterobacterias KPC (E-KPC) representa un desafío universal. El escaso arsenal terapéutico disponible pone en riesgo el éxito terapéutico. Los estudios disponibles al momento indican que los tratamientos combinados con carbapenems (Carbs) se asocian a menor mortalidad con CIM a meropenem (CIM-M) ≤4 µg/ml, e incluso hasta 8. Se desconoce si este beneficio se mantiene con CIMs más elevadas.
Objetivo: Estudio clínico de infecciones por E-KPC y análisis de utilidad del tratamiento combinado con Carbs según valores de CIM-M.
Materiales y métodos: Estudio analítico observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes (pac) con infecciones por E-KPC desde Enero 2015 a Febrero 2017 con seguimiento mínimo de 30 días. Se excluyeron infecciones polimicrobianas con bacterias XDR no cubiertas con el tratamiento de la KPC. Ante infecciones por 2 cepas KPC se tomó la CIM-M mayor. Se analizaron las historias clínicas obteniendo datos bacteriológicos (especie, CIM por Vitek2 y E-Test) y clínicos (foco de infección, severidad, tratamientos y evolución). Se estudió la asociación entre uso de Carbs, CIM-M y evolución.
Resultados: Se incluyeron 82 pac, 60 % sexo masculino, edad promedio 57 años (R:19-95). El 41,5 % eran inmunocomprometidos (IS) severos, 19 % leve-moderados y 39,5 % no IS. El 80 % de las infecciones fueron intrahospitalarias y una fue de la comunidad. El 34 % (28) tuvo bacteriemia. El 51 % requirió cuidados intensivos. Los focos de infección más frecuentes fueron urinario (27 %), abdominal (26 %) y respiratorio (26 %), seguidos por osteoarticular (7 %), bacteriemias 1° (6 %), bacteriemia asociada a catéter (4 %), 2 de PPBs, 1 endovascular y 1 de SNC. La especie más frecuente fue *Klebsiella*

pneumoniae (78 %), seguida por *Enterobacter* y *E. coli*. La biterapia fue el tratamiento más utilizado (91 %), seguido por monoterapia 30 % (sobre todo ITUs). La mortalidad global fue 30 % y la asociada a la infección (MA) 24,4 %. En la determinación de CIM-M se observó una baja correlación entre Vitek-2 y E-test (31,5 %) siendo del 50 % considerando el desvío de 1 dilución. Por este motivo el análisis de utilidad de Carbs se realizó según E-test (59 disponibles).

	Cura	Recaída	MA	Muerte no asoc
CIM ≤16 C/Carbs(34)	9 (56 %)	4 (11 %)	7 (22 %)	4 (11 %)
CIM ≤16 S/Carbs(6)	6 (100 %)	0	0	0
CIM ≥32 C/Carbs(12)	5 (42 %)	1 (8 %)	6 (50 %)	0
CIM ≥32 S/Carbs(7)	3 (43 %)	3 (43 %)	0	1 (14 %)

Se analizó asimismo para cortes de CIM en 8, 4 y 2 sin poder establecer beneficio signiticativo del uso de Carbs. Se observó la ausencia de MA en tratamientos SIN Carbs. Otras resistencias fueron colistín 22 %, Tigeciclina 30 %, Fosfomicina 30,5 % y Amikacina 42 %.

Comentario: La correlación entre Vitek-2 y E-test fue pobre como anticipa la bibliografía. Se hace hincapié en considerar esta última para decisiones terapéuticas. El uso de carbapenems según CIM-M no evidenció beneficio clínico significativo. La ausencia de MA en tratamientos sin carbapenems contradice lo publicado al momento. Consideramos relevante la continuidad de este estudio incluyendo mayor número de casos para el estudio de esta observación.

6 - Enfermedades endémicas, emergentes y medicina del viajero

OR039 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CATASTRO MOLECULAR Y SEROLÓGICO PARA *Chlamydia psittaci* EN PERSONAL DE UNA RESERVA ANIMAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES EN CONTACTO CON AVES PORTADORAS

P Favier[1], M Arias[4], C Lara[4], G Wiemeyer[2], A Crivelli[1], H Ludvik[1], M Rolon[1], M Madariaga[3], M Teijeiro[3], M Ardiles[3], H Perez[1], E Cadario[4]
[1] Hospital Fernandez, Argentina. [2] Ecoparque de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. [3] Instituto de zoonosis Luis Pasteur, Argentina. [4] Instituto Malbran, Argentina.

Introducción: La psitacosis es una zoonosis causada por *Chlamydia psittac*i (Cp). La vía de contagio es la inhalación de heces desecadas y volatilizadas de aves portadoras o enfermas. La presentación clínica va desde la forma asintomática hasta una neumonía atípica grave. La psitacosis se sospecha por la clínica y el antecedente de contacto con aves, y se confirma por la presencia de anticuerpos de clase IgG en suero (ac) anti- *Chlamydi*a spp. (Cs) y/o por detección de ADN de Cp (AND/Cp) en secreciones respiratorias humanas. Hasta ahora, poco se conoce sobre la prevalencia de estos marcadores en personas expuestas a aves asintomáticas portadoras.
Objetivos: Estimar la tasa de positividad de ADN/Cp y/o de ac anti-Cs en trabajadores expuestos a aves portadoras de una reserva natural de la Ciudad de Buenos Aires. El objetivo secundario fue determinar factores de riesgo asociados a la positivización de estos marcadores.
Materiales y métodos: Se analizaron muestras de hisopado nasofaríngeo (HNF) y sueros pareados (a 21 días) de 53 trabajadores que estuvieron en contacto con aves asintomáticas con PCR/Cp positiva de hisopado cloacal (3 ñacurutúes, 1 lechuza vizcachera, 1 guacamayo rosa y 3 flamencos), a fin de determinar la presencia de ADN/Cp en muestras respiratorias por dos PCR anidadas y/o ac anti-Cs por técnica de inmunofluorescencia indirecta (IFI-ac) entre octubre de 2016 y enero de 2017. Se definió como positivos a los pacientes con PCR de Cp positiva y/o título igual o mayor de 160 y/o conversión serológica o cuadruplicación de títulos de ac. Se recabaron datos epidemiológicos relevantes: contacto con aves (dentro y fuera del ámbito laboral), labor realizada con las aves, uso de medidas de protección (mascarilla N95 y antiparras) y patologías crónicas previas. El análisis estadístico se realizó con Epi InfoTM 7.2.1.0.
Resultados: De los 53 trabajadores evaluados, el 78 % fueron hombres. La mediana de edad fue de 35,7 años (RIC 50). El 30,2 % (16/53) cumplió criterios de positividad (2 por PCR, 13 por IFI-ac y 1 por ambas). Ninguno de ellos desarrolló síntomas de psitacosis grave.

	Positivo (n = 16)	Negativo (n = 37)	p
Edad en años (RIC)	34 (22)	35(25)	0,42
Sexo masculino	68 % (11/5)	83,8 % (31/6)	0,19
Hs semanales en contacto con aves (RIC)	12 (17)	15 (29)	0,39
Trabajo en lugar ventilado	31,3 % (5/11)	32,4 % (12/25)	0,59
Trabajo veterinario	31,3 % (5/11)	29,7 % (11/26)	0,57
Uso de medidas de proteccion	23,1 % (3/13)	24,3 % (9/28)	0,47
Patologias crónicas	43,8 % (7/9)	10,8 % (4/33)	0,01

Los confusores (presencia de aves o balcón en los hogares) tampoco tuvieron valor estadístico sobre la positivización de las pruebas.
Conclusiones: En el presente análisis, el 30,2 % de los empleados en contacto con aves portadoras de Cp presentó pruebas positivas. No se encontraron factores de riesgo asociados a la positivización de las pruebas, probablemente debido al tamaño muestral. Sin embargo, creemos que enfatizar y mantener medidas de protección en torno a las aves es prioritario en todos los grupos de exposición.

OR040 PRIMERA DESCRIPCIÓN DE CASOS DE FIEBRE MANCHADA POR *Rickettsia parkeri* EN LA PROVINCIA DE SAN LUIS: NUEVOS CASOS FUERA DEL DELTA DEL PARANÁ

MF Troglio[1], M Borra[1], M Ferreira[1], L Parracone[1], S Levis[2], J Brignone[2], C Sen[2]
[1] Hospital Villa de Merlo, Villa de Merlo, San Luis, Argentina. [2] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (INEVH-ANLIS), Pergamino, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El primer reporte argentino de rickettsiosis autóctona transmitida por garrapatas tuvo lugar en la provincia de Jujuy en el año 1999, fue causada por *R. rickettsii* y se relacionó con alta mortalidad. En 2011 se reportaron los primeros casos de Fiebre Manchada (FM) por *R. parkeri* en la región del Delta del Paraná, y en 2014 se publicaron casos de FM por *R. parkeri* en La Rioja y Córdoba. Hasta el momento no ha habido reportes de rickettsiosis en la provincia de San Luis.
Objetivo: Describir la epidemiología, presentación clínica y evolución de casos de rickettsiosis por *R. parkeri* en la pcia. de San Luis. Comparación de la forma de presentación con los casos reportados en el Delta del Paraná, Córdoba, La Rioja y Uruguay.
Materiales y métodos: Revisión de Historias Clínicas de pacientes que consultaron a un Hospital Regional de la Villa de Merlo, pcia. de San Luis, por clínica compatible con rickettsiosis y antecedente reciente de mordedura de garrapata durante el período Julio 2015-Agosto 2016. Definición de caso positivo: clínica compatible + PCR positiva en biopsia de piel y/o seroconversión por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) IgG para *Rickettsia* spp. en muestras pareadas.
Resultados: 24 consultas en el período Julio 2015-Agosto 2016→4 casos positivos, 9 casos descartados, 11 casos no conclusivos
Características de los casos positivos:

	Fecha	Sexo/Edad (años)	Domicilio	Contacto con perros	Días de Incubación	Fiebre	Adenomegalias	Cefalea	Rash	Escara en sitio de mordedura	Artralgias/ Mialgias	Diagnóstico
Caso1	07/2015	F/30	Villa de Merlo	SI	5	SI	SI	SI	NO	SI	SI/NO	IFI 1° muestra (m) negativa 2° m1/512
Caso 2	10/2015	F/73	Carpintería	SI	10	SI	SI	SI	NO	NO	NO/NO	IFI 1° m negativa 2° m 1/128
Caso 3	08/2016	F/15	Carpintería	SI	1	NO	NO	SI	NO	SI	NO/NO	IFI 1° m 1/64 2° m 1/512
Caso 4	08/2016	F/60	Villa de Merlo	SI	2	SI	SI	SI	SI	SI	SI/SI	-PCR + R. parkeri en biopsia de escara -IFI 1°m 1/32 2° m 1/128

Tratamiento: Los casos 2, 3 y 4 recibieron tratamiento con doxiciclina, el caso 1 no recibió tratamiento antimicrobiano.
Evolución: El 100 % de los casos presentó buena evolución. El caso 1 se encontraba cursando gesta de 22 semanas, el embarazo se desarrolló sin complicaciones y no se evidenciaron secuelas en el niño.
Comparación de la presentación clínica con casos de otras regiones:

	San Luis (n = 4)	Córdoba[1]/La Rioja[2] (n = 3)	Delta del Paraná[3] (n = 9)	Uruguay[4](n = 4)
Fiebre	75 %	100 %	100 %	100 %
Escara de inoculación	75 %	100 %	90 %	100 %
Cefalea	100 %	sin datos	90 %	50 %
Adenomegalias	75 %	0 %	10 %	75 %
Rash	25 %	100 %	100 %	50 %

[1] Nono y Valle de Calamuchita. [2]Malanzán. [3] Buenos Aires y Entre Ríos. [4] Lavalleja y San José

Conclusiones: La FM por *R. parkeri* se constituye como una enfermedad emergente en Argentina y en particular en la región noreste de San Luis, lugar que comparte características eco-regionales con los sitios de Córdoba y La Rioja donde se han reportado casos. Todas estas localizaciones forman parte de la ecorregión del "Chaco seco". Comparativamente respecto a la casuística de otras regiones argentinas, los casos de San Luis presentaron más adenomegalias y menor presencia de exantema, circunstancia que los asimila a los reportes de Uruguay.

OR041 CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE UN BROTE DE ZIKA

MP Herrera, GG Rangeon, F Garcia Campos, LA Guaymas, LM Estrada, L Miño, B Montenegro, H Kalriar, MC Plaza
Ministerio Salud Publica, Salta, Argentina.

Introduccion: El virus Zika se aislo por primera vez en 1947, durante un estudio sobre fiebre amarilla, en el Bosque de Zika en Uganda, y el conocimiento sobre dicha enfermedad permaneció silenciado por casi 70 años con casos esporádicos, y algunos reportes de brotes de Micronesia, Polinesia Francesa e Isla de Pascuas en Chile; en el lapso de sólo 1 año, el virus Zika fue introducido en Brasil desde las islas del Pacífico y se extendió rápidamente por las Américas. La presentación clínica es similar a otras arbovirosis, con algunas características particulares. Desde 1/11/2016 se inicia la notificación obligatoria en nuestra provincia, de pacientes sospechosos de sindromes febriles inespecificos a sala de situación, detectándose circulación viral en 4 localidades de nuestra provincia. Por lo que decidimos analizar las formas de presentación, para poder alertar asi al equipo de salud sobre la presencia de esta nueva enfermedad.
Objetivo: Conocer la forma de presentación de los pacientes con diagnóstico de Zika en fase aguda, para poder de esta manera controlar y prevenir la infección por virus Zika.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, retrospectivo,de los pacientes notificados entre el 1/11/2016 al 10/04/2017 con diagnostico probable y/o confirmado por virus Zika, según normas establecidas por el ministerio nacional de salud pública.Las determinaciones fueron realizadas en laboratorios provinciales de referencia, y confirmadas por el laboratorio de referencia nacional INEVH Dr. JI Maiztegui.
Resultados: En la Tabla 1 se presentan las características clínicas de los 63 pacientes notificados comp probables y/o confirmados para infección por virus zika.

Signos /sintomas	Zika probable/confirmado (n = 63)
Fiebre >38°	81 %
Cefalea	75 %
Mialgias	65 %
Artralgias	59 %
Dolor Retro-ocular	51 %
Dolor Abdominal	22 %
Edemas	4 %
Sintomas Gastrointestinales	14 %
Inyeccion Conjuntival	38 %
Exantema Pruriginoso	92 %
Tos	6 %

Conclusiones: De acuerdo a lo evaluado, podemos observar que la mayoría de los pacientes se presentaron con exantema pruriginoso, acompañadosen algunas por fiebre y cefalea, lo que nos lleva a plantear el redireccionamiento de la vigilancia que hasta ahora estaba dirigido a los pacientes con síndrome febriles inespecíficos, ya que de continuar poniendo como primer síntoma la presencia de fiebre, podríamos omitir la detección de la circulación de virus zika.

OR042 HISTOPLASMOSIS EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD EN ARGENTINA: SERIE DE CASOS

C Voto[1], MG Perez[1], S Gomez[1], C Sarkis[1], C Epelbaum[1], P Santos[1], S Carnovale[1], C Canteros[2], R Bologna[1]
[1] Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan. Caba, Argentina. [2] Instituto ANLIS-Malbran. Caba, Argentina.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica en el continente Americano. La gravedad de la infección depende del inóculo inhalado y estado inmune del huésped, siendo en general autolimitada en niños sanos. El compromiso de la inmunidad predispone a una forma diseminada severa y progresiva que conlleva importante morbimortalidad, particularmente en área endémica. En las formas graves, el diagnóstico temprano y el inicio oportuno de la terapéutica apropiada determinan la evolución del cuadro.
Objetivo: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los niños con Histoplasmosis probada o probable en un Hospital pediátrico de alta complejidad en Argentina.
Material y Métodos: Serie de casos retrospectiva. Se incluyeron todos los niños < 18 años internados en el Hospital de Pediatría ¨Prof. Dr. Juan P. Garrahan¨ entre Enero 2008 y Diciembre 2016 con Histoplasmosis probada o probable con serología especifica positiva, cultivo y/o anatomía patológica y clínica compatible. Se describen las variables continuas con mediana y rango intercuartilo (RIC) y las categóricas en proporción y porcentaje.
Resultados: n = 13 pacientes (p.). La mediana de edad fue 9 años (RIC 3.4-13), 7 de ellos (53 %) fueron varones. La distribución según procedencia fue: Buenos aires 3 p. (23 %), Santa Fe 3p. (23 %) y 7 p. (54 %) provenientes de otras regiones (Corrientes, Catamarca, Salta, Entre Ríos, Formosa, Misiones y Paraguay). Se identificó enfermedad subyacente en 8 p. (62 %), siendo las más frecuentes: trasplante de órgano solido 5 p. (renal 2p., hepático 2p. y cardiaco 1p.), inmunodeficiencia primaria 2 p. y leucemia linfoide aguda 1p. El 62 % (8p.) de los pacientes presentaron histoplasmosis diseminada, 31 % (4p.) gastrointestinal y 1 p. (8 %) tuvo afectación aislada de sistema nervioso central. La mediana de tiempo hasta el diagnóstico fue 2 meses (RIC 0.5-10). El diagnóstico de histoplasmosis se confirmó a través de observación microscópica directa en 3p. (23 %), cultivo en 8 p. (62 %) y serología en 6p. (46 %). Los sitios de aislamiento de *Histoplasma capsulatum* fueron: medula ósea 3 p. (23 %), lavado broncoalveolar 3p. (23 %), líquido cefalorraquídeo 2p. (15 %), biopsia intestinal 2p. (15 %), piel 1 p. (8 %) y tejido óseo 1p. (8 %). Hubo 9p. (69 %) con anatomía patológica compatible. Todos los pacientes recibieron tratamiento antifúngico: anfotericina liposomal 7 p. (mediana de 26 días; RIC 14-60) y anfotericina deoxicolato 6 p. (mediana de 24 días; RIC 10-60). Continuaron el tratamiento oral con itraconazol 10 p. (77 %), uno de ellos además, combinado con fluconazol. Tres niños (23 %) fallecieron por causa no relacionada a la infección.
Conclusiones: En nuestro conocimiento, esta es la primera serie de casos de histoplasmosis en niños de Argentina. Predominaron los pacientes con enfermedad subyacente, siendo el trasplante de órgano solido la más común. La histoplasmosis diseminada fue frecuente. Por gravedad y condición inmunitaria todos recibieron tratamiento antifúngico. La mortalidad en la serie no estuvo directamente relacionada a la infección.

OR043 ENCEFALITIS AGUDA POR VIRUS DENGUE

M Cánepa, C Lamonica, S Burbano Perez, D Sousa Matias, C Carreira, M Martinez.
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: El dengue (DEN) es la principal enfermedad viral humana transmitida por la picadura del Aedes Aegypti y producida por un virus tipo arbovirus con serotipos 1 al 4.
Se presentan 100 millones de casos anuales en el mundo, produciéndose 30.000 muertes al año.El comportamiento del DEN en Argentina es epidémico, y la ocurrencia de casos se restringe a los meses de mayor temperatura. Las manifestaciones neurológicas del DEN se presentan en 1-5 % de los casos; tendiendo a ser benignas y autolimitadas, excepto las encefalitis.
Objetivos: -Primario:Describir las manifestaciones clínicas y características del LCR en los pacientes con encefalitis por DEN. -Secundario:Determinar la evolución clínica de los pacientes con diagnostico confirmado de encefalitis por DEN.
Materiales y métodos: Se realizará un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo,llevando a cabo una búsqueda de los casos de encefalitis por DEN ingresados en la base de datos de los servicios de Clínica Médica, Terapia Intensiva y Epidemiología de nuestro Hospital entre Enero y Mayo de 2016. Se recogerán de forma sistemática los datos a partir de la historia clínica del paciente y los mismos serán volcados en una ficha confeccionada para tal objetivo. - Criterios de inclusión: Pacientes mayores de 18 años con cuadro clínico compatible con encefalitis que presenten PCR positiva y/o serología para DEN en LCR.
Resultados: Hubo 314 casos confirmados, siendo 290 por PCR y 24 por nexo epidemiológico; 73 % de los internados fueron adultos, requiriendo cuidados en unidad cerrada solo el 3,65 %. Hubo 7 casos de DEN grave, siendo el 57 % encefalitis. El 75 % fueron hombres con un rango de edad de Máx. 79 - Mín. 25. Los que cursaron internación tenían al momento de la consulta signos de alarma. Al ingreso, si bien el 100 % de los casos tuvo como síntoma cefalea, en ninguno de ellos, el diagnóstico presuntivo fue encefalitis y solo en el 25 % ingresa con diagnóstico de DEN grave. En el LCR, el 100 % presentó hiperproteinorraquia, sin pleocitosis ni hipoglucorraquia. El 75 % tuvo confirmación en LCR con PCR positiva para DEN1, teniendo todos los pacientes confirmación serológica. El 50 % se fue de alta con secuelas a predominio conductuales, mientras que solo a uno se le otorgó alta sin secuelas y el otro falleció.
Conclusión: En nuestra serie de casos, todos los casos de encefalitis han sido por DEN1, y ninguno presentó pleocitosis en LCR. De los casos graves, el 4,5 % presentó manifestaciones neurológicas, con predominio en el sexo masculino, dato que coincide con la bibliografía. En los reportes las manifestaciones neurológicas se relacionan con altas tasas de mortalidad o secuelas, como evidencia nuestra serie. Es necesaria la sensibilización del equipo de salud para conocer las múltiples manifestaciones del DEN, incluyendo durante el examen médico en zonas endémicas, la evaluación de los signos y síntomas que sugieran alteraciones neurológicas. Por todo lo antedicho, en áreas endémicas, en cualquier paciente que durante una epidemia presente manifestaciones neurológicas agudas considerar al DEN como causa probable de encefalitis.

OR044 INFECCIÓN POR *Salmonella*: ESTUDIO DE CASOS Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN UN CENTRO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

L Soto Tascón, MJ Alarcón, J Gallo Muñoz, C Nemirovsky, G Greco, L Barcán.
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: *Salmonella* es una de las principales causas de enfermedades transmitidas por alimentos provocando un importante número de hospitalizaciones y muertes en nuestro país y en el mundo. Salmonella forma parte del listado de "patógenos prioritarios" de la Organización Mundial de la Salud para 2017, dada la preocupación por la creciente resistencia a quinolonas.
Objetivo: Conocer la situación epidemiológica de *Salmonella* en nuestro centro.
Materiales y métodos: Se diseñó una cohorte retrospectiva de pacientes adultos con aislamiento de *Salmonella* en cultivo durante el periodo 2015-2016. Se analizaron variables demográficas y características clínicas y microbiológicas de los casos.
Resultados: Se analizaron 82 pacientes adultos con aislamiento de *Salmonella* en cultivo durante los años 2015-2016, 65 coprocultivos, 8 urocultivos, 7 hemocultivos (HC), 1 líquido ascítico y 1 líquido pleural. Media de edad 55 años (rango 17 a 91 años), 39 mujeres, 43 hombres. Inmunocomprometidos (IC) 26 (32 %). La adquisición fue en Ciudad de Buenos Aires y Conurbano en 73 casos, interior de Argentina 7, exterior 2 (México y Brasil). Se presentaron con cuadro abdominal 64 pacientes (78 %), 7 (8 %) con sepsis sin foco (5 con HC +), 4 (5 %) con síntomas urinarios. Tratamiento: ciprofloxacina 45 (55 %), otros antibióticos 26 (32 %), 21 pacientes (25 %) no recibieron antibiótico y presentaron evolución favorable. Requirieron internación 22 pacientes (26 %), 12/26 IC (46 %) y 10/56 (18 %) no IC ($p<0.05$). La mortalidad fue del 3 % (3 pacientes, 2 no relacionados directamente con la infección). La identificación se realizó en 5 aislamientos: 2 enteritidis, 1 typhi, 1 livingstone, 1 corvalis. El resto fueron analizadas como Salmonella spp (77 cepas). La sensibilidad a ampicilina fue del 89 % y la de trimetoprima/sulfametoxazol 100 %. Las cefalosporinas de 3era generación fueron sensibles en 8/9 aislamientos (HC y líquidos). La resistencia a ácido nalidíxico (NAL) fue del 17 % (14/82) y a ciprofloxacina fue del 6 % (5/82).
Conclusiones: La infección por *Salmonella* se correspondió con una importante tasa de morbilidad sobre todo en pacientes IC. El aumento de la resistencia a NAL es preocupante debido a la posible falla terapéutica fundamentalmente en infecciones extraintestinales. La resistencia a quinolonas representa un problema creciente que se refleja en nuestra institución en forma paralela al resto del país según datos de vigilancia nacional. Las políticas de gestión de uso adecuado de antibióticos resultan fundamentales para controlar esta tendencia.

OR045 LA DETECCIÓN MOLECULAR SIMULTÁNEA Y EL USO DE MUESTRA DE ORINA MEJORA LA SENSIBILIBIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LOS VIRUS DENGUE, CHIKUNGUNYA Y ZIKA.

L Mammana, F Gonzalez, S Giamperetti, B Deodato, S Lloveras, T Orduna, MB Bouzas.
Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: El algoritmo actual de diagnóstico de enfermedades transmitidas por mosquitos en pacientes con cuadros de síndromes febriles agudos se basa en el estudio secuencial en suero de virus Dengue (DENV) a través de antígeno NS1 (Ag NS1), y Zika (ZIKV) y Chikungunya (CHIKV) por RT-PCR en tiempo real (qRT-PCR). Pasados los 5 días del inicio de síntomas (IS), el diagnostico se basa en la detección de IgM y puede requerir una segunda muestra para estudios de neutralización. Existen plataformas que permiten la detección molecular de los tres virus de forma individual o simultánea que permiten optimizar el diagnostico especialmente en las áreas de cocirculacion.
Objetivo: Analizar el desempeño del ensayo de RT-PCR en tiempo real Modular DX Kit (TIB MOLBIOL) en formato multiplex para DENV, ZIKV y CHIKV en la plataforma Z 480 (Roche) y estandarizar el ensayo para muestras de orina y semen.
Materiales y métodos: Se analizaron un total de 53 muestras (40 sueros, 12 orinas y 1 semen) correspondientes a 40 pacientes con síndrome febril agudo del periodo 11/2014- 03/2017. El diagnóstico de los pacientes incluidos fue: 21 pacientes negativos para los tres virus (que se correspondieron con 21 sueros y 4 orinas), 10 DENV (9/10 Ag NS1+, Platelia- Biorad y 1/10 DENV IgM, Panbio) En el paciente con IgM y en 2/9 con AgNS1+ se obtuvo por lo menos 1 muestra de orina representando un total de 10 sueros y 4 orinas. En 8 pacientes el diagnóstico fue de CHIKV (q RT-PCR LightCycler 2.0) y se correspondieron con 9 muestras de suero y 1 diagnóstico de ZIKV (qRT-PCR Genesig, Abi 7500) que se correspondió con 1 suero, 4 orinas y 1 semen. Los 53 extractos de ácidos nucleícos, conservados a -70°C fueron re analizados en la plataforma Z480 y los resultados comparados con los previos mediante cálculo de concordancia (kappa) sobre un total de muestras para DENV 31 y 33 para ZIKV y CHIKV. Se calculó además la mediana del tiempo IS al momento del diagnóstico para muestras de suero y orina.
Resultados: Para DENV el grado de concordancia fue 92,4 %, (K = 0.924), siendo más sensible que el ensayo AgNS1 (10/10 vs 9/10 respectivamente). Las 4 orinas fueron detectadas en Z480 (rango CP: 25-33). La mediana de tiempo al IS para DENV en muestras de suero fue 5 (RIC: 2-11) versus 13 (RIC: 8-18) días en orina. Para CHIKV el grado de concordancia fue 100 % (K: 1) todos los sueros fueron detectables (rango CP: 25-36), y la mediana de tiempo al IS de 5 días (RIC: 1-7). Para ZIKV el grado de concordancia fue 100 % (K: 1) las muestras fueron detectables en un rango CP: 30-37. Para el paciente con ZIKV, el suero fue positivo en el día 5, la orina en el día 6,13 y 20 y el semen en el día 24. No se detectaron coinfecciones.
Conclusiones: La plataforma Z480 permitió la detección simultánea de los tres virus con una sensibilidad equivalente para los virus de CHIKV y ZIKV en los tres tipos de muestras utilizados, y con mayor sensibilidad que el Ag NS1 de DENV. La nueva plataforma permite trabajar con muestras de orina y semen, permitiendo en DENV y en ZIKV el diagnostico en pacientes con más de 10 días de evolución, evitando la necesidad de una segunda muestra.

7 - Inmunocomprometidos no HIV y trasplante

OR046 BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: DIFERENCIAS SEGÚN EL SITIO DE ADQUISICIÓN

F Herrera[1], AA Carena[1], A Laborde[2], I Roccia Rossi[3], G Guerrini[4], A Valledor[5], R Jordan[6], A Nenna[7], P Costantini[8], JP Caeiro[9], M Dictar[10], M González Ibáñez[2], P Vizcarra[3], C Palacios[4], V Pinoni[6], M Luck[8], A Racioppi[10], F Pasterán[11], A Corso[11], M Garcia Damiano[2], M Zárate[1], R Padlog[3], G Greco[5], M Giovanakis[6], M Chaves[7], M Bronzi[8], M Vilaró[9], S Valles[10].

[1] CEMIC, Argentina. [2] FUNDALEU, Argentina. [3] Hospital HIGA Gral. San Martín, La Plata, Argentina. [4] Hospital HIGA Dr. Rodolfo Rossi, La Plata, Argentina. [5] Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. [6] Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. [7] Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, Argentina. [8] Instituto de Oncología Angel H. Roffo, Argentina. [9] Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina. [10] Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina. [11] Instituto ANLIS Malbrán, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las características clínicas y microbiológicas de las bacteriemias en pacientes con cáncer y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), pueden diferir según el sitio de adquisición de la infección.
Objetivos: Describir y comparar las características de los episodios de bacteriemia en pacientes con cáncer y TCPH, según el sitio de adquisición: adquiridas en la comunidad (BAC), asociadas al cuidado de la salud (BACS) y nosocomiales (BN).
Material Metodos: Estudio prospectivo multicéntrico. Se incluyeron episodios de bacteriemia en adultos con cáncer y TCPH de 10 centros de Argentina entre mayo de 2014 y Julio de 2016. Se compararon pacientes con BAC (G1) vs BACS (G2) vs BN (G3), definidas por criterios del CDC y Friedman y cols. La variables categóricas se analizaron con los tests exacto de Fisher o Chi-cuadrado según corresponda, y las variables continuas con el test de Kruskal-Wallis.
Resultados: Se incluyeron 585 episodios of bacteriemia, 357 (61 %) tenían neoplasias hematológicas (NH),104 (17.8 %) tumor sólido (TS) y 124 (21.2 %) TCPH. En 387 episodios (66.2 %) se aislaron Bacilos Gram-negativos (BGN), siendo *Escherichia coli* (21.7 %), *Klebsiella* spp. (20.9 %) y *Pseudomonas aeruginosa* (8.4 %) los más frecuentes. En 211 (36.1 %) se identificaron Cocos Gram-positivos (CGP), siendo *Staphylococcus* Coagulasa-negativa (SCN) (13 %) y *Staphylococcus aureus* (SA) (10.4 %) los más frecuentes. En 261 episodios (44.6 %) se aislaron organismos multiresistentes (OMR), siendo los más frecuentes las Enterobacterias productoras de beta-lactamasa de espectro extendido (EBLEE) (31.4 %), SCN multiresistente (20.3 %), Enterobacterias productoras de carbapenemasa KPC (EKPC) (12.6 %), SA meticilino resistente (8.8 %), *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente (8 %) y *Acinetobacter* spp multiresistente (7 %). Cincuenta y nueve episodios (10.1 %) fueron en G1,130 (22.2 %) en G2 y 396 (67.7 %) en G3. Las características clínicas fueron semejantes en los 3 grupos, aunque la proporción de TS como enfermedad de base difirió (G1: 50.8 % vs G2: 23.8 % vs G3: 10.9 %, p = 0.0001) y la frecuencia de neutropenia fue mayor en G3 (G1: 39 % and G2: 42.3 % vs G3: 77.3 %, p = 0.0001). La frecuencia de OMR fue: G1: 6.8 % vs G2: 31.5 % vs G3: 54.5 %, (p = 0.0001), teniendo G3 la mayor proporción de EBLEE (G1: 5.1 % vs G2: 6.9 % vs G3: 17.7 %, p = 0.001) y EKPC (G1:0 % vs G2: 1.5 % vs G3: 7.8 %, p = 0.004). SCN multiresistente fue más común en G2 (G1:1.7 % vs G2:13.8 % y G3:8.6 %, p = 0.022). El tratamiento antibiótico empírico apropiado fue comparable en G1 (91.5 %) y G2 (81.5 %) y significativamente menor en G3 (70.2 %, p = 0.0001). Los requerimientos de terapia intensiva, desarrollo de shock y mortalidad a 30 días fueron similares entre los 3 grupos, aunque la estadía hospitalaria (mediana) fue mayor en G3 (G1:11 y G2:11 vs G3:31 días, p = 0.0001).
Conclusiones: El perfil etiológico de bacteriemias en pacientes con cancer y TCPH mostró características propias según el sitio de adquisición. No obstante, en el caso de las EBLEE que fueron los OMR más frecuentemente aislados, las BACS presentaron un perfil semejante al de las BAC. Estos hallazgos deberían ser tenidos en cuenta en la elección del tratamiento empírico.

OR047 EVOLUCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES CON NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS Y TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS TRATADOS CON RIBAVIRINA ORAL

F Herrera[1], C Salgueira[2 4], A Carena[1], D Espinel[3], J Altclas[2 4], C Videla[1], M Eusebio[3], P Bonvehí[1], E Efron[3], M Fernández[4], R Jordán[3]

[1] CEMIC, Argentina. [2] Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina. [3] Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. [4] Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: La infección por virus Sincicial Respiratorio (VSR) en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) y neoplasias hematológicas (NH) causa infección del tracto respiratorio inferior (ITRI) en 40 % de los casos, con una mortalidad del 18 %. Diferentes guías recomiendan tratamiento con Ribavirina inhalatoria, no disponible en Argentina.
Objetivo: Describir la evolución de la infección por VSR en pacientes con TCPH y NH tratados con Ribavirina oral.
Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo multicéntrico, realizado en 4 Instituciones de la CABA, entre Julio de 2008 y Agosto de 2016. Se incluyeron pacientes con TCPH y NH, con diagnóstico de infección por VSR con detección de antígenos por IFI o PCR de hisopado nasofaríngeo y lavado broncoalveolar. Se administró Ribavirina oral en dosis de 1800 mg/día, con y sin gammaglobulina endovenosa. Se evaluaron variables clínicas, virológicas y de evolución con seguimiento a 30 días. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva: variables continuas con medidas de centralidad (mediana) y dispersión (rango intercuartilo), y variables categóricas (frecuencia absoluta y porcentaje).
Resultados: Se incluyeron 52 pacientes. La mediana de edad fue 54 años. La enfermedad de base más frecuente fue leucemia aguda: 34.6 % y 53.8 % de los pacientes recibió un TCPH, siendo la mitad alogénicos. Factores de riesgo (FR) para ITRI y mortalidad: neutropenia < 500/mm3: 46.2 %, linfopenia < 200/ mm3: 34.6 %, edad > 65 años: 29.3 %, *preengraftment*: 11.5 %, irradiación corporal total: 5.8 %, TCPH alo < 1mes: 9.6 %, inmunosupresión severa: 48.1 %, requerimiento de oxígeno suplementario (O2): 34.6 %, ventilación mecánica: 5.8 %. Mediana de score de riesgo en TCPH alo: 5. Presentación clínica: Infección del tracto respiratorio superior (ITRS): 40.4 % e ITRI: 59.6 % (74.3 % bilateral). El diagnóstico virológico se realizó por IFI en 28 pacientes y por PCR en 26. La mediana de excreción viral fue de 4 días (3-26). En 20 pacientes se diagnosticó alguna coinfección, siendo 80 % de etiología viral. Todos los pacientes recibieron Ribavirina oral desde la obtención del diagnóstico virológico, con una mediana de 10 días y 14 recibieron además gammaglobulina. Presentaron efectos adversos 8 pacientes y sólo 1 debió suspender la Ribavirina por hemólisis. Evolución: requerimiento de internación: 80.5 % (90 % en sala general y 10 % en UTI), con una mediana de 10 días, progresión de ITRS a ITRI: ninguno. Mortalidad: 2 (3.8 %), pero solo 1 relacionada a la infección por VSR.
Conclusiones: Los pacientes con NH y TCPH e infección por VSR presentaron una morbilidad significativa, con alta tasa de internación, requerimientos de O2 y UTI. Debido a que no contamos con un grupo control no podemos afirmar que el tratamiento con Ribavirina modificó la evolución. Sin embargo, a pesar de ser una población con inmunosupresión significativa, y con alto porcentaje de FR para ITRI y mortalidad, ninguno de los pacientes con ITRS evolucionó a ITRI y la mortalidad fue baja en relación a lo reportado en la bibliografía.

OR048 IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLOGÍA DE BACTERIEMIAS EN PACIENTES CON CÁNCER O TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS CON Y SIN NEUTROPENIA EN LA ERA DE LA MULTIRRESISTENCIA

F Herrera[1], A Laborde[2], I Roccia Rossi[3], G Guerrini[4], A Valledor[5], R Jordán[6], A Nenna[7], P Costantini[8], M Dictar[9], J Caeiro[10], M Gonzale Ibañez[2], P Vizcarra[3], C Palacios[4], V Pinoni[6], M Luck[8], A Racioppi[9], F Pasterán[11], A Corso[11], C Garcia Damiano[2], M Zárate[1], R Padlog[3], G Greco[5], M Giovanakis[6], M Chaves[7], M Bronzi[8], S Valle[9], M Vilaró[10], A Carena[1]

[1] CEMIC, Argentina. [2] FUNDALEU, Argentina. [3] HIGA San Martin de La Plata, Argentina. [4] Hospital Rodolfo Rossi de La Plata, Argentina. [5] Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. [6] Hospital Británico de Buenos Aires, Argentina. [7] Hospital Municipal de Oncología Marie Curie, Argentina. [8] Instituto de Oncología Angel Roffo, Argentina. [9] Instituto Alexander Fleming, Argentina. [10] Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Argentina. [11] Instituto ANLIS Malbrán, Argentina.

Introducción: Las características y evolución de las bacteriemias en pacientes con cáncer y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) pueden diferir según la presencia de neutropenia.
Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, microbiológicas, terapéuticas y evolución de las bacteriemias en pacientes con cáncer o TCPH, según se encuentren o no neutropénicos.
Material y métodos: Estudio prospectivo observacional, multicéntrico. Se incluyeron todos los episodios de bacteriemias en pacientes adultos internados con cáncer y tratamiento inmunosupresor o TCPH en 10 centros del país, desde Julio 2014 a Enero de 2016. Se comparó pacientes neutropénicos (G1) con no neutropénicos (G2). Se utilizaron los tests de Chi cuadrado o Fisher (variables categóricas), y U de Mann Whitney (variables continuas) según corresponda. Se evaluó mortalidad al día 30 con el método de Kaplan-Meier y el log-rank test, con la regresión de Cox para evaluar significancia estadística.
Resultados: Se incluyeron 460 episodios de bacteriemia, 291 (63,3 %) en pacientes oncohematológicos, 79 (17,2 %) en tumores sólidos y 90 (19,6 %) en TCPH. Del total de episodios, 289 (62,8 %) fueron en G1, siendo de alto riesgo el 90,7 % por variables clínicas y el 84,8 % por score de MASCC. La mediana de duración de neutropenia fue de 13 días. Comparando ambos grupos, los episodios en G1 fueron más frecuentemente causados por Bacilos Gram negativos (70,6 vs 54,4 %, p = 0.0001) y por organismos multiresistentes (OMR) (54,3 vs 31,6 %, p = 0.0001), principalmente Enterobacterias productoras de BLEE (17,6 vs 5,3 %, p = 0.0001), fue más frecuente el foco abdominal (34,3 vs 15,8 %, p = 0.0001) y la mucositis severa (10,8 vs 2,3 %, p = 0.003), y tuvieron scores de Apache II más elevados (mediana) (13 vs 12, p = 0.0001). En G2 la mediana de edad fue mayor (55 vs 49 años, p = 0.0001), fueron más frecuentes los tumores sólidos (33,3 vs 7,6 %, p = 0.0001), fue mayor el aislamiento de Cocos Gram positivos (48,5 vs 31,8 %, p = 0.0001) y de Staphylococcus aureus meticilino resistente (7 vs 2,4 %, p = 0.017), y fueron más frecuentes las infecciones urinarias (18 vs 1,9 %, p = 0.0001). El tratamiento antibiótico empírico adecuado fue mayor en el G2 (81,3 vs 72,7 %, p = 0.037). El G1 presentó más frecuentemente shock (23,5 vs 15,2 %, p = 0.032), bacteriemia de brecha (13,8 vs 5,8 %, p = 0.008) y mayor mortalidad temprana (al día 7) (16,6 vs 9,4 %, p = 0.03). Sin embargo la mortalidad al día 30 fue similar en ambos grupos (G1:22,5 vs G2:18,7 %, p = 0.225). En el análisis multivariado los factores de riesgo de mortalidad al día 30 identificados fueron: score de APACHE II elevado (>24) (HR = 3,57, IC95 % 1.9-6.6, p = 0.0001), score de PITT elevado (>4) (HR = 3,8, IC95 % 2.2-6.7, p = 0.0001) y bacteriemia por OMR (HR = 2.29, IC95 % 1.5-3.6, p = 0.0001).
Conclusiones: Las bacteriemias en pacientes con cáncer o TCPH y que se encontraban neutropénicos fueron diferentes y tuvieron mayor gravedad comparados con los no neutropénicos. No obstante, la mortalidad al día 30 entre ambos grupos fue similar. Dado que la bacteriemia por OMR fue un factor de riesgo independiente para mortalidad, deben identificarse los pacientes en riesgo y tratarse apropiadamente.

OR049 INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: DIFERENCIAS A TRAVÉS DEL TIEMPO EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS

D Torres[1], S Zerboni[1], J Chevel Mejía[1], P Bonvehí[1], E Temporiti[1], M Relloso[2], L Riera[3], P Duarte[3], F Herrera[1]

[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, Argentina. [3] Sección Hematología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina.

Introducción: Las características e incidencia de las infecciones fúngicas invasoras (IFI) en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) podrían variar a lo largo del tiempo.
Objetivos: Describir y comparar la frecuencia y características de las IFI en pacientes con TCPH en 3 etapas consecutivas.
Material y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con TCPH en período temprano realizados en nuestra institución desde 1997 a 2016. Se dividieron en 3 etapas: E1 de enero de 1997 a diciembre de 2003, E2 de enero de 2004 a diciembre de 2010 y E3 de enero de 2011 a diciembre de 2016. Las IFI fueron definidas según criterios del EORTC/MSG 2008. Se compararon entre las distintas etapas las características de los TCPH incluidos, las estrategias de profilaxis antifúngica (PAF), la frecuencia y tipo de IFI, y la evolución. Análisis estadístico con SPSS 23: Chi2 o Test exacto de Fisher para variables categóricas y Kruskal-Wallis para continuas.
Resultados: Se incluyeron 486 TCPH, divididos en E1 114 (23.5 %), E2 183 (37.7 %) y EP3 188 (38.7 %).
Eran TCPH alogénicos: E122 %, E2 22 % y E327 %, p = 0.5. Predominaron los relacionados en E1 (E1 96 %, E2 85 %, E3 44 %, p<0.001), mientras que en E3 fueron más frecuentes los de donante alternativo (E1 4 %, E2 15 %, E3 56.8 %, p<0.001). Se observó un aumento progresivo de la edad (mediana E1 45.5 años, E2 49, E2 51, p = 0.012). Las enfermedades de base fueron similares: linfomas (E1 42 %, E2 38 %, E3 36 %, p = 0.64), mieloma múltiple (E1 26 %, E2 34 %, E3 38 %, p = 0.12) y leucemias agudas (E1 17 %, E2 18 %, E3 19 %, p = 0.9). El acondicionamiento incluyó fludarabina más frecuentemente en E2 y E3 (P1: 1 %, P2 11.5 %, P3 25.3 %, p<0.001), al igual que busulfán/melfalán (E1 43 %, E2 54 %, E3 76 %, p<0.001). La media de duración de la neutropenia fue 12±6 días vs 14±8 vs 13±6, p = 0.03. El uso de PAF se incrementó con los años (E1 50 %, E2 88 %, E3 100 %, p<0.001), tanto con fluconazol (E1 47 %, E2 69 %, E3 78 %, p<0.001), como con antifúngicos contra hongos miceliales: en E2 se utilizó con mayor frecuencia itraconazol (E1 3.5 %, E2 16.4 %, E3 4.8 %, p<0.001), mientras que en E3 fue más común el uso de voriconazol (E1 0 %, E2 0.5 %, E3 14.4 %, p<0.001)y posaconazol (E1: 0 %, E2 0 %, E3 2.7 %, p = 0.02). Presentaron IFI: E1 16 (14 %), E2 12 (6.5 %) y E3 12(6.4 %), p = 0.03. Se distribuyeron en: probadas E1 3.5 %, E2 1.6 %, E3 1.6 %, p = 0.5; probables E1 0 %, E2 0.5 %, E3 2.7 %, p = 0.15; y posibles E1 10.5 %, E2 4.3 %, E3 2.1 %, p = 0.007. Las IFI probadas fueron: 8 *Candida* spp, 1 *Trichoderma* spp y 1 *Aspergillus flavus*. Las candidemias se distribuyeron de la siguiente forma: E1 4 (3.5 %), E2 2 (1.1 %) y E3 2 (1 %), p = 0.23. Las IFI probables fueron 6 aspergilosis (E1 0 %, E2 0.5 %, E3 2.7 %, p = 0.15). La mortalidad relacionada en pacientes con IFI fue en E1 1 (6.3 %), E2 3 (27.3 %), E3 1 (8.3 %), p = 0.35.
Conclusiones: Las IFI en TCPH disminuyeron globalmente en los últimos 20 años, a expensas de las IFI posibles, aunque sin variaciones en las probadas y probables. Si bien actualmente, los pacientes con TCPH son de mayor riesgo de IFI, la utilización de PAF, especialmente con azólicos de nueva generación, podrían justificar estas observaciones.

OR050 INFECCIÓN POR VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO EN PACIENTES ADULTOS CON TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS

C Losada, M Alderete, A Valledor, L Barcán

Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La infección por Virus Sincicial Respiratorio (VSR) en pacientes con trasplante de células hematopoyéticas (TCH), progresa en un alto porcentaje a neumonía, alcanzando una mortalidad cercana al 30 %. El trasplante alogénico, la presencia de linfopenia severa o neutropenia, los esquemas condicionantes mieloablativos, la infección previa al engraftment y el desarrollo de enfermedad de injerto versus huésped son factores de mal pronóstico, identificados principalmente por estudios retrospectivos con escaso número de pacientes.
Objetivos: Describir las características de la infección por VSR en los pacientes con TCH, analizando aspectos clínicos, evolución y factores de mal pronóstico.
Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos en forma prospectiva de los pacientes trasplantados desde enero de2 009 a diciembre de 2016. Se realizaron 383 TCH (285 autólogos y 98 alogénicos). Se registraron todos los episodios de cuadro de vía area superior y/o neumonía, formas de presentación, tratamiento y evolución.
Resultados: Se registraron 11 infecciones por VSR, 5 en trasplantes autólogos y 6 en alogénicos (3 histoidénticos y 3 haploidenticos) . El promedio de edad fue de 43 años (r: 19-67), con predominio del sexo masculino. La enfermedad de base más frecuente fue linfoma (4), seguido por la leucemia mieloide aguda (3), leucemia linfoblástica aguda (2) y mieloma múltiple (2). La mayoría de las infecciones se diagnosticaron posterior al trasplante, con una mediana de 77 días (r: 4-923), y solo una, 3 días previos a la infusión de células hematopoyéticas. El síntoma más frecuente fue rinorrea (91 %), seguido

por tos (82 %). El 89 % de los pacientes progresó a neumonía, siendo los hallazgos tomográficos más frecuentes los infiltrados en vidrio esmerilado y tipo árbol en brote. 4 pacientes tenían linfopenia severa, con una media de recuento de linfocitos de 106 linfocitos (r: 4-224) y 2 estaban neutropénicos severos. En un 64 % de los casos, se indicó tratamiento (28 % Ribavirina oral y un 36 % combinada con gammaglobulina de pool), presentando tricitopenia como efecto adverso en una oportunidad. 8 de 11 pacientes se internaron y en 3 casos (27 %) la infección ocurrió antes del engraftment. Dos pacientes requirieron oxígeno suplementario e internación en terapia intensiva. En un solo caso (9 %), la evolución fue desfavorable, con conexión a asistencia respiratoria mecánica, falla multiorgánica y óbito. Dicho paciente no recibió tratamiento por no encontrarse disponible. La infección fue mixta en 5 casos, con rescate de Rhinovirus (3), virus Parainfluenza (1) y *Pneumocystis jirovecii* (1), sin encontrar asociación con mayor mortalidad.

Conclusiones: El VSR, al igual que otros virus respiratorios, causa significativa morbimortalidad en pacientes con TCH. La presencia de los mismos en pacientes sintomáticos constituye una clara indicación de posponer el trasplante. En nuestra serie de casos, no encontramos asociación entre linfopenia severa y gravedad de la infección. Es fundamental el diagnóstico precoz y el inicio temprano de tratamiento para lograr una buena evolución.

OR051 FACTORES DE RIESGO DE INTERNACIÓN PROLONGADA EN NIÑOS CON LEUCEMIA Y BACTERIEMIA. ESTUDIO DE COHORTE

MG Perez, V Reijtman, M Taicz, A Mastroianni, F Escarra, ME Garcia, AN Varela Baino, M Guitter, J Romero, G Ghibaudi, R Bologna, S Gomez
Hospital de Pediatria Juan P. Garrahan, Argentina.

Introducción: Las infecciones son causa frecuente de morbimortalidad en niños con cáncer. La bacteriemia se presenta en los pacientes con mayor inmunosupresión, toxicidad secundaria a quimioterapia y comorbilidades. Son pacientes que requieren internación y tratamiento antibiótico endovenoso. La prolongación de la internación condiciona mayor morbilidad y uso de recursos hospitalarios.

Material y métodos: estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron niños con leucemia bajo quimioterapia internados en un hospital pediatrico desde enero 2015 a diciembre 2016 con hemocultivos positivos. Se excluyeron los pacientes con microorganismos en hemocultivos considerados contaminantes. Se describen los antecedentes epidemiológicos, características clínicas y evolutivas. Se compararon las características de los pacientes con internaciones de menor o mayor de 14 días. Se estimaron las frecuencias y porcentajes de las variables categóricas y la mediana y rango intercuartilo (RIC) de las continuas. Se realizó un análisis bivariado y luego se construyó un modelo de regresión logística para ajustar las variables que presentaban significancia estadística. La fuerza de la asociación se estimó con odds ratio (OR), su intervalo de confianza del 95 % (IC95 %) y valor de p. Se consideró estadísticamente significativo con p<0.05. Se utilizó Stata 13.

Resultados: se incluyeron 121 pacientes. Eran varones 62 (54 %) y la mediana de edad fue 59 meses (RIC 35-79). Veinticinco eran mayores de 12 años (21 %). La enfermedad de base fue Leucemia linfoblastica aguda en 81 pacientes (67 %) y leucemia mieloblástica aguda en 40 (33 %). Tenían catéter de larga permanencia en el momento de la bacteriemia 96 niños (79 %), neutropenia 94 (78 %), neutropenia menor a 100 neutrófilos 79 (65 %). Presentaban foco clínico relacionado con la bacteriemia 63 pacientes (52 %) y treinta y cinco (29 %) fueron bacteriemias asociadas a catéter. En esta cohorte de pacientes con leucemia y hemocultivos positivos, la identificación en hemocultivos fue en 55 casos (45 %): enterobacterias, 28 (23 %) *Staphylococcus* coagulasa negativa, *Streptococcus viridans* 19 (16 %), *Pseudomonas aeruginosa* 8 (7 %) y otros 11 (9 %). Tuvieron coinfección viral 14 pacientes (12 %). La mediana de duración de la internación fue 12 días (RIC 10-14).La internación fue menor de 14 días en 71 pacientes (59 %) y mayor en 50 (41 %).La neutropenia al ingreso, la neutropenia severa,tiempo menor de 1 semana desde el inicio de la última quimioterapia, la bacteriemia asociada a catéter y la coinfección viral se asociaron estadísticamente a la internación mayor a 14 días en el análisis bivariado. En el análisis multivariado los pacientes que presentaron bacteriemia asociada a catéter (OR 21.73, IC95 % 1.2- 43.20,p 0.04), neutropenia al ingreso (OR 1.75, IC95 % 1.82-1.28, p 0.03) y coinfeccion viral(OR 27.42, IC95 % 2.88-260.83, p 0.004)tuvieron más riesgo de internación mayor a 14 días.

Conclusiones: En esta cohorte de niños con leucemia bajo tratamiento quimioterápico y hemocultivos positivos, la bacteriemia asociada a catéter, la neutropenia severa al ingreso y la coinfección viral se asociaron significativamente con una internación mayor a 14 días.

OR052 INFECCIÓN POR *TRYPANOZOMA CRUZI* EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

N Mañez[1], M Alderete[1], J Benso[1], A Valledor[1], A Smud[1], A Schijman[2], S Besuschio[2], L Barcan[1]
[1] Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. [2] Instituto INGEBI, CONICET, Argentina.

Introducción: La prevalencia de Chagas en Argentina se estima en 1 millón y medio de personas, 4 % de la población. El índice de reactivación (R) de Chagas en pacientes (pac.) con trasplante de órgano sólido (TOS) es alrededor del 33 %, siendo mayor en trasplante (Tx) cardíaco que en otros órganos.

Objetivo: Describir las características clínicas, evolución, mortalidad, evaluar factores de riesgo de reactivación y analizar la utilidad de las pruebas moleculares, en una población de pac. con TOS con riesgo de Chagas (RCh) (reactivación o infección primaria), en un hospital de nuestro país.

Materiales y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva, los datos obtenidos en forma prospectiva de todos los pac. que recibieron un TOS en nuestro hospital desde 1988 hasta la actualidad. Se analizaron todos los pac con RCh: R o primoinfección (P). Se incluyeron pac con más de 30 d de sobrevida y 6 m de seguimiento o hasta la muerte. Se realizó monitoreo post-Tx con parasitemia (Strout), y técnicas moleculares (2006 - 2014: kDNA PCR y SL PCR, luego del 2014 PCR tiempo Real, Instituto Ingebi-Conicet) semanal hasta los 2 m, cada 2 semanas hasta el 6to m y mensual hasta el año, posteriormente anual. Se inició tratamiento con PCR SL + o con > 70 copias a partir de 2014.

Resultados: Se realizaron 1932 TOS en 29 años (desde 01/1988 hasta 31/3/17): 54 TOS en pac. con RCh ,46 receptor chagásico (RC) y 8 donante chagásico (DC) con receptor negativo. Veinticuatro de 46 (52 %) presentaron R (ver tabla), 4 pac presentaron más de un episodio (ep.), el tiempo promedio a la primera R fue 67 d (r: 3-296, mediana 30 d).

Tipo de Tx	Total	Reactivaciones	Clinica	Recibieron Tratamiento
Hígado	786	7/26 (27 %)	1/7 (14 %)	4/7 (57 %)
Corazón	241	13/23 (56 %)	2/13 (15 %)	12/13 (92 %)
Riñon	613	2/5(40 %)	1/2 (50 %)	2/2 (100 %)
Pulmón	105	1/2 (50 %)	0	0
HR	26	1/1 (100 %)	0	1/1 (100 %)
Otros	161	0	0	0

En el momento de la R se realizó Strout en 19 ep. trece fueron negativos, la PCR fue positiva en 10 de estos 13 ep. 32 % vs 100 % (p = 0.001). Hubo 5 ep. de R clínica en 4 pac: paniculitis 3, 1 asociada a miocarditis y 2 miocarditis. El Strout fue negativo en 2 de éstos, en los demás ep. no se había realizado el monitoreo. Inmunosupresión (IS): no hubo diferencias en las drogas utilizadas, ni en la inducción ni en el tratamiento de rechazos entre los pac. que reactivaron y los que no. Los 21 pac. que recibieron tratamiento tuvieron respuesta favorable. Dos de 24 negativizaron la PCR espontáneamente. Seguimiento mayor 1 año: 48 pac (r: 1-19 a.). La mortalidad global fue de 6/24 (25 %) en los pac. con R y 2/17 (12 %) en los que no reactivaron (p = ns). En cuanto a DC, ocurrió P en 1 de 3 hepáticos y en 0/5 renales.

Conclusión: La incidencia de R en nuestra serie fue mayor que la reportada. Se evidenció la mayor sensibilidad de la PCR en relación al Strout para su detección. La transmisión fue baja igual a la referida, si se realiza un estrecho seguimiento de acuerdo a las recomendaciones, permitiendo la aceptación de órganos de donantes positivos para Chagas.

PÓSTERS ELECTRÓNICOS CON DISCUSIÓN

1 - Antimicrobianos y diagnóstico microbiológico

PD001 RECUPERACIÓN DE CEFALOSPORINAS ORALES EN EL TRATAMIENTO DE INFECCIONES URINARIAS BAJAS NO COMPLICADAS

D Chianalino, V Andretta, L Lorini
Lac Abraham Laboratorio de Analisis Clinicos, Argentina.

Introduccion: CLSI (Clinical and Laborotory Standards Institute) recomienda utilizar en el antibiograma cefazolina (CFZ) como predictor de sensibilidad(S) a las cefalosporinas orales en infecciones urinarias bajas no complicadas (IUBNC) para E. coli, Proteus mirabilis y Klebsiella pneumoniae ya que la cefalotina (CEF) sobreestima la resistencia (R) a dichos antibioticos.En el 2014 incorpora puntos de corte de CFZ para IUBNC en las tablas M-100 y con su sensibilidad se puede informar sensibles: cefaclor, cefuroxima, cefalexina, cefproxilo, cefdinir y loracarbef.
Objetivo: 1-Evaluar la cantidad de E.coli que se informaron S con CFZ y que se hubieran informado R con CEF. 2-Correlacionar mecanismos de resistencia con los halos de ambas cefalosporinas.
Material y Metodos: Se estudiaron759 urocultivos de pacientes ambulatorios en el periodo 30-01 al 30-03-2017. Se realizo identificacion y antibiograma por metodo manual: pruebas bioquimicas y antibiograma por difusion. Se interpretaron los halos con CLSI M-100, S-27.(Halos en mm: CFZ: S≥15, R≤ 14. CEF: S≥18, I: 15-17, R≤14). Se buscan (Blee) betalactamasas de espectro extendido con metodo del doble disco(diferencia ≥5 mm) y cefaolosporinasa Amp-C por aproximacion de discos de cefoxitina(FOX) y acido boronico(BOR).
Resultados: De los 759 urocultivos, 169 fueron positivos para las Enterobacterias buscadas: 147 E.coli, 13 Proteus mirabilis y 9 Klebsiellas pneumoniae. Grupo 1: CEF≥18(S) y CFZ≥15(S): 70 E.coli, 3 Klebsiella pneumoniae y 12 Proteus mirabilis. No se detecto ningun mecanismos de resistencia para cefalosporinas. Grupo2: CEF≤15 (R) y CFZ≤14(R) : 16 E.coli y 4 Klebsiella pneumoniae. De las E.coli 14 eran Blee+ y 2 Amp-C+. Las 4 Klebsiella pneumoniae fueron Blee+.Las 18 Blee+ tenian halos CEF = 6 Y CFZ< 14 mm.Las 2 mpc-C+ tenian: CEF = 13,CFZ = 14 Y CEF = 12,CFZ = 14.Grupo3: CEF≤17(I/R) y CFZ≥15(S): 61 E.coli, 2 *Klebsiella pneumoniae* y 1 *Proteus mirabilis*.Ningun mecanismos de resistencia fue detectado.
Discusión: Con halos de resistencia a ambos antibioticos se detectan mecanismos de resistencia, las Blee siempre con CEF = 6 y CFZ<14 y las Amp-C con CEF = 12/13 y CFZ<14 (grupo2); por lo tanto el halo de 6mm de CEF es indicador de Blee y CFZ<14 indica que hay que buscar algun mecanismo de resistencia a cefolosporinas.Si analizamos los resultados de *E. coli* vemos que : 131(grupo 1 y 3) tenian CFZ≥15, se informaron S: 88 % y solo 70 (grupo1) tenian CEF≥18: 48 %.Recuperacion de sensibilidad: 40 %(88-48),dato similar al obtenido por LNR INEI-ANLIS Malbran.
Conclusiones: Utilizando puntos de corte de CFZ para IUBNC para *E.coli* se recupera un 40 % de sensiblidad a cefaolsporinas orales posibilitando el tratamiento de las infecciones urinarias bajas no complicadas con estos antibioticos.Halos de CEF = 6 son predictores de Blee Y halos de CFZ<14 mm indican la necesidad de búsqueda de mecanismos de resistencia a las cefalosporinas.

PD002 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN CERVICAL POR *Chlamydia trachomatis*: QUE MÉTODO ELEGIR?

V Coga[1], M Vacchino[2], M Pianko[3], M Schijman[1 4], S Corbella[1 4], G Melito[1]
[1] Universidad Maimónides, Argentina. [2] Instituto Malbrán, Argentina. [3] CESAC [34], Argentina. [4] Hospital Alvarez, Argentina.

Introducción: *Chlamydia trachomatis* es una de las causas más frecuentes de infección de transmisión sexual a nivel mundial. En la mayoría de los casos la infección es asintomática en las primeras etapas, pero puede ocasionar complicaciones graves, como enfermedad inflamatoria pélvica o esterilidad, lo que representa un problema para la salud pública y un desafío diagnóstico.
Objetivos: General: Realizar un estudio comparativo de métodos diagnósticos de infección cervical por *C. trachomatis*. Específico: Determinar sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) de *Polymerase chain reaction* (PCR) e inmunofluorescencia directa (IFD) con respecto al cultivo y comparar los costos de las metodologías propuestas.
Materiales y métodos: Diseño del estudio: experimental, prospectivo. Se estudiaron todas las mujeres que concurrieron a un centro de salud barrial a realizarse estudios ginecológicos durante junio a diciembre de 2014 y marzo a julio de 2015. Se les tomó muestra endocervical y se realizó en paralelo a todas las muestras PCR, IFD y cultivo para *Chlamydia trachomatis*. El cultivo se consideró gold standard, y se calculó sensibilidad y especificidad de PCR e IFD respecto del cultivo, y los VPP y VPN de PCR e IFD en la población estudiada.
Resultados: Se estudiaron 105 mujeres, mediana de edades 38 años (rango 15 a 60 años). En 7 casos no se pudo realizar cultivo, y 18 cultivos resultaron contaminados. Se analizaron los resultados obtenidos en las otras 80 muestras. Cultivo: 73 negativos y 7 positivos. PCR: 72 negativos, 7 positivos y 1 escasa muestra. IFD: 56 negativos, 17 positivos y 7 escasa muestra. Se eliminaron de la comparación las muestras que resultaron escasas para el análisis. PCR: 100 % sensibilidad, 100 % especificidad, VPP 100 % y VPN 100 %. IFD: 50 % sensibilidad, 79 % especificidad, VPP 18 % y VPN 95 %. El costo por determinación de la PCR triplica aproximadamente al de la IFD. Por la infraestructura y equipamiento necesarios para realizar cultivo, es inviable utilizar esta técnica con fines diagnósticos.
Discusión y conclusiones. La IFD presentó valores de sensibilidad, especificidad, VPP y VPN inadmisiblemente bajos, lo cual reduce su utilidad clínica. La PCR tuvo una concordancia del 100 % con el cultivo, por lo que resultó ser una técnica altamente recomendable para el diagnóstico. Su costo casi triplica al de la IFD. Sin embargo, PCR brinda también dentro de la misma prestación información diagnóstica de infección cervical por gonococo, que clínicamente se asocia con mucha frecuencia. Si sumamos el costo por determinación del cultivo de gonococo al de la IFD para *C. trachomatis*, el costo de PCR es aproximadamente el doble que el de estas otras dos metodologías sumadas, y el cultivo de gonococo es una metodología que tiene baja sensibilidad en muestras femeninas. Si incluimos también en la ecuación el costo de subdiagnosticar estas dos infecciones, con la consecuente aparición de complicaciones, nos inclinamos a recomendar la PCR como método de elección.

PD003 IDENTIFICACIÓN RÁPIDA DE *Candida auris*, *Candida haemulonii* Y SUS ESPECIES RELACIONADAS.

L Theill[1], C Dudiuk[1 2], S Morales-López[3], I Berrio-Medina[4], S Gamarra[1], G Garcia-Effron[1 2]
[1] Cátedra de Parasitología y Micología - Lab. Micología y Diagnóstico Molecular - Fac. de Bioquímica - Universidad Nacional del Litoral, Argentina. [2] CONICET, Argentina. [3] Departamento de Microbiología - Universidad Popular del Cesar Valledupar Colombia, Colombia. [4] Clínica El Rosario, Colombia.

Introducción: *Candida auris, Candida haemulonii* y sus especies relacionadas (*Candida pseudohaemulonii y Candida duobushaemulonii*) son patógenos emergentes resistentes a fluconazol, anfotericina B y poco sensibles a los otros antifúngicos disponibles. El CDC recomienda que todo paciente colonizado o infectado con C. auris debe ser aislado debido a que se propaga en forma de brotes intrahospitalario. *C. auris* no se puede identificar por los métodos automatizados utilizados rutinariamente en hospitales. Las metodologías que permiten su correcta identificación incluyen Maldi-TOF (Bruker) y secuenciación de las regiones ITS del operon ribosomal. Sin embargo, no son ideales debido a su costo y disponibilidad. Esto evidencia la necesidad de desarrollar herramientas de identificación que permitan diferenciar esta especie de manera específica y accesible.

Objetivo: Diseñar un método rápido y poco costoso de identificación de *Candida* spp. emergentes que pueda utilizarse a partir de cultivos y directamente a partir de muestras clínicas.
Material y métodos: Se utilizaron 17 *C. auris*, 4 *C. guilliermondii*, 3 *C. haemulonii*, 1 *C. pseudohaemulonii*, 1 *C. dubousahemulonii*, 3 *C. lusitaniae*, 3 *C. parapsilosis*, 3 *C. krusei*, 3 *S. cerevisiae*, 3 *C. albicans*, 3 *C. tropicalis*, 3 *Cryptococcus neoformans* y 3 *C. glabrata*. Se las identificó por MALDI-TOF Bruker y secuenciación de ITS (considerada *gold-standard* para evaluar el método de identificación propuesto en este trabajo). El diseño de primers se basó en las secuencias ITS. Se generó un set de PCR-multiplex formada por 4 tubos. Los tubos contenían primers ITS universales (controles internos) y uno de los primers de identificación específicos para *C. auris, C. haemulonii, C. pseudohaemulonii/C. duobushaemulonii y C. guilliermondii* (denominados Cau, Chae, Cpse/dub y Cgui, respectivamente). El DNA de las 50 cepas se extrajo por el método fenol-cloroformo, se realizó la amplificación por PCR y se analizó por electroforesis.
Resultados: Cuando se utilizó DNA de *C. auris, C. haemulonii, C. pseudohaemulonii, C. duobushaemulonii o C. guilliermondii*, se obtuvieron dos bandas de amplificación en el tubo Cau, Chae, Cpse/dub y Cgu, respectivamente. Estos amplicones de 280 nt y 400 nt correspondían a los tamaños esperados en la amplificación con los primers de identificación específicos de especie y los ITS universales, respectivamente. Cuando se utilizó DNA de las otras levaduras, solo se obtuvo el fragmento de control (entre 400 y 600 nt dependiendo de la especie). Al comparar los resultados de la PCR con la secuenciación de ITS se obtuvo una concordancia del 100 % entre los métodos.
Conclusiones: El set de PCRs demostró ser capaz de diferenciar sin ambigüedades *C. auris*, *C. guilliermondii*, *C. haemulonii* y sus especies relacionadas de otras levaduras. La PCR propuesta es rápida y utiliza equipos de PCR estándar, lo que la vuelve accesible. Este método sería una herramienta útil a la hora de decidir si se debe aislar a un paciente y así evitar la transmisión horizontal de C. auris. Además, tiene el potencial de ser utilizada directamente a partir de muestras clínicas sin cultivo previo.

PD004 ACTIVIDAD *IN VITRO* DE CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM FRENTE A ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CEFALOSPORINAS DE ESPECTRO EXTENDIDO CONTEMPORÁNEAS DE ARGENTINA

F Pasteran[1], M Rapoport[1], E Albornoz[1], A Carena[2], W Vasen[3], P Pessacq[4], P Scapellato[5], F Herrera[2], C/T Grupo[6], A Corso[1]
[1] Laboratorio Nacional de Referencia en Antimicrobianos, INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán", Argentina. [2] Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, CEMIC, Argentina. [3] Hospital de Gastroenterología "Dr. B.Udaondo", Argentina. [4] Hospital Rodolfo Rossi, Argentina. [5] Hospital Donación "F.Santojanni", Argentina. [6] Grupo de trabajo para ceftolozane tazobactam de Argentina, Argentina.

Introducción: El aumento global de la prevalencia de patógenos resistentes a múltiples fármacos, como las enterobacterias resistentes a cefalosporinas de espectro extendido (ER-CEE), resultan un desafío para los sistemas de salud. Las infecciones causadas por ER-CEE están asociadas con incremento de la morbilidad-mortalidad y en los costos de atención de la salud. Recientemente, un nuevo antimicrobiano para tratar infecciones causadas por bacilos gram negativos multirresistentes, ceftolozane/tazobactam-C/T- (Zerbaxa), ha sido aprobado por el FDA para el tratamiento de pacientes adultos con infecciones intra-abdominales (IIA) complicadas e infecciones complicadas del tracto urinario (ITU), incluida pielonefritis.
Objetivos: Evaluar la actividad in vitro de C/T frente a una colección de ER-CEE representativa de 20 Centros del país. Comparar la actividad *in vitro* de C/T con la de piperacilina/tazobactam (PTZ).
Materiales y métodos: Se incluyeron 62 ER-CEE proveniente de: 1) episodios en pacientes adultos con diagnóstico de IIA sometidos a procedimiento quirúrgico de control de foco (12 E. coli-ECO, 10 *K. pneumoniae*-KPN, 2 E. cloacae-ECL y 1 K. oxytoca-KOX de 1 Centro, 1/2014 al 6/2015). 2) ITU en adultos (14 ECO de 12 Centros - 7 localidades, 1/2016 al 7/2016). 3) bacteriemia en adultos con cáncer y trasplante de células madre hematopoyéticas (8 ECO, 14 KPN y 1 ECL de 10 Centros - 3 localidades, 5/2014 al 6/2016). 3) Se determinó la CIM de C/T mediante tiras de gradiente (Liofilchem). La sensibilidad a PTZ se determinó mediante micro-dilución (Sensititre) y/o difusión. Los resultados se interpretaron con criterios CLSI. La caracterización molecular de genes codificantes para ß-lactamasas se realizó mediante PCR. La identificación bacteriana se confirmó con MALDI-TOF (Bruker). Se utilizó la prueba de Chi2 (con correccion de Yates) para comparar la actividad de C/T vs PTZ.
Resultados: Fig. Sólo 1/62 (1.6 %) aislamientos presentó resistencia a C/T (CIM 24 mg/L; KPN CTX-M-2 de IIA). 5/62 (8.1 %) aislamientos mostraron sensibilidad intermedia a C/T (CIM 3-4 mg/L) (3 KPN, 1 ECL, 1 KOX, 2 de IIA y 3 de bacteriemia, 3 CTX-M-1/15, 1 CTX-M-2+PER-1/8 y 1 DHA). C/T presentó en toda la muestra en general (p<0.01) y para KPN en particular (p = 0.02) una mayor sensibilidad que PTZ.
Conclusiones: Se observó una uniforme sensibilidad de C/T frente a ER-CEE, aunque se evidenció diferencias por especie bacteriana pero no por el tipo de CTX-M producida. C/T podría ser una alternativa potencial, ahorradora de carbapenemes, para el tratamiento de infecciones en pacientes adultos como las causadas por enterobacterias productoras de ß-lactamasa de espectro extendido circulantes en Argentina.

ER-CEE (n = 62)	PIPERACILINA +TAZOBACTAM	CEFTOLOZANE +TAZOBACTAM			
	% de Sensibilidad	% de Sensibilidad	CIM$_{50}$ (mg/L)	CIM$_{90}$ (mg/L)	RANGO (mg/L)
Por sitio de infección:					
Abdominal (25)	58	88	0.5	3	0.38 - 24
Sangre (23)	62	86	0.75	3	0.38 - 4
Orina (14)	92	100	0.5	1	0-38 - 2
Por especie bacteriana:					
E. coli (33)	87	100	0.5	1	0.38 - 2
K. pneumoniae (25)	42	80	1	3	0.5 - 24
Otras (4)[1]	50	50	-	-	0.5 - 4
Por mecanismo de resistencia:					
BLEE:[2]					
CTX-M-1/15 (25)	58	88	0.75	3	0.25 - 4
CTX-M-2 (15)	77	93	0.75	2	0.25 - 24
CTX-M-9/14 (5)	100	100	-	-	0.38 - 0.75
OTRAS (15)[3]	78	89	1	1	0.38 - 3
AmpC pls DHA (2)[4]	0	50	-	-	1 -3
TOTAL (62)	**68**	**90**	**0.75**	**2**	**0.25 - 24**

[1] *E. cloacae* (3), *K. oxytoca* (1). [2] Beta-lactamasa de espectro extendido. [3] CTX-M-8/24 (1), CTX-M-11/25 (1), CTX-M-1/15+CTX-M-9/14 (1), CTX-M-2+PER-1/8 (1), PER-1/8 (2), PER-2 (1), SHV (2), variante no asignada de CTX-M (6). [4] Cefalosporinasa tipo AmpC de naturaleza plasmidica

PD005 SUBTIPIFICACIÓN DE AISLAMIENTOS DE *Listeria monocytogenes* DE MUESTRAS CLÍNICAS Y DE ALIMENTOS LISTOS PARA EL CONSUMO EN ARGENTINA DURANTE 2016

M Prieto[1], C Martínez[1], S Epszteyn[2], R Armitano[1], L Cipolla[1], L Aguerre[1], MF Rocca[1]
[1] Servicio Bacteriología Especial. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", Argentina. [2] Dirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Listeria monocytogenes (Lm) es un importante patógeno de transmisión alimentaria. Los alimentos más implicados son los elaborados y refrigerados, principalmente los alimentos listos para el consumo (ALC). La presentación clínica incluye infección del sistema nervioso central (meningitis o romboencefalitis), sepsis y nacimiento antes de término o aborto. El grupo de riesgo está constituido por inmunosuprimidos, neonatos y embarazadas; sin embargo, cuadros leves de gastroenteritis en pacientes inmunocompetentes han sido documentados. La listeriosis presenta largos período de incubación, por lo cual, establecer la relación entre el caso clínico y el alimento consumido requiere de un sistema de vigilancia integrada.
Objetivo: Subtipificar los aislamientos de Lm humanos y de ALC, derivados al laboratorio de referencia (LNR) durante el período enero 2016-diciembre 2016.
Materiales y métodos: Se estudiaron un total de 25 aislamientos correspondientes a ALC (44 %), 40 % a listeriosis humana y 16 % a aislamientos de un mapeo ambiental de un establecimiento productor de un ALC contaminado. Dos aislamientos humanos fueron derivados con sospecha de brote intrahospitalario(IH), el resto como casos esporádicos. La identificación fue confirmada por métodos fenotípicos y la seroagrupación se realizó por PCR múltiple. Los aislamientos fueron analizados por macrorrestricción de ADN con las enzimas AscI y ApaI y separación en campo pulsado (PFGE) según protocolo validado de PulseNet. Los aislamientos que presentaron más de un 95 % de similitud en los patrones de restricciòn (pulsotipos) fueron agrupados en cluster por considerar que están altamente relacionados.
Resultados: El serogrupo (SG) prevalente en los ALC fue 1/2b (46 %), seguido por 1/2a (36 %) y 4b (18 %). El SG prevalente en aislamientos humanos fue 4b (70 %), seguido por 1/2b (20 %) y 1/2a(10 %). Los aislamientos ambientales correspondieron al mismo SG (4b) que el ALC asociado. La subtipificación por PFGE de los aislamientos de origen humano (n = 10), produjo 8 pulsotipos con ApaI y 7 pulsotipos con AscI. Se obtuvieron 11 pulsotipos distintos con ApaI para los ALC (n = 11). Dado la elevada diversidad genética demostrada solo se analizó con AscI, un aislamiento de ALC con un pulsotipo-ApaI altamente relacionado con un aislamiento humano asociado geográfica y temporalmente. Los aislamientos con sospecha de brote IH mostraron idénticos pulsotipos

con ambas enzimas. El aislamiento de ALC y los aislamientos del establecimiento productor mostraron idénticos pulsotipos con ambas enzimas. Estos aislamientos fueron agrupados en un cluster junto a un aislamiento de aborto séptico ocurrido en la misma ciudad durante el mismo mes. La investigación epidemiológica no fue realizada porque la paciente no acudió a la cita.
Discusión: Listeriosis no es una enfermedad de notificación obligatoria en Argentina. El desarrollo de una vigilancia integrada ha demostrado ser una herramienta escencial para la rápida detección de probables brotes y asociación con el alimento involucrado. Es necesario fortalecer esta estrategia e incorporar la realización de cuestionarios alimentarios en tiempo real ante la aparición del caso clínico.

PD006 LA ERA POSANTIBIÓTICA ESTÁ ENTRE NOSOTROS: INTERVENCIONES PARA CONTROLAR UN BROTE DE *Providencia stuartii* (PRODUCTORA DE NDM Y OXA-48-LIKE) EN UN HOSPITAL DE AGUDOS EN ARGENTINA.

AM Macchi[1], ME Harispe[1], F Pasteran[2], J Perez[1], A Corso[2], L Kumar[1], D Perez[1], L Clara[3], H Pitocco[1], MA Lovigne[1], F Basilico[1], L Esteve[1], W Cornistein[3], E Poggi[1], S Correa[1], F Nacinovich[3]

[1] Hospital Federico Abete, Argentina. [2] ANLIS/Malbran, Argentina. [3] SADI, Argentina.

Introducción: las carbapenemasas (C) son un problema de salud emergente en todo el mundo. Argentina es endémica para KPC en Enterobacteriaceae (15 % de prevalencia) y para OXA-like en Acinetobacter spp. (80 %) (LNR 2015). OXA-48-like y NDM fueron identificadas en 2008 y 2013, respectivamente.Desde entonces, la detección de estas C se ha incrementado.
Objetivo: describir un brote de Providencia stuartii (PST) NDM-1+ OXA-48-like panresistente, la caracterización feno-genotípicas de los aislados y las medidas implementadas para contenerlo.
Material y métodos: la institución afectada es un hospital público de agudos de alta complejidad, de 274 camas, en Provincia de Bs. As. El perfil de sensibilidad de los aislamientos fue determinado según las normas del CLSI y la identificación, confirmada usando MALDI-TOF (Bruker). La caracterización molecular de las blas fue realizada por PCR y la relación clonal determinada mediante PFGE. Las intervenciones para contener el brote fueron establecidas por un grupo de trabajo multidisciplinario de diferentes sociedades científicas, el servicio de Infectología, la dirección médica y la secretaría de salud. Las medidas incluyeron: lavado de manos, aislamiento en cohortes, vigilancia activa, baños diarios con chlorhexidina, higiene de la institución, diagnóstico rápido de C, entrenamiento del personal de la salud, actualización de guías locales, comunicación permanente (7 x 24) con un grupo de trabajo reducido (interno y externo) para evaluar la política de tratamiento ATB.
Resultados: PST portador de NDM u OXA-48-like fueron detectadas en año 2014. Casos esporádicos, susceptibles al menos a un antibiótico, se observaron hasta 11/2015 y fueron incrementándose en frecuencia hasta 6/2016 (19 pts). El 6/junio, fue identificado el primer caso de PST co-productor de NDM-1+OXA-48-like con un fenotipo de PDR. Hasta el 27/Julio, 4 pts tuvieron infecciones por PST PDR: 3 varones, edad media: 66, hospitalización media: 35 d. Todos presentaron comorbilidades, procedimientos quirúrgicos previos a la infección, admision a UCI y ATB de amplio espectro. Tres de ellos obitaron a las 48 hs. Los aislamientos fueron obtenidos de: HC (2), sitio quirúrgico (1), liquido ascítico (1). El único paciente que sobrevivió recibió tratamiento con altas dosis de ertapenem + meropenem. La técnica de PFGE, mostró que PST PDR perteneció a un nuevo y único clon (LNR). Estudios de curvas de muerte in vitro (LNR) detectaron que la asociación de meropenem + fosfomicina + cefepime o rifampicina fue la única que ofreció efecto bactericida contra ese clon de PST y evitó la emergencia de subpoblaciones resistentes a las 24 hs post exposición.
Conclusiones: Se describe un brote nosocomial por PST PDR. La asociación de dos C, resultó condición necesaria para la evolución a la PDR. Una única combinación de antimicrobianos (triple esquema) resultó bactericida frente al clon. El brote logró contenerse luego de 7 semanas de implementación de las medidas descriptas. El trabajo en equipo multidisciplinario y el apoyo de las autoridades institucionales y gubernamentales, así como del personal de la salud, contribuyó al éxito inicial para contener el brote.

PD007 FACTORES DE RIESGO Y CLONES EXITOSOS ASOCIADOS A LA COLONIZACIÓN/INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN UN NOSOCOMIO DE TERCER NIVEL.

D Aguila Brunet[1 5], P Marchiaro[2 3 4], P Parenti[1 5], J Pérez[3], S Díaz[4], A Viale[2 4], A Limansky[1 2 3 4], S Martinelli[1], S Larini[3], M Corsiglia[1]

[1] Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Rosario, Argentina. [2] Instituto de Biologia Molecular de Rosario (CONICET), Argentina. [3] Área Bacteriología, FCByF, UNR, Rosario., Argentina. [4] Facultad de Bioquimica y Farmacia, UNR, Argentina. [5] Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina.

Introducción: La colonización intestinal por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EBPC) sería un requisito para desarrollar infección, constituyendo el intestino un reservorio de bacterias resistentes (y sus genes).
Objetivo: Identificar los factores de riesgo asociados a colonización/infección por EBPC en pacientes internados en un nosocomio local y evaluar causas de diseminación de genes codificantes de estas β-lactamasas.
Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo. A partir de un paciente internado en el hospital del cual se recuperó EBPC (caso índice, CI), se buscó activamente contactos (CO) portadores a través de hisopados rectales (HR), y se registraron variables incluyendo sala, días de internación, tratamiento antimicrobiano previo, dispositivos invasivos, comorbilidades; y evolución. La siembra de HR en medio selectivo/diferencial (CHROMagar KPC) se empleó como método de tamizaje de portación de EBPC en los CO. La identificación bacteriana y susceptibilidad a antimicrobianos se realizó mediante pruebas manuales y/o automatizados (Vitek-2). La identificación de carbapenemasas se realizó mediante métodos microbiológicos, PCR y secuenciación. La relación clonal de los aislamientos se efectuó mediante PCR con oligonucleótidos degenerados (OD-PCR) y secuenciación de múltiples alelos (MLST). Las plataformas portadoras de blaKPC se estudiaron mediante PCR, secuenciación, y ensayos de transferencia.
Resultados: Incluimos 10 pacientes colonizados/infectados por EBPC (CI) y 83 contactos, en el período 12/2014-11/2015. El tamizaje mostró que 8,4 % de los contactos (contactos positivos, CP) estaban colonizados con EBPC. Se identificaron 17 EBPC (en 10 CI y 7 CP): 15 *Klebsiella pneumoniae* (Kpn), 1 *Enterobacter cloace* (Ecl) y 1 *E. aerogenes* (Eae). Los ensayos feno-genotípicos confirmaron que los aislamientos son productores de KPC, y revelaron 3 clones de Kpn (A/ST258, n: 13; D/ST46, n: 1; y F/ST526, n: 1), según OD-PCR/MLST. Los ensayos de transferencia detectaron plásmidos conjugativos portadores de blaKPC en clones D y F de Kpn, en Eae y en Ecl. El análisis de las plataformas con blaKPC mostró regiones homólogas al Tn4401a en clon A, así como variantes del transposón en plásmidos de clones D y F, en Eae y Ecl. Estos resultados indican diseminación de blaKPC asociada a transferencia del clon A, así como su movilización por plásmidos portadores de transposones tipo-Tn3. Los factores de riesgo asociados al 100 % de pacientes colonizados/infectados por EBPC son el paso por UTI o quirófano, y haber recibido instrumentación invasiva. El 41 % de los pacientes CI/CP fallecieron, siendo el 71 % de los óbitos asociados al clon ST258.Los resultados muestran diseminación del ST258, policlonalidad dada por emergencia de clones diferentes (ST46 y ST526), y detección de ST46, no descripto previamente como portador de blaKPC. Asimismo se observó asociación del ST258 con el pasaje del paciente por UTI, instrumentación invasiva, y alta mortalidad.
Conclusiones: Este conocimiento contribuye a la implementación de estrategias que limitan la diseminación de EBPC y/o de sus genes de resistencia, y propende al uso racional de antimicrobianos.

2 - Infecciones generales en adultos

PD008 DESESCALAMIENTO A TRATAMIENTO ORAL PRECOZ EN BACTERIEMIAS (TOP BAC): ESTUDIO PRELIMINAR.

V Lacal[1], S Nuñez[1], J Nuñez[1], L Sabater[1], S Balinotti[1], A Vazquez[2], P Marchetti[2], P Necchi[2], MS Zarate[3], G Serruto[3], MT Veron[1]
[1] SERVICIO DE INFECTOLOGIA,SANATORIO GÜEMES, Argentina. [2] SERVICIO DE CLINICA MEDICA, SANATORIO GUEMES, Argentina. [3] LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA, SANATORIO GUEMES, Argentina.

Introducción: Habitualmente el tratamiento de las bacteriemias (B) se realiza por vía endovenosa (ev), aumentando días de internación, riesgo de infección y costos.
Objetivos: -Evaluar el funcionamiento de un protocolo (P) de desescalamiento (D) antibiótico (ATB) a VO para el tratamiento de B. -Calcular días ahorrados de ATB ev
Materiales y métodos: Desde el 01/ 07/16 hasta el 31/01/17 se implementó un P de D a VO en pacientes con B, internados en sala general que cumplieran con los criterios de inclusión (adultos internados en sala general con bacteriemia por gérmenes considerados patógenos) y ninguno de exclusión (inmunosupresión severa, falla hepática, mediastinitis, meningitis, endocarditis, tromboflebitis supurada). La oportunidad de VO (ausencia de fiebre por 48 hs, descenso de leucocitosis, estabilidad hemodinámica, mejoría clinica, tolerancia a VO) se evaluaba diariamente durante la recorrida infectológica. Se recolectaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades(C), origen (comunidad o nosocomial), foco de infección (primarias y secundarias), tiempo total de tratamiento, gérmenes aislados, evolución a los 30 días (curación y no curación). Se compararon 2 grupos: pacientes que completaron todo el tratamiento ev (GEV) versus los que rotaron a vo (GVO).
Resultados: Se incluyeron 96 pacientes con B monomicrobianas: edad media 69.84 (SD ±15.99); 52 (54 %) mujeres; 56(59.5 %) con C; 56 (58 %) nosocomiales; 64(67 %) secundarias; gérmenes aislados: 58 (60 %) enterobacterias, 34 (35 %) cocos Gram positivos (CGP), otros 4(4 %); 76 (79 %) curados. GEV fueron 55 (57 %) vs GVO 41 (43 %). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en presencia de C (diabetes, obesidad, inmunosupresión, cáncer, insuficiencia renal crónica, HIV, número de C por paciente), resolución del foco, media duración total del tratamiento (GEV 10 ± 6.96 vs GVO 11,46 ±5,64 días) y germenes aislados. Se encontraron diferencias significativas, GVE vs GVO, en las siguientes variables (p<0,05): edad (75,22 ±12,53 vs 69.84 ±17,25), sexo femenino (40 % vs 73 %), B de origen comunitario (25 % vs 63 %), presencia de foco respiratorio (5 % vs 22 %), abdominal/ginecológico (4 % vs 7 %) y endovascular (25 % vs 10 %), curación a 30 días (65 % vs 98 %), recaída(7 % vs 0 %) y muerte (23 % vs 2 %). Dias ahorrados de ATB ev: 5.6. El GEV que no pudo desescalar a VO fueron masculinos, de mayor edad (>75 años), con B asociada a catéter, con 65 % curación; mientras que el GVO que pudieron desescalar el antibiótico a VO tenían menor edad (<70 años), sexo femenino, B de la comunidad, foco respiratorio ó abdominal, 5.6 días menos uso de ATB con 98 % de curación.
Conclusión: Estos resultados preliminares nos muestran que nuestro P de D a tratamiento VO en B es seguro para los pacientes, con 98 % de curación. Es necesario realizar más estudios que evalúen esta estrategia terapéutica y detecten a la población con menor riesgo de complicaciones que podrían beneficiarse con el pasaje precoz de ATB a VO, acortando los días de internación. Es posible que estos resultados estén influenciados por las limitaciones metodológicas, principalmente falta de ajuste por diferentes variables entre las ramas.

PD009 COMPORTAMIENTO DE LAS INFECCIONES POR *Candida* spp. EN PACIENTES DE UNA UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS E INTERMEDIOS

T Zitto, C Silva, G Kuljis, L Edat, N Garcia, D Stepanik
Sanatorio de la Trinidad Palermo, Argentina.

Introducción: La incidencia de infección micótica en pacientes gravemente enfermos ha aumentado en las últimas décadas. Las especies de *Candida no-albicans,* se aíslan con más frecuencia. La instauración temprana del tratamiento antifúngico es esencial para adoptar estrategias terapéuticas adecuadas.
Objetivos: Conocer el comportamiento de la infección por *Candida* spp.en los pacientes críticos, identificar las especies más frecuentes, patrones de resistencia microbiológica y el uso de la terapéutica antifúngica.
Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo y longitudinal, con pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y Cuidados Intermedios (UCIM), desde noviembre 2015 hasta noviembre 2016, con infección documentada por *Candida* spp. Se consideraron las variables demográficas, clínicas, comorbilidades, factores de riesgo y tratamiento antifúngico empírico inicial (TEI) y dirigido. Se aplicaron los Scores de Sevilla y Candida, que evalúan el riesgo de candida invasiva.
Resultados: El estudio incluyó 79 episodios de infección por *Candida* spp., 41 (51,9 %) mujeres y 38 hombres (48,11 %). La edad media fue 74,46años (r: 18-93;DS±14,71). La estadía fue de 48,53d (r:5-152;DS32,84). La media de días hasta la infección fue de 22,21d (DS±20,96). El Score Sevilla fue < 12 en todos los pacientes y 11 pacientes (13,92 %) tuvieron entre 8 a 12 puntos. El *Score Candida* ≥3 en el 50 % de las candidemias y de las infecciones asociadas a CVC (n4 y 3). Fallecieron 47 pacientes (59,9 %) y en 6 (12,76 %) la muerte fue relacionada o concomitante a la infección (2intra-abdominal y 4 candidemias). El 69,62 %tuvieron 2 o más comorbilidades y 68 pacientes (86 %) tuvieron más de 2 condiciones de riesgo. Las principales fueron: edad>65a (64,55 %), ATB previo >7d(89,47 %;n68) y cirugía mayor (36,70 %;n29). Los tipos de infección fueron: 10,13 % infecciones asociadas a CVC (n8); 7,59 % candidemia (n6); 12,66 % I.intraabdominales (n10); 3,80 % ISQ (n3) y 52 casos infección urinaria (65,82 %). *Candida no-albicans* fueron las especies más frecuentes 63,29 % (n50): *C. glabrata* 24,05 % (n19), *C. tropicalis* 20,25 % (n16), *C. parapsilosis* 17,72 % (n14) y *C. krusei* 1,27 % (n1). La sensibilidad global a fluconazol fue de 60,76 % (n48) y 38 % de *C.no-albicans* (n19/50). Recibieron tratamiento 66 casos (83,33 %).El TEI en el 57,57 % fue fluconazol (n38/66) seguido de equinocandinas 36,36 %(n24/66), aumentando a 43,93 % (n29/66) como tratamiento dirigido.
Conclusión: La aplicación del Score Candida, fue de utilidad para candidemias y las asociadas a CVC. Predominaron los pacientes con aislamientos de C. no-albicans y altos niveles de resistencia a fluconazol siendo actualmente, el uso de equinocandinas el tratamiento empírico inicial.

PD010 NOCARDIOSIS EN ARGENTINA

L Aguerre, R Armitano, L Cipolla, C Martínez, MF Rocca, G Dangiolo, M Prieto
Servicio Bacteriología Especial. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", Argentina.

Nocardia es un actinomiceto aerobio, parcialmente ácido alcohol resistente, gram positivo ramificado, que puede causar infecciones localizadas y también enfermedad diseminada conocida como nocardiosis. La forma clínica prevalente es la infección pulmonar. Los principales factores de riesgo son: sistema inmunitario comprometido y comorbilidad pulmonar crónica subyacente, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, sarcoidosis crónica o bronquiectasia. Los pacientes con VIH/SIDA, cáncer, diabetes, alcoholismo y trasplantados conforman un grupo mayoritariamente susceptible a infección pulmonar y/o diseminada. No obstante, hoy se observan infecciones por Nocardia en individuos inmunocompetentes.
Objetivo: Caracterizar genotípicamente los aislamientos de Nocardia sp. derivados al laboratorio de referencia durante el período 2008-2015.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 192 aislamientos. La identificación se llevó a cabo por métodos taxonómicos polifásicos que incluyeron la espectrometría de masas (MALDITOF), la secuenciación del gen 16S rARN y el gen sec A.
Resultados: Sobre un total de 192 pacientes, 112 correspondieron al sexo masculino (58 %), 77 al sexo femenino (40 %) y 3 (2 %) pacientes cuya ficha epidemiológica no incluía el dato. El 54 % de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas,el 31 % no presentaron factores predisponentes y en el 15 % restantes este dato no fue informado. Las formas clínicas prevalentes fueron: neumonía (38 %, n = 74); infección de piel y partes blandas (37 %, n = 72) y absceso cerebral (13 %, n = 19). Otras infecciones invasivas (6 %, n = 12) fueron artritis séptica, absceso hepático, meningitis, osteomielitis. El 4 % (n = 10) de los aislamientos fue derivado sin datos claros. De los 160 pacientes cuya evolución fue documentada, el 20 % (n = 33) evolucionó a óbito. Diecisiete

especies o complejos fueron identificados. La especie prevalente resultó *Nocardia brasiliensis* 22 % , principalmente asociada a infecciones de piel y partes blandas. El resto de las especies se distribuyó: *N. cyriacigeorgica* 20 % ; *N. farcinica* 19 %; complejo *N. exalbida/gamkensis* 11 % ; *N. abscesus* 9 % ; *N. asiatica* 5 % ; *N. beijingensis* 3 % ; *N. otitidiscaviarum* 2 % ; Complejo *N. transvalensis* 2 % : El 7 % restante correspondió a *N. arthritidis* (2/192), *N. brevicatena* (2/192), complejo *N. nova* (2/192), *N. pseudobrasiliensis* (2/192), *N. africana* (1/192), *N. higoensis* (1/192), *N. niwae* (1/192), *N.puris* (1/192) y 3 aislamientos a los cuales no fue posible asignar especie.
Conclusiones: La taxonomía de *Nocardia* es compleja. La identificación de especie es útil para predecir los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos pero requiere de métodos moleculares. También es importante para comprender el espectro de infecciones causadas por las diferentes especies, definir la patogenicidad relativa de cada especie y la distribución geográfica.Este trabajo ha contribuido a generar una colección de aislamientos bien caracterizados que permitirá la evaluación del método MALDITOF, el cual ha sido incorporado en varios hospitales del país, como herramienta para identificación de especie del género *Nocardia*.

PD011 EVALUACIÓN DE LOS MECANISMOS DE RESISTENCIA EN MICROORGANISMOS CAUSALES DE PIELONEFRITIS EN LA EMBARAZADA: ¿DEBEMOS MODIFICAR EL TRATAMIENTO EMPÍRICO?

B Bacelar, L Spadaccini, D Cecchini, N Krause, L Lopez Moral, N Gomez, C Rodriguez
Hospital Argerich, Argentina.

Introducción: La infección del tracto urinario (ITU) es la patología infecciosa bacteriana más frecuente del embarazo, siendo la pielonefritis aguda (PNA) la principal causa de hospitalización no obstétrica. Se puede presentar en cualquier momento de la gestación, ocasionando con ello una elevada morbilidad materna y perinatal.
Objetivos: Analizar los agentes etiológicos de las PNA en pacientes embarazadas que requieren internación y los perfiles de sensibilidad/mecanismos de resistencia a los antimicrobianos.
Materiales y métodos: Estudio piloto descriptivo, retrospectivo que incluyó a todas las pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas por PNA en un hospital general de agudos de la ciudad autónoma de Buenos aires (CABA) durante el periodo enero de 2015 a diciembre de 2016. A todas las pacientes se les realizó urocultivo, hemocultivos (HMC) y ecografía renal (ER). Se analizaron los agentes etiológicos aislados y perfiles de sensibilidad/mecanismos de resistencia a los antibióticos de los mismos.
Resultados: Se analizaron 27 muestras microbiológicas de 27 pacientes embarazadas hospitalizadas por PNA: 13 pacientes (48.1 %) cursaban el tercer trimestre del embarazo y 13 (48.1 %) el segundo trimestre. El 85.2 % de los casos correspondió al primer episodio de ITU y solo el 14.8 % había recibido antibiótico previo a la internación. De los aislamientos microbiológicos obtenidos en urocultivos el 81.4 % correspondió a Escherichia coli, 7.4 % Proteus mirabilis, 7.4 % Klebsiella pneumoniae, 3.7 % Staphylococcus saprophyticus. Solo una paciente (3.7 %) cursó con HMC positivos. Ninguna paciente presentó complicaciones evidenciadas por ER. El perfil de sensibilidad de bacilos gram negativos (BGN) a beta-lactámicos fue: resistencia a ampicilina: 46.1 %; a ampicilina-sulbactam: 27 %; a cefalosporinas de 1ª generación: 27 %; a cefalosporinas de 3ª generación: 3.8 %. Con respecto a los mecanismos de resistencia se observó: beta lactamasas de espectro ampliado (BLEA) en 19.2 %, hiperproducción de BLEA (hiper-BLEA) en 23 %, beta lactamasas de espectro extendido (BLEE) en 3.8 %. El 7,7 % recibió tratamiento empírico inadecuado.
Conclusión: Escherichia coli fue el germen más frecuentemente aislado en nuestro centro, en concordancia con la literatura. La elevada resistencia observada a ampicilina y cefalosporinas de primera generación, hacen necesario el uso de cefalosporinas de tercera generación para el tratamiento empírico de las embarazadas con PNA que requieren internación.

PD012 MORTALIDAD ASOCIADA A INFECCIONES POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORES DE CARBAPENEMASAS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

JC Chuluyan, M Schijman, G Guzman, G Guaragna, M Terzano, N Costanzo, A Biglia, R Cuini, V Cacciari, A Casiro
Hospital Alvarez, Argentina.

Introducción: Las enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo KPC (EPKPC), están asociadas a mayor utilización de recursos en salud y mayor mortalidad. En 2010 se detectan los primeros aislamientos de EPKPC en nuestro hospital.
Objetivo: Describir la mortalidad asociada a las infecciones por EPKPC en pacientes internados en un hospital de agudos entre enero 2011 y diciembre 2015.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes con aislamiento de EPKPC, en base a los aislamientos microbiológicos. Se incluyeron pacientes con muestras significativas e infecciones sintomáticas, excluyendo las colonizaciones. Se confeccionó una ficha para recolectar datos, analizados en base a porcentajes, diferencia de proporciones y odds ratio utilizando la calculadora estadística "Free statistical calculators MedCalc Software, bvba on line; Version 16.4.3" – (última modificación: 26 abril 2016) a través de la página de internet https://www.medcalc.org/calc/.
Resultados: De 76 aislamientos de EPKPC se pudieron analizar datos de evolución y mortalidad 62 pacientes: 33 hombres, 29 mujeres. Mediana edad: 72 años (rango: 22-91 años). El número de aislamientos de EPKPC presentó un constante incremento entre 2011(n = 3/499) y 2015(n = 39/667) (OR:10.3; IC95 %:3.15-33.42,P = 0.0001). Mortalidad global: 59,7 % (n = 37/62) y mortalidad atribuible 46,8 % (n = 29/62). La mortalidad atribuible según edad, sexo, presencia de comorbilidad asociada y, foco puede observarse en la siguiente tabla

Total pacientes (n = 62)	Mortalidad Atribuible
Según edad	
< 65 años (n = 23)	52,2 % (n = 12)
> 65 años (n = 39)	43,6 % (n = 17 (p = 0.303)
Según Sexo	
Fem (n = 29)	34,5 % (n = 10)
Masc (n = 33)	57,6 % (n = 19) (p = 0,071)
Sin comorbilidad (n = 11)	18,2 % (n = 2)
Con comorbilidad (n = 51)	52,9 % (n = 27) OR:5.62 (IC95 % 0,99-25,78: p = 0,05)
Según foco	
Vascular (n = 28)	64,3 % (n = 18) OR:3,76 (IC95 % 1,31-10,81: p = 0,0138)
Respiratorio (n = 7)	85,7 % (n = 6) OR: 8,35 (IC95 % 094-74,13: p = 0,057
Urinario (n = 24)	20,8 % (n = 5) OR; 0,15 (IC95 % 0,05-0,50: p = 0,0019)

Se comparó la mortalidad atribuible por EPKPC, en relación al total de defunciones/año del hospital. Comparado con 2011, el riesgo de que un óbito sea atribuible a una infección por EPKPC aumentó casi 18 veces en 2015 (1/304 vs 14/250) (OR: 17.97; IC95 %: 2.35-137.67; p = 0.0054)
Conclusiones: En nuestra población: La mortalidad global y atribuible fue alta. El riesgo de que un paciente muera por EPKPC desde 2011 a 2015 aumentó casi 18 veces. El riesgo estuvo aumentado según el foco y condición clínica del paciente; siendo el foco urinario el de menor mortalidad.

PD013 SITUACIÓN DE BOTULISMO POR HERIDA EN ARGENTINA (1992-2016)

MI Farace[1], E Castelli[1], DL Ruggeri[1], R Fernandez[2]
[1] Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas ANLIS Carlos G. Malbrán., Argentina. [2] Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Es una enfermedad neuroparalítica que ocurre por acción de toxinas producidas por *Clostridium botulinum* (Cb), potencialmente letal y tratable. Se identifican 7 tipos toxigénicos: del A al G. Los tipos A, B, E y eventualmente el F, afectan al humano, los tipos C y D a animales y el tipo G se encontró en suelos. Se reconocen 3 formas clásicas de botulismo: el botulismo alimentario, como consecuencia de ingestión de toxina preformada en alimentos contaminados con esporas de Cb, el botulismo del lactante, por colonización intestinal en menores de un año, y el botulismo por herida (BH). Si bien el BH es infrecuente, en los últimos años se ha incrementado la notificación. Se origina por diseminación sistémica de la neurotoxina botulínica (NTBo) producida en heridas complicadas contaminadas con esporas de Cb. Se asocia con traumatismos, cirugía, consumo de drogas por vía subcutánea o endovenosa, y sinusitis por abuso intranasal de cocaína. La presentación clínica es similar al botulismo alimentario, sin síntomas digestivos, con un tiempo de incubación de 5 a 15 días y con el antecedente de una herida previa. El objetivo del presente trabajo es describir las características de los casos reportados en el país, su diagnóstico, tratamiento y evolución. El diagnóstico se realizó investigando NTBo por el método de bioensayo en ratón en muestras de suero y de la herida, e identificación de esporas de Cb en material de la herida por cultivo en caldo Tarozzi con la consecuente producción de NTBo que se evidencia por inoculación en ratones. Para la determinación del serotipo toxigénico se utilizan antitoxinas específicas. Entre los años 1992 y 2013 se reportaron y confirmaron por el laboratorio 7 casos de BH con las siguientes características: 4 correspondieron al sexo masculino, el rango de edad fue entre 12 y 50 años con una media de 28 y se registró una mortalidad de 43 %. Los tipos de herida identificadas fueron: 1 cirugía, 2 heridas punzantes, 3 fracturas expuestas y 1 lesión cicatrizada. En 6 se identificó toxina tipo A y en el restante tipo B. Las provincias con casos notificados fueron: La Pampa, Entre Ríos, Santiago del Estero, Mendoza y provincia de Buenos Aires. Siendo una forma de la enfermedad que se presenta con una elevada mortalidad como consecuencia de la sospecha tardía, ya que no siempre se identifica o relaciona con la puerta de entrada, es necesario fortalecer la vigilancia para la detección y el tratamiento tempranos de los casos. Se debe realizar la debridación de la herida -aunque presente buen aspecto-, tratamiento antibiótico y administración de la antitoxina botulínica correspondiente, a fin de promover una evolución favorable del paciente disminuyendo la letalidad y la permanencia prolongada en unidad de cuidados intensivos con las complicaciones que esto implica.

PD014 CIRUGÍA TEMPRANA (*EARLY SURGERY*) EN ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PROTÉSICA CON EXTENSIÓN PERIVALVULAR (EIVPEP): ANTES ES MEJOR?

P Fernandez Oses, M Mahia, R Ronderos, A Iribarren, M Vrancic, M Vivas, L Juarez, S Resi, G Avegliano, F Piccinini, D Navia, F Nacinovich
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La EIVP es una complicación rara pero potencialmente fatal del reemplazo valvular, en especial si se acompaña de extensión perianular. Aunque el tratamiento quirúrgico es la recomendación por consensos y guías clínicas, con frecuencia es postergado o no realizado y el mejor momento quirúrgico es aún controversial. Por otra parte, la denominada "early surgery" (ES) como estrategia de abordaje en la EI en general y en la EIVP en particular, esta pobremente definida.
Objetivo: Analizar los resultados de la ES en pacientes con EIVPEP y la influencia del tiempo quirúrgico en la morbimortalidad de la EI en el "mundo real".
Métodos: Evaluación retrospectiva de un registro prospectivo que incluyo 180 pts consecutivos con EI definida (según los Criterios de Duke modificados). Características demográficas, clínicas, microbiológicas y ecocardiográficas se analizaron y relacionaron con el tratamiento implementado y la evolución hospitalaria.
Resultados: Entre el 6/2008 y el 1/2016 fueron admitidos 88 pts (49 %) con EIPV; 48/88 (54,5 %) tenían extensión perivalvular. Tiempo a la Cx: 11 d (mediana; rango = 7-21) en la población total. Los pts con EIVPEP se dividieron en 3 grupos para el análisis de la ES, de acuerdo al momento de la Cx: GA (17p; <10 d), GB (15p; >10 d) y GC (16p; solo tratamiento médico). Los pts en el GA fueron significativamente más jóvenes, varones, y el *Staphylococcus* spp fue el microorganismo más común; tuvieron menos complicaciones postoperatorias (64 % vs 100 %, p: 0.019) y una tendencia a menos mortalidad hospitalaria (18 % vs 46 %; p = 0.07). Globalmente, la mortalidad hospitalaria fue 29,8 % (15pts): GA: 3 pts, GB: 7 pts and GC: 5 pts. En los que se operaron (GA and GB) la mortalidad fue 20 % (10 p) pero no se observaron estas diferencias al comparar los grupos entre sí.
Conclusiones: La ES (<10 d) estuvo asociada a menos daño anatómico y menos complicaciones postoperatorias, con una tendencia a una menor mortalidad. Estudios prospectivos que incluyan más pts podrían contribuir a aclarar el verdadero impacto de la cirugía, su óptimo tiempo de realización y los determinantes de esa decisión. Mientras tanto, en la práctica clínica habitual, los beneficios de operar tempranamente y los riesgos propios de un procedimiento de esta magnitud deben ser adecuadamente valorados y balanceados en cada situación individual y la conducta se basa en el criterio de grupos multidisciplinarios con experiencia en el tema.

3 - Enfermedades endémicas, emergentes y medicina del viajero

PD015 COQUELUCHE EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GRAN BUENOS AIRES

MC Corigliano, MA Magdaleno, MC Irurtia, S Di Bartolomeo, S Balconi, G Montenegro
Hospital Posadas, Argentina.

Coqueluche es una enfermedad respiratoria aguda causada por *Bordetella pertussis* (B.p). Continúa siendo una enfermedad endémica a pesar de contar con una vacuna. Puede ser grave en lactantes y especialmente en los menores de 6 meses. La sintomatología es variable al igual que las complicaciones pudiendo llegar hasta la muerte del paciente.
Objetivos: determinar la prevalencia de casos confirmados por PCR con respecto al total de muestras estudiadas entre 2011 y abril del 2016. Analizar variables como edad, sexo, sintomatología, recuento de leucocitos, linfocitos relativos y aplicación de vacunas en los casos confirmados entre SE 41/ 2015 a SE 17/2016.
Materiales y métodos: se recibieron en el laboratorio 892 muestras de aspirado nasofaríngeo para búsqueda de B.p durante enero 2011 a abril 2016, la mayoría provenientes de Región Sanitaria V, VII y XII. El diagnóstico se efectuó mediante PCR convencional, usando primers para la secuencias de inserción repetitivas IS481, la región promotora de la toxina pertussis (PT) y la secuencia IS1001 que detecta *B. parapertussis*. Se usó β-actina como gen control. Se analizaron las fichas epidemiológicas del período SE 41/ 2015 a SE 17/2016, registrando edad, sexo, sintomatología, estado de vacunación y procedencia. Se aplicó el test de la mediana para el análisis de la variable leucocitos y linfocitos.
Resultados: la prevalencia para 2011 fue 23,5 % (48/204); 2012 9,3 % (22/237); 2013 2,8 % (5/177); 2014 3,2 % (3/93); 2015 15,8 % (18/114); primer cuatrimestre 2016 41,8 % (28/67). De las 892 una fue *B. parapertussis* (2011). Durante el período comprendido entre SE 41/ 2015 a SE 17/2016 se detectaron 42 casos comparado con sólo 2 casos en el mismo período del 2014/2015. De los 42 casos, 5 no presentaron banda de amplificación con PT (*Bordetella* spp); 80 % tenía entre 2 meses y 2 años; sin distinción de sexo; el 37,8 % tenía esquema completo de vacunación; los síntomas fueron: tos 100 %, tos paroxística 92,3 %, síntomas catarrales 61,5 %, cianosis 59 %, vómitos 46,1 %, apnea 25,6 %, estridor 20,5 %, dificultad respiratoria 20,5 %, fiebre 15,3 %; 70 % habitaban en Región Sanitaria VII. La mediana de los leucocitos en los pacientes negativos fue 14800/mm3 y en los positivos 26600/mm3 (p = 0.002).También se encontró una diferencia significativa en los linfocitos relativos (p = 0.009).
Conclusiones: en el período comprendido entre SE 41/ 2015 a SE 17/2016 se observó un considerable aumento del número de casos positivos con respecto al mismo período del año anterior. El último brote registrado en el Hospital fue en 2011 y primer trimestre 2012, lo cual coincide con el comportamiento epidemiológico de la enfermedad. A diferencia de este período en el 2015 y primer cuatrimestre del 2016 se observa estacionalidad de la enfermedad. Se evidencia aumento en el recuento de leucocitos y en predominio linfocitario en los casos positivos. La tos, tos paroxística, cianosis y síntomas catarrales son los síntomas más frecuentemente hallados.

PD016 CONSULTAS DEL POSVIAJE: EXPERIENCIA EN UN CENTRO PÚBLICO DE MEDICINA DEL VIAJERO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

V Angeletti, ML Yantorno, F Argüello, G de la Parra, M Lares, K Aguilera, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, P Machado, P Vizcarra, D Santonato, N Lattour
HIGA "Gral. San Martín" La Plata, Argentina.

Introducción: Entre el 20-70 % de los viajeros a países en vías de desarrollo presentaran algún problema de salud relacionado al viaje. Aunque la mayoría de las enfermedades son leves, cerca del 8 % requerirán atención médica. A pesar que muchas enfermedades son autolimitadas, algunas implican un potencial riesgo en Salud Pública y deben ser reconocidas y notificadas oportunamente.
Objetivo: Describir las consultas del post viaje.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de las consultas del post viaje atendidas en un centro público de medicina del viajero de la provincia de Bs As, durante el período 2008-2017. Se analizaron variables demográficas, clínicas, epidemiológicas y características del viaje. Los datos se analizaron en el programa estadístico SPSS 19.
Resultados: Se recibieron 137 consultas. Edad promedio 37 años (16-76). El 88 % no realizó consulta previaje. Motivos de consulta: síndrome febril inespecífico 60,5 % (n = 83), dermatológico 20,5 % (n = 28), gastrointestinal 10 % (n = 14), respiratorio 4,5 % (n = 6), neurológico 1 % (n = 1), control 3,5 % (n = 5). Inmunocomprometidos 2 %. Ninguna viajera embarazada. El 22 % (n = 30) visitó familiares y amigos (VFR). El principal motivo de viaje fue vacaciones 86 %. El 79 % habían regresado de países de América del Sur: Argentina (20,5 %), Brasil (20 %) y Paraguay (15,5 %). El 8 % había viajado a países de Asia y el 4,5 % a África.
El diagnóstico más frecuente fue dengue 30 %, seguido de: picaduras de insectos 5 %, miasis forunculoide 4,5 %, malaria 3,5 %, leishmaniasis 2 %, amebiasis intestinal 2 %, larva migrans cutánea 2 %, reacción alérgica 1,5 %, chikungunya 1,5 %, mononucleosis 1,5 %, encefalitis post vacunal 0,8 %, sífilis 0,8 %, primoinfección VIH 0,8 %, efecto adverso a mefloquina 0,8 %, mordedura de garrapata 0,8 %, hepatitis aguda 0,8 %, tunga penetrans 0,8 %, colitis eosinofílica 0,8 %, tuberculosis 0,8 %, diarrea crónica por B. hominis 0,8 %, fiebre tifoidea 0,8 % y picadura de chinches 0,8 %. En el 37 % no se realizó diagnóstico etiológico. Requirió internación el 16 %. Analizando el subgrugo VFR, el 100 % de las consultas fueron por síndrome febril inespecífico, con diagnostico de dengue en el 83,5 % (n = 25). Otros diagnósticos fueron: malaria, fiebre tifoidea, tuberculosis y mononucleosis. Casi la mitad requirió internación (43,5 %). En su mayoría regresaban de Paraguay (63,5 %) y de provincias Argentinas (27 %). Todos se habían alojado en casas de familia y ninguno había realizado consulta previa al viaje.
Conclusiones: La mayoría de las consultas fueron de viajeros a países limítrofes y a provincias argentinas que no habían realizado consulta previa al viaje. El principal motivo de consulta fue síndrome febril, siendo el dengue la enfermedad más diagnosticada y la principal causa de hospitalización. Los viajeros VFR constituyen un grupo de riesgo especial no solo por la patología que presentan sino también por la falta de percepción de riesgos. Consideramos importante la práctica de la Medicina del Viajero, que busca no sólo proteger la salud individual sino también la de las comunidades a las que el viajero regresa y a las que visita.

PD017 TUBERCULOSIS HUMANA CAUSADA POR *Mycobacterium bovis* EN LA REGIÓN CENTRAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 1982-2016

R Lorenz, M Lopez, C Alvarez, G Marquez, MS Imaz
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "E. Coni", ANLIS "CG Malbrán", Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) debida al *Mycobacterium bovis* es una zoonosis considerada mundialmente como enfermedad reemergente. El agente causal es primariamente un patógeno bovino. La infección en humanos puede ocurrir por inhalación, debido al contacto con animales o la manipulación de carne de animales enfermos, lo que da lugar mayoritariamente a formas pulmonares, o por ingestión de productos lácteos sin pasteurizar, que produce más frecuentemente formas extrapulmonares. La transmisión persona a persona ha sido documentada en pacientes con VIH. Diversos factores, como las migraciones, los cambios en el uso de la tierra, las inequidades sociales y la globalización del comercio de animales y productos animales, pueden influir en la reemergencia de la TB bovina. Sin embargo, la información acerca de magnitud de la TB causada por *M. bovis* es limitada en la mayoría de los países en desarrollo;

esto es debido a que la TB debida a esta bacteria es clínicamente indistinguible de la causada por *M. tuberculosis*, el agente más frecuente de la TB humana, y para su diferenciación se requiere del aislamiento por cultivo en medios especiales, no siempre disponibles en los laboratorios. Los planes de prevención de TB en comunidades en las que el *M. bovis* es significativo pueden diferir de las estrategias más frecuentes para control de la TB, lo que refuerza la importancia de vigilar la magnitud de la TB en humanos debida *M. bovis* y sus factores de riesgo.
Objetivo: Describir el porcentaje de TB atribuible a *M. bovis* y las características epidemiológicas, clínicas y bacteriológicas de los casos identificados en un laboratorio de de Santa Fe desde 1982 a 2016.
Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de la información epidemiológica, clínica y bacteriológica a partir de las planillas de notificación e historias clínicas de los pacientes con TB debida a *M. bovis* identificados en un laboratorio de Santa Fe, entre 1982 y 2016. El servicio cubre un área geográfica donde la cría de ganado, los frigoríficos y la industria lechera son actividades productivas muy importantes. Para comparar las proporciones de las variables dicotómicas se empleó la prueba de Fischer.
Resultados: Se identificaron 119 casos de TB debida a *M. bovis*, un 2,4 % de los casos de TB diagnosticados en el laboratorio. De los 112 casos con información clínica-epidemiológica, el 77 % fueron hombres y la proporción de casos entre 15-29 años, considerada indicador fehaciente de infección reciente, alcanzó al 27 %. La forma pulmonar fue la más frecuente (98 %). En 60 % se identificaron al menos un factor de riesgo para *M. bovis*; el más frecuente fue la exposición ocupacional (trabajo rural, en frigorífico o veterinario) (93 %). Un subanálisis de los casos ocurridos entre 2000-2011 mostró que la presencia de comorbilidades (diabetes, cáncer, EPOC, VIH) estaba asociada a la enfermedad por *M. bovis.*
Conclusiones: La transmisión aerógena y la exposición ocupacional son los principales factores de riesgo de la TB debida a *M. bovis*. Aunque la proporción de TB debida a *M bovis* es baja, los datos indicarían que la enfermedad puede tener efectos importantes en algunos escenarios y grupos poblacionales.

PD018 INTERFASE HUMANO-ANIMAL: ESTUDIO DE RESERVORIOS DE CEPAS DE *Escherichia coli* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA EN TIERRA DEL FUEGO, ARGENTINA

MP Bonino[1], J Petrina[2], SN Galateo[4], X Blanco Crivelli[1], A Bentancor[1]
[1] Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Veterinarias, Argentina. [2] Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, Programa de Enfermedades Zoonóticas, Argentina. [4] Ministerio de Salud de Tierra del Fuego, Departamento controlador de Zoonosis, Argentina.

Escherichia coli shigatoxigénico (STEC) es un patógeno con presentación endémica en Argentina. La patogenia de STEC incluye cuadros asintomáticos, de diarrea leve y severa, síndrome urémico hemolítico (SUH), y en ocasiones la muerte del paciente. Se ha documentado como reservorio al bovino y la contaminación de su carne en la faena como la fuente de infección mas frecuente. La tasa de SUH y de diarreas en Tierra del Fuego (TDF) es elevada. En particular la isla de TDF no cuenta con estudios de portadores ni reservorios de STEC. La isla constituye un modelo diferente, sin importación de animales en pie, con un área norte y sur respecto a la Cordillera de los Andes, y una situación climática muy diferenciada respecto al continente. Las características ecobiológicas de los reservorios de la isla, bovinos nativos, podrían determinar una alta prevalencia de STEC y los perfiles de virulencia de dichas cepas podrían ser la causa de la problemática local. El objetivo de este estudio ha sido determinar la portación de STEC en bovinos de Tierra del Fuego destinados a faena. Se analizaron muestras de 194 bovinos de TDF, ingresados a las 2 playas de faena ubicadas en Ushuaia y Río Grande en julio 2016. Se realizó un estudio epidemiológico trasversal de tipo observacional para la detección de cepas STEC diferenciando tipo de producción y playa de faena. El muestreo fue dirigido por accesibilidad en playa de faena. Para cada animal se tomó una muestra por hisopado rectal. Para la detección de cepas STEC (O157 y no-O157) se realizó preenriquecimiento en caldo, con posterior separación inmunomagnética (O157) seguido de siembra en agar. Se realizó PCR múltiple de stx2, stx1, rfbO157 de la zona de confluencia de colonias. Las muestras fueron clasificadas en 3 categorías: positivos (con aislamiento), sospechosos (stx+ por PCR sin aislamiento), y negativos (stx-). Los resultados fueron analizados mediante test de diferencia de proporciones. Se identificaron 12/104 muestras de animales de feedlot (Río Grande) positivas, sus perfiles de virulencia fueron 1/12 stx1, 7/12 stx2 y 4/12 stx1/stx2; mientras que 4/104 muestras fueron sospechosas. 5/12 fueron STEC O157. En muestras de animales a campo de Rio Grande 3/20 fueron positivas, 1/3 stx2 y 2/3 stx1/stx2. De las muestras de Ushuaia (animales a campo) se detectó 4/70 positivas, todas ellas stx2, siendo sospechosas 5/70 muestras. No se observaron diferencias estadísticas significativas en la detección de cepas STEC considerando 1) el tipo de producción, 2) la playa de faena muestreada. Sin embargo todos los aislamientos del serogrupo O157 (5/12) provinieron de muestras de *feedlot*. Los resultados permiten determinar una portación de STEC del 3,8 al 15 % dependiendo del origen, menor a los informados en el resto del país. Cabe considerar si las cepas aisladas presentan factores de virulencia adicionales que justifiquen la dinámica epidemiológica de la región. La presencia de otros reservorios es analizada, así como la contaminación de alimentos y la percepción de riesgos de la comunidad, para reforzar las acciones preventivas en beneficio de la salud de la población.

PD019 CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS GRAVES DE INFLUENZA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2016

G Nilva[1], N Mordini[1], A Uboldi[2]
[1] INER "Dr. Emilio Coni", Argentina. [2] Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, Argentina.

Introducción: En niños pequeños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, la infección por Influenza puede conllevar a graves complicaciones, y poner en riesgo la vida.
Objetivo general: Describir las características de los casos graves confirmados de Influenza en la Provincia de Santa Fe durante el año 2016.
Materiales y métodos: Se realizó una descripción epidemiológica de los casos graves confirmados de Influenza para la Provincia de Santa Fe durante 2016, a partir de los datos de las fichas individuales ETI (Enfermedades Tipo Influenza) de los casos de síndrome gripal atendidos en los servicios de salud de la provincia.
Se caracterizaron según tipo y subtipo viral circulantes, y las variables sexo, edad, lugar, tiempo, días de demora en la consulta médica y en la administración del antiviral. Se analizó la prevalencia de factores de riesgo y su asociación con el desenlace fatal. Los análisis de asociación se realizaron mediante el cálculo del Odds Ratio (OR) con un intervalo de confianza del 95 % y su significancia estadística. Se describió el estado de vacunación antigripal de los casos a partir de datos obtenidos del Sistema de Información de los Centros de Atención Primaria (SICAP).
Resultados: De un total de 1020 internados graves con sospecha clínica de influenza, 211 (20,69 %) se confirmaron por laboratorio como positivos (cantidad casi 3 veces mayor que en 2015), de los cuales 63 (29,86 %) fallecieron. El subtipo viral detectado con mayor frecuencia fue Influenza A H1N1 (87,67 %). El 98 % de los casos ocurrió entre las semanas epidemiológicas 17 y 30. El grupo de 45 a 54 años concentró la mayor cantidad de casos (18,96), mientras que la mayor tasa de incidencia se vio en los menores de 1 año (8,53/100.000 hab.). La mayor letalidad se produjo entre los mayores de 65 años (57,58 %). No se encontró asociación entre los días de demora en la consulta médica y la muerte. La chance de morir fue 2,7 veces mayor en los casos en los que la administración del antiviral se demoró más de 48 horas de iniciados los síntomas gripales que en aquellos en los que se administró dentro de las 48 horas (IC: 1,01-7,40; P < 0,05). Los factores de riesgo con mayor prevalencia en estos pacientes fueron: EPOC (28,48 %), edad menor de 5 años y pacientes con obesidad (23,84 %), edad de 65 años y más (22,52 %), enfermedades cardíacas (15,89 %) y diabetes (15,23 %). La chance de morir fue 2,4 mayor en aquellos que presentaban al menos un factor de riesgo respecto a aquellos que no presentaban ninguno (OR: 2,397; 1,119-5,132; p<0,05). Del total de pacientes con información sobre cobertura de vacunación, de 22 vacunados, 4 fallecieron (18,18 %), todos con algún factor de riesgo asociado, mientras que de 148 no-vacunados, 50 fallecieron (33,78 %), 40 con al menos algún factor de riesgo asociado.
Conclusión: La información epidemiológica recabada es importante para organizar y priorizar los recursos de salud de manera eficiente, principalmente en aquellos grupos en los que la gravedad de la enfermedad puede llevar a la muerte, como en los mayores de 65 años, y pacientes con EPOC, obesidad, diabetes y enfermedades cardíacas.

PD020 UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS SEROLÓGICAS EN EL ESTUDIO DE VIRUS ZIKA (ZIKV) EN RECIÉN NACIDOS CON MICROCEFALIA Y/O ANOMALÍAS CEREBRALES EN ARGENTINA, 2016-2017

VC Luppo[1], MA Morales[1], B Groisman[2], CM Fabbri[1], AA Baricalla[1], M Ferocci[1], G Gonzalez[3], A Alonso[3], MP Bidondo[2], R Liascovich[2], P Barbero[2], DA Enría[1]

[1] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas, "Dr Julio I. Maiztegui", Argentina. [2] Red Nacional de Anomalías Congénitas, RENAC, Argentina. [3] Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas "Dr. Carlos G. Malbrán", ANLIS, Argentina.

Introducción: La infección por virus Zika (ZIKV) se ha propagado a más de 75 países. En Argentina se implementó la vigilancia laboratorial en 2015 y se detectó el primer brote por ZIKV en 2016 en la provincia de Tucumán. A la fecha 24 países de América, incluido Argentina, han notificado casos de embriopatía por ZIKV.
Objetivo: El objetivo del trabajo es describir los resultados de laboratorio en muestras de recién nacidos en Argentina con clínica compatible con síndrome congénito por ZIKV, analizando los resultados obtenidos en el binomio madre-hijo.
Material y Métodos: Se estudiaron en el período abril 2016 a marzo 2017 para ZIKV, 67 recién nacidos con microcefalia y/o anomalías cerebrales detectados en las maternidades de la Red Nacional de Anomalías Congénitas (RENAC). Las muestras estudiadas fueron: 67 sueros, 49 orinas, 1 LCR y 1 cordón umbilical. En el 92,5 % (62/67) fueron estudiadas paralelamente sus madres: 62 sueros, 18 orinas y 2 placentas. La evaluación de laboratorio incluyó tanto el estudio de genoma de ZIKV por rRT-PCR (RT-PCR en tiempo real) en orina y tejidos como IgM / IgG por MAC-ELISA (suero y LCR) y PRNT90 (suero) respectivamente. Las reacciones cruzadas se evaluaron mediante MAC-ELISA y por PRNT90 en células VERO C76 utilizando un panel de flavivirus que incluyó: ZIKV, Dengue 1-4, Nilo Occidental, San Luis y Fiebre amarilla.
Resultados: Se detectó IgM ZIKV en el 6 % (4/67) de los lactantes estudiados (3 en suero y uno en suero y LCR). Los respectivos sueros maternos fueron 100 % IgM ZIKV positivos en el momento del parto. Este grupo de lactantes y madres resultaron 100 % positivos por PRNT90 para dicho agente (títulos de 80 a > 1280). En 7/8 muestras madre-hijo positivas se estudió IgM dengue, encontrándose reactividad en 3/7 (42,9 %). En 2/4 casos positivos para ZIKV de los lactantes, que corresponden a casos autóctonos, los títulos por PRNT90 para dicho agente fueron dos diluciones más altas que los títulos para los otros flavivirus estudiados. Los otros dos lactantes, que tuvieron nexo epidemiológico con Bolivia, presentaron reactividad cruzada por PRNT90, coincidente con un patrón de respuesta inmune secundario. 63/67 (94 %) casos fueron negativos IgM y PRNT90 para ZIKV, obteniendo los mismos resultados en sus madres. Las muestras de orina y tejido fueron 100 % negativas para genoma ZIKV.
Conclusiones: Los resultados obtenidos mediante pruebas serológicas permitieron detectar la etiología ZIKV en el 6 % de los niños estudiados y descartar la infección en el 94 % de los casos. No se detectaron casos con IgM de ZIKV negativo y PRNT90 positivos, en los RN con anomalías congénitas y/o microcefalia. El diagnóstico de laboratorio puede ser confundido por la reactividad cruzada con otros flavivirus circulantes, pero nuestro estudio muestra la utilidad de la serología para la vigilancia en Argentina del síndrome congénito asociado con ZIKV.

PD021 COCCIDIOIDOMICOSIS: SERIE DE CASOS DE UNA INSTITUCIÓN DE NIVEL TERCIARIO

CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, S Carrizo, F Riera, C Bergallo

Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La coccidioidomicosis es micosis endémica de las zonas deserticas de Argentina producida por el Coccidioides Posadasii. La incidencia real en Argentina es desconocida pero estudios demuestran incremento de la frecuencia. Más del 60 % de las infecciones primarias son asintomáticas; en el resto, la presentación típica se caracteriza por síntomas y signos generales, dermatológicos y respiratorios ("'Fiebre del Valle "). La primoinfección pulmonar aguda suele ser indistinguible de la neumonía bacteriana adquirida en la comunidad. La coccidioidomicosis extrapulmonar, es grave y puede afectar meninges, huesos, articulaciones y piel. El diagnóstico se basa en el cultivo de liquidos y tejidos, histopatología y pruebas serológicas. Los antimicóticos más utilizados son la anfotericina, fluconazol e itraconazol.
Objetivo: Reportar una serie de casos asistidos en un hospital terciario de la provincia de Córdoba y evaluar sus características clínicas.
Materiales y método: Estudio observacional, retrospectivo. Se recuperaron datos de cultivos micologicos, anatomía patológica y de historias clínicas de los pacientes que padecieron la enfermedad y su curso evolutivo, factores de riesgo, mortalidad y tratamiento antifúngico empleado.
Resultados: Se reportan 10 pacientes (8 masculinos y 2 femeninos), 8 procedentes de Catamarca, 1 de la rioja y 1 viajero a área endémicas. Tres pacientes inmunocomprometidos (2 trasplantados renales, 1 uso de esteroides); todos afectados por formas graves, 2 fallecieron. El compromiso pulmonar se evidenció en 9 pacientes, siendo la presentación como neumonía de curso subagudo sin respuesta a antibióticos. 5 pacientes tuvieron formas diseminadas (peritoneal, meningea, piel y osea). La histopatología permitió hacer el diagnóstico en 7 pacientes, los cultivos fueron positivos en 5 pacientes, 6 pacientes presentaron anticuerpos. Los tramientos utilizados fueron Anfotericina B, Anfotericina Liposomal y fluconazol.

Sexo	Edad	Diagnóstico	Procedencia	Inmunosupresión	Afección	Antifúngico	Evolución
M	60	Histopatología	Catamarca	NO	Peritoneal Pulmonar	Fluconazol	Vive
M	47	Cultivo BAL Serologia	Catamarca	Diabetes	Pulmonar	Fluconazol	Vive
M	60	Histopatologia Cultivo Piel y BAL Serologia	Catamarca	Transplante Renal	Pulmonar Piel	Anfotericina Liposomal	Fallece
M	44	Histopatologia Piel y Hueso Serologia	Catamarca	Transplante Renal	Pulmonar Piel Osea	Anfotericina B Fluconazol	Vive
F	16	Cultivo BAL	Catamarca	Aplasia Medular	Pulmonar	Anfotericina B Fluconazo	Vive
M	39	Cultivo Punción Biopsia Pulmonar	Cordoba, Viaja a Catamarca y La Rioja	NO	Pulmonar	Fluconazol	Vive
F	39	Histopatologia Lobectomia pulmonar Serologia	Catamarca	NO	Pulmonar	Fluconazol	Vive
M	42	Histopatologia Pulmonar	La Rioja	Esteroides	Pulmonar Meningea	Anfotericina Liposomal Fluconazol	Fallece
M	18	Histopatologia Pulmonar Serologia	Catamarca	NO	Pulmonar	Fluconazol	Vive
M	26	Histopatologia Cultivo de Hueso Serologia	Catamarca	NO	Pulmonar Osea Articular	Anfotericina Liposomal Fluconazol	Vive

Conclusiones: La coccidiomicosis es una micosis profunda endémica que está en aumento, es una patología subdiagnósticada que puede producir formas graves y mortales en pacientes inmunocomprometidos. Debe sospechar siempre en pacientes con neumonías que viven en zonas endémicas o viajan a ellas.

4 - Infección por HIV, otros retrovirus y hepatitis virales

PD022 HIV ASOCIADO A ERITROCITOS: ¿UNA BARRERA ADICIONAL PARA LA CURA DE LA INFECCIÓN?

RD Rabinovich[1], J Chiappa[1], D Gutson[2], MN Garcia[3], MM Avila[1], P Pury[4]

[1] [1]Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS),, Argentina. [2] FUDEPAN, Cordoba, Argentina, Argentina. [3] [4]Institute of Biochemistry and Molecular Medicine, CONICET, Department of Pathophysiology, School of Pharmacy and Biochemistry, UBA, Argentina. [4] FaMAF, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

La cura de la infección por HIV es una meta deseable pero difícil de alcanzar. La existencia de diferentes reservorios y el fenómeno de la latencia son algunos de los obstáculos. Se han ensayado diferentes estrategias, algunas basadas en la incentivación de replicación en reservorios acompañados con la potenciación del TARV y de la respuesta inmune.
El virus infeccioso se une a distintas células circulantes, además de células CD4+. Se demostró que el virus asociado a eritrocitos (VE) puede estar presente incluso cuando el virus en plasma (VP) disminuye a niveles indetectables bajo HAART. VE puede ser eliminado por macrófagos con alta eficacia o, alternativamente, ser infeccioso para estas células. Los eritrocitos en contacto con macrófagos infectados pueden captar rápidamente el virus. El objetivo del trabajo fue incluir VE en un modelo matemático y considerar su importancia en la cura de la infección.
Materiales y métodos: Se aplicó un modelo matemático determinístico que consiste en un conjunto de siete ecuaciones diferenciales no lineales que representan tres tipos de células T: no infectadas, latentemente infectadas y productivamente infectadas; dos de macrófagos: infectados y no infectados, virus libre en plasma (VP) y asociado a eritrocitos (VE).
Los parámetros utilizados fueron extraídos de la literatura, excepto aquellos relacionados con la interacción del virus con eritrocitos o eritrocitos con macrófagos que fueron determinados en nuestro laboratorio. Las ecuaciones diferenciales se integraron utilizando el método de Dormand-Prince de 5º orden para Runge-Kutta. Varios valores de los parámetros fueron probados variando la relación entre el virus del plasma y el virus asociado a eritrocitos. El aumento de la eficacia de ARV se representó por una disminución de la producción viral, el aumento de la respuesta inmune se representó por un aumento de la tasa de mortalidad de las células productoras y/o por la tasa de inactivación del virus.
Resultados: En las simulaciones, a mayor relación VE/VP (situación que se da en pacientes con baja carga VP) se favorece la permanencia del virus a pesar de la presencia de anticuerpos neutralizantes. Para analizar la estrategia "kick and kill" la reversión de la latencia fue simulada junto con el incremento de la respuesta inmune y el incremento de la eficacia de ARV, representada por una mayor tasa de mortalidad de las células productoras de virus y reduciendo la infección de nuevas células. En esas condiciones la asociación del virus a eritrocitos prolonga significativamente la permanencia del virus. Además, una infección aun marginal de otras células especialmente macrófagos a partir de VE prolongaría en meses la presencia de provirus, aun en ausencia de replicación.
Discusión: Los modelos de simulación se pueden utilizar para comparar diferentes curas potenciales del HIV. Las simulaciones realizadas determinaron que la fracción viral unida a eritrocitos debe tenerse en cuenta porque es menos sensible a los anticuerpos y no se vería afectada por la respuesta celular. La posible infección de los macrófagos por esta fracción constituiría una dificultad para eliminar el virus.

PD023 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO DE DESNUTRICIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HIV/SIDA ADMITIDOS EN TERAPIA INTENSIVA A PARTIR DE TRES PARÁMETROS ANALÍTICOS

A Bocassi, V Chediack, C Dominguez, M Cambareri, M Perelló, L Fontana, A Tkach, V Monserrat, S Peres, N Carella, ML Luque, E Cunto

Hospital de Infecciosas F J Muñiz, Argentina.

Introducción: Desnutrición clínica (DC) es la alteración del equilibrio nutricional causada por la enfermedad o su tratamiento, incluyendo la internación y sus complicaciones. La frecuencia de DC es 30-35 % al ingreso, con aumento de morbi-mortalidad. Puede ser detectada precozmente por indicadores analíticos que detectan alteraciones en sus concentraciones, producidas en cuestión de horas sin esperar largos períodos de tiempo para los cambios en medidas antropométricas.
Objetivo: Identificar riesgo de DC (RDC) en pacientes HIV positivos en terapia intensiva (TI) en base a un cribado por tres indicadores analíticos
Materiales y métodos: estudio transversal, descriptivo. Incluidos 135 pacientes adultos, HIV positivo admitidos en TI. Periodo marzo 2016-2017. Se utilizó como cribado el "CONUT" (J.I.de Ulíbarry Pérez. Nutr. Hosp.2002 XVII) basado en tres indicadores analíticos: colesterol total, albúmina y recuento absoluto de linfocitos como parámetro calórico, proteico e inmunológico respectivamente. Se registraron datos demográficos, APACHE II (score Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II)y SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Se aplico ANOVA y se utilizó programa estadístico SPSS 15.0 y se consideró significativo p<0,05.
Resultados: Patologías más frecuentes: Sepsis(24),Neumonia(20) Tuberculosis(18), Meningoencefalitis(13), Insuficiencia Renal (9). La mortalidad global 46 % (62/135). Se observo las medias entre tres grupos con distribución normal, Colesterol grupo 1 vs. 2, 1 vs.3 y 2 vs.3 (p<0,05); Albúmina grupo 1 vs. 2, 1 vs.3 y 2 vs.3 (p<0.05); Linfocitos grupo 1 vs.3 y 2 vs.3 (p<0,05); SOFA grupo 1 vs.3 y 2 vs.3 (p<0,05); APACHEII grupo 1 vs.3 (p<0,05); Evolución grupo 1 vs.3 y 2 vs.3 (p<0,05).

Grupo RDC	1-Baja	2- Moderada	3-Alta	Total
Nª pacientes	20	41	74	135
Femenino/Masculino	7/13	13/28	32/42	52/83
APACHEII	16	19	22	
SOFA	3	5	7	
Linfocitos(cel/mm3)	1133	1013	655	
Colesterol(mg/dl)	172	132	90	
Albumina(g/dl)	4	3	2	
Sobrevida/Óbito	17/3	30/11	26/48	73/62

Conclusiones: -La precocidad en la detección el riesgo nutricional anticipándose a la desnutrición, hacen de esta herramienta basada en tres parámetros analíticos un procedimiento útil , económico, seguro, eficiente para el screening y pronóstico nutricional en el entorno clínico. En cambio con medidas antropométricas los cambios se evidenciarían después de días cuando la desnutrición ya está instalada. -La prevención de la desnutrición debería basarse en monitorización con herramientas rápidas y sencillas para detectar cambios acaecidos en los diferentes factores de riesgo que la motivan.

PD024 ACEPTABILIDAD DEL AUTO TESTEO DE HIV: DATOS DE UNA ENCUESTA POR INTERNET

C Yamamoto[1], C Cesar[1], V Zalazar[1], M Feijoo-Cid[2], C Valeriano[1], D Fiore[1], L Cahn[1], P Cahn[1], O Sued[1]
[1] Fundación Huésped, Argentina. [2] Departamento Enfermería - Facultad Medicina - Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Introducción: En Argentina el 30 % de las personas con HIV todavía no conoce su situación. El autotesteo tiene un enorme potencial para facilitar el acceso al test de HIV, en particular entre poblaciones con mayor riesgo de infección. Puede reducir la inconveniencia, el tiempo de espera y la exposición a estigma. En EEUU se encuentra disponible desde 2012, la OMS lo recomienda desde 2016, Brasil realizó un estudio de implementación pero en Argentina todavía no se considera su uso.
Objetivos: Describir la aceptabilidad del autotesteo y a los incentivos para promover la notificación de resultados y el contacto.
Métodos: Encuesta en Survey Monkey que se diseminó a través de las redes sociales incluyendo Facebook, Twitter, email y blogs desde el 10 de marzo al 4 de abril de 2017.
Resultados: Se recogieron 3746 respuestas, 97 % de las mismas obtenidas hasta el 26 de marzo. Se excluyeron 211(6 %) participantes por tener prueba positiva previa. El 86 % eran de Argentina, 12 % de otros países de Latinoamérica y 2 % de otros países. El 73 % eran mujeres. La edad mediana fue 32 años (rango intercuartil 25-38). De los 914 hombres, 542 (59 %) tuvieron al menos alguna vez relaciones sexuales con otro hombre (HSH). El 25 % de los participantes heterosexuales (HTX) y el 18 % de los HSH nunca realizaron un test de HIV. Aceptabilidad: Solo un 3 % refirió que no se realizaría un autotesteo de HIV, siendo similar entre HTX y HSH. Con respecto de las metodologías (fluído oral o sangre por punción de dedo) 52 % no expresó preferencia por ninguna opción. Entre HSH hubo mayor preferencia por la punción (28 % vs 16 % en fluido oral vs 52 % sin preferencia). Distribución: Con respecto al lugar de entrega de los kits, un 51 % prefería retirarlo de farmacias u organizaciones, 33 % solicitarlo por internet y 8 % solicitarlo telefónicamente. Los HSH tenían una mayor preferencia por retirarlo (62 %) vs. solicitarlo por internet (29 %). Contacto: Al solicitar el test solo el 19 % no se animaría a dejar nombre y DNI, 51 % no compartiría la información en Facebook, 82 % dejaría el email y 70 % el teléfono para ser contactado. Notificación de resultado: el 70 % registraría los resultados en la web, 75 % y 62 % permitiría que lo contacten por email o por teléfono si no registró el resultado, y solamente un 25 % podría completar el resultado y enviarlo por carta prepagada. Hasta un 72 % podría solicitar una entrevista personal para discutir el resultado. Incentivos: La posibilidad de recibir más kits en forma periódica es un incentivo más aceptado por HSH (75 % vs. 64 % en HTX), dos tercios también aceptarían donaciones en su nombre a una organización, y solo un tercio consideró adecuado el sorteo de premios o incentivos económicos.
Conclusiones: Esta encuesta muestra que casi uno de cada cinco adultos jóvenes nunca se realizó un test de VIH. El autotesteo tiene alta aceptabilidad, en particular las pruebas de sangre. Los resultados proporcionan información importante a la hora de planificar la implementación de esta estrategia.

PD025 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LAS CÉLULAS NATURAL KILLER DE SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES COINFECTADOS CON VIH Y HEPATITIS C CON DISTINTOS GRADOS FIBROSIS HEPÁTICA.

ML Polo[1], A Sisto[2], A Martinez[2], H Pérez[2], N Zwirner[3], J Quarleri[1], M Avila[1], N Laufer[1]
[1] INBIRS-UBA-CONICET, Argentina. [2] Servicio de Infectología, Hospital Fernández, Argentina. [3] IBYME-CONICET, Argentina.

Introducción: Aproximadamente 2,3 millones de individuos VIH positivos presentan coinfección con el virus de la hepatitis C (VHC). En estos pacientes, el riesgo de sufrir fibrosis hepática es alto, así como también de complicaciones más graves como la cirrosis. La estadificación del grado de fibrosis hepática es vital para la administración de tratamiento antiviral para el VHC, y así evitar la progresión a enfermedad hepática terminal.
Objetivo: Dado que se ha descripto que las células natural killer (NK) están directamente relacionadas con el control de la fibrosis hepática, el objetivo de este trabajo es caracterizar el compartimiento de células NK de sangre periférica en busca de biomarcadores de fibrosis hepática avanzada.
Materiales y métodos: Células mononucleares de sangre periférica de dadores sanos y de pacientes VIH/VHC+ con distintos grados de fibrosis (leve, escala METAVIR F0-F1 y avanzada, F4) fueron evaluados mediante citometría de flujo. Para medir la funcionalidad de las células NK se utilizó un ensayo de degranulación en presencia de la línea celular K562, cuantificando la expresión del marcador CD107a con un anticuerpo anti- CD107a (FITC). Luego de la incubación con esta línea, se realizó una marcación superficial con los anticuerpos anti-CD3(PE/Cy7), anti-CD56(PE/Cy5). La adquisición de los eventos se llevó a cabo con un citómetro BD FACSCanto, y los datos se analizaron con el programa FlowJo. Para los análisis, se evaluó la frecuencia de células positivas para los distintos marcadores utilizados.
Resultados: Evaluando 10 pacientes VIH/VHC+ (5 F0-F1, y 5 F4), y 5 dadores sanos hemos observado que la funcionalidad de las células NK de los pacientes coinfectados con mayor nivel de fibrosis es significativamente menor a los dadores sanos ($p<0,05$; Mann-Whitney test). Asimismo, no hemos encontrado diferencias entre los dadores sanos y los individuos con niveles leves de fibrosis.
Conclusiones: En trabajos previos demostramos que los pacientes con fibrosis avanzada se caracterizan por poseer un bajo recuento de células NK en comparación a los dadores sanos, e incluso a los individuos coinfectados con bajo nivel de fibrosis. En este trabajo demostramos además que la funcionalidad de las células NK, en términos de capacidad de degranulación, se encuentra afectada en dichos pacientes. Estos resultados apoyan un posible rol del compartimiento NK como biomarcador de fibrosis hepática avanzada, posibilitando la estadificación de los pacientes VIH/VHC+ y su tratamiento temprano.

PD026 HACIA EL 90-90-90: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE RECIENTE DIAGNÓSTICO DE HIV EN UN HOSPITAL DE LA CABA.

M D'Aurizio, M Jaume, J Barletta, S Stöver, I Rodriguez Villegas, M Rey, G Vigo, G Blugerman, O Cando, MJ Rolón, HM Pérez
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina.

Introducción: Desde el inicio de la pandemia de HIV hubo notables avances en el acceso al diagnóstico y tratamiento (TARV), pero una proporción significativa de los pacientes continúa diagnosticándose tardíamente. La estrategia 90-90-90 propuesta por la OMS pretende reducir la transmisión y las muertes por HIV como un objetivo alcanzable.
Objetivo: Analizar factores demográficos, clínicos y de laboratorio al momento del diagnóstico de HIV en un Hospital General de CABA.
Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de datos de historia clínica de pacientes con diagnóstico de HIV durante 2016. Se analizaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio al diagnóstico. Se estudió además porcentaje de pacientes que inició TARV hasta el 31 de marzo de 2017 y esquema empleado. El análisis estadístico se realizó con Epi Info 7.2.
Resultados: Hubo 283 pacientes con serología positiva para HIV. Se excluyeron 79 (27,9 %) pacientes por no contar con datos de carga viral (CV) y/o CD4, 25 de ellos recibieron el resultado pero no concurrieron a realizarse CV confirmatoria y los restantes no retiraron la serología. De los 204 pacientes restantes, 74 % eran hombres y 5,4 % transgénero (trans). 55,4 % residían en la CABA. La mediana de edad fue de 32 años (RIC 25-41). La CV comunitaria fue de 476.286 copias/ml. La mediana de CD4 al diagnóstico fue de 295 cél/mm3 (RIC 118-461). 23 % se diagnosticó con una enfermedad marcadora, siendo tuberculosis la más frecuente. La tabla 1 muestra datos clínicos y de laboratorio globales y por género. La presentación en estadio avanzado fue más frecuente en quienes residían fuera de CABA (49,5 % versus 28,3 % $p<0.05$) y en trans (63,6 % vs. 36,3 % $p = 0.06$). 144 (70,5 %) pacientes continuaron seguimiento en nuestro hospital; un 94,4 % de ellos había iniciado TARV hasta marzo de 2017, empleándose TARV basado en INNRT en un 66,2 %, IP en un 25 % e inhibidores de integrasa en un 8,9 %. La mediana al tiempo de inicio de TARV fue de 42 días (RIC 20-79). De los pacientes que no continuaron la atención en nuestro hospital, 42 (20,6 %) lo hicieron en otras instituciones (obra social/estudios de investigación) y no se cuentan con datos de los 18 (8,8 %) restantes.

	Menos de 200 CD4 al diagnóstico (%)	Asintomático al diagnóstico (%)	Enfermedad relacionada al diagnóstico (%)	Enfermedad marcadora al diagnóstico (%)	Síndrome retroviral agudo al diagnóstico (%)
Global	37,8 %	60,8 %	12,3 %	23 %	3,9 %
Hombres	35,1 %	61,6 %	13,3 %	20,5 %	4,6 %
Mujeres	40,5 %	64,3 %	7,1 %	26,2 %	26,2 %
Trans	63,6 %	36,3 %	18,2 %	45,5 %	0 %

Conclusiones: La consulta fue tardía en casi la cuarta parte de los casos -incluso cuando se implementan dispositivos de localización y retención-, el inicio del TARV al 90 % de los pacientes diagnosticados es un objetivo alcanzable. El diagnóstico en estadios avanzados continúa siendo frecuente, especialmente en grupos vulnerables como población trans y en quienes residen fuera de CABA. Se necesitan más estudios para definir la proporción de pacientes que alcanzan la supresión virológica, y así optimizar las estrategias para transformar el 90-90-90 en una realidad alcanzable.

PD027 UNA VIEJA CONOCIDA: ANÁLISIS DE CASOS DE SÍFILIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE INFECTOLOGÍA DE UN HOSPITAL DE CABA.

J Barletta, S Stöver, M Rey, M Cabrini, G Blugerman, HM Pérez
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina.

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por Treponema pallidum. A pesar de poder prevenirse y tratarse fácilmente, su erradicación parece un objetivo lejano: cada año se producen en el mundo más de 10 millones de nuevos casos, con una incidencia anual estimada de 1,5 casos por cada 1000 habitantes en nuestra región. Aunque se postula que el déficit en la inmunidad celular podría afectar la evolución en pacientes HIV positivos y que la tasa de recaída es mayor que en población HIV negativa, la disponibilidad de datos locales es limitada.
Objetivos: Análisis descriptivo de los casos de sífilis y su asociación con la infección por HIV en pacientes atendidos en el servicio de Infectología de un Hospital de CABA.
Materiales y métodos: Se estudiaron datos retrospectivos de historia clínica de pacientes con diagnóstico clínico de sífilis y datos de VDRL plasmática entre junio de 2012 y octubre de 2015. Se analizaron edad y género, serología para HIV y carga viral plasmática para HIV (CV). A los fines de este estudio fueron considerados "En supresión virológica" a aquellos pacientes con CV <200 copias/mm3; y se definió "recaída" de sífilis a un aumento mayor o igual a dos diluciones respecto de VDRL previas luego de un tratamiento efectivo. Se consideraron sólo aquellas CV realizadas dentro del año de la VDRL reactiva. El análisis estadístico se realizó con Epi Info 7.2.1
Resultados: Se analizaron 3464 resultados de VDRL de 994 pacientes. 83,9 % fueron de hombres, con una mediana de edad de 35 años (RIC 27-43). 771 pacientes (77,6 %) tenían serología para HIV positiva; un 45,8 % de ellos se encontraban en supresión virológica al momento del primer episodio, y no se cuentan con datos de CV del 15,2 % de los pacientes. Un 63,7 % de los pacientes tuvo al menos una VDRL control durante el período de seguimiento, con una tasa de control superior en pacientes HIV positivos (66,9 % vs 52,5 % p<0,01) y en los mayores de 35 años (67,7 % vs 59,6 % p<0,01). La tasa global de recaída en los pacientes que tuvieron VDRL control fue de 19 %, con una diferencia significativa en los HIV positivos (20,7 % vs 11,1 % p = 0,02) y en los mayores de 35 años (23,1 % vs 14,2 % p<0,01). No hubo diferencias por género en la tasa de control ni recaída. La mediana de tiempo entre el primer episodio de sífilis y la recaída fue de 506 días (RIC 363-658). Entre los individuos HIV positivos, hubo mayor tasa de recaída en aquellos que se encontraban en supresión virológica al momento del primer episodio (27,3 % vs 12,9 % p<0,01).
Conclusiones: En la población estudiada se observa mayor tasa de reinfección en pacientes HIV positivos y en mayores de 35 años. Entre los individuos HIV positivos, quienes están en supresión virológica presentan tasas más altas de recaída, por lo que podría postularse que la supresión virológica se asocia a menor uso de métodos de barrera en las relaciones sexuales. Dado que el mayor seguimiento a pacientes HIV positivos podría constituir un factor confundidor que sobreestime las recaídas, se necesitan más estudios para definir con mayor certeza la tasa de recaída en los pacientes HIV negativos.

PD028 INCLUSIÓN DEL TEST RÁPIDO (TR) PARA VIH EN ESPACIO PÚBLICO COMO PARTE DE LA ESTRATEGIA PROVINCIAL DE ACCESO AL DIAGNÓSTICO (D).

C Pellon y Maison, V Molfese, A Arévalo, L Betti, D Carrio, F Bascaran, M Moyano, A Duran
Dirección Provincial de VIH/ITS/Hepatiis Virales, Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Dentro de los lineamientos de la Dirección Provincial de Sida, el acceso al diagnóstico de VIH fue prioritario en 2016, implementando estrategias que acerquen el test a las personas. Se crearon nuevos centros de testeo (TS) fijos, que incorporaron el nuevo algoritmo diagnóstico que incluye el uso del TR en el tamizaje y la Carga viral (CV) en la confirmación. Además, se realizaron campañas en el espacio público(EP) como refuerzo de los mismos.
Objetivo: Analizar los resultados alcanzados en la implementación de las campañas de TS para VIH en espacios públicos como parte de la estrategia de acceso al diagnóstico.
Material y métodos: se crearon 20 centros de TS en el periodo 2016 -2017 y se implementaron estrategias específicas para ofrecer el TR en el EP. En Junio de 2016 se realizó la primera campaña en el contexto del programa "el Estado en tu barrio". Además, en el marco de los eventos por el día del test de VIH y el Día Mundial del Sida, se ofreció el Test en el tráiler sanitario del Ministerio de Salud, hospitales y centros del primer nivel de atención. Siete municipios participaron de esta estrategia: Berisso, La Plata, Vte Lopez, Florencio Varela, Tres de Febrero, Quilmes y La Matanza.La modalidad consistió en ofrecer el TR para VIH en forma gratuita, voluntaria y confidencial, una entrevista pretest -que incluye el consentimiento informado- y una entrevista post test con encuesta de aceptabilidad. Las personas con resultado positivo preliminar fueron derivadas al hospital de referencia del municipio con horarios determinados y sin turno previo para la confirmación diagnóstica con CV.
Resultados: Se testearon 890 personas, 552 mujeres y 338 hombres. El 72 % nunca se había realizado el test y del 28 % restante, la mayoría fueron mujeres. Se detectaron 9 personas positivas con una prevalencia global de 1,02 %. La prevalencia en la población HSH fue de 2.81 %, mujeres 0.72 % y hombres heterosexuales 1.13 %. El 60 % de la población testeada refirió acercarse porque "pasaba por el lugar" y un 22 % se enteró mediante folletería.
Del total de encuestas de aceptabilidad realizadas, un 37,5 % refirió que en la instancia de pretest obtuvo poca información sobre ITS. Por otro lado, el 52 % dijo "a veces" usar preservativo.
Conclusiones: La respuesta de la población a la convocatoria fue satisfactoria, ya que permitió el acceso al TS de VIH a personas que habitualmente no acceden al sistema de salud. El alto porcentaje de personas que habían accedido al TR por primera vez, y lo realizaron en esta instancia porque "pasaban por el lugar", señala la importancia de sostener el TS en el tráiler sanitario como una herramienta necesaria y complementaria a los centros fijos. Los resultados de la encuesta de aceptabilidad indicó la necesidad de reforzar el asesoramiento sobre ITS y uso del preservativo en el pre y post test. Del análisis de dichos resultados se reconoció la necesidad de confeccionar materiales gráficos para el acompañamiento de la información brindada durante el pre y postest.

PD029 CORRELACIÓN DE MÉTODOS DIAGNÓSTICOS NO INVASIVOS DE FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES COINFECTADOS POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA Y EL VIRUS DE HEPATITIS C.

G Poblete[1], A Martinez[1], S Pérez Lloret[2], A Sisto[1], MJ Rolón[1], H Pérez[1], N Laufer[1]
[1] Hospital Fernández, Argentina. [2] Fundación Huésped, Argentina.

Introducción: Los antivirales de acción directa contra VHC presentan tasas de cura >90 %, pero su alto costo limita el acceso universal. Por ello, la evaluación precisa del daño hepático es imprescindible para determinar la prioridad de inicio de tratamiento. La biopsia hepática es considerada el estándar de oro. Sin embargo, la morbilidad, demora del resultado, discordancia diagnóstica y costo, han motivado el desarrollo de varios modelos no invasivos. Los más utilizados son los índices APRI, FIB-4 y la medición de rigidez hepática por elastografía de transición (ET; por ejemplo FibroScan). Ambos índices no patentados, sin costo adicional, ya que los parámetros para calcularlos (edad, AST, ALT, plaquetas) se incluyen en los estándares de evaluación, con alta reproducibilidad y acceso. Sin embargo, la ET representa un costo adicional y se encuentra restringido en nuestro país a un número limitado de centros.
Objetivo: Determinar la correlación entre los índices APRI, FIB-4, y la ET para determinar el nivel de fibrosis hepática en pacientes coinfectados por VIH/VHC.
Materiales y métodos: Estudio de corte transversal retrospectivo, período enero 2012-septiembre 2015. Mediante el término "HCV" se realizó la búsqueda en la base de datos de historias clínicas electrónicas de pacientes adultos de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires, con acceso a ET desde 2011. Se incluyeron 755 historias clínicas: 710 presentaban coinfección VIH/VHC, sólo 78 presentaban los datos para calcular APRI, FIB-4 y ET en forma concomitante, 23 fueron excluidos (17 por uso de ddI/d4T, 3 VHB, 2 consumo de alcohol y 1 por infección oportunista en curso). Fueron incluidos en el análisis 55 pacientes. El índice APRI se calculó según la fórmula: AST(/valor límite normal)x100/plaquetas(109/L) y el índice FIB-4: edad x AST/(plaquetas(109/L) x √ALT), utilizando calculadores automáticos. Puntos de corte reportados en la literatura para fibrosis significativa (F≥2): APRI >1.50 E 96 %, AUC 0.71 y FIB-4 >3.25 E 97 %, AUC 0.76.
Resultados: De los 55 pacientes incluidos en el análisis, 65 % fueron del sexo masculino, con una media de edad de 44.8 + 7.4 años. Vías de transmisión: 49 % uso de drogas endovenosas, 27.4 % sexual, 21.8 % desconocida y 1.8 % vertical. El 96 % recibían tratamiento antirretroviral, 87 % con carga viral VIH indetectable y una media de CD4 = 591+300.6; 52 % naïve de tratamiento para VHC. El 91 % genotipo 1. Estadificación por ET (METAVIR): 38 (69 %) F0-F1, 3 (5.5 %) F2; 3 (5.5 %) F3 y 11 (20 %) F4. Se calcularon los puntos de corte para determinar fibrosis significativa para APRI: 0.6429 con S 82.4 % y E 76.3 %, AUC 0.814 (IC 95 % 0.687-0.942) y para FIB-4: 1.6262 con S 82.4 % y E 78.9 %, AUC 0.873 (IC 95 % 0.767-0.980).
Conclusiones: Pudimos establecer una correlación entre los índices APRI, FIB-4 y la ET. El FIB-4 se comportó mejor como marcador de fibrosis hepática versus APRI. Los puntos de corte fueron diferentes a los reportados en la literatura, por ello es importante disponer de datos locales para determinar con la mayor precisión posible el nivel de fibrosis hepática con métodos no invasivos, de fácil acceso y bajo costo.

5 - Vacunas e infecciones pediátricas y perinatales

PD030 EL RINOVIRUS EN LA INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA: ESTUDIO DE CARACTERIZACIÓN MOLECULAR EN UNA POBLACIÓN INFANTIL HOSPITALIZADA EN SANTA FE

G Kusznierz[1], J Rudi[1], V Vera Garate[1], S Mirazo[2], J Arbiza[2], F Molina[3], R Díaz[3], V Bonet[3], L Ortellao[4], D Cantarutti[4], J Pierini[4], R Cociglio[3]

[1] Instituto Nacional de Emfermedades Respiratorias E Coni, Argentina. [2] Sección Virología, Facultad de Ciencias, Universidad de la República,, Uruguay. [3] Hospital de Niños O. Alassia, Argentina. [4] Hospital J.B iturraspe, Argentina.

Introducción: Los rinovirus humanos (HRVs), pertenecientes a la familia Picornaviridae, son patógenos causantes de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. Se clasifican en tres especies, HRV-A, HRV-B y HRV-C, y en más de 100 genotipos que presentan una elevada diversidad genética.
Objetivo: Caracterizar la diversidad de especies y genotipos de HRVs circulantes en la ciudad de Santa Fe, durante 2010-2011.
Materiales y Métodos: Se estudiaron HRVs detectados mediante RT-PCR en aspirados nasofaríngeos de pacientes menores de 15 años, internados en hospitales de Santa Fe con infección respiratoria aguda. La tipificación se basó en la amplificación de un fragmento de 542 pb por RT-PCR, conteniendo las regiones VP4/VP2, y en la secuenciación en ambas direcciones. La determinación de las especies se efectúo comparando las secuencias con otras depositadas en NCBI GenBank. Las reconstrucciones filogenéticas se realizaron por el método de Maximum likelihood.
Resultados: El porcentaje de positividad del HRV durante el período estudiado fue del 38 % (172 muestras). Se utilizaron 52 muestras para el análisis filogenético: 34 (65.4 %) fueron incluidas dentro de la especie HRV-A, 7 (13.5 %) pertenecieron a la especie HRV-B, y 11 (21.1 %) fueron clasificadas como HRV-C. Se identificaron 28 genotipos diferentes: 18 en la especie HRV-A, 4 en HRV-B y 6 en HRV-C.
Conclusiones: Las tres especies de HRVs, con una elevada diversidad de genotipos, circularon en niños hospitalizados con infección respiratoria aguda, durante 2010-2011 en la ciudad de Santa Fe. Se observó una predominancia de la especie HRV-A.

PD031 EFECTIVIDAD DE VACUNA DTPA EN EL EMBARAZO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL

A Rearte[1], MA Cepeda[1], N Parisi[1], A Ance[1], A Guarino Barrutia[1], S Farias[1], L Merino[1], L Morvay[1], D Rodriguez[1], S Lavallen[2], M Zotta[2], R Garcia[1], V Azqueta[1], G Loizaga[1]

[1] hospital materno infantil de mar del plata, Argentina. [2] instituto nacional de epidemiologia, Argentina.

Introducción: La enfermedad por coqueluche es una problemática de salud en países en desarrollo. En 2011 en Argentina se registro un aumento de casos con mayor carga de enfermedad y mortalidad en menores de 6 meses. A partir de 2012 se incorporo la vacunación con vacuna dTpa a todas las embarazadas a partir de las 20 semanas de gestación para disminuir la morbimortalidad en menores de 6 meses.
Objetivos: Evaluar efectividad de la vacuna dTpa aplicada en el embarazo en niños menores de 6 meses.
Materiales y métodos: Se realizo un estudio de casos y controles con datos de vigilancia epidemiológica hospitalaria activa, en niños menores de 6 meses internados en un hospital pediátrico, 2015-2016. Se incluyeron 50 pacientes notificados como sospecha de síndrome coqueluchoide y se consideró casos a aquellos con RT PCR positiva y controles a aquellos con RT PCR negativa. Se evaluó asociación entre vacunación materna y confirmación de coqueluche por laboratorio por medio de regresión logística. Se considero vacunación materna adecuada si recibió la vacuna por lo menos 14 días antes del inicio de síntomas. Se considero efectividad de vacuna a (1-OR)*100.
Resultados: En 2015-2016 se notificaron 86 casos sospechosos de coqueluche, de los cuales 16 se confirmaron por laboratorio (18,6 %). El promedio de edad fue de 2 meses (DS 1,5) y el 52 % (IC95 % 37,4-66,3) fue de sexo femenino. En el marco de la vigilancia se seleccionaron para este estudio 10 casos y 40 controles. El porcentaje de madres vacunadas con vacuna dTpa durante el embarazo fue del 70 % para los controles, mientras que en los casos, solo 2 de las 10 madres se aplicaron la vacuna. La efectividad de la vacuna ajustada por sexo, edad y resultado del virológico fue del 90 % (IC95 %: 40 %-98 %) p0.006. Se realizo aspirado nasofaríngeo para búsqueda de virus respiratorio en 44 pacientes. El 40 % de los controles tuvo resultado positivo para algún tipo de virus respiratorio. Tabla 1.

Tabla 1: resultados del aspirado nasofaríngeo según caso o control. N = 44

Resultado aspirado nasofaringeo	Casos	Controles
Negativo	21	8
V. Sincicial Respiratorio	12	0
V. Influenza A H1N1	1	0
V. Influenz B	0	1
V. Metaneumovirus + V. Parainfluenza 3	1	0
Total	35	9

Conclusión: La vacuna de coqueluche aplicada en el embarazo resulto efectiva para prevención de coqueluche en menores de 6 meses. Los virus respiratorios son causantes también de síndrome coqueluchoide.

PD032 INCIDENCIA Y PREVALENCIA DE VERRUGAS GENITALES EN ARGENTINA: RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL.

S Tatti[1], ME Perez Carrega[2], E Bissio[2], JL Montes[2], HA Monsanto[5], M Cashat[3], BR Lindsay[6]

[1] Jefe de departamento de Ginecología del Hospital de Clínicas José de San Martin, Argentina. [2] MSD Argentina, Argentina. [3] Latin America Vaccines Global Medical Affairs, MSD, México. [5] Latin America Health Outcomes Research, Merck Sharp & Dohme (I.A.) LLC, Puerto Rico. [6] Center for Observational and Real-World Evidence, Merck & Co., Inc., Estados Unidos.

Objetivo: Las verrugas genitales (VG) son lesiones en piel o mucosas causadas por el virus de papiloma humano (VPH). El objetivo de este estudio es estimar la incidencia y prevalencia de las VG en Argentina así como examinar los patrones de derivación a otros médicos y la identificación de patrones de utilización de recursos asociados con el tratamiento.
Métodos: Estudio descriptivo, observacional, multicéntrico. Participación de 100 médicos del sector público y privado de clínica médica, ginecología, urología, dermatología, infectología y proctología. Durante 10 días de asistencia consecutivos, se completó una encuesta de cada paciente evaluado de 18-60 años con datos demográficos, diagnóstico de VG y factores de riesgo.
Resultados: Se presentan resultados preliminares del análisis interino del estudio de 45 médicos. La mayoría de los médicos participantes fueron ginecólogos, 53.3 % son hombres y 80 %

trabaja en sector privado. Se evaluaron 6,920 pacientes (promedio 154 pacientes por médico). Edad promedio de pacientes 37.6 años y 76 % eran mujeres. 350 diagnósticos de VG nuevas o existentes con una prevalencia de 5.1 % (95 %CI = 4.548 % - 5.582 %). Mayoría de VG eran casos nuevos (58.5 %). El 46 % de las VG fueron reportadas por Ginecología, seguido por urología con 32 % (109/340)). Las verrugas recurrentes son primordialmente manejadas por urólogos (50.5 %) e infectólogos (28.6). La incidencia estimada durante un período de 10 días fue de 294 VG nuevas por cada 10,000 pacientes (95 %CI = 254 – 335/10,000 pacientes). La prevalencia e incidencia de VG varía según especialidad. La mayoría de los médicos refirieron que la consulta por VG fue directa y los derivados han sido referidos por refractariedad al tratamiento.
Conclusiones: Se evidenció una alta incidencia y prevalencia de VG en la consulta médica diaria en Argentina demostrando una morbilidad significativa en su población. Este estudio puede colaborar en un mayor conocimiento acerca de la carga de enfermedad de VG en Argentina.

PD033 ANTECEDENTES VACUNALES EN LOS ESTUDIANTES DE PRIMER AÑO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

JP Stagnaro, SE González Ayala.
Cátedra Infectología, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional La Plata., Argentina.

Introducción: El cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en los estudiantes de ciencias médicas es un pilar fundamental para la prevención individual, de los pacientes asistidos y la comunidad (interrumpir la cadena de transmisión). En la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata diferentes resoluciones (117/1998, 59/2001 y 169/2001) establecieron la obligatoriedad del cumplimiento del Calendario Nacional equiparado al vigente para el equipo de salud.
Objetivo: Evaluar la situación de vacunación de los estudiantes de primer año en 2016.
Metodología: Estudio prospectivo, observacional, directo de 1.103 estudiantes, grupo edad 17-40 años, del primer año de la Facultad de Ciencias Médicas quienes consultaron para obtener la certificación de cumplimiento del Calendario (dos dosis de vacuna con componente antisarampionoso-rubéola después del año de edad [triple/doble viral], tres/cuatro dosis de vacuna hepatitis B [esquema clásico/acelerado], dT/dTpa, influenza anual).
Resultados: Los estudiantes evaluados son una muestra no probabilística, según consulta cronológica (38,6 %); el 75,2 % mujeres (n = 830). El 58,1 % (641/1.103) presentó el Calendario de vacunación completo en la primera consulta y el 17,9 % (n = 198) lo completó en la segunda. De éstos, 17,9 % (n = 338) tenía una o más vacunas no incluidas. Se registraron 27 combinaciones con vacunas no incluidas en el Calendario. Sólo un estudiante presentó el Calendario mínimo (sin vacunación con componente parotiditis) y se indicó una dosis de vacuna triple viral. Entre aquéllos con el Calendario vacunal completo, de las vacunas no incluidas, la de Hepatitis A fue la más utilizada, 39,8 % (n = 334), seguida de las meningocócicas (AC, BC, C conjugada, ACWY), 15,1 % (n = 127), varicela, 13,0 % (n = 109), de virus Papiloma Humano bi y tetravalente en mujeres,12,2 % (n = 101) y triple bacteriana con componente Pertussis acelular, 2,6 % (n = 22). La vacuna contra la fiebre amarilla fue administrada al 3 % (n = 25) por viaje a área de riesgo. El 2,7 % (n = 23) de los jóvenes recibió la vacuna neumocócica polisacárida 23 valente; tres pertenecían a grupo de riesgo; y, el 1,1 % (n = 9) fue vacunado con vacuna neumocócica conjugada 7V/13V.
Comentario. La cobertura es menor a la observada en otras cohortes de ingresantes pero, el uso de vacunas no incluidas en el Calendario es la más alta registrada. Esto último podría estar marcando un cambio en la actitud tanto del profesional como de la familia. Es muy preocupante que el 41,9 % (462/1.103) de los estudiantes tenga calendario incompleto a pesar del nivel educativo, la difusión de la normativa y el conocimiento que la falta de cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación inhabilita para la inscripción a las asignaturas y rendir exámenes finales. En ocasiones completar el Calendario Nacional de Vacunación es dificultoso, aún con la prescripción, por desinformación del personal en el puesto de vacunación, horario de atención restringido y/o la carencia transitoria del insumo (vacunas hepatitis B, triple/doble viral). La preocupación se basa en la falta de comprensión/compromiso para el cuidado de su salud y el riesgo para la comunidad.

PD034 EVALUACIÓN DEL PERFIL DE SEGURIDAD DE LA VACUNA CONTRA ROTAVIRUS, A DOS AÑOS DE SU INTRODUCCIÓN AL CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN (CNV)

S Neyro, D Stecher, C Rancaño, C Biscayart, MV Juárez, N Katz, M Pasinovich, M López Yúnes, A Aquino, SV Devoto
Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Introducción: En el año 2015, Argentina introdujo la vacuna contra rotavirus (VR) al CNV con el objetivo de reducir la diarrea aguda severa y su letalidad. Esta estrategia se implementó con un esquema de 2 dosis (2 y 4 meses). La edad máxima para la primera dosis fue de 14,6 semanas y 24 semanas para la segunda. El sistema de vigilancia de los eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización (ESAVI) es pasivo en nuestro país. La Comisión Nacional de Seguridad de las Vacunas, un comité consultivo independiente, ayuda en el análisis de los casos.
Objetivo: Evaluar el perfil de seguridad de la VR en Argentina a 2 años de su introducción al CNV.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de ESAVI asociados con VR en el período 2015-2016. Los ESAVIs notificados se analizaron y clasificaron de acuerdo con la clasificación de la OMS de 2012. Las tasas (T) se calcularon por 100.000 dosis aplicadas.
Resultados: Durante 2015-2016 se aplicaron 2.267.447 dosis de VR (1.252.645 1ª dosis, 1.014.802 2ª dosis), la cobertura nacional de vacunación fue de 83,3 %, 84 % y 60,9 %, 74,7 % para las 1ª y 2ª dosis, respectivamente cada año. Se notificaron 92 ESAVI (T = 4): 1ª dosis 71, 2ª dosis 19, 3º dosis 2 [error programático]. El 65,2 % de las notificaciones correspondió a errores programáticos (T = 2,64) y, de éstos, en el 80 % (48/60) se trató de esquemas aplicados fuera de la edad recomendada. 13 eventos relacionados con la vacuna se clasificaron como leves o moderados (T = 0,57) y 6 eventos se clasificaron como casos graves relacionados con la vacuna (T = 0,26) (2 casos de invaginación después de la primera dosis con resolución quirúrgica, 2 después de la segunda dosis de resolución no quirúrgica; 1 íleo intestinal y 1 anafilaxia). Dos casos de invaginación se clasificaron como eventos coincidentes. No se informaron ni complicaciones ni muertes.
Conclusión: VR muestra un perfil de seguridad adecuado. La mayoría de los ESAVIs fueron errores programáticos, para lo cual es necesario fortalecer la capacitación del personal periódicamente. Es esencial promover la notificación de ESAVIs para tomar decisiones basadas en evidencia y difundir los resultados para mantener la confianza en las estrategias de vacunación.

PD035 INFECCIONES PERINATALES: IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA ACTIVA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

P Angeleri, G López, D Basadoni, S Gonzalez, M Panzitta.
Hospital General de Agudos P. Piñero, Argentina.

Introducción: Las infecciones perinatales siguen representando un problema de salud pública que requieren de intervenciones específicas como medida de prevención de las mismas.
El acceso oportuno a los servicios de salud permite además una adecuada atención del embarazo al tiempo que posibilita el diagnóstico oportuno de muchas de estas infecciones así como la aplicación de tratamientos que disminuyen el impacto en el RN.
Objetivo general: Evaluar el impacto en la implementación de un cambio de estrategia de vigilancia en el diagnóstico y seguimiento de las infecciones perinatales.
Materiales y métodos: Estudio de relevamiento en 2 etapas: • 1° etapa – Relevamiento retrospectivo 2012-2013. • 2° etapa – Implementación de la vigilancia diaria activa 2014-2016 y fortalecimiento de las articulación de equipos. Variables: nacionalidad, lugar de residencia, nivel de instrucción, nº de controles prenatales, tipo de parto, sexo del RN, hallazgos clínicos, datos relacionados con el diagnóstico del recién nacido para su seguimiento: VDRL, parasitemias, PCR VIH1, serologías. Se definieron 3 indicadores para reflejar la captación oportuna de casos: a menor %, mayor captura. a) El % de RN expuestos a sífilis con diagnóstico final. b) El % de RN expuestos a Chagas con resultado de la 1° parasitemia. c) El % de RN expuestos a VIH con resultado de la 1° PCR para VIH1 Se confeccionó una base de datos en Epi Info 7. Se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para la descripción de los eventos.
Resultados: Durante el periodo 2012-2013 la proporción de partos relevados osciló entre el 2,4-8,5 % mientras que entre 2014-2016 fue del 6,9-7,2 %. La media de edad de la madre fue de 27 años (rango 15-44). La distribución según nacionalidad más frecuente fue: boliviana 46,4 %, argentina 29,6 %, paraguaya 16,6 % residiendo el 77 % del total de las pacientes asistidas

en la CABA. El 85 % de las pacientes contaban con nivel de instrucción secundario incompleto o menos. El lugar de control prenatal fue en el mismo hospital donde fue el parto en el 37,6 % mientras que el 48,2 % realizó los controles en los CeSACs del área programática. Los indicadores seleccionados presentaron un marcado descenso en el 2° periodo respecto del 1° como reflejo de las actividades desarrolladas: 1° indicador: 47 % vs. 2 %; 2° indicador: 3,1 % vs 1,4 %; 3° indicador: 100 % vs. 2,1 %.
Conclusiones: Las estrategias de vigilancia pasivas actualmente dificultan la implementación de intervenciones oportunas en la gestante y el completo seguimiento de los niños expuestos en detrimento de lograr un conocimiento acabado del verdadero impacto de las mismas en nuestra población. La atención de la salud del binomio madre-hijo requiere de la intervención de varios integrantes del equipo de salud a lo largo del embarazo, parto y puerperio por lo que para reconocer y actuar oportunamente se pretende de un trabajo articulado entre ellos que no siempre ocurre. Mejorar el acceso al diagnóstico y seguimiento en ámbitos de gran vulnerabilidad es una tarea del Estado que es posible alcanzarla a través de la implementación de la vigilancia activa a nivel hospitalario.

PD036 DESAFÍOS EN EL ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TOXOPLASMOSIS PERINATAL EN NUESTRO MEDIO

F Garcia, E Sturba, C Raniero, L Strada
Centro de Estudios Infectologicos, Argentina.

Introducción: La solicitud de serología para toxoplasmosis es frecuente en la embarazada (E) en nuestro medio. Los resultados positivos de IgM generan mucha preocupación en los pacientes y en el equipo tratante. Para poder determinar si la infección es aguda se solicitan estudios complementarios excesivos e innecesarios.
Objetivo: Describir la experiencia en la evaluación de E derivadas para interpretación de serologías positivas para toxoplasmosis en un centro infectológico de referencia.
Material y Métodos: Evaluación longitudinal prospectiva de consultas recibidas desde 2013 a 2017 en un centro infectológico ambulatorio de CABA. Se registró en ficha modelo: edad de la paciente, gesta y para, fecha de última menstruación, antecedentes de serologias previas, fecha del 1er estudio de IgG positivo, estudios posteriores que traía a la consulta. También se consideró especialista derivante, resultados ecográficos, manifestaciones clínicas y medicación indicada. Las conductas infectológicas recomendadas por el centro de referencia fueron registradas. En cada caso se concluyó infección pasada, aguda o indeterminada. Se incluyó evaluación de los recién nacidos (RNs).
Resultados: Se analizaron 100 consultas de E. La edad media de las pacientes fue 32 años, 60 % G1P0, con 1er estudio positivo realizado en el 1er trimestre en el 60 % de los casos. El 60 % de las E tenìan estudios serològicos previos pata toxoplasmosis. Cuatro fue el número promedio de estudios diagnósticos realizados al llegar a la consulta infectológica. El 70 % de las E fueron derivadas por obstetra de cabecera. En todos los casos debieron repetirse en el centro de referencia los estudios diagnósticos: los estudios de IgG pareadas por inmunofluorescencia indirecta y el test de avidez fueron los más útiles para definir el diagnóstico final. Un tercio de las E estaban medicadas con antiparasitarios al llegar a la consulta. En las embarazadas con diagnóstico de infección aguda, que accedieron, se realizó estudio de L.amniòtico, resultando positivo en el 50 %. El diagnóstico final fue de Infección pasada en 85, indefinida en 5 y aguda en 10. Se detectó 1 E con S.mononucleosìco, 1 caso de hidrocefalia congénita y 1 muerte fetal intraùtero. Los tratamientos indicados fueron espiramicina y pirimetamina-sulfametoxazol (con PCR ADN (+) en L amniótico diagnóstico confirmado en 3er T temprano). Los RNs de madres con infección aguda mostraron corioretinitis en 6 casos, calcificaciones cerebrales en 4 casos; recibieron 12 meses de tratamiento antiparasitario y tuvieron seguimineto por equipo interdisciplinario.
Conclusiones: La solicitud de serología para toxoplasmosis en E sin antecedentes de estudios previos resulta un desafío de alto costo para la E y el equipo tratante. El 100 % de las E requirieron repeticiòn de estudios diagnósticos y en un alto nùmero se confirmò diagnòstiico de infección previa. Los RNs de E con infección indeterminada y aguda tuvieron evaluaciòn precoz por el mismo equipo; iniando tartamiento integral precoz.

6 - Inmunocomprometidos no HIV y trasplante

PD037 AISLAMIENTOS PRODUCTORES DE B-LACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO Y CARBAPENEMASA RECUPERADOS DE BACTERIEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TRASPLANTE DE CELULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS: RESULTADOS DEL PRIMER ESTUDIO MULTICEÉNTRICO EN ARGENTINA

F Pasteran[1], A Carena[2], M Rapoport[1], D Faccone[1], MS Zarate[2], M Giovanakis[3], R Padlog[4], G Greco[5], MC Garcia Damiano[6], M Vilaro[7], ML Chaves[8], M Bronzi[9], S Valle[10], F Herrera[2], A Corso[1]

[1] Laboratorio Nacional de Referencia en Antimicrobianos, INEI-ANLIS Dr. Carlos Malbran, Argentina. [2] Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas, CEMIC, Argentina. [3] Hospital Britanico, Argentina. [4] HIGA San Martin, La Plata, Argentina. [5] Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina. [6] FUNDALEU, Argentina. [7] Hospital Privado Centro Medico de Cordoba, Argentina. [8] Hospital Municipal de Oncologia Marie Curie, Argentina. [9] Instituto de Oncologia Angel H. Roffo, Argentina. [10] Instituto Alexander Fleming, Argentina.

Las características clínicas y microbiológicas de la bacteriemia en pacientes con cáncer y trasplante de células madre hematopoyéticas (TCMH) pueden ser diferentes dependiendo del sitio de inicio y adquisición de la infección.
Objetivo: caracterizar Enterobacteriaceae (ENT), *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) y *Acinetobacter* spp. (ACI) productores de ß-lactamasa de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas aislados de episodios de bacteremia en pacientes adultos con cáncer y TCMH.
Materiales y métodos: estudio prospectivo, multicéntrico. Se incluyeron episodios de bacteremia en pacientes adultos con cáncer y TCMH de 10 Centros de Argentina (mayo 2014 a julio 2016). El perfil de sensibilidad se determinó de acuerdo con CLSI. Una muestra representativa de cepas con no-sensibilidad a cefalosporinas de espectro extendido (CEE) y/o carbapenemes se remitieron al LNR para la caracterización molecular (PCR) de genes codificantes para ß-lactamasas. La identificación bacteriana se confirmó con MALDI-TOF (Bruker). El gen pilV se evaluó por PCR como un marcador subrogado de K. pneumoniae (KPN) perteneciente al ST258 y se confirmó mediante Xba-PFGE. El gen mcr-1 (resistencia transferible a polimixinas) se evaluó por PCR.
Resultados: de 585 episodios de bacteriemia incluidos, 185 se debieron a bacilos gram negativos multirresistentes, siendo los más frecuentes las ENT productoras de BLEE (44 %), seguidas de ENT productoras de carbapenemasa (18 %), PAE multirresistente (11 %) y ACI multirresistente (10 %). Se seleccionaron 63 aislamientos para caracterización molecular: 44 KPN, 7 E. coli (ECO), 2 E. cloacae (ECL), 6 PAE y 4 ACI. 34/53 ENT presentaron resistencia a carbapenemes y fueron confirmadas como: 22/34 KPC (20 KPN, 1 ECO, 1 ECL, de 8/10 Centros), 11/34 OXA-48-like (KPN, 4/10 Centros) y 1/34 ECO productor dual de KPC+OXA-48-like. Todas las OXA-48-like fueron confirmadas como OXA-163. En 6/11 productores de OXA-163, se co-detectó BLEE. Las 20/20 KPN KPC+ pertenecieron a 15 tipos clonales, no relacionados con el ST258. 4/53 ENT fueron resistentes a colistina (KPN KPC) pero resultaron negativos para mcr-1. Unas 19/53 ENT fueron resistentes a CEE (13 KPN, 5 ECO, 1 ECL) y se confirmaron como: 17/19 productores BLEE y 2/19 (ECO) presentaron AmpC-plasmídico (DHA-1). Las BLEEs se caracterizaron como: 11/17 CTXM-1/15 (8 KPN, 2 ECO, 1 ECL), 1/17 CTXM-2 (ECO), 1/17 CTXM-14 (ECO), 2/17 sin grupo asignado de CTXM (ECO, KPN), 2/17 SHV-like (KPN). Las 6/6 PAE fueron confirmadas como productores de carbapenemasa: 4/6 KPC (1 Centro) y 2/6 VIM (2 Centros). Los 4/4 ACI fueron productores de carbapenemasa (OXA-23, 2 Centros).
Conclusiones: la carbapenemasa más frecuente en esta población fue KPC, diseminada por múltiples clones de KPN no perteneciente al ST258. Un tercio de los productores de carbapenemasa correspondió al grupo OXA-48, prevalencia significativamente mayor que la observada en población general de pacientes internados, cuya proporción relativa de KPC/OXA-48 es 32:1 (p <0.05). La BLEE más frecuente en esta población fue CTXM-1/15, en concordancia con la población general. Estos hallazgos deberían tenerse en consideración a la hora de elegir el tratamiento empírico.

PD038 ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS PARA PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS CON INFILTRADOS PULMONARES: COMPARACIÓN ENTRE REALIZACIÓN DE LAVADO BRONCOALVEOLAR Y MÉTODOS NO INVASIVOS

D Torres[1], M Jorge[1], J Chevel Mejía[1], S Zerboni[1], P Bonvehí[1], E Temporiti[1], P Rodriguez[2], A Languasco[3], M Relloso[4], C Videla[5], M Zárate[4], F Herrera[1]

[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Sección Neumonología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [3] Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [4] Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, Argentina. [5] Laboratorio de Virología, CEMIC, Argentina.

Introducción: El diagnóstico etiológico de infiltrados pulmonares (IP) en pacientes oncohematológicos (OH) mediante lavado broncoalveolar (LBA) no siempre se puede realizar y el rendimiento es variable, utilizándose frecuentemente métodos no invasivos (MNI).
Objetivos: Describir y comparar en pacientes OH o con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) e IP las características clínicas, el rendimiento diagnóstico y la evolución según el empleo de MNI o LBA.
Material y Métodos: Estudio prospectivo, observacional. Se incluyeron episodios de IP en adultos OH o TCPH internados en nuestra institución entre 2011 y 2016. Según la estrategia diagnóstica se dividieron en: Grupo 1 (G1) MNI y Grupo 2 (G2) LBA y MNI. Los MNI fueron: hemocultivos (HC), cultivo de esputo (CE), antígeno urinario de S. pneumoniae (AUSP), hisopado nasofaríngeo (HNF) para virus respiratorios y galactomanano sérico (GM). Se compararon variables clínicas, diagnósticas y evolución. Análisis estadístico con SPSS23.: Chi2 o test de Fisher para variables categóricas y test de Student o U de Mann-Withney para variables continuas.
Resultados: Se incluyeron 144 episodios de IP: G1 78 (54 %) y G2 66 (46 %). La enfermedad de base más frecuente fue leucemia (45 % vs 67 % %, p = 0.009). Se encontraban neutropénicos 61.5 % vs 50 %, p = 0.16. Recibieron TCPH 46.2 % vs 42.4 %, p = 0.65 (alogénicos 36 % vs 64 %, p = 0.02). Recibían profilaxis antibiótica 22 % vs 18 %, p = 0.53 y antifúngica 37 % vs 39 %, p = 0.78. La presentación clínica fue similar: fiebre (94 % vs 88 %, p = 0.25), taquipnea (46 % vs 36 %, p = 0.18), hipoxemia (SO2 < 92 %) (26 % vs 27 %, p = 0.8) y disnea (49 % vs 42 %, p = 0.45). La mediana del score APACHE II fue 8 (0-25) vs 6 (0-28), p = 0.3.
Se realizó TC de tórax en 96 % vs 100 %, p = 0.1. El patrón nodular y el signo del halo fueron más frecuentes en G2 (19 % vs 53 %, p<0.001 y 0 % vs 10 %, p = 0.004, respectivamente). Se realizaron HC en todos, siendo positivos en 14 % vs 11 %, p = 0.61. Tanto la realización como el resultado positivo de AUSP, CE y GM fue semejante en ambos grupos. Se hizo HNF en 80 % vs 62 %, siendo positivo en 39 % vs 17 %, p = 0.02.
El 83 % de los pacientes del G2 habían iniciado un tratamiento empírico previo al LBA. Se arribó a un diagnóstico etiológico en 60 % vs 67 %, p = 0.42; siendo infección documentada en 49 % vs 51.5 %, p = 0.73. Hubo mayor diagnóstico de infección fúngica y mixta en G2 (4 % vs 15 %, p = 0.02 y 6 % vs 18 %, p = 0.03, respectivamente), sin diferencias en infección bacteriana (17 % vs 27 %, p = 0.15) ni viral (32 % vs 24 %, p = 0.3). Sin embargo, en G2 el LBA permitió llegar a un diagnóstico etiológico en 73 % de los que tenían MNI negativos.
Requirieron cuidados intensivos 15 % vs 29 %, p = 0.51. La mortalidad relacionada al final del episodio fue similar (4 % vs 12 %, p = 0.11), así como a 30 días (10 % vs 21 %, p = 0.07).
Conclusiones: El LBA en pacientes OH y TCPH con IP, se realizó predominantemente en pacientes con leucemia y TCPH alogénicos con nódulos o signo del halo. Si bien no hubo diferencias en la evolución, el LBA permitió obtener más frecuentemente diagnóstico de infección fúngica o mixta y también establecer etiología en una alta proporción de los casos en donde los MNI no arrojaban resultados.

PD039 INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN TRASPLANTES ALOGÉNICOS DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS EN PERÍODO TEMPRANO SEGÚN EL TIPO DE TRASPLANTE

D Torres[1], S Zerboni[1], J Chevel Mejía[1], P Bonvehí[1], E Temporiti[1], M Relloso[2], L Riera[3], P Duarte[3], F Herrera[1]

[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, Argentina. [3] Sección Hematología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina.

Introducción: Los pacientes con trasplante alogénico de células progenitoras hematopoyéticas (TACPH) constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar infecciones fúngicas invasoras (IFI). Dicho riesgo podría verse incrementado en el subgrupo de TACPH con donantes alternativos.
Objetivos: Describir y comparar en pacientes con TACPH en período temprano la frecuencia y características de las IFI, profilaxis antifúngica (PAF) empleada y evolución de acuerdo al tipo de trasplante.
Material y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes con TACPH realizados en nuestra institución desde 1997 a 2016. Las IFI fueron definidas según criterios del EORTC/MSG 2008. Los pacientes fueron divididos según tipo de trasplante en 2 grupos: G1 TACPH convencionales y G2 de donante alternativo (no relacionados y haploidénticos). Se compararon entre ambos grupos características demográficas y basales, régimen de acondicionamiento, tipo de PAF utilizada, frecuencia y tipo de IFI y evolución. Análisis estadístico con SPSS 23: Chi2 o Test exacto de Fisher para variables categóricas y T de Student para continuas.
Resultados: Se incluyeron 115 TACPH. G1: 80 (69.6 %) y G2: 35 (30.4 %). G2 estaba constituido por: TACPH no relacionados 22 (63 %) y haploidénticos 13 (37 %). G2 incluyó pacientes de mayor edad (media G1 37.4 ± 11.8 años vs 42.02 ± 11.3, p = 0.05). Las enfermedades de base más frecuentes fueron las leucemias agudas (G1 45 % vs 62.2 %, p = 0.07), seguidas por los linfomas (G1 19 % vs 9 %, p = 0.27) y los síndromes mieloproliferativos crónicos (G1 16 % vs 14 %, p = 1). El régimen de acondicionamiento incluyó ciclofosfamida con más frecuencia en G1 (G1 64 % vs 18 %, p<0.001), mientras que en G2 se utilizó más melfalán/busulfán (G1 51 % vs 91 %, p<0.001), fludarabina (G1 40 % vs 89 %, p<0.001) y globulina antilinfocítica (G1 9 % vs 54 %, p<0.001). La duración media de la neutropenia fue similar (15,1 ± 11,05 días vs 16.6 ± 8.3, p = 0.45). Presentaron enfermedad injerto contra huésped aguda 40 (50 %) vs 18 (51.4 %), p = 0.88. Utilizaron PAF en G1 67 (83.8 %) vs G2 35 (100 %), p = 0.009. En G1 se utilizó más fluconazol (G1 48 % vs 20 %, p = 0.007), mientras que en G2 predominó el uso de voriconazol (G1 14 % vs 49 %, p<0.001), sin encontrarse diferencias con el resto de los antifúgicos. Tuvieron IFI en G1 12 (15 %) vs G2 5 (14.3 %), p = 0.92. De ellas fueron: probadas (G1 2.5 % vs 5.7 %, p = 0.58), probables (G1 2.5 % vs 2.9 %, p = 1) y posibles (G1 10 % vs 8.6 %, p = 1). Las IFI probadas incluyeron 3 candidemias (G1 1(1.3 %) vs G2 2 (5.7 %), p = 0.21) y 1 infección por *Trichoderma* spp en un paciente de G1. Las IFI probables fueron aspergilosis pulmonares (G1 2 (2.5 %) vs 1 (2.9 %), p = 1). La mortalidad relacionada (G1 3.8 % vs 0 %, p = 0.55) y global a 30 días (G1 12.5 % vs 22.9 %, p = 0.17) fue similar en ambos grupos.
Conclusiones: Las IFI en TACPH fueron similares entre los trasplantes convencionales y de donantes alternativos, a pesar de la mayor carga de inmunosupresión celular de estos últimos. Esto probablemente se deba al manejo individualizado de estos pacientes según la estratificación del riesgo para la elección de la PAF más acorde.

PD040 UTILIDAD DE LA BÚSQUEDA DE COLONIZACIÓN POR ORGANISMOS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

D Torres[1], S Zerboni[1], J Chevel Mejía[1], P Bonvehí[1], E Temporiti[1], J Nievas[2], J Smayevsky[2], F Herrera[1]

[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, CEMIC, Argentina.

Introducción: La búsqueda de colonización por organismos multirresistentes (OMR) por cultivo de hisopado rectal (CHR) en pacientes con trasplante de células progenitores hematopoyéticos (TCPH), podría ser una estrategia útil para predecir el riesgo subsecuente de infección.
Objetivos: Describir en pacientes con TCPH en período temprano la frecuencia de colonización e infección por el mismo fenotipo de OMR. Describir la utilidad del CHR para predecir el diagnóstico y dirigir el tratamiento.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se incluyeron pacientes con TCPH internados en nuestra institución entre enero de 2013 a diciembre de 2016. Se realizó CHR antes del ingreso y semanalmente hasta el alta durante la internación del TCPH. Se detectó la presencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (KPC, OXA, metalocarbapenamasas) y betalactamasas de espectro extendido (BLEE), *P. aeruginosa* multirresistente (PA-MR) y *Enterococcus* spp vancomicino-resistente (EVR) por cultivo en medios cromogénicos.
Se determinó la frecuencia de colonización y de infección global y por OMR, así como también la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo y negativo (VPP y VPN) del CHR. Análisis estadístico con SPSS23: porcentaje para variables categóricas y medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas. Análisis comparativo con Chi2 o Test Exacto de Fisher.
Resultados: Se incluyeron 125 pacientes. La mediana de edad fue 50 años (p25-75: 40-58). TCPH alogénicos 35 (28 %). Las enfermedades de base fueron: linfomas 41 %, mieloma múltiple 36 %, leucemias agudas 19 %, otros 5 %. Presentaron CHR inicial positivo 26 (21 %), 3 de los cuales tenían 2 OMR, siendo BLEE 21 (17 %), EVR 6 (5 %), KPC 2 (2 %). Adquirieron nuevas colonizaciones 46 (37 %), por lo que, finalmente, 60 pacientes (48 %), presentaron CHR positivos. La frecuencia de colonización fue: BLEE 46 (37 %), EVR 17 (14 %), KPC 14 (11 %) y PA-MR 13 (10 %). De ellos tuvieron infección documentada por OMR con el mismo fenotipo: global 9 (15 %), BLEE 3 (6,5 %), EVR 0 %, KPC 2 (14 %) y PA-MR 4 (31 %). Se analizó el total de infecciones microbiológicamente documentadas (66), siendo 46 bacteriemias (70 %). Las infecciones por OMR fueron más frecuentes en pacientes colonizados: global 40 % vs 10 %, p = 0,005; BLEE 12,5 % vs 0 %, p = 0,05; KPC 29 % vs 2 %, p = 0,02 y PA-MR 75 % vs 8 %, p = 0,005.

	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	Prevalencia
Global	82,3 %	57,1 %	40 %	90 %	25,8 %
BLEE	100 %	54,8 %	12,5 %	100 %	6,1 %
KPC	66,7 %	92,1 %	28,6 %	98,3 %	4,5 %
PA-MR	37,5 %	98,3 %	75 %	91,9 %	12,1 %

Se tuvo en cuenta el CHR en la elección del tratamiento empírico (TE) en 59 %. Esto se asoció a mayor frecuencia de TE apropiado (100 % vs 43 %, p = 0,01), aunque sin diferencias en la mortalidad relacionada (30 % vs 29 %, p = 1).
Conclusiones: La colonización por OMR en TCPH, varió según el microorganismo siendo BLEE el más frecuente; no obstante, sólo en el caso de PA-MR tuvo un VPP considerable. El TE fue más apropiado cuando se tuvo en cuenta la colonización, aunque no hubo impacto en la mortalidad. El alto VPN del CHR podría ser de utilidad para la toma de decisiones terapéuticas.

PD041 IMPACTO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIOS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y CON TRASPLANTES DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

S Zerboni[1], J Chevel Mejía[1], D Torres[1], P Bonvehí[1], E Temporiti[1], M Querci[1], C Videla[2], V Romano[2], M Echavarría[2], L Riera[3], P Duarte[3], J Dupont[3], F Herrera[1]

[1] Seccion Infectología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina. [2] Sección Virologia, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, Argentina. [3] Seccion Hematologia, Departamento de Medicina Intern, CEMIC, Argentina.

Introducción: Los virus respiratorios (VR) son la principal causa de infecciones del tracto respiratorio superior e inferior (ITRS e ITRI) en pacientes de la comunidad, ocasionando infecciones severas en inmunocomprometidos.
Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas, el rendimiento de los métodos diagnósticos y la evolución de las infecciones por VR en pacientes con neoplasias hemato-

lógicas (NH) y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH).
Material y Métodos: Estudio prospectivo observacional realizado entre enero de 2013 y diciembre de 2016. Se incluyeron adultos con NH o TCPH e infección respiratoria aguda y diagnóstico de VR por inmunofluorescencia indirecta (IFI) y/o PCR en hisopado nasofaríngeo (HNF) o lavado broncoalveolar (LBA). Se evaluaron variables clínicas, virológicas y de evolución con seguimiento a 30 días. Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva: variables contínuas con medidas de centralidad y dispersión, y variables categóricas.
Resultados: Se incluyeron 89 pacientes. La enfermedad de base más frecuente fue linfoma (24.7 %) y 39 pacientes recibieron un TCPH, siendo 59 % alogénicos (9 de donante no relacionado, 9 haploidéntico y 5 idéntico). La inmunosupresión que presentaron fue: quimioterapia 56 %, corticoides 33 %, biológicos 27 %, fludarabina 24 %, neutropenia <500/mm3 32 %, linfopenia <200/mm3 22 %, enfermedad injerto contra huésped 65 %. Las infecciones fueron: 35 Rinovirus (RV), 24 Virus Sincicial Respiratorio (VSR), 12 Influenza A (IA), 6 Parainfluenza, 2 Adenovirus, 1 Influenza B y 1 Metapneumovirus. Hubo 8 coinfecciones virales: 3 por VSR + IA, 3 por VSR + RV y 2 por IA + RV.
La adquisición fue comunitaria en un 74 % de los casos, siendo el resto nosocomial. Las principales manifestaciones clínicas fueron: fiebre 70 %, tos seca 59 %, rinorrea 56 %, y congestión nasal 53 %. El 51.7 % se presentó con ITRI, de los cuales el 19 % tuvo hipoxemia.
Se realizó HNF en el 98 % de los pacientes, siendo positivos 7 % por IFI y 83 % por PCR y LBA en 13.5 %, siendo positivos por IFI y PCR 20 % y 75 % respectivamente. Presentaron coinfección respiratoria baja bacteriana 11.1 % y coinfección fúngica 2 %. Se realizó TC de tórax en 86 % de los pacientes siendo patológica en 73 %, con infiltrados bilaterales en 73 % y de tipo mixto en 50 %. El 71 % de los pacientes requirieron internación (92 % en sala y 8 % en terapia intensiva), con una mediana de duración de 7 días. Desarrollaron progresión de ITRS a ITRI el 11 %. Requirieron oxígeno suplementario 29 % y ventilación mecánica 6.7 %. Fallecieron 5 pacientes, sólo 2 relacionados a la infección por VR.
Conclusiones: El diagnóstico de infección por VR en pacientes con NH y TCPH se obtuvo, en la mayoría de los casos mediante técnica de PCR.
La ITRI fue frecuente, y en menor proporción lo fueron también la ausencia de fiebre, la coinfección y la adquisición nosocomial. Tuvieron también alto requerimiento de internación. El diagnóstico de infección por VR en todo paciente con NH y TCPH y síntomas respiratorios es fundamental independientemente del lugar de adquisición.

PD042 IMPACTO DE LA SUSPENSIÓN DE LA PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN EL PERFIL DE LAS BACTERIEMIAS EN UNA UNIDAD DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS

A Valledor, W Belloso, L Barcán
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las bacteriemias durante la neutropenia son un factor predictor de mortalidad, las producidas por Bacilos Gram negativos (BGN) multirresistentes (MR) han elevado drásticamente la misma. Por esta razón la mayoría de los centros de transplante de células hematopoyéticas (TCH) han abandonado la profilaxis con quinolonas, debido a la aparición de cepas resistentes.
Objetivo: Evaluar el cambio bacteriológico en las bacteriemias (BA), tras la suspensión de la profilaxis antibiótica con Ciprofloxacina (CIP) en 200 pacientes.
Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos en forma prospectiva de los pacientes trasplantados en 2 períodos. A: profilaxis con CIP, diciembre de 2013 a junio 2015 y B: sin profilaxis: julio 2015 - enero de 2017 inclusive. Se registraron las bacteriemias, patrón de sensibilidad y mortalidad relacionada
Resultados:

Autólogos	Grupo A	Grupo B	p
Pacientes	47	92	NS
Bacteriemias	16 (34 %)	11 (12 %)	NS
BGN	12 (75 %)	7 (64 %)	NS
BGN MR	9/12 (75 %)	1/7 (14 %)	0.01
Cocos Gram Positivos (CGP)	4 (25 %)	4 (36 %)	NS
Mortalidad bacteriemias	1 (6.25 %)	0	NS
Mortalidad BA BGN MR	1/12 (8 %)	0	NS
Alogénicos	**Grupo A**	**GrupoB**	**p**
Pacientes	27	34	NS
Haploidénticos (H)	5	18	NS
No relacionados (NR)	5	4	NS
Relacionados (R)	17	12	NS
Bacteriemias	8 (30 %)	17 (50 %)	NS
BGN	8 (100 %)	15 (88 %)	NS
BGN MR	8/8 (100 %)	9/15 (60 %)	0.04
CGP	0	2 (12 %)	NS
Mortalidad bacteriemias	1 (12.5 %)	6 (18 %)	NS
Mortalidad BA BGN MR	1/8 (12.5 %)	6/9 (67 %)	0.02

Las BA se presentaron dentro de los 7 días de la infusión en autólogo y 10 a 14 días en alogénico. Las BA BGN fueron todas secundarias a mucositis y CGP a catéter siendo todos *Staphylococcus* coagulasa negativo oxaR. La mortalidad en el Grupo B por BGN MR se produjo en 3 H (KPC 2 y Pseudomonas MR) y 3 R (Klebsiella BLEE) y H en grupo A El *score* de Pitt fue cero en ambos grupos, tampoco hubo diferencia en sexo y edad.
Conclusiones: La suspensión de la profilaxis redujo significativamente las BA por BGN MR sin variar los CGP en TCH autólogo. Sin embargo en TCH alogénico, se redujo la incidencia, pero con un aumento estadísticamente significativo de la mortalidad por BGN MR. No hubo correlación con los hisopados de vigilancia. La mortalidad no podemos relacionarla con la suspensión de la profilaxis sino con la gravedad que los BGN MR representan para este grupo.

PD043 *Clostridium difficile* EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS

A Valledor, L Barcán
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La diarrea es una complicación frecuente en pacientes que reciben altas dosis de quimioterapia. Diarrea asociada a *Clostriduim difficile* (DACD) representa el 5 % en Leucemia mieloide aguda, 14 % en Trasplante de células hematopoyéticas (TCH) autólogo y 31 % en alogénico. El uso prolongado de antibióticos (ATB), los bloqueantes de bomba y la profilaxis con quinolonas entre otros, favorece la DACD.

Objetivo: Determinar la incidencia de DACD en la población de TCH, y analizar factores de riesgo, criterios de gravedad y mortalidad relacionada.
Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos en forma prospectiva de los pacientes trasplantados desde julio 2003 a febrero de 2017 (465 pacientes). Se registraron todos los episodios de DACD diagnosticados por ELISA toxinas A/B + GenXpert ® en algunos pacientes. Factores de riesgo: Uso de quinolonas, quimioterapia, bloqueantes de bomba y uso de ATB. Como criterios de gravedad se consideraron albumina < 30 % del basal, creatininemia > 1.5 veces del basal, > 65 años, presencia de comorbilidades y se excluyó el recuento de leucocitos, dado que todos estaban neutropénicos. A partir del 17/6/2015 se dejó de realizar profilaxis con quinolonas. El tratamiento instaurado en todos fue con Vancomicina oral y Metronidazol endovenoso.
Resultados: Se registraron 7 episodios de DACD a partir del 15/8/15 al 30/11/2016: 355 autólogos y 110 alogénicos. La mortalidad fue del 43 % (3 de 7) todos los fallecidos presentaron los criterios de gravedad, sin hallazgos tomográficos. Un paciente TCH Haploidéntico (H) tenía antecedente de DACD 2 meses previos al TCH y desarrolla cuadro severo al día cero del inicio de Piperacilina/Tazobactam + Amikacina (PTZ+AMK). El ATB previo del resto de los alogénicos fue Meropenem en infusión prolongada y PTZ + AMK en los autólogos.

	Autólogo	Alogénico
Pacientes DACD	4/355 (1 %)	3/110 (3 %)
Enfermedad de base	Mieloma (3) LNH (1)	Haplo 2 (LLA) Relacionado 1 (LMA)
CDAD previo	0	1
Tiempo de ATB previos	0 días 3 de 4 (el restante 4 d)	0 días 2 Haplo y 7 días Relac
Tiempo del TCH	5 a 7 días	7 a 10 días
Profilaxis Quinolonas	0	0
Inhibidores de bomba	100 %	100 %
Mortalidad	1 (25 %)	2 (67 %) Haploidénticos

Conclusiones: Si bien se trata de un bajo número de pacientes, coincide con la bibliografía la alta mortalidad en TCH alogénico, siendo baja la tasa de DACD en nuestro centro, destacando que durante los primeros 12 años no tuvimos ningún caso. El 71 % de los pacientes aún no habían iniciado ATB (5/7) siendo la quimioterapia el factor de riesgo. La DACD en este grupo debe ser considerada siempre de gravedad y tratarla como tal. Aquellos con antecedente de CDAD debería iniciar profilaxis al inicio de la quimioterapia, esto último continúa siendo una interrogante, trabajos prospectivos y randomizados son necesarios.

7 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud

PD044 RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE LOS PATÓGENOS AISLADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS DE ADULTOS POLIVALENTE EN ARGENTINA.

G Corral, L Guerriero, D Arcidiácono, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: Los estudios de prevalencia son instrumentos epidemiológicos que aplicados a la vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) permiten calcular la tasa de prevalencia. Asimismo brinda información acerca de los patógenos responsables y sus patrones de susceptibilidad.
Objetivo: Describir los aislamientos microbiológicos y sus patrones de resistencia de las principales IACS en unidades de cuidados intensivos de adultos(UCIA-POL) en Argentina.
Material y métodos: Durante 2 días de septiembre de 2016, se realizó un Estudio Nacional de Diagnóstico y Prevalencia de IACS en UCIA-POL. La codificación de IACS se realizó según las definiciones del manual VIHDA 2016. Los datos fueron cargados en SisWEP, software para la gestión y análisis de la información recolectada. Se incluyeron infecciones primarias de la sangre asociada a catéter central (IPS-CC), infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario(ITU-CU) y neumonías asociadas a asistencia respiratoria mecánica(NEU-ARM) vigiladas en UCIA-POL.
Resultados: Participaron 122 instituciones (públicos/privados) de 22 provincias. Se relevaron 123 unidades, 744 pacientes y 237 episodios de IACS (tasa global 31,85 %), de los cuales 114 fueron NEU-ARM(48,1 %), 31 IPS-CC(13,1 %) y 29 ITU-CU(12,2 %)

Sitio Primario (n)	Microorganismo (%)
NEU-ARM (114)	*Klebsiella pneumoniae* (19,4) *Acinetobacter* sp (18,3) *Pseudomonas aeruginosa* (17,2) *Staphylococcus aureus*(16,1) *Escherichia coli* (5,4) *Proteus mirabilis* (5,4)
IPS-CC (31)	*Staphylococcus* coagulasa negativo (21,9) *K.pneumoniae* (18,8) *S.aureus* (15,6) *Acinetobacter* sp (15,6) *P.aeruginosa* (6,3)
ITU-CU (29)	*K.pneumoniae* (24,1) *P.aeruginosa* (24,1) *E. coli* (17,2) *Enterococcus faecalis* (6,9) *P.mirabilis* (6,9)

El 55,5 % de *S. aureus* y el 87,5 % de los SCN fueron meticilino resistentes. De las enterobacterias el 50 % portaban BLEE (65,6 % en *K. pneumoniae,* 40 % en *E.coli* y 42,9 % en *P. mirabilis*). La resistencia a carbapenemes fue 13,2 %; en 8,8 % se informó presencia de serincarbapenemasa y en 2,9 % de metalobetalactamasa. El 95,5 % de *Acinetobacter* spp. aislados fueron resistentes a los carbapenemes, el 13,6 % portaba BLEE y el 4,5 % serincarbapenemasa. En *P.aeruginosa* se informó un 20 % de BLEE. La resistencia a carbapenemes fue 32 %, y el 16 % portaban serincarbapenemasa. En el 100 % de las IPS e ITUs hubo rescate microbiológico y en el 85,3 % de las NEU.
Conclusiones: Comparando estos hallazgos con resultados previos de estudios de prevalencia, no hubo cambios en las principales etiologías de ITU-CU y NEU-ARM. En IPS-CC se duplicó el aislamiento de bacilos Gram negativos no fermentadores a expensas de una disminución en la recuperación de enterobacterias. Los mecanismos de resistencia a los antimicrobianos coinciden con los reportados por la Red WHONET Argentina y los porcentajes de resistencia son mayores a los documentados a nivel nacional, lo que podría deberse a que se trata de aislamientos exclusivos de UCIA. Estos resultados remarcan la importancia de constituir un equipo multidisciplinario que desarrolle programas de vigilancia de IACS y de resistencia a los antimicrobianos y que implemente estrategias útiles, costo efectivas, para el control de la resistencia.

PD045 ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ÁREAS NO CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA

G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son enfermedades endemo-epidémicas que se relacionan directamente con la calidad de la atención médica. Las IACS incrementan la mortalidad en aproximadamente un 4 % y son causales de las mismas en el 1 %. Las encuestas de prevalencia puntual (EPP) son una herramienta costo-efectiva que permite obtener información básica de las IACS, como la prevalencia propiamente dicha, los patógenos aislados y el consumo de antibióticos.
Objetivo: -Determinar la prevalencia de IACS en las áreas no críticas (ANC) de instituciones de Argentinas. -Describir las características de los pacientes, sitios primarios de infección, aislamientos microbiológicos y antimicrobianos prescriptos.
Materiales y Métodos: Se realizó durante 2 días de septiembre de 2016, el Estudio Nacional de Diagnóstico y Prevalencia de IACS y CA en ANC de pacientes adultos y pediátricos.
Se utilizaron las definiciones del manual VIHDA 2016. Los datos fueron cargados y analizados en SisWEP.
Resultados: Participaron 153 instituciones (públicos/privados) de 22 provincias. Se relevaron un total de 615 unidades, 13800 camas y 6465 pacientes.
Las unidades con mayor prevalencia en adultos fueron clínica médica (32,0 %), sala de internación polivalente (30,7 %), clínica quirúrgica (13 %) y ortopedia y traumatología (8,1 %); en clínica pediátrica (47,2 %), cuidados intermedios (12,9 %) y cuidados mínimos (10 %).

	Unidades de adultos	Unidades de pediatría
Unidades/pacientes	516/5490	149/975
Edad (mediana)/ Sexo	57 años (DS 21,4) M: 50,5 % F: 49,5 %	5 años (DS 4) M: 57,6 % F: 42,4 %
IACS (n) / Tasa	593/10,8	70/7,2
Sitios primarios más frecuentes (n/ %)	ITU (136/22,9) ISQ (106/17,9) NEU (98/16,5)	NEU (26/37,1) IPS (9/12,9) ITRI (7/10)
Microorganismos más frecuentemente aislados (%)	*E. coli* (17,8) *S. aureus* (16,9) *K. pneumoniae* (14,9) *P. aeruginosa* (9,6)	*K. pneumoniae* (22,2) *S. aureus* (18,5) *P. aeruginosa* (7,4) *Staphylococcus* coagulasa negativo (7,4)
Tratamientos empíricos (%)	Piperacilina/Tazobactam (30,8) Vancomicina (20) Carbapenemes (10,1) Ampicilina/Sulbactam (5,2)	Piperacilina/Tazobactam (14,9) Ceftriaxona (14,9) Vancomicina (13,8) Amicacina (12,6)
Tratamientos dirigidos (%)	Carbapenemes (20) Vancomicina (12) Colistin (7,8) Piperacilina/Tazobactam (7,6)	Vancomicina (16,4) Piperacilina/Tazobactam (11,9) Meropenem (9,5) Ceftriaxona (9,5)

ITU: Infección del tracto urinario, ISQ: Infección de sitio quirúrgico, NEU: Neumonía IPS: Infección primaria de la sangre, ITRI: Infección del tracto respiratorio inferior

Conclusiones: La tasa global de prevalencia fue similar a la de encuestas previas y también a la reportada en la literatura. Los sitios primarios más frecuentemente aislados en adultos fueron ITU e ISQ; siendo IPS y NEU las más reportadas en pediatria. Los microorganismos más frecuentemente aislados coinciden con reportes previos. Considerando que la encuesta se desarrolló en ANC, se destaca el consumo de antibióticos de amplio espectro tanto en tratamientos empíricos como dirigidos.

PD046 PARTICIPACIÓN EN UN "PROGRAMA DE GESTIÓN DE ANTIMICROBIANOS (PGA) EN HOSPITALES PÚBLICOS DE ARGENTINA"

D Laplumé, L Aguilar, L Daciuk, A Fernandez, L Ellero, P Iglesias
Htal. Posadas, Argentina.

Introducción: La resistencia antibiótica pone en riesgo a la salud pública, observándose elevadas tasas de resistencia en bacterias que causan no solo infecciones asociadas al cuidado de la salud sino también comunitarias. La OMS remarca los vacíos analíticos y falta general de estándares de metodología en cuanto a detección, reporte y control de microorganismos resistentes. En Argentina, (datosde OPS/OMS 2012) sobre Monitoreo/Vigilancia de resistencia a antibióticos: en *Staphylococcus aureu*s la tasa de resistencia a meticilina: 50 %. En enterobacterias, tasas de resistencia a ciprofloxacina en *Escherichia coli* y *Klebsiellapneumoniae*: 35 y 39 % respectivamente, y a cefalosporinas de 3ra generación: 22 y 54 %. Se plantea si es factible que mediante la institución de un PGA a nivel nosocomial se logre disminuir las tasas de resistencias de los gérmenes más comunes en 5 hospitales públicos de Argentina.
Objetivos: Evaluación del impacto de la implementación de un PGA nosocomial específico para cada sitio participante en relación a los siguientes parámetros: Tasa de consumo de antibióticos general de cada institución y sitio específico dentro de la misma. Tasas de resistencia a antibióticos globales y específicas para cada microorganismo de origen hospitalario.
Evaluación del impacto de dichos programas en forma global, considerando los 4 hospitales juntos y sobre las mismas variables analizadas en cada hospital.
Materiales y Métodos: Relevamiento de datos: desde 01 de Junio de 2015 hasta 31 de Mayo de 2016,en 5 centros hospitalarios públicos de agudos del país, con más de 100 camas de internación adultos y capacidad de recursos técnicos- humanos para poder realizar su implementación. Diseño de estudio cuasi-experimental de tipo serie temporal interrumpida con análisis y comparación entre los períodos pre y post-intervención.
Registro: consumo de antibiótico en cada centro mediante el formato DDD ("defineddailydose") por cada 100 días-cama.
Resultados: Aumento moderado del consumo general con una diferencia de +123,8 DDD/100 pacientes-día. Mayor consumo en UCI (+177,4), con respecto al de Sala Gral (-53,7). Aumento de DDD- UCI en el período post-intervención para: COL (+112,1), VAN (+42,7) y CARB (+34,4). Menor consumo en sala gral: diferencia en AMP/AMS (-28,3), PIP/TAZ (-20,6) y C1G (-20,0).
Conclusiones: Si bien el análisis no demostró un efecto sobre el consumo de antibióticos ni sobre la tasa de infecciones por gérmenes blanco, cada hospital observódistintos efectos (multifactorial). Tiempo de observación del período posintervención: 6 meses; dicho lapso no parece ser suficiente para evaluar el impacto, requiriendo un tiempo de observación mayor. El funcionamiento del PGA requiere de: disponibilidad de recursos para que el CCIH pueda ejercer medidas adecuadas, disponibilidad de pruebas microbiológicas de diagnóstico rápido e implementación de acciones educativas en uso racional de antimicrobianos.

PD047 INFECCIONES ASOCIADAS A NEUROESTIMULADORES PROFUNDOS

CA Mora, J Rodriguez, D Robles, N Chavez, S Giordano, M Del CASTILLO
FLENI, Argentina.

Introduccion: Los pacientes con enfermedad de Parkinson sin respuesta a la medicacion , requieren la colocacion de neuroestimuladores profundos (DBS). Estos dispositivos son costosos. Las complicaciones asociadas son : infeccion : 5,6 %, fractura de cables y erosion : 4,4 %.
Objetivo: Evaluar las complicaciones infecciosas asociadas a la colocacion de DBS, tiempo de aparicion y microorganismos responsables .
Material y Metodos: Estudio retrospectivo,descriptivo de complicaciones asociadas a DBS en una institucion Neuroquirugica : periodo 8 años : 2009-2016. Calculo de tasa de infeccion anual y total del periodo, calculo de densidad de incidencia . Se dividio a la poblacion en 2 grupos : supuracion y exposicion del sistema para el analisis del tiempo de aparicion de las complicaciones (mediana) .
Resultados: Se realizaron 349 procedimientos de colocacion de DBS , cambio de cables y/o generador dañados . Se detectaron 17episodios de infeccion : tasa 4,87 %.(Tabla 1).Densidad de incidencia : 9,5 cada 1000 dias/pte .En 11 episodios hubo supuracion (65 %), en 6 exteriorizacion (35 %). De los 17 episodios : 10 fueron monomicrobianos(58,8 %), 3 por flora mixta (17,7 %) y 4 sin rescate (23,5 %). Microorganismos: Tabla 2. Tiempo entre colocacion de DBS y supuracion : 3 meses (rango 10 dias-13 meses). Tiempo entre colocacion y exteriorizacion :11.5 meses (rango 3-24 meses). La extraccion del sistema se efectuo en 88 % de los casos.
Conclusiones: La tasa de infeccion asociada a DBS del periodo evaluado en nuestra institucion se encuentra dentro de lo publicado . El tiempo de aparicion de supuracion fue mas precoz que de la exposicion No tuvimos meningitis post quirugica como complicacion . Los germens responsables son predominantes de piel. La mayoria de los episodios requirio extraccion del sistema.

Tabla 1: tasa de infecciones asociadas a DBS

Año	Cirugias(n)	Complicaciones(n)	Tasa(%)
2009	40	3	7,5
2010	31	0	0
2011	41	2	4,8
2012	44	4	8,7
2013	44	1	2,3
2014	39	4	10,25
2015	59	2	3,4
2016	51	1	2
total	349	17	4,87

Tabla 2: Microorganismos asociados a Infeccion

Germen	Episodios
Estafilococo coagulasa negativa	*6*
Staphylococcus aureus	*4*
Streptococcus viridans	*1*
Enterococcus faecalis	*1*
Enterobacter cloacae	*2*
Pseudomonas aeruginosa	*1*
E. coli	*1*
Klebsiella sp	1
Total	17

PD048 BROTE DE INFLUENZA A H3N2 DURANTE LA PRIMAVERA EN UNA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

D Torres[1], S Zerboni[1], N Boccia[2], Z Arreaga[2], M Magenta[2], J Chevel Mejía[1], D Yahni[1], G Laham[2], W Alcalá[3], E Temporiti[1 3], C Videla[4], E Baumeister[5], F Herrera[1 3], P Bonvehí[1 3]

[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Sección Nefrología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [3] Servicio de Control de Infecciones, CEMIC, Argentina. [4] Laboratorio de Virología, CEMIC, Argentina. [5] Servicio de Virosis Respiratorias, INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán", Argentina.

Introducción: La transmisión del virus influenza en unidades de cuidado de la salud ocurre con frecuencia, debido a que tanto pacientes, personal o acompañantes pueden servir como eslabones de la cadena epidemiológica. Sin embargo, son menos comunes los brotes en épocas del año con baja circulación viral y por un subtipo no presente hasta ese momento.
Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y evolución de los casos de un brote de influenza A H3N2 (fluA/H3N2) registrados en la unidad de hemodiálisis (UH) de nuestro centro.
Material y Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron todos los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) registrados entre el 14 y el 23 de noviembre de 2016 en la UH. Se analizaron datos epidemiológicos, características clínicas y evolución de los casos confirmados de fluA/H3N2, así como las medidas de control implementadas. El diagnóstico se realizó a través de hisopado nasofaríngeo con panel viral de inmunofluorescencia directa (IFD) y RT-PCR de influenza A. Las muestras positivas fueron derivadas al laboratorio de referencia para determinación de subtipos. Análisis estadístico descriptivo con SPSS 23.
Resultados: Se incluyeron 32 casos sospechosos: 28 (87,5 %) pacientes, 3 (9,4 %) miembros del equipo de salud (2 técnicos y 1 personal de limpieza) y 1 (3,1 %) contacto familiar. Los primeros 14 fueron detectados el 14 de noviembre, en 2 turnos consecutivos de diálisis. La mediana de edad era 52 años (35-66), y correspondían al sexo femenino 17 (53,1 %). Tenían domicilio en CABA 23 (71,9 %), y el resto en el GBA. Habían recibido vacuna antigripal 28 (87,5 %). Ninguno refería viajes en el último mes ni ETI en convivientes. Se confirmaron 20 casos: 10 por IFD y 20 por RT-PCR. Fueron todos subtipificadas como fluA/H3N2. Se presentaron clínicamente con: fiebre 15, rinorrea 9, tos seca 7, odinofagia 5, tos productiva 2, cefalea 2, disnea 1. Se realizó radiografía de torax en 3, siendo patológica en 1. Todos recibieron tratamiento con oseltamivir y 1 paciente requirió antibióticos. Presentaron complicaciones 2 pacientes (10 %): 1 crisis de asma y 1 neumonía que no requirió internación. No se registraron muertes. La mediana de duración de la fiebre fue 1 día (1-5) y la de resolución de los síntomas fue 5 días (1-14). Se implementaron las siguientes medidas de control de brote: aislamiento de gota y cohorte de los casos, limpieza frecuente de superficies altamente tocadas, higiene de manos con solución hidroalcohólica y licenciamiento del personal afectado. Se logró limitar la transmisión, detectándose el último caso el día 23 de noviembre.
Conclusión: El brote de fluA/H3N2 en la UH se presentó fundamentalmente como infección de la vía aérea superior, con escasa morbilidad y sin mortalidad asociada. Es posible que la alta tasa de cobertura de vacunación antigripal observada entre los casos haya contribuido a reducir la morbimortalidad. Si bien no pudo identificarse el caso índice, la ocurrencia en una época del año poco frecuente y por un subtipo no circulante hasta ese momento, pero sí en el hemisferio norte, hace sospechar que se trata probablemente de un caso importado a través de un viajero no identificado.

PD049 EXPERIENCIA DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIONES: RETOS PARA MANTENER UNA ADECUADA CALIDAD DE ATENCIÓN.

M Ruiz, S Arriola, E Shiman, L Cusmano, A Terusi, J Farina, A Viteri, M Ezcurra
U. A. Dr. Cesar Milstein, Argentina.

Introducción: Las infecciones hospitalarias (IH) ocasionan una alta morbi-mortalidad y grandes costes asistenciales. Se creó el Programa Nacional de Epidemiologia y Control de las Infecciones hospitalarias en la República Argentina (VIHDA) con el propósito de la disminución de la morbimortalidad por IH y mejorar la calidad de atención médica en los hospitales del país. La institución, centro de adultos mayores está adherido al programa VIHDA desde 2012.
Objetivo: Analizar las tasas de infección IH para el diagnostico institucional precoz y realizar cambios de estrategias para implementar las medidas de control de infecciones según Programa.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se utilizó el software del VIHDA para analizar las tasas de infección de eventos bajo vigilancia: Neumonías asociadas a Ventilador (NAV), Infecciones Primarias de la sangre asociadas a catéter venosos central (IPS) e Infecciones asociadas a Catéter Urinario (IU) por 1000 día-procedimiento en la unidad de terapia intensiva medico quirúrgica entre 2012 al 2016. Se aplicaron las estrategias generales y especificas de prevención de IH según la situación epidemiológica.
Resultados: Las tasas de infección por sitio primario:Para NAV fue de 29,49 en 2012, 14,45 en 2013, 22,34 en 2014, 6,36 en 2015 y 12,81 en 2016. Para IPS fue de 14,84 en 2012, 7,98 en 2013, 5,03 en 2014, 8,3 en 2015 y 10,84 en 2016. Para IU fue de 11,01 en 2012, 7,30 en 2013, 5,95 en 2014, 0,45 en 2015 y 1,88 en 2016.En 2012-2013, primera etapa, se fortaleció la capacitación

de los paquetes de medidas de prevención de cada evento (Diagnostico e implementación).En el año 2014 se observó un incremento de las NAV permaneciendo las IPS e IU con tasas similares al año anterior. Se puso en funcionamiento una nueva área edilicia de la UCI que motivó al inicio de la segunda etapa con una adaptación de las medidas de prevención sumadas a las capacitaciones en servicio, la restricción de personal circulante en UTI, aislamiento preventivo universal en la unidad junto con el monitoreo de los tratamientos empíricos iniciales (TEI) debido al incremento de las tasas (Intensificación). Como resultado, en 2015 descendió la tasa NAV en un 28,46 %. Durante el año 2016, se incrementó la tasa de NAV en un 50 % por lo que se implementó la tercera etapa: intensificación, monitoreo diario en forma conjunta en terreno.
Conclusiones: La carga y procesamientos de datos periódicos del programa permitió el diagnostico situacional; en forma oportuna para desarrollar acciones que reducir las tasas de IH brindando la mejor calidad de atención hospitalaria. El incremento de las tasas en forma cíclica es un reflejo de las dificultades de sostener en el tiempo la adherencia a los paquetes de medidas de prevención para mantener la menor tasa IH posible para esta población particular. Se desarrollaron en tres etapas las distintas medidas de control de infecciones en respuesta a las necesidades epidemiológicas emergentes. Dentro del programa es prioritario la evaluación, supervisión y monitoreo de las acciones para poder implementar modificaciones adecuadas a cada situación epidemiológica.

PD050 UTILIDAD DE UN ANÁLISIS DE CAUSA-RAÍZ PARA IDENTIFICAR FALLAS DE ADHERENCIA A UN PAQUETE DE MEDIDAS PARA LA PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA (PMPN)

P Morales, M Balbiano, M Weis, M Benzadon, P Fernandez Oses, J Toledo, F Nacinovich
ICBA, Argentina.

Introducción: Diferentes experiencias han demostrado que la implementación de un PMPN puede disminuir notablemente la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVM). Sin embargo, el hecho de contar con un PMPN, no significa que el mismo se cumpla en parte o totalmente y es clave contar con una adecuada adherencia al mismo.
Objetivo: Evaluar el grado de adherencia a los diferentes puntos de un PMPN, antes y después de la realización de un análisis causa raíz y de la implementación de intervenciones de mejora de la calidad de los procesos.
Material y Métodos: En un centro monovalente de alta complejidad cardiovascular, se implementó formalmente un PMPN a partir del mes de mayo de 2015 y que consta de 7 puntos. Se realizó una observación directa en el tiempo sobre el cumplimiento de cada uno de estos puntos volcando las observaciones a una planilla elaborada ad hoc. Se identificaron los dos ítems que reflejaban una menor adherencia del personal asistencial: Higiene De la Cavidad Oral (HCO: 38,9 %) y Control de la Presión del Manguito (CPM: 45,7 %). A partir de éstos resultados se realizó un análisis en forma multidisciplinaria de las causas probables de la menor adherencia, mediante el diagrama de "causa-raíz" de Ishikawa, se agruparon las causas relacionadas a Personas, Procesos, Entorno, Materiales y al equipo de salud, y se encaminaron intervenciones de mejora para cada una de las causas identificadas.

Análisis de	Problema	Intervención de mejora
Personas	Falta de conocimiento adecuado Falta de experiencia – antigüedad	Capacitación del personal Fomento del trabajo en equipo
Procesos	No se indica la HCO en la HC. Roles y Responsabilidades no definidas Norma obsoleta. No hay *check list* de HCO	Solicitar que los médicos indiquen todo el PMPN. Definir roles y responsabilidades y difundirlas. Actualizarla y difundirla. Confeccionarlo
Entorno	Costos (dólar-Importación)	Buscar productos nacionales Armar kits domésticos
Materiales	Cartelería obsoleta Materiales por separado y poco adecuados. Falta un sitio para dejar el kit completo.	Rediseñarla. Armar un kit de HCO. Colocar un recipiente para el kit en la cabecera del paciente.
Equipo de salud	Resistencia al cambio Miedo al *Feedback* Barreras en la Comunicación	Capacitación de los mandos medios en herramientas de comunicación efectiva.

Resultados: A partir de la implementación de las intervenciones de mejora según el análisis causa raíz de Ishikawa, se pudo observar una mejora en la adherencia al PMPN en aquellos que habían sido deficitarios: HCO: de 38,9 % a 50 % de adherencia y CPM de 45,7 % a 68 %. En relación al cumplimiento total de cada uno de los puntos del PMPN, en el año previo al análisis causa raíz y la realización de las intervenciones de mejora se observaba un 16 % de cumplimiento total y un año después de la intervención se observa un cumplimiento total del 29 %.
Conclusiones: La utilización de herramientas de análisis de causa-raíz resultan de utilidad para la identificación rápida y ordenada de las dificultades y para establecer lineamientos de mejora de cada uno de los aspectos del proceso y, como consecuencia, la adherencia a la práctica.

PD051 NEUMONÍA POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS: SU MORTALIDAD

S de Gregorio[1], C Rodriguez[1 2], C Vay[2], A Famiglietti[2], M Foccoli[1]
[1] Hospital de Clínicas, Argentina. [2] Facultad de Farmacia y Bioquímica-UBA, Argentina.

Las infecciones por bacterias multirresistentes tienen un constante aumento. La aparición de nuevos mecanismos de resistencia y la falta de disponibilidad de antibióticos (ATB) efectivos conlleva una elevada morbilidad, mortalidad y aumento de costos hospitalarios. En nuestro hospital la neumonía por eKPC (N-eKPC) emergió en 2012, con tendencia creciente. Los ATB con actividad contra eKPC tienen escasa penetración en fluido alveolar. En la literatura no hay publicaciones con casuísticas significativas de N-eKPC.
Objetivos: - Describir las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con N-eKPC. - Estimar la tasa de mortalidad de pacientes con N-eKPC.
Material y método: Estudio: observacional, retrospectivo, en un hospital universitario. Se incluyeron pacientes internados con N-eKPC del 10/2010 a 12/2016. Datos obtenidos de historias clínicas: demográfico, clínico, microbiológico, índice de gravedad de Charlson, tratamiento, mortalidad a 30 días. - Definiciones. Neumonía: según criterios de CDC. Tratamiento apropiado: 2 ATB útiles para eKPC según susceptibilidad. -Pruebas de identificación y susceptibilidad mediante sistemas Vitek-2 o Phoenix, desde 2014 se incluyó MALDI TOF. CIM a CST, TGC y FOF por método de dilución en agar según criterios CLSI. Interpretación según EUCAST.
Resultados: se analizaron 21 pacientes con N-eKPC 21, 100 % de origen nosocomial y 14 de ellas fueron asociadas a ventilador. Caracterización de los pacientes:

Edad	Sexo	Comorbilidades	Indice de Chas-rlson	Estadía hospitalaria previa	ATB previos	Área internación	Muestras para estudio microbiológico
67 años (38-94)	M: 14 (67 %)	Neoplasias: 6 Insuficiencia renal crónica: 6 Inmunocompromiso: 5 Diabetes: 5	1,8-10 (Modo 4)	26 días (5 - 87)	86 %	Terapia Intensiva 15 pac. Sala general 6 pac.	Lavado bronco-alveolar 8 Aspirado traqueal 7 Mini BAL: 3 Esputo: 2 Hemocultivos: 1 Liquido pleural: 1

Aislamientos: *K. pneumoniae* 14, S. marcescens 2, E. cloacae 5, *E. aerogenes* 1. Polimicrobianos: 13. Un patógeno asociado: Acinetobacter sp 6, *P. aeruginosa* 4, MRSA 1. Más de 1: P. aeruginosa + P. stuartii 1, S. maltophilia + Peptostreptococcus sp 1. Susceptibilidad: Colistina 68 %, amicacina 77 %, fosfomicina 45 %, gentamicina, quinolonas, tigeciclina y TMS <36 % y meropenem (MIC = 4 µg / ml) 17 %. Tratamiento: 100 % de patógenos asociados recibieron ATB adecuado. Recibieron ATB combinado para las eKPC 21/21, apropiado 8/21 (38 %): desde el inicio 3/8. Seis pacientes sobrevivieron: 2 con tratamiento apropiado. Mortalidad a 30 días: 15 (71 %), No hubo diferencias significativas en la evolución en relación con: edad, índice de Charlson, resistencia a colistina, tipo de tratamiento y tiempo de inicio.

Conclusiones: Esta serie de neumonías por eKPC se asoció con mayor frecuencia al sexo masculino, la senectud, la estadía previa prolongada, el uso previo de ATB y la ventilación mecánica. Los aislamientos tuvieron resistencia extrema, con limitada disponibilidad de ATB útiles. La alta mortalidad observada podría estar relacionada con estas características.

PÓSTERS ELECTRÓNICOS

1. Antimicrobianos y diagnóstico microbiológico

PE001 NEUTROPENIA ASOCIADA A VANCOMICINA

F Palacio, C Alderete Tommasi, MB Barros Meneses, MJ Castagnola, C Gatti Oddo, D Larrea, P Rodriguez, J Rojas, F Scarselletta, K Wolfschmidt
Hospital de Clinicas Jose de San Matin, Argentina.

Introducción: La neutropenia inducida por fármacos se define como una disminución absoluta del recuento de neutrofilos (<1000/mm3) asociado a la utilización de medicamentos. Aunque su incidencia es baja, se considera potencialmente grave. Su evolución y pronóstico dependen de la rapidez del diagnóstico y de la cifra inicial de neutrofilos.
Caso Clínico: Paciente masculino de 38 años de edad con antecedentes de Tabaquismo, diabetes tipo 2 no insulino requiriente con abandono de tratamiento, quien comienza su enfermedad actual un mes previo a la consulta con dolor lumbar de intensidad progresiva 10/10, registros febriles y pérdida de peso. Durante su internación se diagnostica un absceso perirrenal derecho. Se indica drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico por rescate con cocos positivos (Imipenem más Vancomicina), luego identificados como SAMS y SAMR. Persiste febril luego de 12 días de tratamiento. Se realiza ecocardiograma trans-esofágico por posible endocarditis de válvula nativa por SAMR. Por valores bajos de vancocinemia, se realiza ajuste de la dosis (hasta 4gr/d), resultando en la mejoría clínica del paciente. A los 22 días de iniciado el tratamiento antibiótico el paciente presenta una neutropenia severa (220 neutrofilos). Por sospecha de reacción adversa a la vancomicina por tratamiento prolongado, se decide el cambio de la terapéutica a Daptomicina. El servicio de hematología recomienda la utilización de filgrastim. El paciente presenta valores normales de neutrófilos 3 días luego de suspender la Vancomicina, por lo cual se decide suspender el filgrastim y proseguir la terapia con el nuevo esquema.
Discusión: La vancomicina es un antibiótico glicopeptídico, utilizado para tratamientos de infecciones severas causadas por gram positivos. Desde la aparición del SAMR, se amplió significativamente su uso. Los efectos adversos más frecuentes de este fármaco son: síndrome del hombre rojo, hipotensión. Otros menos frecuentes descritos incluyen nefrotoxicidad, ototoxicidad, fiebre, flebitis, pancitopenia, neutropenia, entre otros. La neutropenia asociada a vancomicina, es infrecuente con una incidencia entre 2-12 %. La cual, como se evidencia en el paciente, se relaciona más con la duración del tratamiento (generalmente mayor a 2 semanas) que con la dosis recibida. El mecanismo por el cual se presenta es multifactorial, involucrando factores genéticos e inmunológicos Además, se puede presentar toxicidad directa de médula ósea o células de la periferia, resultando en mielopoyesis inefectiva. Se evaluó causalidad de la reacción adversa por el Algoritmo de Naranjo obteniéndose un puntaje de 6, catalogando la RAM como probable. Se realizó el correspondiente reporte al ANMAT.
Conclusión: La neutropenia inducida por vancomicina es una reacción adversa severa y rara, con importante aumento de riesgo a las infecciones. Es importante monitorear los niveles de neutrofilos en pacientes con terapia prolongada y/ó con dosis elevadas de vancomicina para tomar la conducta terapéutica apropiada. Realizar el correspondiente reporte al ANMAT es una buena práctica, permitiendo conocer la verdadera frecuencia de estos efectos adversos raros.

PE002 PERFIL DE SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE LOS AISLAMIENTOS DE *Staphylococcus sp* DE HEMOCULTIVOS EN UN SANATORIO DE CABA.

F Rotryng[1], S Abel[2], G Gauna[2], MF Márquez[2], N Wilde[1], B Sanz[2], J Pace[2], D Pryluka[1]
[1] Sanatorio Otamendi y Miroli, Argentina. [2] Laboratorio CentraLab, Argentina.

Introducción: Las bacteriemias son una de las causas más frecuentes de muerte en pacientes hospitalizados en cuidados intensivos. En las últimas décadas se ha registrado un incremento de cocos Gram positivos como productores de sepsis en este grupo de pacientes. Dentro de los cocos Gram positivos destacan Staphylococcus coagulasa negativa y Staphylococcus aureus, éste último presenta una resistencia creciente a los antimicrobianos incluyendo vancomicina, lo que dificulta el tratamiento de estas infecciones. Puesto que el tratamiento antimicrobiano adecuado disminuye la mortalidad es importante conocer la epidemiología local y el perfil de sensibilidad antimicrobiana para los agentes aislados.
Objetivo: Describir la sensibilidad en Staphylococcus sp. aislados en hemocultivos de pacientes internados en cuidados intensivos de un sanatorio de CABA.
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de enero 2016 a enero 2017, de pacientes con hemocultivos internados en los servicios de Hemodinamia, UTI y UCO. Las muestras de sangre fueron procesadas por método automatizado BACTEC 9000/ BACTEC FX BD, para la identificación de microorganismos se usaron pruebas bioquímicas convencionales y para determinar la sensibilidad antimicrobiana se realizó método de difusión en agar y CIM por E-test. Se seleccionaron todos los aislamientos de *Staphylococcus* coagulasa negativa (S. epidermidis, S.haemoliticus, S. schleiferi, S.simulans, S. warneri, SCN) y S.aureus a los que se les determinó la tendencia anual de sensibilidad especificado a los diferentes antibióticos. Para el análisis de datos estadísticos se usó el sistema BD EpiCenter ™ .
Resultados: De un total de 585 muestras estudiadas, 130 hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus sp*. Un 17, 7 % de estos resultaron *S. aureus* y un 48,5 % SCN. Del total de los aislamientos la sensibilidad a cefoxitina como predictor de meticilino resistencia fue de 21,70 %, la sensibilidad de ciprofloxacina de 41,18 %, clindamicina 30,61 %, eritromicina 23,53 %, gentamicina 38 %, minociclina 100 %, rifampicina 84,31 % y trimetroprim-sulfametoxazol 43,14 %. No se encontraron cepas VISA ni resistentes a vancomicina.
Conclusiones: Los aislamientos de SCN cobran relevancia frente a los de S. aureus. por su mayor frecuencia. Los patrones de meticilino resistencia determinados en nuestros aislamientos son importantes (78,3 %) lo que obliga el uso empírico de drogas con actividad frente a este tipo de bacterias. Finalmente el control en el uso de antimicrobianos y el programa de vigilancia de infecciones nosocomiales son necesarios para evitar emergencia de microorganismos multirresistentes.

PE003 EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN DOS PERÍODOS DE TIEMPO DETERMINADOS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

R Agugliaro, G Della Bianca
Htal Zubizarreta, Argentina.

Introducción: El uso inadecuado de antimicrobianos representa un problema de salud pública mundial, pues contribuye al desarrollo de resistencia bacteriana, la cual reduce la efectividad de los tratamientos establecidos e incrementa los costos y la morbimortalidad por enfermedades infecciosas. El conocimiento del uso de antibióticos (ATB) constituye una herramienta útil

en el diseño de estrategias dirigidas al uso racional de los mismos en las instituciones sanitarias.
Objetivos: Comparar el consumo de ATB en el Hospital Zubizarreta comparando dos semestres, el primer semestre del año 2011 y el mismo periodo del 2016.
Material y método: Se tomaron datos siguiendo el siguiente esquema: Pacientes/dia del primer semestre de los años 2011 y 2016, y el consumo de ATB en gramos de ese periodo. Se tomaron como base las DDD de los siguientes ATB: Ceftriaxona (CRO) 2 gr. Ceftazidima (CAZ) 4 gr. Piperacilina/Tazobactam (PZT) 13.5. Imipenem (IMP) 2 gr, Colistin (COL) 0.3 gr. Vancomicina (VAN) 2 gr. Ciprofloxacina (CIP) 0.8 gr. Tigeciclina (TGC) 0.1 gr. El calculo de DDD/1000 pacientes/dia, se obtuvo con el uso de la formula DDD consumidos del ATB/numero de pacientes días x 1000
Resultados: El primer semestre del año 2011 fue el de menor consumo global de ATB de uso restringido en comparación con el primer semestre del año 2016. La comparación por ATB muestra un descenso en el consumo de CRO en el primer trimestre del 2016 y un aumento significativo en el consumo de PTZ, IMP, y VAN en dicho semestre. Se observa asi mismo un aumento significativo en el consumo de COL y TG en el primer trimestre del 2011 en concordancia con un brote de KPC . La unidad de terapia intensiva (UTI) es el servicio con mayor consumo de ATB en ambos periodos analizados. La sala general presenta un descenso significativo en el consumo de cefalosporinas (CRO de 32.2 a 11.2, CAZ de 15.2 a 3.09) e IMP de 23.6 a 5.4, pero un aumento en el consumo de PZT (de 12.7 a 24.6) y VAN (12.2 a 19.8). En la unidad de cuidados intermedios, se observo un descenso significativo en el uso de CRO (de 41.61 a 20.06), y se mantuvo estable el consumo de PTZ (18.7 a 18.7) e IMP (32.5 a 34.3), pero se registro un aumento en el consumo de COL (de 0.8 a 2) y VAN (de 18.4 a 35.9).
Discusión: Los estudios que miden solamente el consumo de ATB expresados en DDD/1000 pacientes/día son útiles para comparar consumos entre distintos servicios de una institución pero no dilucidan las causas de las diferencias. La introducción del colistin y tigeciclina coincidió con un brote de KPC en UTI.
Conclusion: Este trabajo únicamente nos muestra el consumo de ATB que debemos observar que ha aumentado, salvo en el caso del colistin que fue consecuente a un brote de KPC, y que atravez de medidas de control que se impusieron por medio del comité de infecciones del Htal, se logro mitigar el brote y por consiguiente disminuir el consumo de colistin como se ve reflejado. Pensamos que se debería articular las medidas de control de ATB en forma conjunta con los distintos efectores, consensuar el uso de ATB en las distintas patologías para disminuir el impacto de selección de resistencia bacteriana.

PE004 IMPORTANCIA DEL ERTAPENEM EN LA DETECCIÓN DE MACANISMOS DE RESISTENCIA EN ENTEROBACTERIAS

D Chianalino, M Cañas, G Alves, K Sosa, N Martinez
HIGA" Dr. Oscar Alende" de Mar del Plata, Argentina.

Introducción: El ertapenem (ERT) es el más sensible de los carbapenemes para detectar bajos niveles de resistencia a esta familia de drogas que no son detectados por los otros carbapenemes: imipenem (IMP) y meropenem (MER); pero también es el más inespecífico ya que se ve afectado en mecanismos como belactamasas (Blee o Amp-C) más impermeabilidad o hiperproducción de cefalosporinasa Amp-C. Se puede aprovechar esta falta de especificidad para detectar distintos tipos de mecanismos en los antibiogramas de Enterobacterias.
Objetivo: Enumerar los mecanismos de resistencia en Enterobacterias que solo fueron detectados por ertapenem para marcar su importancia en el antibiograma.
Material y Métodos: Se realiza identificación y antibiograma por método manual: pruebas bioquímicas y antibiograma por difusión con los tres carbapenemes. Se interpreta con tablas CLSI M-100.Se detectan los fenotipos de resistencia utilizando los inhibidores de las enzimas: carbapenemasas KPC: ác. Borónico; Amp-c: ác.borónico y cloxacilina; Blee: ác. clavulánico. Todos los mecanismos fueron confirmados por biología molecular en el LNR-INEI-ANLIS Malbrán.
Resultados:

Microorganismo	Halo IMP (mm)	Halo MER(mm)	Halo ERT(mm)	Mecanismo de Resistencia
E. cloacae	25	26	14	Hiperpoduccion de Amp-C
E. cloacae	30	30	16	Hiperpoduccion de Amp-C
Kl. pneumoniae	23	23	10	Carbapenemasa KPC
Kl. pneumoniae	23	24	15	Carbapenemasa Oxa-48 like
Kl. pneumoniae	34	32	20	Blee+impermeabilidad
Kl. pneumoniae	28	28	20	Blee+impermeabilidad
Kl. pneumoniae	27	24	10	Blee+impermeabilidad
Pr. stuartii	23	23	15	Amp-c+impermeabilidad
Pr. stuartii	23	20	12	Amp-c+impermeabilidad
Kl. pneumoniae	23	24	18	Carbapenemasa KPC

Discusión: Hasta mediados del 2015 realizábamos antibiograma con IMP y MER por una cuestión de economía de monodiscos y placas, al publicarse estos tipos de mecanismos,se decide el cambio de MER por ERT y en los casos de halos chicos de ERT se utilizan los tres carbapenemes, esto llevo a la detección de estos mecanismos. Los puntos de corte de los carbapenemes en mm según CLSI son: IMP = MER: S≥23, I: 20-22, R≤19; ERT: S≥22, I: 19-21, R≤18. Nótese que ninguno de estos mecanismos afecto los halos de IMP y MER, todos son sensibles, aunque el listado también incluye carbapenemasas. Por esta razón pensamos que es indispensable colocar el disco de ERT en el antibiograma de las Enterobacterias ya que estos mecanismos modifican las posibilidades de tratamientos antibióticos.
Conclusión: Es indispensable colocar el disco de ertapenem en el antibiograma de Enterobacterias ya que permite detectar mecanismos que los otros carbapenemes no detectan.

PE005 RELACIÓN ENTRE APROPIABILIDAD, CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS (ATB) Y NIVEL DE DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS PARA LA GESTIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROAS) EN CENTROS ASISTENCIALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA

RE Quiros, A Vila, A Manzur, L Calanni, M Decima, A Falco, A Cuello, LM Olivo, CM Acosta, G Sastre, D Maurizi, F Riera, M Vera Blanch, MC Bangher, C Camerano, E Escobar.
Proyecto PROA, Bolivia.

Introducción: El desarrollo de PROAs en el ámbito hospitalario ha sido identificado como una estrategia útil para mejorar los resultados asistenciales, vinculados al uso de estos agentes, de una manera segura y costo-efectiva, reduciendo además el desarrollo de la resistencia antimicrobiana
Objetivo: Estimar la relación entre apropiabilidad, consumo de ATB y nivel de desarrollo de los PROAs en centros asistenciales de la República Argentina
Material y métodos: En mayo del 2016 se inició un proyecto multicéntrico de 12 meses de duración con el propósito de implementar y evaluar el impacto de PROAs en centros asistenciales. El mismo consta de 4 etapas: I- Autoevaluación basal; II- Implementación efectiva de los PROAs; III- Evaluación de la apropiabilidad de las prescripciones de ATB a través de cortes de prevalencia cuatrimestrales y análisis del consumo mensual; IV-Autoevaluación final del nivel alcanzado por los PROAs. A partir de un estudio observacional comparativo presentamos los resultados del primer corte de prevalencia y del consumo de ATB del primer mes en relación al nivel basal de desarrollo de los PROAs. Para estimar el desarrollo inicial de los PROAs se utilizó un instrumento basado en los lineamientos propuestos por el CDC, que permite recoger información sobre las estrategias que deben estar presentes en los PROAs. El nivel de apropiabilidad del consumo de ATB se midió en base a los siguientes criterios: a- Adherencia de la prescripción a guías clínicas; b- Profilaxis quirúrgica ≤24 hs; c- Revisión de las indicaciones de ATB dentro de las 48 hs de iniciado el tratamiento. Las autoevaluaciones fueron medidas con una escala de 0 a 100 puntos. La apropiabilidad del consumo de ATB fue expresada como porcentaje

del total de indicaciones. El consumo mensual de ATB se midió en Dosis Diarias Definidas (DDD) c/100 días-paciente. Para la comparación de estos indicadores, los centros fueron dicotomizados tomando como punto de corte el percentilo 75 del puntaje de la autoevaluación. Las comparaciones se realizaron usando test de t-Student, test de proporciones y test de Poisson
Resultados: De un total de 127 centros que completaron la autoevaluación inicial, 111 (87 %) completaron el primer corte de prevalencia. La tabla muestra la comparación de indicadores entre centros.

Indicadores	Centros con <41,5 puntos	Centros con ≥41,5 puntos	Dif.	IC95 %	p
Autoevaluación, media±DS	25,4±9,9	51,6 ± 8,6	26,2	30,3 a 22,0	0,000
Profilaxis quirúrgica ≤ 24 hs, %	52,3(333/637)	64,8(140/216)	12,5	5,1 a 20,0	0,002
Registro en la historia clínica, %	87,6(4083/4663)	92,5(1592/1722)	4,9	3,3 a 6,5	0,000
Adherencia a guías clínicas, %	47,0(2193/4663)	77,6(1336/1722)	30,6	28,1 a 33,0	0,000
Revisión periódica de la indicación, %	46,8(2184/4663)	69,4(1195/1722)	22,6	20,0 a 25,2	0,000
Consumo de ATB en UCIA, DDD c % días-paciente	259,2(35565/13720)	114,8(7231/6298)	-144,4	-140,6 a -148,2	0,000

UCIA (Unidad de cuidados intensivos de adultos).
Conclusiones: El estudio permitió demostrar que aquellas instituciones con mayor puntaje en la autoevaluación inicial tienen mejores indicadores de apropiabilidad y consumo de antimicrobianos. Esto refuerza la importancia de una implementación efectiva de los PROAs a nivel institucional

PE006 REACCIONES ADVERSAS POCO COMUNES A ANTIBIÓTICOS: NEUTROPENIA POR VANCOMICINA

FS Cutraro[1], YL Paredes Falzone[1], JL García[1], FR Simioli[2], SE Echazarreta[1 2], TA Orduna[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F.J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La vancomicina (VAN) es un antibiótico glicopeptídico utilizado para tratar infecciones por cocos gram positivos, en especial *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) resistente a oxacilina. Sus efectos adversos más habituales son nefrotoxicidad y el "síndrome de hombre rojo". Se ha reportado con menor frecuencia toxicidad hematológica. Presentamos dos casos de neutropenia inducida por VAN. CASO 1: Varón de 28 años con diagnóstico reciente de infección por virus de la inmunodeficiencia humana (Categoría A1) con sospecha de bacteriemia complicada por *S.aureus* con embolias pulmonares, en tratamiento con VAN 2 gramos/día. En día 10 de tratamiento, presenta neutropenia profunda (500 células/mm3) asociada a elevación de transaminasas hepáticas por 10 veces su valor de referencia. Se descarta infección por virus de la hepatitis A, B, C y E. Interpretándose como toxicidad secundaria a VAN, se rota a linezolid. Evoluciona en 72 horas con normalización del laboratorio hasta el alta hospitalaria. CASO 2: Varón de 29 años en tratamiento con carbamazepina por epilepsia, internado por probable bacteriemia por *S.aureus* complicada con osteoartritis esternal y embolias sépticas renales, en tratamiento con VAN 2 gramos/día. En día 23 de tratamiento presenta neutropenia aislada (600 células/mm3), interpretada como probable toxicidad secundaria a VAN, rotándose a clindamicina y continuando con carbamazepina. Evoluciona en 72 horas con normalización del hemograma.
Discusión: La neutropenia inducida por VAN, es infrecuente y se relaciona más con la duración del tratamiento que con la dosis recibida, siendo más frecuente en pacientes que reciben el medicamento por un periodo mayor a dos semanas. No se ha demostrado relación con las concentraciones séricas en valle ni con la dosis administrada. La frecuencia de este efecto adverso ha sido reportada en escasos estudios retrospectivos, que incluyeron un número reducido de pacientes y arribaron a resultados discordantes (2 a 12 %). El mecanismo por el cual se presenta es multifactorial, involucrando factores genéticos e inmunológicos que hacen susceptible al individuo. Se ha establecido una mediación de la respuesta inmune con presencia de anticuerpos antineutrófilos y anticuerpos específicos antigranulocitos. Adicionalmente, se puede presentar toxicidad directa de médula ósea, resultando en mielopoyesis inefectiva. Es aconsejable realizar un monitoreo semanal del hemograma y en caso de desarrollar neutropenia sin otra causa evidente, se debe suspender inmediatamente la droga. Una vez discontinuada, el recuento de neutrófilos retorna a la normalidad dentro de los 2 a 5 días. La administración de factores estimulantes de colonias es controversial y no hay evidencia que apoye su uso. La reexposición a VAN no está recomendada. Al cambiar el esquema antibiótico, debe tenerse presente que existe riesgo de reactividad cruzada con teicoplanina.
Conclusión: La neutropenia inducida por VAN es un efecto adverso potencialmente grave de un antibiótico de uso generalizado. Se requieren estudios que analicen su real incidencia.

PE007 AUMENTO DE β-LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS DE INFECCIONES URINARIAS DE PACIENTES AMBULATORIOS

D Chianalino, V Andretta, L Lorini
Lac Abraham Laboratorio de Analisis Clinicos, Argentina.

Introducción: Si bien el aislamiento de Enterobacterias productoras de beta-lactamasas de espectro extendido (Blee) es algo común en el ámbito hospitalario, hasta hace poco tiempo no lo era en pacientes ambulatorios. Estas enzimas están codificadas en un plásmido que se transmite horizontal y verticalmente y que puede llevar también genes de resistencia hacia otros grupos de antibióticos. Las cepas se seleccionan por presión antibiótica. Los mecanismos de resistencia se suelen diseminar por circulación ámbito hospitalario-comunidad.
Objetivo: Determinar si hubo aumento de Enterobacterias Blee + aisladas de infecciones urinarias de pacientes de la comunidad, comparando dos periodos de tiempo.
Material y Métodos: Se analizan los resultados de 4751 urocultivos recibidos en el año 2015 y se comparan con los 4459 urocultivos recibidos en el año 2016. En los positivos para Enterobacterias se realiza identificación y antibiograma por método manual: pruebas bioquímicas y antibiograma por difusión que se interpreta con CLSI, M-100. Se detecta producción de Blee con el método de discos combinados con diferencia ≥5 mm entre cefotaxima y cefotaxima+ac. clavulanico.
Resultados:

Año	N° urocultivos	Enterobacterias	Blee+	%
2015	4751	888	70	7.9
2016	4459	1349	177	13

Discusión: Se nota un aumento en Enterobacterias Blee + aisladas de infecciones urinarias de pacientes ambulatorios, esto podría deberse a la imposibilidad de evitar la diseminación de este mecanismo entre la Enterobacterias en el ámbito hospitalario, su selección por presión antibiótica y la circulación hacia la comunidad. Es importante este aumento debido a que la producción de Blee por las Enterobacterias limita las posibilidades de tratamiento con antibióticos orales y muchas veces puede llevar a la necesidad de internación para tratar una infección urinaria, por lo tanto es fundamental seguir tratando de evitar su diseminación.
Conclusión: Se nota un aumento en el aislamiento de Enterobacterias produtoras de betalactamas de espectro extendido en infecciones urinarias de pacientes ambulatorios y esto modifica las posibilidades de tratamiento antibiotico en dichas infecciones.

PE008 USO DE ANTIMICROBIANOS. ENCUESTA DE PERCEPCIÓN DE USO ENTRE MÉDICOS DE LAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTIS) DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL GCABA

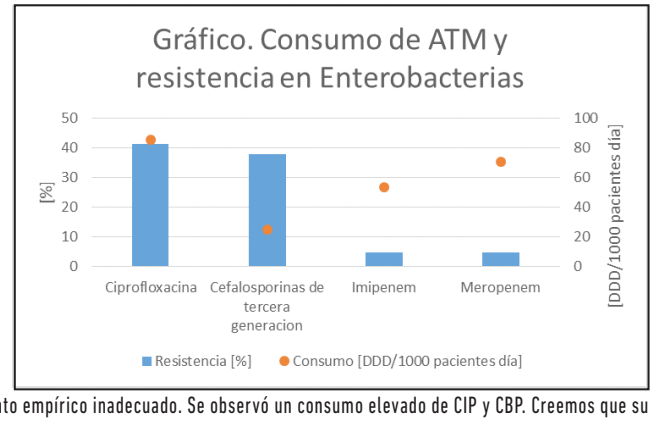
PG Scapellato[1 3], G Levy Hara[1 4], D Pryluka[1 2]
[1] Comisión Ejecutora del Programa de Uso Adecuado de Antimicrobianos y Control de Infecciones del Ministerio de Salud del GCABA, Argentina. [2] Hospital Velez Sarsfield, Argentina. [3] Hospital D.F.Santojanni, Argentina. [4] Hospital Durand, Argentina.

El Ministerio de Salud de CABA comenzó a instrumentar un programa de uso optimizado de antimicrobianos(PROA) en sus hospitales públicos, en agosto 2016. Una de las actividades iniciales consistió en una encuesta de percepción de uso de antimicrobianos, respondida por médicos de planta y guardia de las UTIs.
Material y Métodos: Se efectuó una encuesta estructurada de respuesta voluntaria. Fue distribuida entre los médicos de las UTIs de los hospitales públicos del GCABA, entre de noviembre y diciembre de 2016. Se establecieron porcentajes y se efectuaron comparaciones de las proporciones utilizando el test de Fischer.
Resultados: Se recibieron 92 respuestas de 11 hospitales generales y 1 pediátrico. Cuarenta y cuatro (48 %) de los que respondieron, tenían más de 20 años de graduados y 29 (31 %) entre 11 y 20 años. Los principales criterios para prescribir un ATM fueron la gravedad del cuadro en 81(88 %), cubrir el mayor espectro 60 (66 %) y la intensidad de la fiebre y la leucocitosis 49 (53 %). Cincuenta encuestados (54 %) refirieron que en sus hospitales ya había un PROA en funcionamiento, pero existían respuestas contradictorias provenientes de profesionales de 10/12 hospitales, donde algunos decían que sí había y otros que no. Sesenta profesionales (65 %) consideraron que el uso de ATM en su hospital era bueno o muy bueno. Sesenta y seis (72 %) indicaron que una de sus principales fuentes de capacitación en uso racional de ATM fueron las recorridas con infectología 72 %(n = 66), 42(46 %) la guía Sanford , 38(41 %) la recorrida con los médicos de planta, 27(29 %) los congresos y 23(25 %) las revistas científicas. 25/66(38 %) de los que referían a las recorridas con infectología como fuente de capacitación, dijeron que no había PROAs en su institución y sólo 12/66(18 %) leía revistas médicas. Cuarenta y tres (47 %) señaló que en sus hospitales existían guías de tratamiento y uso de ATM. Sin embargo, en 9/12 hospitales existieron respuestas contradictorias. Los factores percibidos como determinantes negativos para el buen uso de los ATM fueron la falta de conciencia sobre el problema en 57(62 %), la falta de respuesta rápida de los servicios de microbiología en 38(41 %), 25(27 %) la deficiencia en el programa de prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud y 25(27 %) la deficiente formación de postgrado.
Conclusiones: Llama la atención el importante número de prescriptores que basan su formación en el tema en instancias informales (servicios de infectología y/o recorrida con los staff) o de estrecha validez científica y nula consideración epidemiológica local (guía Sanford). Cerca de la mitad de los encuestados respondieron que en sus hospitales había PROAs funcionando y que tenían guías de tratamiento y uso de antimicrobianos, pero en los mismos hospitales hubieron respuestas en contrario, lo que evidencia la deficiente comunicación de los mismos. Pese a esto, el 65 % de los encuestados entendía que el uso de estas drogas era bueno o muy bueno en su lugar de trabajo. El conocimiento de las percepciones y actitudes de los actores intervinientes en el uso de ATM es un dato valioso que permitirá a los miembros del PROA trabajar sobre elementos más firmes.

PE009 ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA RESISTENCIA DE ENTEROBACTERIAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

N Lattour, D Santonato, F Argüello, P Machado, P Vizcarra, K Aguilera Constanzo, ML Yantorno, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, V Angeletti, R Padlog, M Buron, M Reynaldi, MB Lares, G de la Parra.
HIGA "General José de San Martín" de La Plata, Argentina.

Introducción: Las Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y de carbapenemasas (EPC) representan una amenaza para la salud pública. Su aparición se asocia al uso de cefalosporinas de tercera generación (C3G), quinolonas (Q) y carbapenemes (CBP). Desde 2003, nuestro hospital restringe el uso de ceftriaxona (CRO).
Objetivo: Analizar el perfil de sensibilidad de Enterobacterias y el consumo de antimicrobianos (ATM) asociados con sus mecanismos de resistencia.
Materiales y Método: Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un hospital público de alta complejidad. Se obtuvieron datos de susceptibilidad antimicrobiana para aislamientos de Enterobacterias en hemocultivos de pacientes en salas de Clínica del 01/01/2016 al 28/02/2017. Se analizó el consumo de ciprofloxacina (CIP), cefotaxima (CTX), ceftazidima (CAZ), CRO, meropenem (MEM) e imipenem (IMP) como inductores de resistencia en Enterobacterias. Análisis estadístico univariado (significativo p <0,05). Se utilizó el software SPSS 19.0.
Resultados: Durante el período de estudio, 95 pacientes presentaron 104 bacteriemias. Desarrollo polimicrobiano en 17 casos, total de 121 aislamientos. Mediana de edad: 52 años (15-89). Focos clínicos más frecuentes: urinario 28,6 %, abdominal 23,2 %, asociado a catéter venoso central (CVC) 17,8 %, bacteriemia primaria 14,3 %. De 104 episodios de bacteriemia, la exposición previa a ATM fue: Q 6,7 % (7/104); C3G 3,8 % (4/104); CBP 7,7 % (8/104). El tratamiento empírico fue apropiado en 64,4 % (67/104) de los episodios. Letalidad 13,5 % (14/104). De 121 aislamientos, se identificó la siguiente resistencia: CIP 41,3 %; C3G 38 %; piperacilina tazobactam (TZP) 26,4 %; MEM 4,9 %; IMP 4,9 %. El 28,9 % de los aislamientos correspondió a BLEE y el 9,9 % a EPC. Media de consumo de ATM [DDD/1000 pacientes día]: CIP 85,4; CTX 37,1; CAZ 21,2; CRO 15,9; MEM 70,8 e IMP 53,3. El gráfico muestra el consumo de ATM y el porcentaje de resistencia a los mismos. Se observó una relación estadísticamente significativa entre la exposición a CBP y el desarrollo de EPC (p = 0,048). El aislamiento de bacterias multirresistentes (MR) se asoció significativamente a recibir tratamiento empírico inadecuado (p<0,01).



Conclusión: El aislamiento de EPC se asoció significativamente con la exposición previa a CBP. Así mismo, el desarrollo de MR presentó asociación estadísticamente significativa con recibir tratamiento empírico inadecuado. Se observó un consumo elevado de CIP y CBP. Creemos que su restricción podría impactar en el perfil de resistencia.

PE010 ANÁLISIS ECONÓMICO DEL IMPACTO DE LA MULTIRRESISTENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD

S Lambert, R Kurtzbart, L Tula, L Espinola, V Squassi, D Ameri, M Comas
Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: la resistencia a antimicrobianos se asocia al uso inadecuado de antibioticos; en nuestra institucion esto ocurre en gran parte como consecuencia de la recepción de pacientes complejos, con uso previo y/o prolongado de antibioticos en otras instituciones. Esta situación se ha asociado en la literatura al aumento del costo de la internación, la estancia hospitalaria y la morbimortalidad de los pacientes.
Objetivo: estimar el costo diferencial entre las infecciones causadas por gérmenes "resistentes" y "sensibles".
Métodos: estudio retrospectivo en base a historias clínicas de pacientes internados en el periodo febrero-agosto de 2015. Se seleccionaron tres germenes problema : *S aureus , E coli, K pneumoniae* y se compararon los costos de internacion de infecciones por cepas sensibles (SAMS, *E coli* sensible, *K pneumoniae* sensible) y resistentes (*SAMR, E coli BLEE, K pneumoniae KPC*) , 5 casos de cada uno, treinta totales. Luego se estimó el costo medio de la internación asociado al periodo de infeccion y por último se calculó el diferencial de costo medio entre los resistentes y sensibles.

Resultados: para la comparación económica , las variables "costo antibiótico" y "dias-cama durante tratamiento antibiótico" resultaron significativamente superiores para el grupo resistente. El costo medio del tratamiento de los pacientes con infecciones por el grupo resistente fue 262 % mayor que en el grupo sensible. el número de días-cama fue un 185 % superior. Además la mortalidad global fue superior en el mismo grupo (27 % vs 13 %), aunque la diferencia no fue significativa.
Conclusiones: el gran impacto economico de la multiresistencia, nos obliga a generar una estrategia multimodal de optimizacion de uso de antimicrobianos, así como de control de los organismos multiresistentes. Los resultados obtenidos alientan al desarrollo de nuevos estudios con mayor representatividad poblacional, lo que permitirá corroborar las estimaciones realizadas y brindar mayor significancia estadística.

PE011 ANÁLISIS DE LA RESISTENCIA A ERITROMICINA EN *Streptococcus pneumoniae*

ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti
Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosario, Argentina.

Introducción: *Streptococcus pneumoniae* participa en múltiples procesos infecciosos tanto invasivos (sepsis, meningitis) como no invasivos (infecciones del tracto respiratorio, conjuntivitis). Los macrólidos se han considerado durante las últimas décadas una alternativa al uso de las penicilinas para infecciones por este microorganismo. En la actualidad se observa un incremento en las resistencias a macrólidos para *Streptococcus pneumoniae*. La comercialización de macrólidos con mejores pautas de administración (claritromicina y azitromicina) ha contribuido en gran medida a su uso generalizado, circunstancia que se asocia al incremento continuado de las resistencias.
Objetivo: conocer la prevalencia de la resistencia a eritromicina en *Streptococcus pneumoniae*. a partir de aislados de muestras clínicas, tanto invasivas como no invasivas, analizar su fenotipo de resistencia , analizar corresistencias y evaluar el estado de sensibilidad de estas cepas a la penicilina
Materiales y métodos: Las 67 cepas de *Streptococcus pneumoniae*. estudiadas se obtuvieron de muestras clínicas.Los aislamientos clínicos de *Streptococcus pneumoniae* fueron analizados para penicilina, eritromicina, trimetoprima+ sulfametoxazol , levofloxacina y vancomicina usando Vitek 2C (Biomerieux, Francia) que utiliza los puntos de corte de CLSI para su interpretación.
Resultados: Se estudiaron 67cepas de *Streptococcus pneumoniae*. (una cepa por paciente) con significación clínica. De acuerdo a la localización el 50 % (34) de los aislamientos correspondieron a hemocultivos y aspirados nasofaringeos .El 34 % de las cepas (23) dep *Streptococcus pneumoniae*. fue resistente a eritromicina. El 13 % (3) de las cepas resistentes a eritromicina presentaba fenotipo de resistencia MLS, con CIM para eritromicina mayor o igual a 1 ug/ml .El 17 % (11) de las cepas presentaron corresistencia con trimetoprima+sulfametoxazol. No hubo cepas resistentes a penicilina.
Conclusiones: En este trabajo encontramos una tasa de resistencia a eritromicina del 34 %. Por mecanismos de resistencia, sobre el total de cepas resistentes a eritromicina, el 13 % se comportó como fenotipo MLS. El 17 % de las cepas presentaron corresistencia con trimetoprima+sulfametoxazol. No se obtuvieron cepas resistentes a penicilina. Debido a la aparición de resistencia a eritromicina en nuestro hospital se decide realizar vigilancia de la misma.

PE012 ANÁLISIS DE LA CONCENTRACIÓN INHIBITORIA MÍNIMA A VANCOMICINA EN CEPAS DE *Staphylococcus aureus*

ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti
Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosario, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* es una de las causas principales de infecciones nosocomiales y es conocido por su habilidad para desarrollar resistencia a los antibióticos. Fracasos clìnicos del tratamiento con vancomicina se han relacionado con cepas cuya sensibilidad cae la gama intermedia de concentración inhibitoria mínima (CIM).
Objetivo: determinar y comparar la sensibilidad a vancomicina en cepas de *Staphylococcus aureus* meticilino sensibles (MSSA) y *Staphylococcus aureus*meticilino resistentes (MRSA) aislados de infecciones nosocomiales.
Materiales y métodos: Los aislamientos clínicos de *Staphylococcus aureus* fueron analizados para la meticilina y vancomicina usando Vitek 2C (Biomerieux, Francia) que utiliza los puntos de corte de CLSI para su interpretación. Las CIMs de vancomicina se agruparon en tres categorías <0,5; 1 y 2 ug / ml.
Resultados: De las 489 cepas estudiadas 305 (62 %) eran MRSA y 184 (38 %) eran MSSA. Los aislamientos con CMI de 2 ug / ml fueron 81 (17 %). El porcentaje de aislamientos con CIM a vancomicina de 2 ug / ml fue similar para el MSSA y MRSA.
Conclusiones: El porcentaje de cepas con CIMs de 2 ug / ml corresponde a la literatura. Aproximadamente uno de cada 5 aislamientos tiene una CIM de 2 ug / ml, lo que sugiere un cambio cualitativo en el tratamiento de estas infecciones y pacientes, al menos desde un punto de vista empírico. Todos los aislados en nuestro hospital fueron susceptibles a la vancomicina. El porcentaje de cepas de *Staphylococcus aureus* con CIM a vancomicina igual a 2 ug / ml es considerable. Las infecciones sistémicas a *Staphylococcus aureus* no deben ser tratadas con vancomicina empíricamente sin conocer la CIM. Se debe tener un enfoque proactivo para el desescalamiento de antibióticos y de esta forma evitar la aparición de resistencias y reducir al mismo tiempo los costos.

PE013 EFECTO DE LA APLICACIÓN DE UN CONJUNTO DE INTERVENCIONES SOBRE EL CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN UN SERVICIO DE INTERNACIÓN GENERAL

MT Veron, A Cordich, MJ Nuñez, L Sabater, S Nuñez, V Lacal Ridilenir, M Fidalgo, S Balinotti, P Marchetti, A Vazquez, P Necchi, E Izquierdo
SANATORIO GÜEMES, BUENOS AIRES, Argentina.

Introducción: Los antimicrobianos tienen elevada prescripción en el ámbito hospitalario, siendo inadecuadas el 10-50 %. Esto conduce a la aparición de resistencias bacterianas, tratamientos ineficaces y múltiples efectos adversos con elevada morbi-mortalidad. Es necesario promover el uso racional de los antimicrobianos(A), utilizándolos con precaución, limitando su consumo (C) y desarrollando nuevas estrategias de prescripción, para combatir la resistencia y controlar su diseminación.
Objetivo: Evaluar el efecto de varias intervenciones sobre el C de A en la internación general de adultos (IGA).
Materiales y Métodos: Desde 2016 en la IGA se realizaron varias ntervenciones para disminuir el C de A: 5-1-16: 1) implementación de un protocolo de uso adecuado y desescalamiento de A, 2) distribución diaria de la lista de pacientes con indicación de A de Uso Controlado(AUC) 3) recorrida diaria de la IGA por un infectólogo para definir la indicación de AUC en cada paciente. Se realizó un estudio comparativo retrospectivo de antes (P1: ene-dic 2015) y después (P2: ene-dic 2016). Se midieron los C de A en dosis diarias definidas (DDD) por 100 días-cama. Se analizaron 1) C medio mensual (MM) del total de A, AUC y A de uso no controlado (AUnoC), 2) diferencia (D) de C de A entre períodos (P1-P2) como indicador de cantidad de A prescripto 3) frecuencia de C intra-período de cada A como indicador de cambios en la prescripción 4) mortalidad global de la IGA (P1 vs P2) como indicador de eficacia. AUC: Cefalosporinas3°y4°G (CFP), Colistina(Col), Carbapenemes(CRB), Fluconazol(Flu), Linezolid(Lin), Piperacilina+Tazobactam(PIPTAZ), Tigeciclina(Tig), Trimetoprima+Sulfametoxazol (TMS), Vancomicina (Van), Otros(O)[Anfotericina B, Foscarnet, Fosfomicina, Ganciclovir, Oseltamivir, Rifampicina, Voriconazol]. AUnoC: ampicilinasulbactam (AMS), quinolonas(Quin), macrolidos(M), ampicilina (AMP), Cefalosporinas 1°G y 2°G (Cef), clindamicina (Cli), aminoglucosidos (AG), metronidazol(Mtz), tetraciclinas (Tet), otros (Ot) [aciclovir, dapsona, daptomicina, etambutol, isoniacida, nitrofurantoina, pirazinamida, sulfadiazina].
Resultados: C total fue 1424,49; P1 = 700,50 (49 %), MM 58,38 (DS±4,05) vs P2 = 723,99 (51 %), MM 60,33 (DS±5,06) [pNS]; DC -23,49 (3 %). C AUC P1 = 312,86 (45 %), MM 26,07 (DS±2,26) vs P2 = 303,97 (42 %), MM 25,33 (DS±2,29) [pNS]; DC 8,89(3 %). C AUnoC P1 = 387,64 (55 %), MM 32,30 (DS±3,63) vs P2 = 420,02 (58 %), MM 35,00 (DS±3,85); [pNS]; DC -35,38(9 %). Mortalidad Global IGA P1 4.9 % (605/12444) vs P2 5,3 % (809/15212) [pNS]. DC por AUC: disminuyó el C de Col 28 %, Tig 27 %, CRB 13 %, Lin 11 %, Van 10 %, Flu 8 %, O 13 % y aumentó el de CFP 22 %,

TMS 8 %, PIPTAZ 6 %. DC por AUnoC: disminuyó el C de Mtz 33 %, AMP 20 %, AG 13 %, Cef 2 %, Cli 7 %, Ot 37 % y aumentó en Tet 71 %, Quin 26 %, AMS 16 %, M 13 %.
Conclusiones: Las intervenciones contribuyeron a la disminución del C de AUC (3 %), con un aumento de AUnoC (9 %) sin afectar la mortalidad global de la IGA. Se observa una tendencia a prescribir A de < espectro y por vía oral. Una limitante de este trabajo es la imposibilidad de comparar las características demográficas de la población

PE014 RESISTENCIA A COLISTÍN: AUMENTO DE INCIDENCIA Y POCAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS

L Ducatenzeiler, J Benso, M Moltrasio, G Greco, L Barcan, I Staneloni
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La emergencia de enterobacterias resistentes a carbapenems (CBP) ha aumentado el uso de colistin. Uno de los mecanismos más comunes de resistencia es por mutaciones cromosómicas específicas de genes (pmrA pmrB) que producen modificaciones de LPS y en los últimos años se describió la resistencia mediada por plásmidos (gen mcr-1) principalmente en E coli comunitario. En el año 2016 observamos un aumento de la resistencia a colistin en enterobacterias KPC y no KPC. A continuación describimos su incidencia en un centro de alta complejidad.
Objetivo: Descripción y análisis de casos donde se obtuvo desarrollo de Enterobacterias resistentes a colistin en muestras clínicas.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. Se analizaron las historias clínicas de pacientes adultos entre 1/1/16 - 1/3/2017, con aislamiento de Enterobacterias resistentes a colistin. Se analizaron variables relacionadas con adquisición (internación previa, antibióticos previos, entre otros). En las infecciones se estudió foco, tratamiento, evolución y sensibilidad antibiótica.
Resultados: Se analizaron 108 aislamientos bacterianos en 107 pacientes. E coli: 32 (30 %) , Enterobacterias no KPC: 36 (33 %), Enterobacterias KPC: 40 (37 %). En el grupo con E. Coli la edad promedio fue 64 años (R:9-91), predominio femenino 65 %. El 59 % sin internaciones previas, 68 % sin antibióticos (ATB) previos. El 65 % presentaron infecciones (urinarias 52 %, intraabdominal 14 %, Infecciones piel y partes blandas (PPBL) 14 %, osteoarticular 9 % (OA), respiratoria 5 %, genital 5 %). Recibieron tratamiento empírico adecuado 61 % (TEA), con cura clínica en el 96 % y mortalidad del 3 %. En el grupo de Enterobacterias no KPC la edad promedio fue 57 años (R:9-91), predominio masculino 55 %. El 80 % tenía internaciones previas, 70 % en áreas críticas y 78 % con exposición previa a ATB. El 63 % presentaron infecciones (intraabdominal 34 %, Urinarias 17 %, endovascular 13 %, respiratoria 13 %, OA 13 %, PPBL 9 %). Recibieron TEA en el 91 %, con cura clínica en el 78 % y 21 % de mortalidad relacionada a la infección. En el grupo de KPC: edad promedio 54 años (R:2-89), predominio masculino 65 %, 82 % con internaciones previas, 100 % ATB previos, 50 % con infecciones (urinarias 30 %, intraabdominal 20 %, bacteriemia 20 %, PPBL 5 %, OA 5 %, respiratoria 20 %, mediastinitis 5 %, SNC 5 %). Recibieron TEA el 10,5 % (25 % de cepas resistentes a todos los atb disponibles), cura clínica en el 66 % y mortalidad en infecciones 20 % y 100 % con hemocultivos positivos.

Sensibilidad de *Escherichia coli*, Enterobacterias no KPC y KPC (%):

	Nitro	a	ams	cip	tms	cef1	cef3	tazo	ak	imi	tige	fosfo
E. coli	53	3	15	21	50	9	50	56	100	100		
E no KPC	0	0	13	17	21	4	17	17	69	100		
KPC	100◆								60	*	46	18

* CIM de meropenem (15 cepas): promedio 32 (2->32). 1 testeada

Conclusiones: En nuestro estudio observamos un aumento de resistencia a colistin y diferencias entre las distintas poblaciones de pacientes con infecciones por dichos microorganismos. Resaltamos la importancia de conocer esta resistencia para optimizar esquemas empíricos adecuados.

PE015 PRIMER REPORTE DE CARBAPENEMASA TIPO OXACILINASA EN UN HOSPITAL PÚBLICO POLIVALENTE

M Cudmani[1], G Delgado[1], G Gonzalez[1], S Flores[2], N Cudmani[1]
[1] Laboratorio de Salud Pública, Argentina. [2] Hospital Eva Perón, Argentina.

Introducción: en la última década las enterobacterias resistentes a carbapenemes se han incrementado notablemente. Las carbapenemasas (CPN) prevalentes en nuestro país son las serincarbapenemasas tipo KPC seguidas de las metalobetalactamasas tipo IMP, VIM y NDM. En los últimos años, se ha observado un aumento en la detección de CPN tipo oxacilinasas (OXA). En el 2011 se reportó por primera vez en Argentina OXA-163, una variante de OXA-48 que hidroliza débilmente a los carbapenemes y eficientemente a las cefalosporinas.
Objetivos: reportar el primer aislamiento de carbapenemasa tipo OXA-163 en un hospital público.
Materiales y Métodos: la identificación bacteriana se realizó por MALDITOF (Bruker), las pruebas de sensibilidad por sistema VITEK 2C y por método de difusión con discos. La actividad de CPN se evaluó por Blue carba test (BCT) y Test de Hodge modificado con Triton (MHT). Se realizó prueba de sinergia con inhibidores de CPN (Kit DCMBrit) y búsqueda de los genes blaKPC y blaoxa por PCR según protocolo del Servicio Antimicrobianos (LNR)- INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Se envió cepa al LNR para confirmación del hallazgo.
Descripción de caso: paciente femenino de 77 años ingresa con cuadro de gastropatía el 04/02. El 13/02 comienza con fiebre y signos de shock, se solicita urocultivo y hemocultivo (HC) y se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam (PTZ). Del HC se aísla Escherichia coli productora de betalactamasa de espectro extendido y se rota tratamiento a Imipenem. El 17/02 se traslada a otro hospital público para estudio de mayor complejidad. Reingresa el 22/02 con signos de urosepsis. Se solicita cultivos y se indica imipenem. El HC resulta negativo y del urocultivo se aísla Klebsiella pneumoniae (Kp) que se deriva al Laboratorio de Salud Pública de la Provincia por sensibilidad disminuida a carbepenemes.
Resultados: el aislamiento presentó resistencia a cefalosporinas, gentamicina, amicacina y ciprofloxacina y sensibilidad a colistina, tigeciclina y fosfomicina. Los valores de CIM a carbapenemes fueron: imipenem 1 ug/ml, meropenem 16 ug/ml. La sensibilidad a ertapenem se evaluó por método de discos y no se obtuvo halo de inhibición. Los altos niveles de resistencia a ertapenem y PTZ (CIM ≥ 128 ug/ml) sumados a la ausencia de sinergia con inhibidores EDTA, ácido fenil borónico y tazobactama, sugirieron la presencia de carbapenemasa tipo OXA, según lo expuesto en el algoritmo propuesto por el LNR. El BCT fue negativo y el MHT positivo. Por PCR se amplificó el gen blaoxa. El resultado fue confirmado por el LNR como OXA-163.
Conclusiones: comunicamos el primer aislamiento de Kp productora de CPN tipo OXA-163 en un hospital público de nuestra provincia. Los resultados de las pruebas fenotípicas llevaron a sospechar actividad CPN y posterior derivación al laboratorio de referencia provincial para su confirmación molecular. En nuestra provincia se desconoce la prevalencia de CPN tipo OXA-48 y sus variantes por lo que destacamos la importancia de conocer su circulación para sospecharlas, documentar su hallazgo e implementar rápidamente medidas de control de infecciones para evitar su diseminación.

PE016 REPORTE DEL PRIMER AISLAMIENTO PRODUCTOR DE NUEVA DELHI METALOBETALACTAMASA ASOCIADO A BROTE EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA DE LA PROVINCIA

M Cudmani[1], G Delgado[1], G Gonzalez[1], M Rodriguez Raimondo[2], S Fonio[2], C Logwiniuk[2], D Faccone[3], F Pasterán[3], A Corso[3], N Cudmani[1]
[1] Laboratorio de Salud Pública, Argentina. [2] Hospital Néstor Kirchner, Argentina. [3] Servicio Antimicrobianos INEI-ANLIS "Dr. Carlos Malbrán", Argentina.

Introducción: desde 2008 se documentó a nivel mundial la circulación de bacterias portadoras de metolobetalactamasa tipo Nueva Delhi (NDM), una carbapenemasa (CPN) que otorga resistencia a todos los -lactámicos excepto aztreonam. En Argentina se reportó por primera vez en el 2013 no encontrándose aislamientos en nuestra provincia hasta la actualidad.
Objetivo: reportar el primer aislamiento y el primer brote de Enterobacter cloacae productor de NDM (Ecl-NDM) en nuestra provincia.
Materiales y métodos: la identificación bacteriana se realizó por MALDITOF (Bruker). La sensibilidad se determinó por sistema automatizado Vitek2C y por método de difusión con discos. Para la detección rápida de CPN se utilizó el Blue carba test (BCT). La caracterización fenotípica se realizó por test de sinergia con inhibidores (Kit DCMBrit) y por el método de Hodge

modificado con Triton. La búsqueda de los genes blaNDM, blaKPC, blaIMP, blaVIM por PCR. Se investigó la relación genética de los aislamientos por electroforesis de campo pulsado en el Servicio Antimicrobianos (LNR) del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".
Descripción de casos: paciente masculino de 64 años con leucemia mieloide aguda se interna el 6/12 por infección respiratoria e inicia tratamiento con piperacilina tazobactam; el 19/12 se documenta primer día de neutropenia y se indica profilaxis con ciprofloxacina; el 21/12 presenta fiebre por lo que es pancultivado aislándose en 2 de 2 muestras de hemocultivo (HC) Ecl-NDM. El 22/12 se coloca catéter venoso central (CVC) y se rota a imipenem, colistina y trimetoprima-sulfametoxazol con buena evolución. Paciente masculino de 19 años con leucemia linfoide aguda con múltiples internaciones previas en la institución viaja a Buenos Aires para evaluación pre transplante. El 18/12 reingresa para continuar quimioterapia, bajo tratamiento con fosfomicina por infección del tracto urinario oligosintomática recurrente por Enterobacter aerógenes KPC positiva. El 22/12 presenta shock séptico con aislamiento de Ecl-NDM en 1 de 2 muestras de HC. Paciente masculino de 43 años con linfoma Hodgkin con internación previa en otra institución, ingresa el 5/12 con sepsis severa con foco respiratorio sin rescate microbiológico, recibe múltiples esquemas antibióticos con mejoría clínica. El 22/12 presenta shock séptico con HC y retrocultivos de CVC positivos para Ecl-NDM.
Resultados: los 3 aislamientos presentaron resistencia a aminopenicilinas, cefalosporinas, carbapenemes, amicacina, gentamicina, aztreonam, y sensibilidad a trimetoprima sulfametoxazol, colistina, tigeciclina, fosfomicina y ciprofloxacina. La actividad CPN se evidenció por todos los métodos fenotípicos citados. Por PCR se amplificó el gen blaNDM,. En el LNR por XbaI-PFGE se determinó que los 3 Ecl-NDM correspondieron al mismo tipo clonal.
Conclusiones: reportamos el primer aislamiento y el primer brote por NDM en nuestra provincia y enfatizamos la importancia de su detección precoz que llevó a implementar rápidamente medidas de control sin presentarse nuevos casos hasta la actualidad.

PE017 PREVALENCIA Y PERFIL DE RESISTENCIA DE ESTAFILOCOCOS AISLADOS DE INFECCIONES ÓSEAS, DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS

L Keller, V Elorza, L Guerriero, M Iglesias, L Sayago
Instituto de Análisis Fares Taie, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* es el agente etiológico más frecuente en infecciones óseas y de piel y tejidos blandos. Desde los 90 se han reportado infecciones de la comunidad producidas por S. aureus meticilino resistente (SAMR). La emergencia de estas cepas y la resistencia a otros agentes antimicrobianos es actualmente una preocupación mundial, ya que dificulta su tratamiento.
Objetivo: Establecer la prevalencia de *S. aureus* y S. coagulasa negativa (SCN) aislados de muestras óseas, tejidos blandos, úlceras por decúbito y vasculares, heridas quirúrgicas y abscesos, y conocer el perfil de resistencia a los antimicrobianos más usados.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 316 muestras recibidas durante 2 años y medio, obtenidas por punción o en quirófano. Los aislamientos fueron identificados por métodos convencionales y las pruebas de sensibilidad realizadas por método de difusión según normas del CLSI.
Resultados: En todos los materiales *S. aureus* fue el microorganismo aislado con más frecuencia, excepto en los abscesos donde fue superado por las enterobacterias.

Material (n)	*S. aureus*	SCN
Partes Blandas (174)	36,3 %	27,5 %
Ulceras (45)	38,9 %	5,6 %
Heridas (43)	37,3 %	20,6 %
Hueso (41)	30,0 %	26,7 %
Abscesos (13)	18,2 %	0,0 %

Se obtuvieron 112 aislamientos de estafilococos: 70 *S. aureus* (62,5 %) y 42 SCN (37,5 %). Al analizar los perfiles de sensibilidad, la meticilino resistencia fue 38,6 % en *S. aureus* y 45,2 % en SCN. Respecto de los antibióticos no betalactámicos, en *S. aureus* se obtuvo resistencia a macrólidos de 27,2 % (20 % MLSb constitutivo, 2,9 % MLSb inducible y 4,3 % eflujo), resistencia a TMS 1,5 %, resistencia a rifampicina 10,4 % y resistencia a ciprofloxacina 35,3 %. Entre los SCN, se obtuvo 50 % de resistencia a macrólidos (26,2 % MLSb constitutivo y 23,8 % eflujo), resistencia a TMS 42,9 %, resistencia a rifampicina 22,9 % y resistencia a ciprofloxacina 26,3 %. Ningún aislamiento fue resistente a Minociclina ni a Linezolid. La prevalencia de SAMR obtenida en muestras óseas y en la suma de todas las muestras de piel y tejidos blandos (abscesos, heridas, úlceras y tejidos blandos) fue de 33,3 % y 39,3 % respectivamente. La media de la CIM a Vancomicina fue 0,75 ug/ml en los aislamientos de muestras óseas y 1,25 ug/ml en los correspondientes al segundo grupo.
Conclusiones: El porcentaje de aislamientos de *S. aureus* y SCN coinciden con lo reportado por la literatura. La meticilino resistencia en ambos grupos resultó similar a la publicada en nuestro país. Comparando las muestras óseas con respecto a todas las de piel y tejidos blandos, la frecuencia de aislamiento de SAMR fue ligeramente menor en el primer grupo. Todas las cepas resultaron sensibles a Vancomicina. La resistencia a macrólidos, TMS y rifampicina fue menor en *S. aureus* que en SCN, mientras que la resistencia a ciprofloxacina resultó mayor. Destacamos la baja resistencia a TMS y rifampicina en *S. aureus*, lo cual los hace herramientas muy útiles para una adecuada terapia empírica inicial.

PE018 EVOLUCIÓN DE LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA EN ENTEROBACTERIAS AISLADAS DE UROCULTIVOS EN ADULTOS MAYORES

F del Rio, P Ochoa, A Belmonte, M Zafra, M Nogueras
Policlinico Dr. Marcelino Freyre PAMI II Rosario, Argentina.

Introducción: Los Mecanismos de Resistencia Antimicrobiana (MRAM) seleccionan bacterias que amenazan la eficacia de las medidas de prevención y el tratamiento de las infecciones, lo que representa un incremento en la morbi-mortalidad y aumento de costos en la atención sanitaria. Es indispensable conocer la epidemiología de cada centro asistencial, para definir el mejor esquema empírico de tratamiento y disminuir el riesgo de uso de Antimicrobianos (AM) inapropiados en casos de multiresistencia. Estos datos ayudan a implementar estrategias conjuntas efectivas y articuladas en el ámbito institucional, para la contención de dicha problemática. Las enterobacterias son los microorganismos más frecuentemente aislados en Infecciones Urinarias (IU) y los MRAM que ellas expresan con mayor frecuencia son la producción de Betalactamasas de Espectro Extendido (BLEE), tipo AmpC y Carbapenemasas (CPasa), así como la Sensibilidad Disminuida a Ciprofloxacina (SDCip).
Objetivos: Evaluar la evolución de los MRAM antes mencionados en enterobacterias recuperadas de urocultivos.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio, observacional retrospectivo, en 9904 muestras de urocultivos provenientes de adultos mayores (según definición de la OMS: personas mayores de 65 años), de ambos géneros, internados y ambulatorios, procesados entre el 1 de enero 2015 y el 31 diciembre 2016. Se contempló la presencia de reacción inflamatoria, coloración de Gram Nicolle, recuento semicuantitativo de unidades formadoras de colonias por ml de orina en medios cromogénicos, selectivos y enriquecidos, según protocolo de trabajo para su posterior biotipificación. En las pruebas de sensibilidad antimicrobiana, se estudió la expresión fenotípica de los posibles MRAM implicados, según las normas internacionales del CLSI (2015 – 2016) y programa Whonet (Instituto Malbrán-Argentina) basados en el método de Kirby-Bauer por difusión con monodiscos certificados en agar Müeller – Hinton.

Resultados:

Enterobacterias estudias			Mecanismos de resistencia					
	N° aislamientos 2015	N° aislamientos 2016	BLEE 2015	BLEE 2016	SDCip 2015	SDCip 2016	CPasa 2015	CPasa 2016
Escherichia coli	1262	1139	70 (5,5%)	106 (9.3%)	96 (7,6%)	105 (9,2%)	0%	0%
Klebsiella pneumoniae	330	360	63 (19%)	98 (27.2%)	7 (2,1)	9 (2,5%)	47 (14,2)	47 (13%)
Proteus spt	93	109	11 (11.8%)	17 (15,6%)	2 (2,1%)	7 (6,4%)	0%	0%

Conclusión: En el estudio comparativo interanual pudo observarse un aumento significativo en los mecanismos de BLEE y SDCip ($p < 0,05$), lo cual resulta preocupante por ser los AM betalactámicos y fluoroquinolonas los más utilizados en los tratamientos de las IU. Por se los MRAM un fenómeno actual progresivo que generan graves dificultades terapeuticas, debemos profundizar la adopción de estrictas medidas de bioseguridad para su control, sumado al uso racional de AM.

PE019 AISLAMIENTOS MICROBIOLÓGICOS Y PERFILES DE RESISTENCIA BACTERIANA EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA

ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti
Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosario, Argentina.

Introducción: La resistencia bacteriana es una amenaza creciente para el tratamiento exitoso de las enfermedades infecciosas por la presencia de microorganismos multirresistentes tales como *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, *Enterococcus* spp. resistente a vancomicina y bacilos gram negativos resistentes a tres o más familias de antimicrobianos en ambientes hospitalarios y de la comunidad.
Objetivo: Describir la frecuencia de aislamientos microbiológicos y perfiles de resistencia a los antimicrobianos de las principales bacterias recuperadas de materiales clínicos de pacientes internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP)
Materiales y métodos: es un estudio retrospectivo descriptivo de los cultivos bacterianos obtenidos de muestras clínicas de pacientes hospitalizados en la UCIP. Tanto la identificación bacteriana como la determinación de la sensibilidad a los antimicrobianos se realizaron por método automatizado Vitek 2C (Biomerieux, France) que utiliza los puntos de corte de CLSI para su interpretación.
Resultados: Se analizaron 1553 cultivos de materiales clínicos. Se obtuvieron 112 (7,2 %) aislamientos a partir de los siguientes materiales: 45 % (50) de hemocultivos, 20 %(22) de líquidos de punción, 13 % (15) de aspirados traqueales, 11 % (12) de urocultivos, 9 % (10) de puntas de catéter y el 2 % (3) de coprocultivos. El 23 % (26) fueron enterobacterias ,el 44 % (49) Staphylococcus spp, el 14 % (16) no fermentadores y el 19 % (21) otros entre los que se encontraban *Streptococcus pneumoniae* y *Cándida* spp. El microorganismo prevalente fue *Staphylococcus aureus* (24 %). De todas las muestras se aisló un único microorganismo y no se produjeron brotes ni infecciones intrahospitalarias. El 73 % (19) de las enterobacterias presentaron el siguiente perfil de resistencia : ampicilina (AMN)+ aminopenicilinas+sulbactama (AMS)+ cefalotina (CEF) + trimetoprima+ sulfametoxazol (TMS). Los mecanismos enzimáticos de resistencia encontrados fueron betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasa tipo KPC (Klebsiella pneumoniae carbapenemasa).En Staphylococcus spp. el 90 % (44) presentaron meticilino resistencia y el 20 % (10) de los aislamientos presentó resistencia a eritromicina + clindamicina. El 81 % (13) de los microorganismos no fermentadores recuperados no presentaron resistencia a los antimicrobianos probados.
Conclusiones: El total de aislamientos bacterianos en UCIP es bajo (7.2 %) . El 73 % de las enterobacterias presentó resistencia a AMN+AMS+CEF+TMS y el 90 % de los *Staphylococcus* spp. fueron meticilio resistentes .Se debe continuar con la vigilancia de la resistencia bacteriana para conocer los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos en la UCIP .Además se deben desarrollar medidas de contención y gestión para el uso adecuado de antimicrobianos.

PE020 NUEVO MECANISMO DE RESISTENCIA A FLUCONAZOL EN *Cryptococcus neoformans*

S Gamarra[1], L Theill[1], L Guelfand[2], C Frola[2], C Benitez[1], M Cabeza[1 3], G Garcia-Effron[1 3]
[1] Cátedra de Parasitología y Micología - Lab. Micología y Diagnóstico Molecular- Fac. Bioquímico - Universidad Nacional del Litoral, Argentina. [2] Hospital General de Agudos "Dr. Juan A. Fernández", Argentina. [3] CONICET, Argentina.

Introducción: La criptococosis es una importante causa de mortalidad asociada al SIDA. El principal agente etiológico es *Cryptococcus neoformans*. El tratamiento de estas micosis incluye anfotericina B (AMB), 5-fluorcitocina y fluconazol (FLC). La prevalencia de resistencia a FLC es elevada. Sin embargo, los mecanismos moleculares subyacentes no han sido suficientemente estudiados. Solo se han descripto cuatro mecanismos de resistencia a azoles en *C. neoformans* que incluyen dos mutaciones (Y145F y G484S) que alteran la afinidad de las drogas por la 14 alfa esterol demetilasa o ERG11 (blanco de los azoles), alteraciones en otros genes de la vía de síntesis del ergosterol y heterorresistencia por duplicaciones genómicas reversibles.
Objetivo: Estudiar el mecanismo de resistencia a FLC en un grupo de cepas de *C. neoformans* aisladas de un paciente que no respondió al tratamiento con este azol.
Material y métodos: Se estudiaron cepas aisladas a partir de líquido cefalorraquídeo y sangre de un paciente HIV positivo en tratamiento prolongado con FLC. Las cepas fueron aisladas durante el primer (cepas LMDM-908A y LMDM-908B) y segundo episodio (LMDM-909) de meningitis sucedidos con 11 meses de diferencia y donde el paciente recibió FLC como tratamiento de manera continua. Las cepas fueron identificadas fenotípica y genéticamente como *C. neoformans* (antes: *C. neoformans* var. *grubii*). La clonalidad entre las cepas se estudió utilizando la técnica de Multilocus Sequencing Typing (MLST) siguiendo el protocolo de Fungal MLST Database. La sensibilidad a FLC, AMB, voriconazol (VRC), posaconazol (PSC) e itraconazol (ITC) se determinó siguiendo el protocolo de CLSI documentos M27A3 y M27S4. Se amplificaron los genes ERG11 de las cepas incluyendo promotores, marcos abiertos de lectura y terminadores (3000 nt) con primers diseñados específicamente para este fin. Las secuencias de los 6 genes de MLST y del ERG11 fueron analizadas por Clustal W con BioEdit.
Resultados: Las cepas LMDM-908A, LMDM-908B y LMDM-909 tuvieron el mismo genotipo (SOD1: alelo 1, CAP59: alelo 7, LAC1: alelo 3, IGS1: alelo 1, PLB1: alelo 3, GPD1: alelo 1) y por lo tanto son clonales. Los *C. neoformans* LMDM-908A y LMDM-908B, fueron sensibles a todos los antifúngicos (FLC: 1,0 µg/ml, VRC: 0,12 µg/ml, PSC: 0,12 µg/ml, ITC 0,12 µg/ml y AMB: 0,5 µg/ml). En tanto que la cepa LMDM-909 fue resistente a FLC (8 µg/ml) y presentó los mismos valores de CIM para los otros antifúngicos. La secuenciación del gen ERG11 demostró que la cepa LMDM-909 presentó la mutación C960T (en heterocigosis) que produce el cambio de aminoácido P253L.
Conclusiones: La clonalidad de las cepas indica que la mutación C960T en heterocigosis en el gen ERG11 (cambio de aa. P253P/L) es la responsable del fenotipo de resistencia a FLC en la cepa LMDM-909. El cambio de aminoácido se produjo en una región conservada en las 14 alfa esterol demetilasas fúngicas sindicada como una región que contacta directamente con los azoles. En esta región se han descrito mutaciones en *Aspergillus fumigatus* y *Candida albicans* relacionadas con resistencia a azoles pero nunca antes se la había descrito en *C. neoformans*.

PE021 NEFROTOXICIDAD POR ANFOTERICINA B CONVENCIONAL EN EL HOSPITAL MACIEL

E Caffarel, E Thomas, M Lopez, J Facal
Clínica Medica [1]. Facultad de Medicina.Universidad de la Republica., Uruguay.

Anfotericina B se utiliza combinada con desoxicolato. La frecuencia de nefrotoxicidad es aproximadamente 25 %. Se dispone de nuevas formulaciones con menor incidencia de nefrotoxicidad, sin embargo se continúa utilizando anfotericina B convencional por su bajo costo. El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de nefrotoxicidad en pacientes tratados con anfotericina B desoxicolato en el Hospital Maciel desde el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre 2016. Son objetivos específicos conocer las indicaciones, medidas de prevención de efectos adversos, factores de riesgo para nefrotoxicidad y frecuencia de otros efectos adversos.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo.. Se definió nefrotoxicidad al aumento mayor o igual al 50 % de la creatininemia basal.
Resultados: 39 pacientes recibieron anfotericina B convencional. 20 mujeres, 19 varones. La media de edad fue 44,5 años (20 a 76). Los factores de riesgo para infección fúngica invasora fueron: 23 infección por VIH, 9 patología hematooncológica, 5 antibioticoterapia de amplio espectro prolongada, 1 inmunosupresores. 12 pacientes presentaron más de 1 factor de riesgo. La indicación fue empírica en 24 pacientes, obteniéndose confirmación microbiológica en 8 de ellos. Las indicaciones fueron: 21 criptococosis meníngea, 11 aspergillosis, 3 candidiasis sistémica, 2 histoplasmosis diseminada, 1 infección sitio quirúrgico por levadura, 1 fungemia no tipificada. La media de dosis diaria fue 51,4 mg . La duración promedio del tratamiento fue 8,1 días. La creatininemia media basal fue 0,79 mg/dl (0,22 a 5,0 mg/dl). La frecuencia de nefrotoxicidad fue 56,4 % (22/39). 9 pacientes triplicaron el valor de creatininemia basal. Ningún paciente requirió hemodiálisis, un paciente se encontraba en hemodiálisis crónica. La frecuencia de hipopotasemia fue 41,3 % (16/39), 6 acidosis metabólica, 3 hipomagnesemia. En 20 pacientes no se realizó magnesemia. De los 22 pacientes que presentaron nefrotoxicidad, 3 eran diabéticos y 3 hipertenso. 15/22 recibieron más de un fármaco nefrotóxico concomitante. La frecuencia de otras reacciones adversas fue: fiebre 8, flebitis 7 y plaquetopenia 9. Las medidas de profilaxis de reacciones adversas utilizadas fueron: 31 pacientes aporte de suero fisiológico mayor a 1000 ml/día, 22 recibieron cloruro de potasio mayor a 6 g/día, 7 premedicación con antihistamínicos, 31 dipirona, 19 heparina sódica, 13 glucocorticoides. 15 pacientes fallecieron, 11 de ellos presentaron nefrotoxicidad.
Conclusiones: Se observó una elevada frecuencia de nefrotoxicidad e hipopotasemia mayores a las reportadas en la literatura. La mayoría de los pacientes recibieron nefrotóxicos concomitantes. Sin embargo, la frecuencia de otros factores de riesgo como diabetes, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica previa fue baja. Anfotericina B liposomal se encuentra disponible en el Formulario Terapéutico de Medicamentos del Ministerio de Salud de Uruguay, por lo que debería estar cubierta por los prestadores de salud. Se espera que estos datos nacionales permitan mejorar el acceso a anfotericina B liposomal y establecer protocolos para el uso de medidas preventivas.

PE022 IMPACTO DEL INICIO DEL PROYECTO PROA EN LA TASA DE USO DE ANTIMICROBIANOS Y APROPIABILIDAD DE LOS MISMOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE ADULTOS

A Manzur[1], J Boccardo[1], MS Ruiz[1], M Meritello[1], J Fernandez[1], P Ruiz[1], G Rodriguez[1], G Chersich[1], R Quiros[2], S Ferrari[1]
[1] Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, Argentina. [2] Clínica Foianini, Bolivia.

Introducción: Existe evidencia creciente de que la implementación de programas de optimización de antimicrobianos (ATM) permite adecuar el tratamiento de las infecciones así como reducir los efectos adversos asociados al uso de ATM.
Objetivo: Demostrar la disminución del consumo de ATM relacionada con la participación en el Proyecto para la Implementación y Evaluación de Programas para la Optimización del Uso de Antimicrobianos a Nivel Institucional en la República Argentina (PROA).
Materiales y métodos: estudio cuasi-experimental de series temporales continuas. Nuestra institución participa del PROA desde Junio 2016. En un periodo de 8 meses se realizó 3 cortes de prevalencia para evaluar el uso de ATM sistémicos en pacientes hospitalizados en la institución. Previo la institución posee dispensación autorizada por especialista de ATM de alto costo (linezolid, daptomicina, tigeciclina, etc); guías de profilaxis quirúrgica (PQ) y en octubre 2016 incorporó guías de tratamiento ATM inicial de pacientes con infecciones de la comunidad y actualización de guías PQ.
Resultados: El uso global de ATM fue 33,7 % (IC95 %: 30,2 – 37,1). La clasificación de las infecciones en tratamiento ATM fue de adquisición comunitaria 42,6 % asociada al cuidado de la salud 33 % y desconocida 6,4 %. El uso de betalactamicos fue 55,8 % principalmente ampicilina-sulbactam y piperacilina-tazobactam. Se observó leve disminución del uso de quinolonas y discreto incremento del uso de ceftriaxona. El consumo de oseltamivir se registró solo en el primer corte realizado en época invernal y fue 6 %.

	Julio 2016	Octubre 2016	Febrero 2017
Tasa de uso de ATM	46,6 % (IC95 %: 40,2 – 53)	20,8 % (IC95 %: 15,3 – 26,3)	32,6 % (IC95 %: 26,7 – 38,4)
ATM/paciente	1,47	1,2	1,5
Tipo de indicación			
Profilaxis médica	6 %	10,6 %	9,3 %
Profilaxis quirúrgica	9,5 %	19,1 %	7 %
Tratamiento empírico	69 %	59,6 %	66,3 %
Tratamiento dirigido	15,5 %	10,5 %	17,4 %
Adherencia a guías	67, %	74,5 %	80,2 %
Adherencia a guías en PQ	2/11	1/9	3/6
Registro en historia clínica	87,1 %	95,7 %	92 %
Revisión periodica	67,2 %	80,5 %	85 %

Conclusiones: En un periodo de 8 meses disminuyó el consumo de ATM en pacientes adultos internados en nuestra institución y mejoró la adherencia a guías de tratamiento. El impacto inicial se debe principalmente a la medición del consumo de ATM realizada en el contexto del proyecto PROA. Debe tenerse en cuenta que la primera medición se realizó en época invernal, este hecho podría explicar un discreto mayor consumo de ATM. Los cambios en el consumo entre los diferentes grupos de ATM observado en las mediciones subsecuentes refleja adherencia a las recomendaciones sobre el tratamiento de infecciones comunitarias introducidas en el hospital. Continuaremos expandiendo el programa de ATM en nuestra institución continuando la medición del consumo de ATM e implementando medidas como suspensión automática de las PQ, programa de tratamiento antimicrobiano parenteral ambulatorio y guías de tratamiento de infecciones nosocomiales y por microorganismos multirresistentes.

PE023 NEFROTOXICIDAD POR ANFOTERICINA B DESOXICOLATO. NUESTRA EXPERIENCIA

R Zucchi, A Sandor, R Del Grosso, E Percy Otero, F Di Giorgio, S Brillante
Sanatorio Sagrado Corazón - OSECAC, Argentina.

Introducción: La anfotericina B es el fármaco de elección para el tratamiento de las infecciones fúngicas sistémicas o invasivas. Sin embargo, su uso está limitado en muchas ocasiones por la aparición de diferentes efectos secundarios, especialmente por su nefrotoxicidad.
Objetivo: Analizar la incidencia de nefrotoxicidad durante la administración de ANF desoxicolato (ANF-d) y las variables involucradas.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a toda la población adulta que recibió ANF-d por al menos 72 horas de tratamiento desde el 01/ENE/2014 al 01/FEB/2017. Las variables recabadas fueron edad, género, peso, dosis diaria, dosis acumulada, creatinina (Cr) basal, Cr pico, variación de la misma, diagnóstico, enfermedad de base y administración de otros nefrotóxicos. La nefrotoxicidad se definió como aumento de Cr sérica ≥ 2 veces de la basal.
Resultados: Se analizaron 55 episodios en 48 pacientes (32 hombres y 16 mujeres) con una edad promedio de 42 años (22-77 años). Se excluyeron 6 episodios de 5 pacientes que se encontraban en hemodiálisis previo a la administración de ANF-d. La dosis acumulada resultó, en promedio, de 719 mg (150-4200 mg). La Cr basal osciló entre 0,4 y 1,7 mg % con un promedio de 0,74 mg; mientras que la Cr pico ascendió a un promedio de 1,2 mg % (0,4-2,6 mg %). Esto se tradujo en una variación promedio de 1,2 mg (0,4-2,6 mg) que representó entre 0 y 340 % (promedio 70,5 %). En 16/55 episodios (29 %), se duplicó la Cr basal, requiriendo de la suspensión de ANF-d por injuria renal en 5/55 (9 %). De éstos 5, uno persistió con Cr posterior aumentada en 0,3 mg, otro recuperó función renal basal, dos pacientes fallecieron por enfermedad de base y uno requirió hemodiálisis. De los 16 pacientes que desarrollaron nefrotoxicidad,

sólo 4 presentaron una Cr posterior a la suspensión de ANF-d aumentada en más de 0,3 mg % respecto de la inicial-basal (promedio 0,9 mg %). Asimismo, de dichos 16, 11 recibieron otros nefrotóxicos (8 de ellos más de uno). Globalmente, al 65 % (36 de 55) se les coadministró drogas con conocida toxicidad renal. La indicación más frecuente de ANF-d fue como tratamiento empírico (33 %), seguido de aspergilosis probable (22 %) y criptococosis (18 %). La población estudiada presentó, como enfermedades de base más frecuentes, VIH (38 %) y neutropenia febril por enfermedad oncohematológica -linfo/mieloproliferativo- (38 %).
Conclusión: En nuestra experiencia en un sanatorio de alta complejidad, la nefrotoxicidad durante la administración de ANF-d derivó en una baja tasa de suspensión de la misma. Si bien contamos con formulaciones lipídicas, éstas fueron reservadas desde el inicio, para pacientes individualizados (ej. trasplantados renales).

PE024 PROFILAXIS QUIRÚRGICA EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN

C Ezcurra, M Scolari, M Ludueña
Hospital Aleman, Argentina.

Introducción: La resistencia a antibióticos (ATB) derivada del uso no controlado es un problema mayor de salud. La velocidad en el desarrollo de generación de resistencia microbiana y los tiempos requeridos para la aprobación de moléculas nuevas, exige que el empleo de los fármacos disponibles sea de forma adecuada y racional. Uno de los pilares de la prevención de la infección de sitio quirúrgico es la profilaxis antibiótica. Existen recomendaciones para su implementación actualizadas teniendo en cuenta cirugía y paciente.
Objetivos: Analizar la indicación de ATB en el período pre y postoperatorio con respecto a su adecuación a las normas/Guías vigentes en la institución.
Material y método: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Período: octubre-diciembre 2016. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años intervenidos quirúrgicamente internados en los pabellones I, II, III y IV. Los datos fueron recabados desde la historia clínica electrónica y protocolo quirúrgico; la adecuabilidad de la profilaxis antibiótica en inducción anestésica (IA) y postquirúrgica (PAPost) según las recomendaciones de la sociedad argentina de infectología (SADI), fue evaluada por farmacia e infectología. Como variables de análisis para IA: se consideró la indicación de realizar profilaxis en base a clasificación de cirugía, momento de administración, antibiótico seleccionado, dosis, ajuste por peso, aparición del tilde en el protocolo quirúrgico. En el caso de la PAPost, las variables fueron: indicación, duración de la misma, antibiótico seleccionado, dosis.
Resultados: Se evaluaron 307 episodios quirúrgicos, distribuidas por tipo de cirugía, 51,4 % limpias, 41.3 % limpias contaminadas y 6,3 % contaminadas. Correspondiente a los servicios de urología, cirugía general, neurocirugía y ortopedia y traumatología. La adecuabilidad en la elección del fármaco, tilde en el protocolo quirúrgico, represento un 72 %, al observar por número de dosis recibidas la adecuabilidad represento 78.5 %. Al discriminar por servicio se observó que los servicios de ortopedia/ traumatología y urología, representan el 65 % de las cx, prolongaban tiempo de profilaxis en un 42 %.
Conclusiones: De la observación realizada surge que las profilaxis quirúrgicas fueron adecuadas en un 70 % del total de las cirugías observadas, el error más frecuente es la prolongación de la misma, sobre todo en servicios de traumatología y urología. La estrategia de stop o Time out, puede contribuir al uso adecuado de antibióticos en la profilaxis quirúrgica.

PE025 PROGRAMA DE USO RACIONAL DE ANTIBIÓTICOS INTERVENCIONISTA EDUCACIONAL, NEGOCIANDO CON EL INFECTÓLOGO

MN Obed, MC García, AE Palaoro, MF Alzogaray, MF Alzogaray, G Chaparro, A Mykietiuk
Instituto Médico Platense, Argentina.

Introducción: Más de la mitad de los pacientes hospitalizados son tratados con antibióticos y se ha estimado que el 50 % de los antibióticos prescriptos se eligen mal, se utilizan en dosis erróneas o se administran por períodos incorrectos. El reconocimiento del impacto de esta problemática ha resultado en la incorporación de programas de control de uso de antibióticos en las instituciones de salud. Desde el año 2014 se instauró un programa de uso racional de antibióticos (PURA) en nuestra institución de carácter intervencionista educacional a cargo del servicio de Infectología.
Objetivo: Evaluar el impacto de un programa de control de antibióticos intervencionista /educacional sobre el uso apropiado de los mismos y la adherencia de los médicos prescriptores.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional. Lugar de realización: clínica privada de adultos con 135 camas. Se divide la observación en dos períodos. Primer período: octubre 2014-octubre 2015 y segundo período octubre 2015-octubre 2016. Programa de uso racional de antibióticos: 1- Redacción de guías de profilaxis y tratamiento empírico para patologías infecciosas prevalentes en consenso con los servicios de la institución. 2.- Educación programada e incidental. 3.- Revisión de las indicaciones bisemanalmente por un médico infectólogo, quien determina si las mismas son apropiadas o inapropiadas de acuerdo a las Guías de tratamiento y profilaxis previamente consensuadas y difundidas. En caso de no ser apropiada la indicación, se discute con el médico tratante y se registra en la planilla de recolección de datos si es aceptada o no la sugerencia de cambio. Los médicos tratantes tienen la decisión final de cambiar o no la indicación del antimicrobiano. Si la sugerencia de cambio es aceptada se califica como adherencia al programa. Antibióticos vigilados: ceftriaxona, piperacilina-tazobactam, imipenem, meropenem, vancomicina. Responsable del programa: servicio de Infectología.
Definición de indicadores: 1- Uso apropiado: indicaciones apropiadas/total de indicaciones. 2- Adherencia: sugerencias de cambio aceptadas/total de sugerencias de cambio realizadas.
Resultados: Durante el primer período se vigilaron 807 indicaciones de antimicrobianos, de las cuales el 63 % (511) fue calificado como apropiado y el porcentaje de sugerencias aceptadas fue del 74 % (88). En el segundo período se observaron 913 indicaciones de antimicrobianos, fueron clasificadas como apropiadas el 73,5 %(671), se realizaron 139 sugerencias de cambio y se aceptaron 129 (92 %).
Conclusiones: El uso apropiado de antibióticos mejoró luego de la implementación del programa y la adherencia fue mayor en el segundo período observado. Esto demuestra que un programa sistemático, llevado adelante por un infectólogo puede optimizar el uso de antibióticos. Este modelo de programa es fácilmente replicable en instituciones de recursos limitados.

PE026 POSOLOGÍA DE VANCOMICINA EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR SAMR-AC: ¿PRESCRIBIMOS LO SUFICIENTE?

MV Becker, B Tomasini, A Zárate, F Manavella, G Morera, A Gómez
Hospital J.M.Cullen, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) es agente etiológico de infecciones invasivas, siendo la bacteriemia una las más graves. A pesar de la introducción de nuevos antibióticos, la vancomicina continúa siendo el fármaco de elección, resultando fundamental un uso apropiado de acuerdo a las características del fármaco. Existe consenso en la bibliografía en iniciar tratamiento con 15-20 mg/kg/dosis de vancomicina cada 8 – 12 horas en pacientes con función renal normal con el objetivo de mantener concentraciones séricas en valle de 15 a 20 ug/ml en pacientes con infecciones severas.
Objetivo: Evaluar la relación entre la posología de vancomicina según peso y los valores de concentración plasmática de vancomicina en valle (CPVV) alcanzados en el primer dosaje en pacientes con bacteriemia por SAMR-AC.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo y observacional efectuado durante un período de 13 meses (enero 2016 - febrero 2017). Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que ingresaron a internación o se encontraban hospitalizados por cualquier causa y presentaron al menos 1 (un) hemocultivo positivo para SAMR-AC sólo resistente a oxacilina y cefalotina, con CIM de vancomicina≤1. Se excluyeron pacientes fallecidos en las primeras 48 horas y aquellos con función renal alterada al inicio del tratamiento. Se evaluó posología inicial de vancomicina (mg/kg/día), considerándola adecuada entre 30 y 40 mg/kg/día. Se documentó si se efectuó dosis de carga inicial y el resultado de la primera CPVV (método: PFIA). Análisis estadístico: evaluación de frecuencias y relación de variables con el test de Pearson, considerando significativa una P <0,05.
Resultados: Se registraron 37 pacientes con bacteriemias por SAMR-AC; excluyendo 7 casos (6 fallecidos y 1 por función renal alterada), se obtuvo muestra final de 30 pacientes. La media de dosis diaria total inicial de vancomicina fue de 37,5 mg/kg/día (rango 16,6 – 66,6 mg/kg/día). La posología inicial ajustada a peso fue adecuada en el 26,6 % de los casos, baja en el 33,3 % y elevada en el 40 %. La CPVV promedio fue 15,04 ug/ml (rango 5-35 ug/ml). Solo 6,6 % presentó CPVV adecuadas, mientras que en el 69,9 % fueron menores a 15 ug/ml y en el 23,3 % ma-

yores a 20 ug/ml. Al evaluar la relación entre estas dos variables se observó que ninguno de los pacientes que recibieron dosis correctas según peso alcanzó CPVV esperadas, sin relación estadísticamente significativa entre ambas variables (P = 1). Se efectuó dosis de carga a 11 pacientes (36 %), presentando 8 CPVV bajas, 2 adecuadas y 1 elevada, sin observarse relación estadísticamente significativa entre ambas variables (P = 0,8).

Conclusiones: No se encontró relación entre la dosis inicial de vancomicina según peso y la CPVV, observándose pacientes con dosis elevadas y concentraciones séricas bajas y viceversa. La mayoría de los pacientes que recibieron la pauta de dosificación diaria recomendada no alcanzaron los valores de CPVV iniciales esperados. Nuestros hallazgos sugieren que la recomendación actual de posología de vancomicina según peso no es suficiente para predecir la posibilidad de alcanzar la CPVV inicial deseada.

2 - Diagnóstico microbiológico

PE027 EVALUACIÓN DE LA UTILIZACIÓN DEL CALDO DE ENRIQUECIMIENTO Y SU IMPACTO EN LA RECUPERACIÓN DE *Staphylococcus aureus* A PARTIR DE HISOPADOS NASALES

J Zintgraff[1], M Peña[1], E Blatezky[1], L Velasco[1], R Astesana[2], M Panno[3]
[1] Servicio de Bacteriología. Clinica AMEBPBA, Argentina. [2] Coordinador de Laboratorio - Clínica AMEBPBA, Argentina. [3] Dirección Médica-Clínica AMEBPBA, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* es uno de los patógenos más frecuentemente aislados en muestras clínicas. *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM) es un patógeno importante tanto en los institutos de salud como de la comunidad. Aunque se recomienda la vigilancia activa de SARM, no hay métodos estándar para la recuperación de los cultivos de vigilancia. Las narinas anteriores se consideran el reservorio primario para la colonización de S. aureus; sin embargo, varios estudios han sugerido que el SARM asociado a la comunidad (SARM-AC) puede colonizar preferentemente otros sitios del cuerpo, incluyendo garganta, amígdalas, recto e ingle.
Objetivo: Comparar la recuperación de SARM de muestras de hisopado nasal por siembra directas en medio selectivo versus previo enriquecimiento en caldo y posterior siembra.
Materiales y métodos: Se utilizaron muestras enviadas para diagnóstico. Las muestras nasales (n = 593) fueron obtenidas utilizando hisopos de rayón estériles, entre Enero 2016 – Enero 2017. Cada hisopado de las fosas nasales fueron procesados para búsqueda de SARM de acuerdo al siguiente protocolo, los hisopos se rotaron directamente en una placa de CHROMagar® MRSA antes de ser colocados en caldo de Infusión de Corazón Cerebral (bioMérieux); todos los cultivos se incubaron durante 24h a 35°C. Después de la primera incubación, los caldos se sub-cultivaron a CMRSA y se incubaron como se ha descrito anteriormente. Las placas de CMRSA se examinaron a 18-24h y 48 h con el fin de visualizar colonias de color rosa a color malva como lo recomienda el fabricante. Los aislamientos fueron identificados mediante la detección de coagulasa libre por la prueba de coagulasa de tubo, mediante la detección de DNasa (Laboratorios Britania S.A), Voges Proskauer, sensibilidad a novobiocina, fosfatasa alcalina, ureasa y prueba de fermentación de manitol (MS2A, bioMérieux). La meticilino resistencia se realizó mediante el método de difusión con discos; cefoxitina (30 µg) en agar Mueller Hinton de acuerdo al protocolo del Clinical and Laboratory Standards Institute. La presencia de colonias distintas al color recomendado por el fabricante fue considerada como negativas.
Resultados: Un total de 44 SARM fueron recuperados por al menos un método.

Método	Nº SAMR detectados	S E
SD 24h	9/44	20 % 100 %
SD 48h	23/44	52 % 100 %
ECALDO 24h	31/44	70 % 100 %
ECALDO48h	43144	93 % 100 %

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que el uso del caldo de enriquecimiento aumentara la tasa de aislamiento de SARM, pero tambien aumentara el tiempo de detección y el costo de procesamiento de hisopos individuales de detección

PE028 COMPARACIÓN Y ANÁLISIS COSTO BENEFICIO ENTRE TÉCNICA MOLECULAR Y TEST RÁPIDO PARA LA DETECCIÓN DE *Clostridium difficile* EN UN HOSPITAL PÚBLICO

R Benavente, F Espinosa, L Contreras, D Baez
HOSPITAL DE TALCA, Chile.

Antecedentes: El diagnóstico de *Clostridium difficile* resulta vital para la salud pública y para prevenir la aparición de brotes en los centros de salud. La ausencia por motivos económicos de métodos altamente sensibles y específicos para el diagnóstico de la bacteria, contribuyen a la aparición de brotes que en el corto plazo se vuelven extremadamente difíciles de manejar. Frente a esta situación, las pruebas moleculares han aparecido como una de las principales herramientas para el diagnóstico de la patología con el consecuente control del brote.
Objetivos: Comparar y establece diferencias y ventajas de los métodos moleculares por sobre los inmunocromatográficos para la detección de diagnóstico de CD.
Materiales y métodos: kit C. DIFF QUIK CHEK COMPLETE® de la empresa TECHLAB, el cual detecta tanto GDH como toxina A y B. El análisis molecular se realizó través del sistema Amplivue de la empresa Quidel Molecular.
Resultados: De un total de 32 muestras (100 %) analizadas tanto por EIA como por PCR, se puede observar que hay una diferencia de un 19 % en la detección positiva para *Clostridium Difficile*, lo cual era esperable debido a la mayor sensibilidad de la técnica molecular (28 % EIA v/s 47 % PCR). En el caso de la detección negativa o ausencia del patógenos en la muestra, se observa que por PCR se obtienen menos resultados negativos (59 % EIA v/s 53 % PCR). En el caso de aquellos resultados que por EIA se obtenía el perfil Ag(+)/Tx(-) se encontraron 4 muestras, equivalentes a un 13 % del universo analizado, en tanto que por PCR no se encontró ninguna muestra. El costo día cama del servicio de medicina es de USD 459. Si consideramos una muestra dudosa, con resultado Ag(+)/Tx(-), el tiempo promedio en que se obtiene un resultado positivo en el caso de que el paciente efectivamente esté cursando con la enfermedad es de 8 días, es decir, el costo para nuestro hospital es de USD 3526, con el peligro de aparición de un brote. Luego del 8vo día, se podrían tomar las medidas respectivas para este paciente, tales como aislamiento, tratamiento antibiótico correcto, etc. La técnica molecular tiene un costo de aproximadamente USD 30.7, las medidas se podrían iniciar de inmediato (aislamiento, tratamiento) y el Hospital ahorrar 7 días de costo día cama, que en términos económicos y concretos asciende a los USD 3400, si se toma en cuenta el costo de la determinación molecular.
Conclusiones: El análisis molecular es una herramienta útil, sensible, específica y rápida para apoyar el diagnóstico de infección por CD, de manera tal que se pueden tomar decisiones clínicas que permitan tomar todas la acciones conducentes a la mejoría del paciente y al resguardo del resto de los usuarios, disminuyendo los costos globales de la infección.

PE029 AISLAMIENTO DE PROVIDENCIA STUARTII PRODUCTORA DE CARBAPENEMASA OXA 163 EN ESCARA SACRA EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

E Godoy[1], MV Iannantuono[1], C Tula[2], MS Montone[2], F Pasteran[3], A Corso[3], M Hojman[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clinica de los Virreyes, Argentina. [2] Bacteriología Clinica de los Virreyes, Argentina. [3] ANLIS- INEI "Dr. C. Malbrán", Argentina.

Introducción: La aparición y propagación de Enterobacterias que producen plásmidos que codifican carbapenemasas clase A (KPC, GES, Sme, NMC - A), B (IMP,VIM, NDM), y D (OXA-48-like) son en todo el mundo una amenaza para la salud pública. Para prevenir la propagación de los gérmenes productores de carbapenemasas y definir un antimicrobiano empírico apropiado, la rápida detección de éstos organismos se ha convertido en un imperativo.
Reporte de caso: Paciente de 90 años, TEC grave con cefalohematoma, fractura de húmero derivado de otro centro a nuestra institución, presenta como intercurrencias infectológicas dos episodios de infecciones asociadas a catéter central por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) con 21 días de diferencia entre ambos episodios. Recibió colistín - rifampicina - meropenem y dosis altas tigeciclina. En contexto internación prolongada desarrolla escara sacra por decúbito con osteomielitis con cultivo de hueso positivo para Providencia stuartii sensible solo a imipenem, *Klebsiella pneumoniae* KPC sensible a colistin, tigeciclina, minociclina y tms y Pseudomonas aeruginosa sensible a ceftazidima, colistin, cefepime y

piperacilina/tazobactam. Dado el perfil de resistencia extremo de *P. stuartii,* se realiza la búsqueda de carbapenemasas utilizando inmunocromatografia de flujo, mediante la cual se detectó carbapenemasa OXA-163.
Conclusión: Le emergencia de cepas bacterianas cada vez más resistentes a los antibióticos es un problema grave a nivel mundial. El hallazgo de OXA-163 carbapenemasa en un huésped inusual según la epidemiologia nacional como *P. stuartii,* reafirma la necesidad del control de infecciones y de uso adecuado de antibióticos para evitar la aparición y diseminación de éstos gérmenes con el consiguiente peligro de agotar las opciones de tratamientos disponibles para infecciones bacterianas.

PE030 IDENTIFICACIÓN MOLECULAR DE LOS GENES DE RESISTENCIA KPC Y NDM EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

A Fernandez Lausi, C Irurtia, A Magdaleno, C Corigliano, A Di Bella, S Di Bartolomeo, J Garcia, G Montenegro
Hospital Nacional Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: La resistencia extrema y la panresistencia a los antibióticos es, en la actualidad, una grave amenaza para la salud de los pacientes y para la salud pública. La emergencia y diseminación de enterobacterias productoras de carbapenemasas, es una de las principales causas que contribuyen a esta situación. El máximo impacto de esta problemática se debe a la dispersión de cepas portadoras de genes de resistencia *kpc* y *ndm*, por lo que es de vital importancia el diagnóstico rápido y preciso del mecanismo de resistencia en estas cepas para poder tomar las medidas necesarias para el tratamiento de estos pacientes, y para el control de la diseminación de las mismas.
Objetivo: detectar la presencia de los genes de resistencia *kpc* y *ndm* mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
Materiales y métodos: Se estudiaron 100 cepas con resistencia a imipenem, meropenem o ertapenem, aisladas en el período comprendido entre abril 2015 y abril 2016. Se les realizó el antibiograma por método manual (Kirby-Bauer) y automatizado Vitek 2C (BioMeriux), se les efectuaron las pruebas de doble disco con ácido borónico y EDTA y el test de Hodge modificado. La confirmación molecular se realizó por PCR convencional, utilizando *primers* específicos para la detección del gen *kpc* (a las cepas borónico positivo) y *ndm* (a las cepas EDTA positivo) según protocolo del Servicio Antimicrobianos Anlis- Malbran.
Resultados: Se encontraron 39 cepas *Klebsiella pneumoniae* (37 kpc+), 28 *Providencia stuartii* (23 ndm+, 1 kpc+), 12 *Proteus mirabilis* (10 ndm+, 1 kpc+), 10 *Enterobacter cloacae complex* (7 kpc+), 6 *Serratia marcescens* (1 kpc+), 2 *Escherichia coli* (2 kpc+), 2 *Klebsiella oxytoca* (2 kpc+), 1 *Enterobacter aerogenes* (kpc+). Las 10 cepas que dieron métodos fenotípicos negativos también coincidieron con la ausencia de los genes *kpc* y *ndm*. Todas las sospechas fenotípicas de portación de los genes de resistencia *kpc* y *ndm* fueron confirmados por biología molecular. Sólo tuvimos discrepancias con los métodos fenotípicos en 5 cepas de *Serratia marcescens*, (borónico + kpc -) que fueron derivadas al Servicio Antimicrobianos ANLIS Malbrán evidenciando la presencia del gen *sme*.
Conclusiones: Ante la emergencia de estos mecanismos de resistencia en enterobacterias, fue muy importante para nuestro hospital la implementación de la identificación molecular de estos genes de resistencia *kpc* y *ndm*. Esto nos permitió, además de acortar los tiempos en el diagnóstico confirmatorio, realizar una vigilancia epidemiológica más eficaz, dado que tuvo un impacto directo en el diseño de las estrategias de intervención para la prevención y control de las infecciones causadas por estos microorganismos; y así evitar la rápida diseminación horizontal de los elementos móviles que portan estos genes de resistencia, lo cual representa un problema de alto impacto en la Salud Pública.

PE031 *Mycobacterium novocastrense*: A PROPÓSITO DE UN CASO

MM Cortazar[1], M Franco[2], AV Lux[2], LC Morvay[1], L Tomassini[1]
[1] Hospital Interzonal Materno Infantil Don V Tetamanti, Argentina. [2] Hospital Interzonal General de Agudos Dr O. Alende, Argentina.

Introducción: *Micobacterium novocastrense* (*M. novocastrense*) es una micobacteria de crecimiento rápido (MCR), atípica, no tuberculosa. Los diferentes hábitats acuáticos y el suelo son las principales fuentes de contagio en las infecciones humanas, la resistencia a los desinfectantes contribuye a explicar su presencia en ambientes hospitalarios y su capacidad de formar biofilm; la mayoría de las infecciones humanas son debidas a inoculación tras un traumatismo accidental, cirugía o inyección. Durante los últimos 30 años se ha observado un notable incremento de las infecciones por especies patógenas oportunistas, entre las que se encuentran las MCR.
Resumen clínico: Paciente de 3 años de edad, que consultó por cuadro febril de 6 días de evolución con tumefacción parotidea y lesión en mejilla derecha. Se instauró tratamiento con amoxicilina clavulánico; luego de 20 días persistió la fiebre por lo que se realizó punción-biopsia y se envió para cultivo. En el examen microscópico (EM) directo por coloración de Ziehl-Neelsen (ZN) se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR); se evidenció en el cultivo del material en medio sólido Lowestein-Jensen un crecimiento rápido de colonias con morfología lisa, fotocromógenas en cuyo EM se observaron BAAR; en medio líquido Bactec MGIT 960 también se constató el desarrollo de BAAR. Se envió la cepa a ANLIS "Dr. Carlos G. Malbran" para identificación de especie por el método MALDI-TOF y prueba de sensibilidad a drogas de acción antimicobacteriana. Se identificó como *M. novocastrense*, sensible a: claritromicina, ciprofloxacina, amicacina, linezolid, cefoxitina, doxiciclina, imipenem, tobramicina, cefotaxima y sulfametoxazol. Luego del cambio de tratamiento antibiótico el paciente evolucionó favorablemente.
Exámenes complementarios: Serología para *Bartonella henselae*: negativa. Cultivo para gérmenes comunes: negativo. Hemograma y subpoblaciones linfocitarias normales. Dosaje de inmunoglobulinas: normal. Serología para HIV: negativa. PPD: 0 mm.
Discusión y diagnósticos diferenciales: El hallazgo de BAAR en extensiones teñidas mediante la técnica de ZN no es evidencia suficiente de la presencia de MCR en una muestra clínica, ya que las características morfológicas microscópicas no permiten establecer diferencias entre las distintas micobacterias. Es necesario el cultivo y la identificación para confirmar el diagnóstico e instaurar el tratamiento adecuado, debido a que dichas infecciones poseen un tratamiento diferente al de la tuberculosis y otras micobacteriosis; incluso algunas son resistentes a los fármacos antituberculosos convencionales, pero pueden ser sensibles a otros antimicrobianos de amplio espectro.
Conclusiones: Debido a que cada año se describen nuevas especies de MCR implicadas en infecciones nosocomiales, así como en infecciones en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos, y que estas micobacterias responden a un esquema antibiótico diferente al de tuberculosis y otras micobacteriosis, es importante para el equipo de salud tenerlas en cuenta como posibles patógenos oportunistas, tanto en la sospecha clínica como en el diagnóstico microbiológico.

PE032 USO DE MÉTODOS COMPLEMENTARIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LACHEARÍAIS TEGUMENTARIA

A Acuña[1], RM Acevedo[1], ME Bracamonte[2], DA Uncos[2], CL Hoyos[2], A Moya Alvarez[2], JD Marco[2], E Aguirre[1]
[1] Hospital Juan Domingo Peron, Tartagal, Salta, Argentina, Argentina. [2] Universidad Nacional de Salta, Facultad de Ciencias de la Salud, Instituto de Patologia Experimental, salta capital, Argentina, Argentina.

Muestras	Directo	PCR	ELISA	Anatomía patológica
9	+	+	+	No se realizó
3	+	No se realizó	No se realizó	No se realizó
1	-	+	+	No se realizó
1	-	-	-	+
3	-	-	-	No se realizó
3	-	No se realizó	No se realizó	No se realizó

Introducción: La leishmaniasis tegumentaria Americana (LTA), se considera una enfermedad reemergente y un problema de salud publica. Su diagnostico se realiza por examen directo, frotis, del raspado de la lesión, este método directo (*gold standard*) que se basa en la observación del amastigote con una sensibilidad de hasta un 60 % en las formas cutáneas dependiendo de calidad de la muestra y experiencia del operador. Recientemente, se desarrollaron nuevos métodos con el objeto de incrementar la eficacia diagnostica de LTA. por ejemplo, las PCR (reaccion de la cadena de la polimerasa) diseñados para la amplificación de fragmentos de ADN del quinetoplasto de leshmania. Se aplican sobre material genético obtenidos de hisopados de la lesión. Otra estrategia de diagnostico efectiva es la búsqueda de anticuerpos por el método de ELISA, utilizando antígenos reombinantes o extractos crudos del parasito. Esos métodos de características *In house* vinieron a reforzar los métodos directos recomendados para su uso en Salud Publica.
Objetivo: Analizar la correlacion entre los diferentes metodos parasitologicos, moleculares y serologicos aplicados.
Materiales y métodos: En el laboratorio desde marzo 2016 hasta marzo 2017 se realizaron 17 tomas de muestras de lesiones de piel y 2 de fosas nasales para examen directo y tambien se enviaron para PCR y ELISA al Instituto de Patologia Experimental dependiente de la universidad. Se realizo un analisis restrospectivo de los resultados obtenidos. Todos los pacientes con antecedentes epidemiologicos de haber estado en region endemica.
Resultados: Se analizaron 19 muestras de las cuales 13 fueron diagnostico positivo y 6 negativos (ver cuadro adjunto). De los positivos 11 pacientes presentaban lesiones cutaneas con evolucion de entre 1 a 3 meses y los 2 que tenian lesiones en fosas nasales con evolucion de 2 años. En un solo caso de lesion infiltrativa de fosas nasales con directo negativo, pero PCR y ELISA reactivos y, descartando otras patologias, se inicia tratamiento empírico con antimoniato de meglumina con buena evolucion del paciente. En otro paciente con informe de biopsia de piel, donde se informa cuadro histopatologico correlacionable con leishmaniasis, los resultados fueron negativos para directo, PCR y ELISA observandose resolucion espontanea de la lesion sin tratamiento
Conclusiones: Se observó correlación entre el método directo positivo con PCR y ELISA, pero en 2 casos los métodos moleculares y serológicos ayudaron en el diagnóstico y a la toma de decisiones. En el caso de la biopsia se descarto leishmaniasis y en la lesión mucocutanea se confirmó diagnóstico. Los métodos moleculares y serológicos vendrian a ser una herramienta mas para el diagnoóstico de leishmaniasis

PE033 BACTERIEMIA POR *Streptococcus equi* SUBESPECIE *zooepidermicuS* EN UN TRABAJADOR RURAL

L Keller[1], V Elorza[1], L Guerriero[1], M Blanco[2], M Cortazar[3], M Garbiso[4]
[1] Instituto de Análisis Fares Taie, Mar del Plata, Argentina. [2] Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Argentina. [3] HIEMI Victorio Tetamanti, Mar del Plata, Argentina. [4] Hospital Municipal Marino Cassano, Miramar, Argentina.

Introducción: *S. equi* subsp. *zooepidermicus* es un estreptococo betahemolítico del grupo C de Lancefield. Es un patógeno habitual en animales como caballos, cabras y cerdos. Raramente produce infecciones en humanos, y cuando lo hace, se encuentra asociación con consumo de alimentos no pasteurizados de vacas o cabras, o bien existe contacto cercano con caballos. Las rutas de entrada para las infecciones en humanos son el tracto gastrointestinal y respiratorio, o heridas en la piel. Existen reportes en humanos de bacteriemia, endocarditis, meningitis, artritis, osteomielitis, etc. En general los pacientes tienen condiciones predisponentes, como diabetes, inmunosupresión, consumo de alcohol, malignidad, uso de drogas endovenosas y otros. Presentamos el caso de un trabajador rural que luego de un traumatismo múltiple por la caída de un caballo, presentó una bacteriemia por *S. equi* subsp. *zooepidermicus*.
Resumen clínico y exámenes complementarios: Varón de 56 años, etilista crónico, que se presenta con sindrome febril sin foco, confuso, refiriendo caída de caballo una semana atrás. Presenta traumatismo y hematoma en codo y muñeca derecha con impotencia funcional, y dolor en rodilla, hombro izquierdo y miembro superior derecho. El resto del examen físico no presenta particularidades. Se indica tratamiento sintomático (hidratación, dipirona, tiamina, diclofenac). El examen de laboratorio muestra leucocitosis, plaquetopenia, hematocrito 50 %, y aumento de creatinina. El electrocardiograma evidencia una taquicardia sinusal. Se realizan hemocultivos y urocultivo e inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina/sulbactama (AMS). A las 24 hs el examen físico evidencia limitación funcional de miembro inferior derecho, dolor a la movilización pasiva de cadera derecha y rodilla derecha. En la radiografía se observa fractura subcapital de cadera derecha y esguince de rodilla derecha. Se indica reposo, AINES, corticoides y enoxaparina. Se traslada para realizar TAC de cerebro y columna cervical, dorsal y lumbar. El informe tomográfico no muestra lesiones de relevancia. Se reciben resultados de laboratorio de bacteriología: urocultivo negativo y hemocultivo positivo (2/2): *Streptococcus equi* subsp. *zooepidermicus*. La identificación se realizó mediante sistema manual API, Biomerieux, y fue confirmada por método MALDI-TOF. El microorganismo resultó sensible a penicilina, con una CIM por Etest de 0,03 ug/ml (según normas CLSI). El paciente completó tratamiento con AMS durante 14 días y se programó cirugía para reemplazo de cadera, evolucionando favorablemente.
Conclusiones: Las bacteriemias por *S. equi* subsp. *zooepidermicus* son poco frecuentes y representan menos del 1 % del total de las bacteriemias. Este caso evidencia la variedad de agentes etiológicos que deben sospecharse cuando estamos frente a un paciente inmunocomprometido y expuesto a factores de riesgo como es el contacto con animales. Consideramos que el rol del laboratorio de microbiología es fundamental en este tipo de casos, siendo de gran importancia la comunicación fluida entre los integrantes del equipo de salud.

PE034 HISTOPLASMOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS

G López Daneri[1], CH Veciño Rodríguez[1], S Pola[1], CA Iovannitti[1], MT Mujica[1], S Repetto[2]
[1] Centro de Micología. Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Facultad de Medicina. UBA., Argentina. [2] Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología. Facultad de Medicina. UBA., Argentina, Argentina.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis endémica de distribución mundial. El compromiso aislado del sistema nervioso central constituye una forma rara y de difícil diagnóstico. Los métodos indirectos y moleculares de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) constituyen una alternativa en el diagnostico microbiológico.
Resumen clínico: Paciente de 44 años de sexo femenino, oriunda de Orán (Salta), con antecedentes de hipotiroidismo, VIH negativo, que presentaba hidrocefalia obstructiva de 5 años de evolución. En el año 2014, se colocó la primera derivación ventrículo peritoneal, posteriormente se sometió a múltiples recambios valvulares por disfunción del sistema. En enero de 2016, ingresa a un Centro de Salud lúcida con hemiparesia braquial derecha e infiltrados pulmonares. En mayo 2016, una RMN revela múltiples abscesos cerebrales, hidrocefalia y refuerzo meníngeo. Se realiza biopsia de cerebro y se halló en la histopatología absceso de fosa posterior: lesión necrotizante con leve infiltrado de linfocitos y plasmocitos, con reacción giganto-celular con afección de meninges y tronco encefálico, por lo cual inicia tratamiento empírico para *Mycobacterium tuberculosis* y micosis sistémicas endémicas (voriconazol), durante 6 meses. En diciembre 2016, se realiza el diagnóstico de histoplasmosis por observación de levaduras en la biopsia cerebral y en LCR. Una muestra de LCR es enviada al Centro de Micología (Facultad de Medicina-UBA), la misma se concentró 10 veces con el uso de membrana de diálisis (celulosa) y polivinilpirrolidona. Esto permitió la detección de bandas (H y M) de precipitación en una contrainmunolectroforesis frente a antígenos de H. capsulatum. En el LCR concentrado se realizó una nested-PCR para el gen Hc100. La extracción y purificación del ADN genómico se empleó el equipo QIAmp DNA Mini Kit. En la primera ronda de PCR se usaron diferentes concentraciones de ADN extraídos del LCR y cebadores específicos Hc I y Hc II que amplifican la secuencia de nucleótidos del gen que codifica para la proteína Hc100p. La segunda amplificación se realizó con los cebadores Hc III y Hc IV con las mismas condiciones que se usó en la primera ronda de PCR excepto que se usó 1 µl del producto amplificado como templado. Los fragmentos se separaron por electroforesis en gel de agarosa y se visualizaron con bromuro de etidio bajo luz UV. Las bandas de 290 pb confirmaron la presencia de ADN de *H. capsulatum* en el LCR. La paciente cumplió seis semanas con Anfotericina B liposomal y luego se rotó a voriconazol pero fallece en marzo del 2017.
Conclusiones: 1- Este trabajo nos alerta sobre el compromiso a SNC de *H. capsulatum* en individuos inmunocompetentes y en pacientes provenientes del noroeste argentino, 2- Destaca la ventaja de los métodos moleculares en forma alternativa y simultánea al diagnóstico microbiológico convencional 3- Enfatiza la utilidad de los métodos indirectos en el diagnóstico de la neurohistoplasmosis, 4- Sugiere la circulación de un clon con tropismo al SNC diferente al observado en la zona de la pampa húmeda.
Esta investigación fue subsidiada por UBACyT 20020150100158BA, Facultad de Medicina. UBA.

PE035 CARACTERIZACIÓN DE LOS PLÁSMIDOS DE RESISTENCIA PRESENTES EN AISLAMIENTOS CLÍNICOS DE ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS

A Fernandez Lausi[1], C Quiroga[4], G Montenegro[1], S Mucci[4], A Di Bella[1], G Parmeciano Di Noto[4], A Rivolta[4], A Tani[4]
[1] Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina. [4] Instituto de Investigaciones en Microbiología y Parasitología Médica- Facultad de Medicina-UBA, Argentina.

Introducción: La resistencia a los carbapenemes es un serio problema para la salud pública. En los últimos años se ha evidenciado un preocupante incremento de la resistencia a carbapenemes en aislamientos clínicos de Enterobacterias limitando las opciones terapéuticas contra estos patógenos. Existen varios genes que confieren resistencia a los carbapenemes siendo los más relevantes en esta familia bla_{KPC-2} y bla_{NDM-1}. Estos genes se encuentran asociados a diversos elementos genéticos móviles, tales como secuencias de inserción, transposones y plásmidos.
Objetivo: caracterizar los plásmidos de resistencia presentes en aislamientos clínicos de diversas Enterobacterias productoras de carbapenemasas e identificar el elemento móvil responsable de su diseminación.
Materiales y Métodos: Se analizaron 19 aislamientos clínicos resistentes a imipenem, meropenem o ertapenem, procedentes de un hospital público de la provincia de Buenos Aires, los cuales correspondieron a 10 *Klebsiella pneumoniae*, 5 *Providencia stuartii*, 2 *Proteus mirabilis*, 1 *Enterobacter cloacae*, y 1 *Serratia marcescens*. Se determinó la presencia de los genes blaKPC-2 y blaNDM-1 en estos aislamientos mediante la técnica de PCR,. Seguidamente se procedió a tipificar los plásmidos de amplio espectro de diseminación previamente asociados con estos genes de resistencia, tales como IncL/M, IncA/C, IncN e IncFII.
Resultados: Del estudio de la portación de genes codificantes para carbapenemasas, 13 aislamientos resultaron positivos para blaKPC-2, 2 fueron positivos para blaNDM-1 y 5 fueron negativos. La tipificación de los plásmidos reveló que el grupo de incompatibilidad más predominante correspondió a IncL/M presente en más de la mitad de las muestras (n = 12), seguido por IncN (n = 2). No se encontraron plásmidos de los grupos IncA/C e IncFII. La diseminación de IncL/M fue heterogénea entre las cepas estudiadas ya que correspondieron a 6 K. *pneumoniae*, 2 *P. stuartii*, 1 *P. mirabilis* y 1 *E. cloacae*. Por otro lado, 8 de las cepas portadores de plásmidos IncL/M resultaron ser positivas para KPC-2. Además se observó que las cepas portadoras de plásmidos del grupo IncN correspondía a los dos aislamientos de *P. mirabilis* incluidos en este estudio y que codificaban para la carbapenemasa NDM-1.
Conclusiones:Nuestro análisis evidencia que existe una elevada prevalencia de los genes bla_{KPC-2} en aislamientos clínicos resistentes a carbapenemes, especialmente en aislamientos clínicos de *K. pneumoniae.* La diseminación de estos determinantes de resistencia está asociada a diversos plásmidos conjugativos. Nuestros resultados sugieren que los plásmidos del grupo de incompatibilidad IncL/M podrían ser responsables de la diseminación de la resistencia a carbapenemes; mientras que los genes bla_{NDM-1} estarían codificados en plásmidos del grupo IncN. La identificación de los plásmidos de resistencia presentes en un nicho colabora con la compresión de la diseminación de la resistencia antibiótica.

PE036 IMPACTO DEL ENRIQUECIMIENTO EN CALDO EN LOS CULTIVOS DE HISOPADOS DE VIGILANCIA

N Carrion, R Soloaga, A Diez, A Salinas, D Vaustat, L Sollosqui, J Pidone
Hospital Naval Dr Pedro Mallo, Argentina.

Introducción: La emergencia de cepas multi y pan-resistentes y su diseminación en el medio hospitalario hace difícil encontrar opciones terapéuticas válidas y además tiene impacto en los costos, en la estadía hospitalaria e incluso en algunos casos en la mortalidad. La detección a partir de muestras clínicas de cepas de *S.aureus* meticilino resistente (MRSA), de bacilos gram negativos productores de beta lactamasa de espectro extendido (ESBL) o de carbapenemasas (CABSA) o de enterococos con resistencia a vancomicina (VRE) es solo la punta del iceberg con respecto al total de pacientes colonizados que potencialmente pueden diseminar estas cepas. Los medios de cultivos cromogénicos han simplificado la detección de las mismas a partir del cultivo de vigilancia de diversas muestras de hisopados (rectales, nasales, inguinales, axilares).
Objetivo: Determinar la utilidad del enriquecimiento en caldo incubado durante 24 h previo a la siembra en medios cromogénicos para la búsqueda de MRSA, VRE y CABSA a partir de cultivos de vigilancia de hisopados rectales, nasales, inguinales, axilares.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 2805 hisopados rectales de los cuales 592 fueron sembrados para EVR y 2213 para CABSA; también se analizaron 100 hisopados nasales, 39 axilares y 20 inguinales para la búsqueda de MRSA. Todas las muestras se sembraron en caldo de BHI que se incubó a 37° C durante 24 h y luego se subcultivo a medios cromogénicos (SC). En el caso de los hisopados nasales, axilares e inguinales estos medios correspondieron a MRSA (Medicatec) y en el caso de los rectales a EVR (Medicatec) y CABSA (Medicatec). Todas las muestras fueron sembradas además en forma directa en su correspondiente medio cromogénico (CRD).
Resultados: Del total de hisopados rectales para búsqueda de EVR, 493 (66,3 %)fueron negativos, 105 (17, 7 %) fueron positivos en la siembra directa en CRD y 94 (15,9 %) solo a partir de SC (p:0,39). Con respecto a la búsqueda de CABSA a partir de esta muestra, 2110 (75,2 %) fueron negativas, 409 (14,6 %) fueron positivas en la siembra directa en CRD y 286 (10,1 %) solo a partir de SC (p <0,05). Finalmente en la búsqueda de MRSA a partir de hisopados nasales, axilares e inguinales, 130 (81,7 %) muestras dieron cultivo negativo, 18 (11,3 %) fueron positivas en CRD y 11 (6,9 %) solo a partir de SC (p:0,16).
Conclusiones: Si bien el enriquecimiento en caldo incrementó la detección de MRSA, EVR y CABSA, la diferencia con respecto a la siembra directa solo fue significativa con respeto a este último tipo de microorganismos. La mortalidad asociada a las bacteriemias por cepas productoras de carbapenemasa se encuentra en el orden del 25-60 % y alrededor de 60 % de los pacientes colonizados evoluciona a una infección por lo tanto la optimización en la detección de las mismas a partir de cultivos de vigilancia es clínicamente relevante. Posiblemente se alcance una diferencia significativa en la búsqueda de EVR y de MRSA con un número mayor de muestras.

PE037 IMPORTANCIA CLÍNICA DE LOS RESULTADOS DE PCR MÚLTIPLE (FILMARRAY) EN LA DECISIOÓN TERAPÉUTICA DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIA.

N Carrion, R Soloaga, A Diez, A Salinas, D Vaustat, L Sollosqui, J Pidone, A Margari, C Raffo, M Bravo
Hospital Naval Dr Pedro Mallo, Argentina.

Introducción: El tratamiento inicial adecuado de los pacientes con sepsis o con shock séptico ha demostrado tener gran importancia en reducir la morbi-mortalidad. Sin embargo, para acertar con el tratamiento empírico es necesario conocer la ecología de cada hospital y contar con métodos rápidos que permitan conocer al agente causal y a los mecanismos de resistencia. Actualmente se cuentan con diversos sistemas de PCR múltiples comerciales que pueden detectar a los microorganismos de mayor importancia clínica en 1-2,5 h. El panel BCID de FilmArray (Biomerieux-Biofire) permite identificar en 1 h a 24 microorganismos y a tres mecanismos de resistencia (mecA, vanA-B y KPC).
Objetivo: Determinar el impacto en la detección de los agentes etiológicos y en la elección del tratamiento antibiótico según los resultados de PCR múltiple del panel de BCID (FilmArray) para hemocultivos positivos de pacientes seleccionados con diagnóstico de bacteriemia clínicamente significativa.
Materiales y Métodos: Se analizaron 63 hemocultivos positivos correspondientes a 63 episodios de bacteriemia en 55 pacientes de los cuales 31 eran de sexo masculino y 23 de sexo femenino. La mediana de edad fue de 68 años (rango: 7-94 años) y 45 de ellos presentaban alguna enfermedad de base. Se utilizó el sistema Bact-Alert (Biomerieux) de hemocultivos, al dar positivos se realizó la coloración de Gram, subcultivo en agar sangre, agar chocolate y CLDE. Se realizó inmediatamente, previa consulta con el Servicio de Infectología, PCR múltiple con el panel de BCID. Las cepas aisladas fueron identificadas y se determinó la susceptibilidad antibiótica por medio de Vitek 2 (Biomerieux), 49 (77,7 %) correspondieron a episodios monomicrobianos y 14 (23,3 %) a polimicrobianos.
Resultados: El resultado de FilmArray llevo a cambio de conducta terapéutica en 22 episodios (34,3 %). Dentro de los cambios más relevantes debe mencionarse el agregado de tratamiento antifúngico en 5 casos, colistina en 4, meropenem en 4, vancomicina en 2. Se suspendió este último antibiótico en 10 casos. La mediana para la positivización de los hemocultivos fue de 15,36 h. Se aislaron por subcultivo de los frascos de hemocultivos 85 cepas de las cuales 77 (90,5 %) fueron detectadas por FilmArray; de las 8 cepas no detectadas, 4 no estaban en la base de datos (1 H.parainfluenzae , 1 P.putida, 1 P.stuartii y 1 S.maltophilia). FilmArray detectó a 10 cepas que no desarrollaron en el cultivo. 7 cepas de K.pneumoniae productoras de carbapenemasa fueron detectadas por FilmArray (KPC), en tanto que no se observó ningún falso positivo para este tipo de resistencia en bacilos gram negativos. Sobre 7 cepas de S.aureus la detección correcta del gen mecA se produjo en 5, 1 fue correctamente caracterizado como meticilino sensible y hubo 1 falso positivo.
Conclusiones: La metodología de PCR múltiple que brinda resultados en 1 h a partir de los hemocultivos positivos es una herramienta importante para la optimización de la terapia antimicrobiana. La concordancia con el resultado del subcultivo del frasco de hemocultivo obtenido más de 24 h posteriores al resultado de FilmArray fue excelente.

PE038 CARACTERIZACIÓN DE UN BROTE POR *Serratia marcescens* EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

M Barenboim, M Terebiznik, S Figueroa, G Rico, R Bakai, M Carulla, S Palombarani, M Almuzara
Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón. San Martín. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: A partir de las últimas dos décadas, *Serratia marcescens* (S.m) ha representado una importante causa de infecciones nosocomiales. Este microorganismo puede sobrevivir en superficies inanimadas así como en soluciones desinfectantes con la posibilidad de originar brotes hospitalarios
Objetivo: Caracterizar feno y genotípicamente un brote por S.m en la UTI Pediátrica de un hospital del Conurbano Bonaerense e identificar la fuente de la contaminación
Materiales y Métodos: El aumento en la incidencia de infecciones por S. m en pacientes de la UTI Pediátrica a partir del mes de junio de 2016 nos advirtió sobre la posibilidad de que nos encontrábamos frente a un brote, lo que nos motivó a realizar una investigación epidemiológica.
Definición de casos: Los casos del brote fueron definidos como aquellos pacientes en los que se aisló S. m a partir de una muestra clínica desde el 9/6/2016. Se analizó: edad, sexo, diagnóstico al ingreso, enfermedad de base, tiempo de hospitalización previo al aislamiento de S. m, sitio de aislamiento, maniobras invasivas, tratamiento antibiótico y evolución clínica. Para el estudio microbiológico se tomaron muestras de ambiente (hisopado de mesadas, canillas, lavabos, camas) y de soluciones desinfectantes (frascos de clohexidina al 2 %, de alcohol en gel y de Iodopovidona). Identificación microbiológica: Los aislados fueron identificados por metodología convencional y por el Sistema Automatizado VITEK2. Sensibilidad antibiótica: Fue realizada por el sistema VITEK2. Los valores de concentración inhibitoria mínima se interpretaron de acuerdo al CLSI 2017. La relación clonal de los aislados se llevó a cabo por una técnica de OD-PCR.
Resultados: Se identificaron 6 casos, 5 de sexo masculino y 1 femenino, con edades comprendidas entre 1 mes y 3 años. S. m fue aislada a partir de la sangre y retrocultivo de 4 pacientes y del aspirado traqueal de los 2 restantes. El caso índice fue una niña con Sindrome de Ondine y EPOC internada hacía 2 años en la UTI, el resto de los pacientes carecían de una enfermedad de base y el diagnostico de ingreso en todos ellos fue una infección respiratoria aguda grave + VSR; todos los pacientes estaban en ARM y portaban CVC. Todos los aislados presentaban el mismo perfil de sensibilidad antibiótica. El tratamiento instaurado fue meropenem, meropenem + amicacina o piperacilina-tazobactama. La evolución clínica de todos los pacientes fue favorable. Los resultados de los estudios microbiológicos del ambiente y de las soluciones desinfectantes demostraron que S. m sólo se encontraba en el frasco de Clohexidina utilizada para la higiene de manos antes del ingreso a la Sala. Se demostró que los aislamientos de S. m a partir de los hemocultivos, retrocultivos, aspirados traqueales y aquellos recuperados del frasco de clohexidina estaban clonalmente relacionados. La implementación de estrictas normas correctivas impidió la aparición de nuevos casos.
Conclusiones: Queremos enfatizar el papel de S m en brotes hospitalarios y la importancia de los procedimientos de vigilancia y educación del personal sanitario a fin de evitar su transmisión a través de las manos del personal de salud desde reservorios inanimados

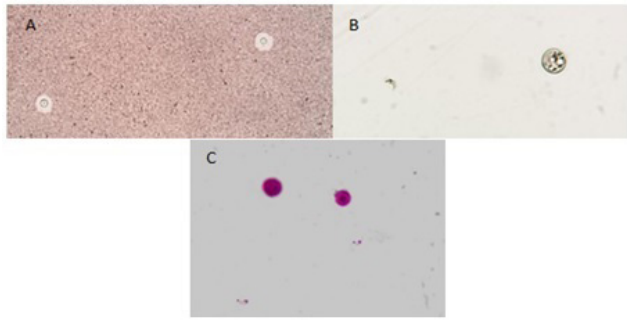
PE039 NUEVO AISLAMIENTO ATÍPICO DE *Toxoplasma gondii* EN UN CASO DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA AGUDA

L Pardini[1 2], LA Carral[3], M Bernstein[1 2], ML Gos[1 2], LM Campero[1], G Moré[1 2], FJ Kaufer[3], C Freuler[3], JM Unzaga[1], RA Durlach[3], MT Messina[3], MV Schneider[3], MC Venturini[1]
[1] Laboratorio de Inmunoparasitología, FCV, UNLP, Argentina. [2] Conicet, Argentina. [3] Centro de Toxoplasmosis y otras Zoonosis Hospital Alemán, CABA, Argentina.

Introducción: La infección por *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*) en la embarazada puede causar lesiones variables en el feto y la severidad de la infección podría estar relacionada con el genotipo involucrado.
Objetivo: Aislar y genotipificar *T. gondii* a partir de la placenta y sangre de cordón de una mujer con diagnóstico de toxoplasmosis aguda.
Materiales y métodos: En el Hospital Alemán (HA) se realizó la serología materna al momento del parto resultando: Sabin Feldman (SF) 1/1024, Inmunofluorescencia Indirecta anti IgG (IFI-G 1/4096), ISAGA-IgM 1/1024 e ISAGA-IgA negativa. Además se realizó la serología del bebé al nacimiento y un mes después siendo: SF 1/1024 en ambos momentos e IFI-G 1/4096 y 1/256 respectivamente; en ambas muestras las ISAGA-IgM y A fueron negativas. Para aislar el parásito, se tomaron muestras de placenta y sangre de cordón umbilical, se inocularon en 3 ratones NMRI respectivamente. Luego de 30 días se analizaron serológicamente y sólo uno de los ratones inoculados con placenta fue positivo a SF 1/16384. En el SNC no se observaron quistes, sin embargo con este material se inoculó un ratón deficiente para IFNγ en el Laboratorio de Inmunoparasitología (LAINPA-FCV-UNLP). A los 10 días posinoculación se produjo la muerte con signos compatibles con toxoplasmosis; a la necropsia se obtuvieron taquizoítos del pulmón y del lavado peritoneal, que se cultivaron en células Vero y se mantuvieron por pasaje en ratones. Se conservó el aislamiento a -196°C. Se extrajo ADN de las muestras del SNC y pulmón (del seropositivo y del primer ratón deficiente para IFNγ), se realizó PCR con los primers específicos TOX5-TOX8.
Resultados: Las muestras fueron positivas por PCR y se genotipificaron por n-PCR seguida por cortes con enzimas de restricción para 9 marcadores. El genotipo observado para este aislamiento fue tipo III para todos los marcadores excepto para APICO que fue tipo I y se correspondería en la T. gondii Data Base (http://toxodb.org/toxo/) como #7.
Conclusiones: Este genotipo fue descripto previamente en gallinas de Argentina, Brasil, Costa Rica y Nicaragua como así también en aves de la Familia Columbidae de Panamá y cerdos, ovinos y mapaches de Estados Unidos, indicando una amplia distribución en animales domésticos y silvestres de América. Este resultado es interesante desde el punto de vista epidemiológico, ya que se conoce a nivel mundial que los tejidos de cerdos y ovinos son una importante fuente de infección para el hombre cuando se consumen crudos o poco cocidos. Las mujeres embarazadas deben implementar las medidas de prevención sugeridas para minimizar el riesgo de infección.

PE040 ASOCIACIÓN DE *Trypanosoma cruzi* Y COMPLEJO *Cryptococcus neoformans* COMO AGENTES CAUSALES DE ENFERMEDAD EN EL SNC

F Minotti, V Andrade, MJ Perello, AS Perez, N Labarta, J Bava
Hospital Muñiz, Argentina.



Introducción: En pacientes HIV/sida la meningoencefalitis (ME) más frecuente es causada por *Cryptococcus* sp. No ocurre lo mismo con la ME chagásica, a pesar de ser la Enfermedad de Chagas endémica en varias regiones del territorio argentino. Se reporta el hallazgo mediante microscopía en fresco de elementos parasitarios móviles y levaduras redondas en una muestra de líquido cefalorraquídeo (LCR) de un paciente HIV positivo, posteriormente identificados como tripomastigotes de *Trypanosoma cruzi* y levaduras de *Cryptococcus neoformans*.
Caso clínico: Paciente masculino de 63 años, HIV positivo diagnosticado hace 13 años sin tratamiento, oriundo de Paraguay, es internado por presentar un cuadro de pérdida de peso, mal estado general, deshidratación, afasia, incontinencia de esfínteres y conducta aberrante de varios meses de evolución. Previa internación en otra institución por deshidratación y crisis convulsivas. Al cabo de unas semanas, el paciente fallece. Debido a la afectación del sistema nervioso central (SNC), se realizó una punción lumbar. Los resultados del análisis fisicoquímico del LCR fueron: límpido, incoloro, glucosa 25 mg/dL, proteínas 2 g/L, 30 cel/mm3, 80 % mononuclear. Las serologías para HIV, HBV, HCV y sífilis resultaron positivas. El recuento de células CD4+ fue de 10 cel/ul (4 %). La tomografía axial computada de cerebro reveló ventriculomegalia y asimetría en astas anteriores de ventrículo lateral izquierdo, sin lesión ocupante de espacio ni signos de sangrado. El estudio microscópico en fresco del LCR, reveló la presencia de gran cantidad de levaduras redondas y de escasos elementos parasitarios móviles (Figura 1B). El agregado posterior de tinta china, puso en evidencia las cápsulas de las levaduras redondas (Figura 1A), mientras que la tinción de Giemsa, permitió observar con mayor detalle la estructura microscópica del tripomastigote (Figura 1C). Figura 1: Tinta china (A), análisis en fresco (B) y tinción de Giemsa (C) del LCR. En el cultivo se aisló *C. neoformans* y la serología para Chagas fue

reactiva. Esto sumado a la visualización de los tripomastigotes con la tinción de Giemsa, reafirmó el diagnóstico de reactivación de enfermedad de Chagas, asociada a criptococosis meníngea.
Conclusiones: La asociación de *T. cruzi* y *C. neoformans* como agentes causales de enfermedad en el SNC, no tiene antecedentes en nuestro país. Sin embargo, en una revisión bibliográfica se reportó un caso en México. Es importante remarcar el cuadro de inmunosupresión como escenario favorable para la presentación simultánea de ambos microorganismos, y destacar la importancia del examen fresco, el cual permitió visualizar ambos agentes etiológicos de forma rápida y sencilla.

PE041 MENINGOENCEFALITIS POR REACTIVACIÓN DE ENFERMEDAD DE CHAGAS

N Labarta, N Rouco, V Burani, AS Perez, L Ortiz, J Bava
Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: En pacientes HIV/SIDA la infección por *Toxoplasma gondii* es la causa más común de lesión ocupante de espacio (LOE). Un cuadro clínico de encefalitis con disfunción neurológica, sumado a imágenes radiológicas de lesión en ganglios basales y serología positiva, es altamente sugestivo de una reactivación de esta infección. La eficacia del tratamiento empírico refuerza el diagnostico aún sin demostrar su presencia en el tejido cerebral. Por otro lado, la reactivación de la infección por *Trypanosoma cruzi* es una causa menos común de LOE o meningoencefalitis (ME) en pacientes HIV/SIDA. El mayor riesgo de reactivación se presenta cuando el recuento de linfocitos T CD4+ cae por debajo de 100 cél/ul. La presentación más frecuente es el chagoma, siendo indistinguible clínica y radiológicamente de una toxoplasmosis cerebral y de otras encefalitis. Aproximadamente el 75 % de los pacientes con HIV reactivan la enfermedad de Chagas y la mayoría evoluciona desfavorablemente.

Figura 1. Fresco de LCR

Caso clínico: Paciente masculino de 42 años oriundo de Paraguay. HIV positivo diagnosticado hace 4 años sin tratamiento. Previa internación en otra institución por convulsiones, donde se diagnosticó toxoplasmosis cerebral. Se inicio tratamiento al cual respondió favorablemente. Concurre a nuestra institución por presentar dificultad súbita en la marcha, convulsiones y pérdida de peso. Al examen físico se observa hemiparesia facio-braquio-crural derecha. El paciente presentó un recuento de CD4 7 cél/ul y serologia positiva para toxoplasmosis y chagas. En la tomografía axial computada de cerebro se observó una región hipodensa frontal izquierda por lo que recibe medicación para toxoplasmosis. El paciente evoluciona desfavorablemente y se le indica punción lumbar. Las características del líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron: xantocrómico, turbio, proteínas 0.55 mg/dl, glucosa 42 mg/dl, 20 células/mm3 con 90 % mononuclear. Se observó en el fresco de LCR formas flageladas móviles compatibles con tripomastigotes de *T. cruzi* (figura 1) por lo que se indica benznidazol. Al mes de tratamiento, evoluciona favorablemente a pesar de la inmunosupresión marcada y la demora en iniciar el mismo. El paciente presentaba una ME debida a una reactivación de la enfermedad de Chagas diagnosticada por el laboratorio mediante la observación de la movilidad característica del *T. cruzi* en LCR.
Conclusión: Dentro de los diagnósticos diferenciales de LOE en pacientes HIV/SIDA, debería considerarse la reactivación de la enfermedad de Chagas, e intensificar la búsqueda de tripomastigotes en LCR para el diagnóstico precoz, tratamiento específico y mejorar la sobrevida.

PE042 DETECCIÓN DE TOXINA BINARIA Y TIPIFICACIÓN MOLECULAR DE AISLAMIENTOS DE CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN BUENOS AIRES

N Ríos Osorio[1], D Cejas[1], R Quirós[2], MA Berger[3], R Sadorin[2], G Gutkind[1], L Fernández Canigia[3], M Radice[1]
[1] Universidad de Buenos Aires, FFyB., Argentina. [2] Hospital Austral, Buenos Aires, Argentina. [3] Hospital Aleman, Buenos Aires, Argentina.

C. difficile es el principal causante de diarrea de origen infeccioso en pacientes hospitalizados. La incidencia y severidad de la infección por *C. difficile* (ICD) ha aumentado en los últimos 15 años, especialmente en el hemisferio norte, lo cual se ha atribuido a la emergencia de cepas hipervirulentas, como la BI/NAP1/027 que se caracteriza por producir las toxinas A, B y la toxina binaria CDT, así como por presentar resistencia a fluoroquinolonas (FQ).El objetivo de este trabajo fue evaluar la presencia de las toxinas A, B y CDT en aislamientos de *C. difficile*, recuperados de heces diarreicas de pacientes en 2 hospitales de Buenos Aires durante marzo-noviembre de 2015, y determinar su sensibilidad antibiótica. Asimismo se proyectó identificar variantes en la región QRDR de GyrA/B y tipificar por MLST a los aislamientos productores de toxinas y/o resistentes a FQ.Se investigó la presencia de la enzima glutamato desidrogenasa (GHD) y de las toxinas A y B en las heces empleando el kit comercial TECHLAB C. DIFF QUIK CHEK COMPLETE. Posteriormente las muestras se expusieron a alcohol 95 % por 30 minutos y fueron inoculadas en medio selectivo para recuperar *C. difficile*. La identificación se realizó por MALDI-TOF MS. La detección de *tcd*A, tcdB y *cdt*A/*cdt*B codificantes de las toxinas A, B y CDT, respectivamente, se llevó a cabo por multiplex PCR según Persson et al 2008, empleando como templado ADN genómico extraído con fenol-cloroformo. La sensibilidad a levofloxaciona (LEV), moxifloxaciona (MXF), gatifloxaciona (GAT), vancomicina (VAN) y metronidazol (MTZ) se realizó de acuerdo al CLSI 2015. En aquellos aislamientos resistentes a FQ y/o productores de CDT se realizó la tipificación molecular por MLST según http://pubmlst.org/cdifficile/ y la caracterización de las regiones QRDR de GyrA/B según Spigaglia *et al*. Treinta y una muestras fueron positivas para GDH. En 12/31 se detectaron las toxinas A y B por enzimoinmunoensayo mientras que por multiplex PCR 19/31 resultaron positivas para *tcd*A y *tcd*B. A su vez en 4/19 se detectó *cdt*A/*cdt*B, 2 de las cuales habían sido categorizadas como negativas para la producción de toxinas con el kit comercial. La CIM90 (µg/ml) para LEV, MXF, GAT, VAN y MTZ fueron 4, 16, 16, 0.5 y 0.5, respectivamente. La sustitución de Thr 82 por Ile se identificó en la región QRDR de GyrA de 3/4 aislamientos resistentes a FQ y en el restante no se detectaron mutaciones. Los ST identificados fueron 1, 42 y 226, así como SLV del ST 1, 42, 37/219, 26, 15 y 122.En este trabajo se identificaron 4 aislamientos de *C. difficile* productores de la toxina binaria y los pacientes portadores de estos microorganismos no presentaron complicaciones asociadas a ICD. Se observó resistencia a FQ solo en 1/4 productores de CDT, observándose la sustitución aminoacídica reportada con mayor frecuencia a nivel mundial. Se identificaron distintos ST en los aislamientos CDT positivos, entre ellos el ST1 asociado a la cepa hipervirulenta BI/NAP1/027.

PE043 CARACTERIZACIÓN DE AISLAMIENTOS DE *Pseudomonas aeruginosa* PRODUCTORA DE METALO-β-LACTAMASA (MBL) EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

E Cohen, C Peloc, G Sly, A Tuduri, C Molinari, M Morante, S Castro, M Carulla, M Almuzara
Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón. San Martín. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción:La producción de metalo-enzimas es uno de los mecanismos principales involucrados en la resistencia de *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) frente a los antibióticos β-lactámicos de amplio espectro. Estas enzimas, presentes de forma natural en algunas especies de bacilos gram-negativos ambientales, tienen la capacidad de hidrolizar a todas las penicilinas, cefalosporinas y carbapenemes. Las metalo-enzimas de las familias IMP y VIM son las más frecuentes y se encuentran diseminadas en todo el mundo
Objetivo: Describir las características clínicas y microbiológicas de 12 aislados de *P. aeruginosa* productora de MBL a partir de especímenes clínicos de pacientes internados en una UCI de un Hospital del Conurbano Bonaerense en el periodo marzo 2016 a marzo 2017
Materiales y Métodos: Se evaluaron las historias clínicas de los pacientes a fin de recabar información relacionada a edad, sexo, tipo de enfermedad infecciosa, requerimiento de asistencia respiratoria mecánica, presencia de enfermedad neurológica concomitante, presencia de catéter endovascular, tiempo de internación desde el ingreso a la UCI hasta la obtención de cultivo positivo para PAE, tratamiento antibiótico previo, tratamiento instaurado y evolución clínica. Los aislados fueron identificados por pruebas bioquímicas convencionales y la sensibilidad antibiótica fue realizada por el sistema automatizado Vitek2. La detección fenotípica de la producción de carbapenemasa fue realizada mediante tabletas diagnosticas Rosco (KPC-MBL Kit) y la detección genotípica mediante Multiplex-PCR para carbapenemasas (IMP-VIM-KPC-NDM).
Resultados: 12 pacientes, 7 hombres y 5 mujeres. Con un amplio rango de edad de 19 a 89 años (promedio 58,5). Once pacientes permanecieron internados en la Unidad de Terapia intensiva con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica en forma prolongada. El 66,6 % de los pacientes tenían una enfermedad neurológica severa. El tiempo promedio de internación desde su ingreso hasta el cultivo positivo para PAE fue de 26,8 días. Once pacientes presentaron neumonía asociada a respirador (NAV) y un paciente presentó bacteriemia por PAE. El 83 % de los pacientes recibieron previamente antibióticos de amplio espectro. Todos fueron tratados con colistina de acuerdo a los resultados de sensibilidad antibiótica. Evolución: fallecieron

4, de los cuales una paciente falleció por progresión de enfermedad de base (tumor cerebral avanzado), el fallecimiento de los otros 3 pacientes estuvo asociado a NAV por PAE.Todos los aislados mostraron sinergia entre meropenem y ácido dipicolínico sugiriendo la presencia de una MBL. Los mismos presentaron multirresistencia antibiótica pero conservaron sensibilidad a colistina. La caracterización genotípica de la resistencia a carbapenemes fue compatible con una enzima de tipo IMP.
Conclusiones: Estos resultados sugieren que es necesario mantener una vigilancia epidemiológica de estos aislados, establecer estrategias de laboratorio para su detección e implementar políticas que aseguren el uso adecuado de los antimicrobianos y las normas de aislamiento en nuestra institución a fin de evitar la selección y diseminación de *P. aeruginosa* productora de MBL.

PE044 PRIMERA DESCRIPCIÓN DE *Acinetobacter schindleri* CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVO PRODUCTOR DE CARBAPENEMASA DE TIPO NDM

S Palombarani[1], A Kunst[2], A Tuduri[1], M Nastro[3], H Rodríguez[3], C Vay[3], M Almuzara[1 3]
[1] Laboratorio de bacteriología HIGA E Perón, San Martín, Prov Bs As, Argentina. [2] Infectología, HIGA E. Perón, San Martín, Prov Bs As, Argentina. [3] Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Laboratorio de Bacteriología. Hospital de Clínicas José de San Martín., Argentina.

Las especies del género *Acinetobacter spp* son patógenos oportunistas, responsables de infecciones nosocomiales y brotes, especialmente en unidades de cuidados intensivos. La mayoría son multirresistentes, particularmente a carbapenemes (carb) La metalo- carbapenemasa blaNDM-1 es uno de los mecanismos de creciente importancia de la resistencia a carb, tanto en *A. baumannii* como en otras especies del género *Acinetobacter sp*. Se presenta el primer caso de aislamiento de *Acinetobacter schindleri* (A.s) portador de blaNDM-1 clínicamente significativo. Paciente de sexo femenino, de 52 años, con serología positiva para VIH y Virus de Hepatitis C, adicta a cocaína y con diagnóstico de cáncer de mama (tratada con quimioterapia y radioterapia). Fue hospitalizada por presentar cefalea, desorientación y vómitos como consecuencia de una lesión quística en el área fronto- temporal. Requirió craniectomía descompresiva, de la cual se tomó material para cultivo, con desarrollo de Pseudomonas stutzeri sensible a cefepime, ceftazidima y carb. Luego de ser tratada con ceftazidima durante 4 semanas, reingresa al hospital por deterioro del sensorio, neumonía aspirativa y fiebre. Recibe tratamiento empírico con vancomicina y meropenem y se toman 2 muestras de hemocultivos. A las 24 horas de incubación desarrolló un bacilo gram-negativo (1 de 2 muestras), identificado como Pseudomonas fluorescens mediante el sistema VITEK 2 (bio-Merieux, France) y luego, como *Acinetobacter schindleri* mediante MALDI-TOF MS (*matrix- assisted laser desorption/ionization time of flight mass spectrometry*), Bruker Daltonics. Se confirmó esta identificación por secuenciación del gen rpoB (100 % homología). La prueba de sensibilidad a los antimicrobianos se realizó mediante VITEK 2. Los valores de concentración inhibitoria mínima (CIM) se interpretaron de acuerdo al CLSI 2017. A.s. fue sensible a: ampicilina/sulbactam, amicacina, gentamicina, ciprofloxacina, colistina y trimetoprima/sulfametoxazol; resistente a: ampicilina, cefalosporinas de 3° y 4° generación y carb; presentó sensibilidad intermedia a piperacilina/tazobactam. Para estudiar la presencia de metalo-β- lactamasas se realizó la prueba de difusión de "doble disco" en agar Mueller Hinton, utilizando un disco de EDTA/SMA (1900/750 µg, Laboratorios Britania, Bs. As. Argentina) entre discos de meropenem e imipenem (10 µg, OXOID, U.K) observándose sinergia entre los carb y EDTA y sugiriendo la presencia de una metalo-enzima (MBL). Se buscaron los genes implicados en la resistencia a carb mediante amplificación por PCR, obteniéndose resultado positivo para la amplificación de blaNDM. El análisis de la secuencia de nucleótidos, mostró 99 % de identidad con blaNDM-1.Se describe el primer aislamiento clínicamente significativo de *A.schindleri* productor de NDM-1; esta bacteria podría comportarse como reservorio de genes blaNDM-1 y contribuir a su diseminación hacia otros patógenos. La relevancia clínica de especies de Acinetobacter spp diferentes de A. baumannii no está suficientemente estudiada debido a la falta de pruebas de identificación fenotípicas simples, accesibles a todos los laboratorios de diagnóstico clínico.

PE045 PORTACIÓN NASAL DE *Staphylococcus aureus* EN ESTUDIANTES DE MEDICINA: FACTORES DE RIESGO Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA

L Revelli, M Rodríguez Lanza, B Sáez, A Berrón, C Faggi, A Ombrella, L Córdoba, MI Luciano, M Bulfoni, C Cerutti, A Ponessa, T Gambandé
Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario, Argentina.

Staphylococcus aureus (SA) es un microorganismo patógeno asociado a numerosas infecciones de la comunidad y nosocomiales. Puede formar parte de la microbiota habitual del ser humano, lo que se conoce como portación. Diversos factores influyen para que este microorganismo produzca enfermedad. Los individuos colonizados por SA, pueden sufrir infecciones o trasmitirlo si no se cumplen normas de bioseguridad. Esta investigación tuvo como finalidad determinar la portación nasal de SA en estudiantes de medicina, los posibles factores de riesgo asociados a la misma y conocer el perfil de resistencia a los antimicrobianos de los aislamientos. Previo consentimiento informado y realización de una encuesta dirigida, se tomó una muestra de hisopado nasal de ambas narinas a una población de 1157 estudiantes durante el período 2014-2016. Las muestras fueron sembradas en agar manitol salado, cultivándose a 37 °C por 24 48 horas. Para la identificación bacteriana se utilizaron pruebas bioquímicas convencionales y se les determinó la sensibilidad a antimicrobianos por técnica de difusión según las normas de la Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Los antimicrobianos ensayados fueron cefoxitina, levofloxacina, eritromicina, clindamicina y cotrimoxazol. En los aislamientos resistentes a cefoxitina, se evaluó la sensibilidad a vancomicina, teicoplanina, gentamicina, minociclina, mupirocina, ácido fusídico, cloranfenicol y rifampicina. De los 1157 estudiantes, 287 (24.8 %) resultaron colonizados con SA. De estos aislamientos, 16 (5,5 %) mostraron resistencia a meticilina (SAMR) sin presentar resistencia acompañante. En cuanto a la resistencia a eritromicina y clindamicina, 208 (72,5 %) resultaron resistentes, mostrando 82 de ellos (39 %) resistencia inducible y 126 (61 %) resistencia constitutiva. Todos los aislamientos resultaron sensibles a quinolonas y cotrimoxazol. Los datos recabados en la encuesta (sexo, año de carrera, tabaquismo, asma, sinusitis, rinitis, infecciones cutáneas y el uso de sprays nasales como descongestivos o corticoides locales) fueron evaluados como posibles factores de riesgo por el test de chi cuadrado de Pearson, no revelando diferencias significativas ($p<0.05$). A través de este estudio, concluimos que la tasa de colonización por SA y SAMR en estudiantes de medicina no difiere de la reportada en la población general. Los SAMR, al no presentar resistencia acompañante, se consideraron como adquiridos en la comunidad (SAMR-AC). Quinolonas y cotrimoxazol constituirían una alternativa terapéutica válida para el tratamiento empírico de infecciones por SA y debería evitarse el uso de eritromicina y clindamicina. La detección de este microorganismo en fosas nasales de estudiantes de medicina es de gran utilidad para evitar la transmisión horizontal y prevenir posibles diseminaciones en el portador causando infecciones con diferente nivel de gravedad. La decolonización con mupirocina de uso local es una posibilidad terapéutica para los portadores, aunque siempre exista la posibilidad de una recolonización.

PE046 *Corynebacterium minutissimum* EN ABSCESOS MAMARIOS

C Ormazabal, V Yernazian, A Marucco, M Ruiz O Neill, F Magariños, G Suarez, C Alfonso
Hospital D. F. Santojanni, Argentina.

Introducción: *Corynebacterium minutissimum* (Cm) es un bacilo Gram positivo residente habitual de la piel, catalasa positiva, aerobio o anaerobio facultativo, no productor de esporas y generalmente inmóvil. En 1862 se le asigno rol patógeno en eritrasma. Actualmente se lo asocia a abscesos mamarios.
Objetivo: Comunicar aislamientos de Cm en infecciones de abscesos mamarios en un Hospital General de Agudos.
Materiales y métodos: En el periodo comprendido entre Marzo 2010 y Marzo 2017 fueron estudiados 148 abscesos mamarios por cultivo convencional para germenes comunes y tinciones de Gram y Ziehl Neelsen. La identificación y sensibilidad se realizó por sistema automatizado BD Phoenix ™.
Resultados: El porcentaje de positividad de las muestras fue 66 % (n = 98). El agente etiológico predominante fue *Staphylococcus aureus* 85 % (n = 83), seguido de Cm 6 % (n = 6), Estafilococo coagulasa negativo 5 % (n = 5), *Streptococcus pyogenes* 2 % (n = 2), *Bacteroides* grupo fragilis 1 %(n = 1) y *Mycobacterium* complejo *tuberculosis* 1 % (n = 1). Las 6 cepas de Cm fueron uniformemente sensibles a penicilina (CIM 0,25-1 ug/ml), vancomicina (CIM < 0,5 ug/ml), eritromicina (CIM < 0,5 ug/ml) y clindamicina (CIM < 0,5 ug/ml)
Conclusiones: Cm es una especie de importancia clínica en infecciones de piel y partes blandas, siendo lesiones traumáticas la puerta de entrada. Su patogenia es discutida, porque la mayoría de los trabajos publicados no contienen suficientes datos fenotípicos para descartar otras especies. En los últimos años, se han comunicado casos que lo implican en abscesos mamarios recurrentes. En nuestro Hospital fue el segundo agente causal en dichos abscesos, superando a otros microorganismos de virulencia conocida.

PE047 USO DE PROCALCITONINA COMO ESTUDIO COMPLEMENTARIO EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES BACTERIANAS EN UN HOSPITAL DE AGUDOS

J Maresca, C Raffo, A Barrientos, D Ori, A Margari
HOSPITAL NAVAL PEDRO MALLO, Argentina.

Introducción: Dada la elevada prevalencia de pacientes internados en unidades de cuidados intensivos con sospecha de infección, se ha propuesto el uso de biomarcadores que puedan predecir el diagnóstico, mejorar el seguimiento y guía del tiempo de tratamiento de la terapia antimicrobiana. Se ha descripto el aumento de procalcitonona en infecciones bacterianas, siendo un marcador sensible y específico para el diagnóstico.
Objetivo: Describir nuestra experiencia con el uso de la medición de procalcitonina en sangre como complemento para el diagnóstico de infecciones bacterianas en pacientes internados en UTI/UCO durante el período comprendido entre noviembre de 2016 y enero de 2017 en nuestro hospital.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, prospectivo en el cual se incluyeron 21 pacientes internados en cuidados críticos, durante el período noviembre 2016-enero 2017 con sospecha diagnóstica de infección bacteriana, según los nuevos criterios de sepsis. Se obtuvieron cultivos según el foco probable y se solicitó medición de procalcitonina seriada a 0hs-48hs-96hs de iniciado el cuadro clínico sugestivo de infección. Fueron excluidos pacientes con clearance de creatinina menor 50 ml/min. En todos los pacientes se realizó Score de SOFA y Apache II. El método utilizado para la determinación de procalcitonina fue ELFA. Los puntos de corte establecidos fueron <0,5ng/ml: riesgo bajo de sepsis severa; >2ng/ml: riesgo alto de sepsis severa. Los datos se registraron en una ficha confeccionada para tal fin y posteriormente se transfirieron a planillas de Excel.
Resultados: 11 (52,38 %) pacientes femeninas y 10 (47,62 %) masculinos. Nueve (42,85 % %) del total diagnóstico presuntivo fue infección bacteriana. Del total de los pacientes 16 (76,19 %) se asumieron como de origen bacteriano de los cuales 13 (81,25 %) presentaron a las 0 hs procalcitonina negativa, los otros 3 (18.75 %) de este grupo, presentaron un valor superior a 2. De los 21 pacientes estudiados, se realizó medición de procalcitonina en forma seriada en 20: 1 falleció dentro de las 48 hs del ingreso. 13 (65 %) pacientes presentaron infección bacteriana confirmada con valores seriados negativos del biomarcador, 3 (15 %) pacientes con infección documentada tuvieron valores seriados de procalcitonina positivos. En 4 (20 %) pacientes no se confirmó infección. Los 16 pacientes con infección documentada presentaron un SOFA y Apache II elevados como valor predictivo de elevada mortalidad.
Conclusión: Si bien se trata de una muestra pequeña, nuestros resultados no coinciden con lo descripto en la bibiliografía. El biomarcador no fue útil como predictor de infección bacteriana por lo tanto no pudo ser utilizado como parámetro para guiar la suspensión de tratamiento antibiótico.

PE048 BACTERIEMIA POR *Globicatella sulfidifaciens*

AJ Crivelli, MF D´Aurizio, M Rey, T Posse, L Errecalde, S Kaufman, H Perez
Hospital Juan A. Fernandez, Argentina.

Introduccion Las infecciones por *Globicatella sulfidifaciens* (GS) son de baja frecuencia. Su epidemiología e importancia clínica permanecen desconocidos. La bacteria ha sido descrita en exudados pulmonares y articulares de bovinos, porcinos y ovinos. Rara vez ha sido aislada en humanos. Se describen 3 casos de bacteriemia por GS, su identificación y sensibilidad a antibióticos.
Casos clinico: Caso 1. Masculino, 79 años, antecedente de Leucemia mieloide crónica en tratamiento con hidroxiurea ingresa a emergentología por deterioro del sensorio, hipotermia e hipotensión asociado a escaras por decúbito en hemicuerpo derecho, se realiza intubación orotraqueal, evoluciona con fallo multiorgánico y requerimiento de inotrópicos. Inicia tratamiento con ceftriaxona . FAARV, bradicardia extrema, paro asistólico y óbito. Hemocultivo (1/2) GS, CIM penicilina 0,25 µg/ml (I), cefotaxima 1 µg/ml (S) vancomicina 0,25 µg/ml (S). Caso 2. Masculino, 52 años, enolista, tabaquista, en situación de calle ingresa a guardia por mal estado general, dificultad en la marcha y tos de 1 un mes de evolución, Rx torax infiltrado en hemitórax izquierdo, HIV negativo. Inicia AMS+claritromicina. Esputo para BAAR positivo y PCR TBC positivo resistente a rifampicina. Evoluciona con insuficiencia respiratoria severa, paro cardiorespiratorio y óbito. Hemocultivo 1/2 GS, CIM cefotaxima 1.5 µg/ml (I) penicilina 0.064 µg/ml (S). Caso 3.Masculino, 67 años, antecedente de HTA, DBT 2, IRC, ACV isquémico y hemorrágico hace 5 años, secuela motora FBC derecha ingresa a emergentología por deterioro del sensorio, hipotensión y melena. TAC cerebro con lesiones secuelares. A las 48 hs insuficiencia respiratoria, infiltrado en base derecha. Inicia AMS. Obito. Hemocultivo 1/2: GS, CIM cefotaxima 4 µg/ml (I), levofloxacina 6 µg/ml (R) penicilina 0.25 µg/ml (R). En los 3 casos, el diagnóstico se realizó por espectrometría de masa MALDI TOF MS (Bruker), en uno se confirmó por PCR 16s rRNA. La sensibilidad se realizó mediante CIM por método epsilométrico, si bien no hay puntos de corte para este género nuestros valores se interpretaron según CLSI 2017 para S. grupo viridans y Aerococcus.
Discusion: El género Globicatella comprende bacterias gram-positivas, anaeróbicas facultativas, α-hemolíticas, catalasa negativas. Son morfológica y fenotípicamente similares a Streptococcus y Aerococcus lo que llevaria a identificación errónea y a subestimar infecciones por este género. El diagnóstico se realiza por MALDI-TOF MS y secuenciación 16S rRNA. No hay puntos de corte de sensibilidad antibiótica, por eso es necesario realizar CIM. En los casos descriptos los pacientes fueron mayores de 50 años con comorbilidades lo que podría suponer un factor de riesgo. La mala evolución supone una enfermedad grave con riesgo de vida. Ninguno presentó asociación con animales, desestimando la infección zoonótica.
Conclusion: Las infecciones por GS son extremadamente raras y se asocian a infecciones graves. Se desconoce su epidemiología y puede presentarse como una enfermedad potencialmente zoonótica. A pesar de su rareza es importante sospecharla para un tratamiento empírico inicial efectivo y así aumentar la sobrevida.

PE049 COMPARACIÓN DE DIFERENTES METODOLOGÍAS DE ESTUDIO PARA DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES POR *Clostridium difficile*

N Azula[1], M Zarate[1], B Wisner[1], H Carrizo[1], S Relloso[1], V Romano[1], P Bonvehi[2], J Smayevsky[1]
[1] Laboratorio de Microbiología de CEMIC, Argentina. [2] Sección infectología - CEMIC, Argentina.

Introducción: *Clostridium difficile* (*C.difficile*) es un bacilo gram-positivo, anaerobio estricto, con capacidad de formar esporos que permiten su supervivencia. La transmisión por vía fecal-oral convierte al personal de salud e instrumental médico en importantes fuentes de infección intrahospitalaria. *C.difficile* productor de toxinas es agente causal de colitis pseudomembranosa y complicaciones como la colitis fulminante, todas ellas englobadas en el término de enfermedades asociadas a *C.difficile* (EACD). La metodología de estudio utilizada habitualmente en los laboratorios clínicos es la inmunocromatografía (IA) que detecta la presencia de antígeno (glutamato dehidrogenasa GDH), presente en todos los aislamientos de *C difficile*, y de las toxinas A y B. Si bien, estas técnicas poseen un elevado valor predictivo negativo (95-100 %), el valor predictivo positivo de la detección de GDH es relativamente bajo (50-60 %).
Objetivo: El objetivo del presente estudio fue comparar distintas metodologías para la detección de *C.difficile* directamente de materia fecal en el período enero-marzo 2017, a saber: PCR real time (PCR-RT), IA y el cultivo anaerobio con posterior detección de la toxina por IA y PCR, considerando el cultivo toxigénico como "gold estándar".
Materiales y Métodos: Se analizaron 70 muestras consecutivas de materia fecal diarreicas de pacientes hospitalizados con sospecha de EACD. Las muestras de materia fecal se procesaron de la siguiente manera: 1) Cultivo en atmósfera anaerobia, previo shock etanólico, en el medio CHROMagarTMC.*difficille*. La identificación de *C difficile* se realizó por la metodología automatizada MALDI-TOF (BrukerDaltonics) y la detección de toxina por IA y PCR. 2) Por IA utilizando el equipo comercial C.Diff QuickCheckComplete 3) Extracción de DNA en equipo automatizado Magnapure y luego se realizó la PCR-RT, usando Light Cycler, que detecta la presencia del gen tcdC, presente en todas las cepas toxigénicas y las cepas hipervirulentas del ribotipo 027.
Resultados: En el cultivo se aisló *C.difficile* toxigénico en un 8,6 % (6/70) coincidente en un 100 % con la PCR. En una de las 6 muestras positivas por PCR, se detectó la deleción de 18 pb en el gen tcdC, por análisis de las curvas de melting, que correspondió al ribotipo 027 hipervirulento. Por IA, tres muestras (4,3 %) fueron positivas para GDH y TX (Ag+Tx+), PCR-RT+ y cultivo toxigénico positivo. De 11 GDH positiva y Tx negativa (Ag+Tx-), 3 dieron PCR-RT+ y cultivo toxigénico positivo. En 8 muestras (Ag+Tx-), PCR-RT negativas se aisló *C.difficile* no toxigénico. Todas las muestras negativas por cultivo también lo fueron por PCR-RT y IA. La sensibilidad (S), especificidad (E), VPP y VPN del IA para la detección simultánea de GDH y toxina fue de 50, 87,5, 27,3 y 95 % respectivamente. La S, E, VPP y VPN de la PCR-RT fue del 100 %.
Conclusiones: De acuerdo a estos resultados, la metodología molecular posee una S y E superior a la IA. Sin embargo, dado el elevado VPN de la IA, su utilidad como método de screening en laboratorios es aceptable y frente a resultados inconclusos (Ag+Tx-) recomendamos la realización de un método molecular para llegar al diagnóstico de certeza.

PE050 INCIDENCIA DE ESPECIES DEL COMPLEJO *Burkholderia cepacia* EN PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA EN ARGENTINA DURANTE EL PERÍODO 2011-2015

L Cipolla, MF Rocca, C Martínez, L Aguerre, R Armitano, G Dangiolo, M Prieto
Servicio Bacteriología Especial. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", Argentina.

Introducción: En la actualidad el complejo *Burkholderia cepacia* (CBC) está compuesto por 20 especies filogenéticamente muy relacionadas. Algunas especies han emergido como patógenos oportunistas en pacientes inmunocomprometidos y son responsables de brotes intrahospitalarios. Actualmente el CBC es un reconocido patógeno respiratorio en pacientes con fibrosis quística (FQ). *Burkholderia cenocepacia* y *B. multivorans* son las especies prevalentes en el mundo, según la literatura. Sin embargo, grupos de investigación de algunas instituciones hospitalarias en Argentina, han descripto una epidemiología local particular, con prevalencia de la especie *B. contaminans*.
Objetivo: Identificar a nivel de especie los aislamientos del CBC de muestras respiratorias de pacientes FQ caracterizados recibidos en el laboratorio de referencia durante el período 2011-2015.
Materiales y Métodos: Se estudiaron 75 aislamientos de CBC aislados de 64 pacientes con FQ de 11 hospitales distribuidos en 7 provincias del país. La identificación se llevó a cabo por secuenciación del gen recA. Los alineamientos de las secuencias se realizaron mediante el programa BLAST y fueron comparadas con las secuencias de las cepas tipo de cada una de las especies del CBC.
Resultados: La especie prevalente resultó B. contaminans (44 %, n = 33) seguida por *B. cenocepacia* (27 %; n = 20). El resto de las especies identificadas se distribuyeron homogéneamente: *B. seminalis* (8 %; n = 6), *B. vietnamensis* (8 %, n = 6), *B. cepacia* (5 %; n = 4), *B. multivorans* (4 %; n = 3), *B. pyrrocinia* (1 %; n = 1). Dos aislamientos (3 %) no pudieron ser identificados debido a que las secuencias del gen recA obtenidas mostraron igual porcentaje de similitud respecto de las secuencias de varias especies del CBC.
Conclusión: Los únicos países que han documentado la prevalencia de *B. contaminans* en infecciones respiratorias de pacientes con FQ por CBC son Argentina, España y Portugal, y recientemente se reportó un caso de dos pacientes FQ en Irlanda. Debido a la alta frecuencia con que *B. contaminans* es aislada en nuestro país, es necesario promover la investigación de las posibles fuentes de infección/adquisición y sobre todo comprender los factores y mecanismos implicados en la aparente mayor transmisibilidad de esta especie.

PE051 *Clostridium tertium*. ¿UN PATÓGENO SUBESTIMADO?

M Prieto, L Cipolla, R Armitano, MF Rocca, C Martínez, L Aguerre, G Dangiolo
Servicio Bacteriología Especial. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", Argentina.

Introducción: *Clostridium tertium* es un microorganismo que forma parte de la microbiota intestinal y es raramente aislado en especímenes clínicos humanos. Es un clostridio no productor de toxinas y su patogenicidad no está del todo dilucidada. Sin embargo, durante los últimos años emerge como causa de bacteriemia y otras infecciones, en pacientes inmunocomprometidos, principalmente con neoplasias hematológicas. El diagnóstico de *C. tertium* es difícil debido a sus capacidad de desarrollar en aerobiosis y sus características morfológicas celulares que a menudo presentan tinción gram variable y conducen a identificaciones erróneas.
Objetivo: Informar los casos de infecciones por *C. tertium* documentados durante el período 2014-1026.
Materiales y métodos: Durante el período 2014-2016, el laboratorio de referencia (LNR) recibió 7 aislamientos derivados sin diagnòstico presuntivo para identificación de referencia. Los mismos fueron aislados de líquido ascítico (n = 3), hemocultivo (n = 3) y médula ósea (n = 1). El 43 % (3/7) de los pacientes presentaba cirrosis como patología de base, 29 % (2/7) neoplasias hematológicas y el resto (2/7) no informaron antecedentes. La evolución fue documentada en sólo 4 pacientes, de los cuales dos fallecieron. Los aislamientos fueron derivados como bacilos gram positivos aerobios no esporulados (n = 4), bacilos gram negativos (n = 2) y bacilos gram variable (n = 1). Ninguno de los aislamientos fue identificado por el sistema Vitek 2, Bio Merieux. Solo 3 laboratorios informaron el tratamiento antibiótico implementado: ceftriaxona (1), Ciprofloxacina-clindamicina (1), imipenem (1).
Resultado : Todos los aislamientos fueron identificados como *C. tertium* por espectrometría de masas mediante la tecnología, MALDITOF, Microflex LT, Bruker y confirmados por secuenciación parcial del gen 16SrARN.
Conclusiones: *C. tertium* presenta resistencia a metronidazol, clindamicina, y cefalosporinas de tercera y cuarta generación. La rápida identificación microbiológica es escencial para la implementación del tratamiento antibiótico adecuado. La incidencia de *C. tertium* podría estar subestimada debido a las dificultades para su identificación. Generalmente es identificado erróneamente como *Bacillus* spp o *Lactobacillus* spp. La incorporación de MALDITOF en los laboratorios clínicos, permitirá la correcta y rápida identificación y contribuirá al conocimiento del verdadero impacto clínico del aislamiento de esta especie.

PE052 ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO: UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS POR SEROLOGÍA

R Armitano[1], A Lisa[2], C Martínez[1], L Cipolla[1], MF Rocca[1], L Aguerre[1], R Iachini[2], M Prieto[1]
[1] Servicio Bacteriología Especial. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", Argentina. [2] Instituto de Zoonosis "Luis Pasteur", Argentina.

La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una enfermedad infecciosa benigna y en general auto-limitada, producida por *Bartonella henselae,* que afecta principalmente a niños. En pacientes inmunocompetentes, suele manifestarse como un cuadro de adenopatías regionales de evolución sub-aguda, que se acompaña de otros síntomas inespecíficos como fiebre y compromiso general. En inmunocomprometidos puede desarrollarse enfermedad sistémica grave post-infección. El reservorio natural es el gato domestico. En Argentina se ha documentado una seroprevalencia de 11,9 % en estos felinos. Hasta la actualidad en nuestro país no se han realizado estudios que determinen prevalencia en humanos. El diagnóstico de laboratorio se basa en la detección de anticuerpos (Ac) por Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Actualmente se ha incorporado al diagnostico la detección de ADN bacteriano mediante PCR cuando se dispone de una muestra de tejido afectado. El objetivo de este trabajo fue determinar la utilidad diagnostica de la detección de Ac IgG/IgM por IFI en EAG. Durante febrero 2014-febrero 2017 se llevó a cabo un estudio retrospectivo y descriptivo de 92 pacientes pediátricos cuyas muestras de suero ingresaron al Servicio "Bacteriología Especial", INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán", por sospecha de EAG. La determinación de Ac se realizo mediante el equipo comercial IFI (Focus Diagnostics) según indicaciones del fabricante. Se considero infección reciente la detección de títulos de IgM ≥ 1:20 y de IgG≥1:256. La media de edad fue de 5 años (rango 1-14 años), el 54,3 % (n = 50) fueron de sexo femenino mientras que el 45,7 % (n = 42) restante fueron varones. Los pacientes estudiados fueron categorizados en cuatro grupos serológicos según los niveles de Ac detectados. Cada grupo evidencio características epidemiológicas particulares: 1) IgG(+)/IgM(+), 31,5 % (n = 29), 21 (72,4 %) pacientes refirieron haber tenido contacto con gatos de los cuales seis (28,6 %) mostraron lesiones por el animal, respecto al tiempo de evolución de los síntomas el 72,4 % (n = 21) informo un tiempo <1 mes. 2) IgG(-)/IgM(+), 10,9 % (n = 10), 4 (40 %) tuvieron contacto con gatos y solo uno (25 %) evidencio lesiones, en todos los casos se informo un tiempo de evolución de la enfermedad <1 mes. 3) IgG(+)/IgM(-), 9,8 % (n = 9), seis (66,6 %) refirieron contacto con gatos pero sin lesión aparente, siempre la evolución de la sintomatología fue >1 mes. 4) IgG(-)/IgM(-), 47,8 % (n = 44), ninguno refirió contacto con gatos y el tiempo de evolución de la sintomatología fue <1 mes en todos los casos. Nuestros resultados avalan el valor y la utilidad de las pruebas serológicas en el diagnostico de EAG. También sugieren la importancia de la detección de *Bartonella* spp. por PCR en muestras de sangre entera y biopsias/punción de adenopatías o lesiones viscerales, en todos los casos con sospecha clínica/epidemiológica y en las formas sistémicas de la enfermedad. Estos resultados posibilitan futuros trabajos que estudien la seroprevalencia de *Bartonella* spp en Argentina para implementar un diagnóstico precoz y adecuado de esta entidad infecciosa, y para establecer puntos de corte adecuados a nuestra población.

PE053 BACTERIEMIA FATAL POR *Clostridium ramosum* EN UNA PACIENTE AÑOSA

MC Legaria[1], SD García[1], L Cornet[2], AMR Famiglietti[1], D Stecher[2], CA Vay[1]

[1] Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [2] Universidad de Buenos Aires, División Infectología. Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: *Clostridium ramosum* es un bacilo grampositivo anaerobio esporulado, habitante de la microbiota intestinal, muy infrecuente en infección humana (<9 % de las bacteriemias clostridiales, < 0,2 infecciones /100000 pacientes). El "grupo RIC": *C. ramosum*, *C. innocuum* y *C. clostridioforme* puede mostrar: gram-variabilidad, falta de esporos, colonias atípicas y mayor resistencia a los antibióticos. Se presenta un caso de bacteriemia por C. ramosum (BCR) en una paciente añosa con evolución fatal.
Caso clínico: exámenes complementarios y discusión: paciente femenina de 92 años, postrada, con artritis reumatoidea en tratamiento prolongado con meprednisona (10 mg/d) con antecedente de internación previa por una ITU (ceftriaxone 5 días). Dos meses después ingresó al servicio de Emergencias con fiebre, vómitos biliosos y dolor abdominal de 24 h de evolución. Se tomaron muestras para bioquímica básica, HC y urocultivo. Al ingreso presentaba una puntuación en la escala de SOFA de 3 puntos (Bil. total > 1,2mg/dl, Creat. 1,33 mg/dl, PAM < 70 mmHg), leucocitosis con neutrofilia, hipoglucemia y acidosis metabólica. El cuadro se interpretó como shock séptico secundario a un abdomen agudo quirúrgico por lo que se sometió a una laparotomía exploradora, pero la paciente falleció durante el procedimiento. Urocultivo: sin desarrollo (SD). Hemocultivo (HC) (BD BACTEC™ FX, Becton Dickinson). Frasco 1 (anaerobio): + (3h). En la coloración de GRAM se observaron BGN. En el cultivo desarrolló Escherichia coli. Frasco 2 (anaerobio): + (4d:7h). En la tinción de GRAM se observaron BGN pleomórficos, finos, que solo desarrollaron en agar sangre Brucellla (AB) en anaerobiosis. El microorganismo mostró colonias pequeñas, redondas, con borde liso que se identificaron como *C. ramosum* con la espectrometría de masas (*score*>2 (MALDI-TOF-MS, Bruker BioTyper 3.1) y resultaron ser β-lactamasa (-). Frente a la gramnegatividad de *C. ramosum*, nos surgió la sospecha de que haya pasado desapercibido en el frasco 1, por lo que decidimos re-inspeccionarlo. Este se subcultivó en anaerobiosis en AB y AB con amicacina (ABA) con el propósito de inhibir el desarrollo de E. coli sensible al mismo. *C. ramosum* desarrolló en el AB y en el ABA, en cambio *E. coli* solo se recuperó en el AB. Las infecciones por *C. ramosum* son muy raras, solo encontramos un caso de BCR polimicrobiana con foco abdominal en una paciente añosa. En nuestro caso sospechamos un origen abdominal debido a la presentación clínica, a que *C. ramosum* habita el intestino, a la bacteriemia polimicrobiana asociada a *E. coli* y a que no se detectó otro sitio de infección.
Conclusiones: 1-Destacamos la importancia de una observación microscópica minuciosa y el cultivo en anaerobiosis en medios selectivos para detectar la bacteriemia polimicrobiana aerobio-anaerobio. 2-Jerarquizamos la utilidad de la espectrometría de masas (MALDI-TOF) para una identificación rápida y precisa. 3- Sugerimos sospechar C. ramosum cuando se observen BGN anaerobios VAN 5 µg S, COL 10 µg R. 4-En ausencia de foco evidente, la BCR puede presentar síntomas inespecíficos que retardan el diagnóstico, el tratamiento y aumentan la mortalidad.

PE054 EPIDEMIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD ANTIFÚNGICA DE LEVADURAS DEL COMPLEJO *Candida parapsilosis* DE DISTINTOS HOSPITALES DE ARGENTINA

MV Podestá[1], P Funes[1], S Amigot[1 3], A Luque[1], G Posse[2], C Vedoya[4], A Señuk[4], M Fonseca[4], V Sosa[4], ME Tosello[1], SM Biasoli[1]

[1] CEREMIC, Facultad de Cs Bioquímicas y Farmaceuticas UNR, Rosario, Argentina. [2] Hospital Nacional Posadas. Bs As, Buenos Aires, Argentina. [3] CEMAR, Rosario, Argentina. [4] Fac de Cs Exactas, Químicas y Naturales. UNaM. Posadas, Misiones, Argentina.

Las infecciones nosocomiales a levaduras del género *Candida* se asocian a una alta mortalidad. Mientras que *Candida albicans* sigue siendo el mayor causante de estas infecciones, se ha reportado un incremento en las candidemias debido al complejo *C. parapsilosis* que ocupa el segundo lugar dentro de las especies de *Candida* aisladas en Argentina y America Latina. Este complejo está integrado por *C. parapsilosis sensu stricto, Candida metapsilosis* y *Candida orthopsilosis*. El objetivo del trabajo fue conocer la epidemiología y la sensibilidad antifúngica de levaduras del complejo *C. parapsilosis* aisladas de hemocultivos de distintos hospitales del país. Se aislaron 37 cepas del complejo *C. parapsilosis* que fueron identificadas fenotípicamente utilizando medios cromogénicos, micromorfología en Agar Harina de Maíz y con VITEK-2 (BioMerieux). Para la identificación de especies dentro de dicho complejo, se utilizó una PCR específica para el gen SADH y posterior digestión con la enzima BanI. La sensibilidad antifúngica se realizó con VITEK-2. Luego de la identificación molecular y según su procedencia, se clasificaron: 35 (94,5 %) como *C. parapsilosis* sensu stricto (4 provenientes de Buenos Aires, 10 de Posadas y 21 de Rosario) y 2 (5,5 %) como *C. metapsilosis* de Rosario. Según VITEK-2, todas las cepas estudiadas fueron sensibles y la concentración inhibitoria mínima (CIM) fue la misma para: anfotericina B (AMB) con CIM < 0,5 µg/ml, voriconazol (VRC) con CIM < 0,12 µg/ml y 5-fluorcitocina (5FL) con CIM < 1 µg/ml . Para las equinocandinas -caspofungina (CAS) y micafungina (MIC)- todas fueron sensibles con CIM entre 0,25 y 1 µg/ml . Para fluconazol (FLC) la mayoría resultaron sensibles con CIM entre 1 y 2 µg/ml , a excepción de una cepa de C. parapsilosis sensu stricto aislada de un bebe de Neonatología con una sensibilidad intermedia de 4 µg/ml. En la bibliografía mundial, dentro del complejo, *C. orthopsilosis* es la segunda especie más aislada de hemocultivos luego de *C. parapsilosis sensu stricto*. En este estudio, el segundo lugar lo ocupa *C. metapsilosis*. Las *C. metapsilosis* aisladas representan un 10,5 % (2/23); este mismo porcentaje se viene manteniendo constante según lo reportado anteriormente en nuestros trabajos para otros materiales clínicos. Todas las cepas analizadas fueron sensibles a los antifúngicos testeados concordando con la bibliografía mundial.

PE055 FALSO POSITIVO DE FTA-ABS, ¿PUEDE OCURRIR?

V Andrade, F Minotti, J Perello, A Perez, V Burani, N Rouco, N Labarta, G de Larrañaga

Hospital FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: La sífilis es una enfermedad causada por *Treponema pallidum* cuya principal vía de transmisión es la sexual. El diagnóstico se realiza mediante la visualización microscópica de los treponemas en lesiones y/o la determinación de anticuerpos (Ac) en suero. El estímulo antigénico da lugar a dos tipos de Ac: no treponémicos y treponémicos. Para la detección de Ac no treponémicos la técnica más utilizada es la VDRL. Estos Ac pueden presentarse en otras situaciones, como por ejemplo patologías autoinmunes o infecciones crónicas. Por lo tanto, todo resultado reactivo debe ser confirmado mediante una prueba treponémica. La FTA-abs es una técnica confirmatoria dada su alta sensibilidad (98 %) y especificidad (100 %) y está basada en la detección de Ac por inmunofluorescencia indirecta. En pacientes con enfermedades autoinmunes la especificidad puede descender hasta un 68 %, dato que es poco conocido.
Caso clínico: Mujer de 26 años concurre en junio de 2016 a un laboratorio para un estudio preocupacional, donde le informan VDRL 4 dils y FTA-abs "positivo débil". Al no presentar evidencia clínica ni epidemiológica de sífilis, el médico tratante sugiere repetir el estudio en otro laboratorio, el cual informa: VDRL "reactiva" y prueba confirmatoria mediante ELISA "No reactivo". Ante esta discordancia es derivada a nuestro centro asistencial donde se evalúa una posible interferencia por autoanticuerpos resultando positivas las pruebas para Ac antifosfolípidos. Durante la preparación, almacenamiento y/o fijación de improntas para FTA-abs se pueden fragmentar treponemas exponiendo su ADN y ciertos componentes de membrana como fosfolípidos, blanco de los autoanticuerpos antes mencionados. Este fenómeno, denominado patrón en "cuentas de collar", revela una fluorescencia atípica en la FTA-abs (Fig. 1).
Conclusiones: La FTA-abs no sería el método confirmatorio de elección en pacientes

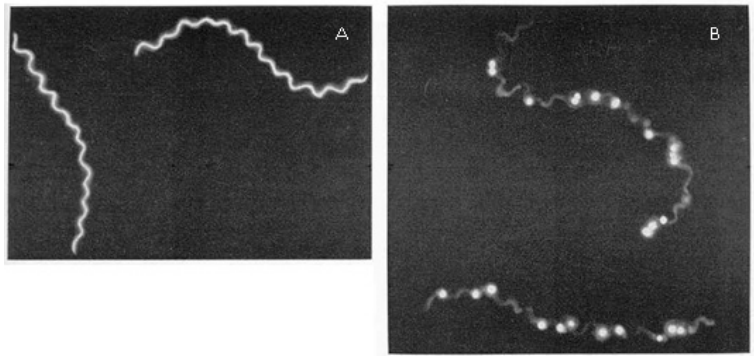


Figura 1. FTA-abs A) Patrón de sífilis B) Patrón atípico

con enfermedades autoinmunes. La incorrecta interpretación "positiva" de la prueba por personal no entrenado puede conducir a un diagnóstico erróneo de sífilis, con implicancias clínicas y sociales negativas, además de retrasar el diagnóstico correcto. Por lo tanto, es importante la búsqueda de autoanticuerpos cuando los datos clínicos y epidemiológicos no sugieren sífilis, las pruebas diagnósticas son discordantes y/o el tratamiento empírico parece fallar.

PE056 DETECCIÓN DE CARBAPENEMASAS EN ESPECIES DEL GÉNERO *Aeromonas* POR MÉTODO DE INACTIVACIÓN A CARBAPENEMES

J Rebagliati[1], M Rinaudo[2], M Dalman[1], E Gregorini[1], C Martinez[1], L Suarez[1], A Braida[3], D Lerman Tenenbaum[2 3], P Truccolo[3], L Colombo[1 2]
[1] Servicio de Microbiología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina. [2] Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario, Santa Fe, Argentina. [3] Servicio de Infectología, Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Santa Fe, Argentina.

Introducción: Las especies del género *Aeromonas* están ampliamente distribuidas en el medio acuático, encontrándose también en alimentos, en animales e incluso en el sistema de abastecimiento de agua de centros de salud. Algunas de las especies se las consideran patógenos oportunistas emergentes asociados a peritonitis, bacteriemia, infecciones de piel y partes blandas y diarrea. Las especies pueden producir diferentes tipos de beta lactamasas. CphA (Carbapenem hydrolysing Aeromonas) es la metalo beta lactamasa (MBL) más prevalente en el género y es activa sólo sobre carbapenemes. Esto es de gran relevancia ya que los carbapenemes son cada vez más usados como terapia empírica en infecciones severas, y la detección de CphA sería importante en aquellas con alta carga bacteriana (peritonitis, fascitis necrotizante). Esta MBL no es fácilmente detectada in vitro por pruebas fenotípicas convencionales (como sinergia con EDTA). Los métodos de detección más adecuados son, por ejemplo, el método de Hodge modificado o sinergia con EDTA utilizando mayor inóculo. El método de inactivación a carbapenemes (MIC) es un método recientemente descripto que ha sido utilizado para la detección de carbapenemasas en enterobacterias y podría ser aplicable en *Aeromonas*.
Objetivo: El objetivo del trabajo fue detectar carbapenemasas en aislamientos clínicos de *Aeromonas* por MIC, siendo la mayoría de las cepas resistentes a imipenem (IMP) y/o meropenem (MER) de acuerdo a sus valores de concentración inhibitoria mínima (CIM).
Materiales y métodos: El presente es un estudio retrospectivo, en el que se analizaron 27 aislamientos de *Aeromonas* correspondientes a 20 pacientes, recolectados durante un período de 26 meses (enero 2015 a febrero 2017). Se determinó la CIM a IMP y MER por Vitek 2, utilizando para la interpretación los puntos de cortes del CLSI M45-3 (IMP/MER sensibles: CIM ≤ 1; IMP/MER resistentes: CIM ≥ 4). Para la detección de MBL se llevó a cabo el MIC que consiste en la incubación de un disco de MER en suspensión con el aislamiento a ensayar durante 2 horas a 37°C y la incubación de este disco en una placa de Mueller Hinton hisopada con una cepa de *Escherichia coli* ATCC 25922 durante 18 horas a 37°C. La actividad carbapenemasa se evidencia por ausencia de zona de inhibición que indica hidrólisis enzimática del disco de MER durante el primer paso de incubación.
Resultados: Según los valores de CIM a IMP y MER, se obtuvieron 4 grupos de cepas: 19 cepas IMP y MER resistentes (grupo A), 4 cepas IMP resistente y MER sensible (grupo B), 1 cepa IMP sensible y MER resistente (grupo C) y 3 cepas IMP y MER sensibles (grupo D).Con el MIC se logró detectar la presencia de carbapenemasas en 24 cepas: 18 del grupo A, 4 del grupo B, 1 del grupo C y 1 del grupo D.
Conclusiones: En *Aeromonas* suele existir falla en la detección de carbapenemasas y por lo tanto representa un desafío terapéutico utilizar métodos de detección con alta especificidad y sensibilidad. En este estudio se detectó la presencia de carbapenemasas en 24 cepas. Se propone como método de detección de carbapenemasas en especies del género *Aeromonas* al MIC como una técnica sencilla, de bajo costo y de fácil interpretación.

PE057 SÍNDROME DE ABSCESO HEPÁTICO POR *Klebsiella pneumoniae* HIPERMUCOVISCOSA (SEROTIPO K1): REPORTE DE 2 CASOS

M Lahitte[1], M Rinaudo[1], P Marchiaro[2], A Limansky[2], L Flynn[1], E Nannini[1]
[1] Sanatorio Britanico.Rosario, Argentina. [2] IBR- CONICET. Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas. Universidad Nacional de Rosario., Argentina.

Introducción: El síndrome de absceso hepático por *Klebsiella pneumoniae* (SAHKP) es endémico en Asia, criptogénico, monomicrobiano, causado por cepas hipervirulentas del serotipo K1 (mas raro K2) pudiendo causar infecciones metastásicas. Se presentan 2 casos clínicos y el análisis molecular de una de las cepas infectante.
Casos clínicos y Discusión: Caso 1- Varón de 67 años que ingresa por fiebre y lumbalgia de 1 semana de evolución. Examen: dolor a la palpación en hipocondrio derecho y a la espinopalpación lumbar. Laboratorio: GB 13.900 cels/mL – FAL 538 UI/l – Bil T 1,49 mg/dl – VES 120 mm – PCR 90 mg/dl. TAC abdomen: colección abscedada en lóbulo derecho hepático, de 83 mm con múltiples tabiques. RMN columna lumbar: espondilodiscitis T12-L1 con absceso epidural de 7 x 15 mm. Se realizó drenaje percutáneo del absceso hepático obteniéndose desarrollo de *K. pneumoniae*. Realiza tratamiento con ampicilina/sulbactam (AMS) EV por 4 semanas, consolidando con fluoroquinolona vía oral con buena respuesta. Caso 2- Varón de 55 años, obeso, debut de diabetes con cetoacidosis, consulta por dolor abdominal y fiebre de 10 días. Al examen: dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia. Laboratorio: GB 16.000 cels/mL – Hto 26,2 % – Glicemia 350 mg/dl– FAL 510 UI/l – VES 110 mm – PCR 313 mg/dl. TAC abdomen: absceso hepático de 11 x 6 mm en segmento VII y el lóbulo caudado, el cual fue drenado por vía percutánea. Hemocultivos y cultivo del absceso: *K. pneumoniae*. Recibe AMS EV por 6 semanas con buena evolución clínica. Ambas cepas fueron solo resistentes por difusión de disco a ampicilina. La prueba de filancia fue positiva en la cepa infectante del 2do caso (> 5 mm). Se realizó secuenciación de múltiples alelos, búsqueda de genes del cluster cps requeridos para la síntesis del polisacárido capsular K1 (wzck1), o K2 (orf10k2) y de genes involucrados en el fenotipo hipermucoviscoso: magA y rmpA. Se efectuó MLST, PCR específica, y secuenciación de los productos amplificados. Se detectaron magA, rmpA y wzcK1 confirmando el serotipo K1. Los alelos identificados indican un ST distinto al ST23. En el 1er caso presentó un absceso epidural como infección metastásica pero esta cepa no pudo ser analizada; la cepa del 2do caso confirmó este tipo de microorganismo. El SAHKP tienen mayor prevalencia en diabéticos, ocurriría por translocación del tracto gastrointestinal, es causado por cepas hipermucoviscosas e hipervirulentas del serotipo K1; la mayor cantidad de polisacáridos extracapsulares evitaría la fagocitosis por polimorfonucleares y por complemento. La mayoría contienen el gen cromosomal magA, renombrado a wzyKpK1 que codifica una polimerasa involucrada en la producción del antígeno K1, y el gen plasmídico regulador rmpA, que activa la transcripción y síntesis de polisacáridos. La mayoría de estas cepas corresponden al ST23.
Conclusión: Es importante reconocer este tipo de cuadro clínico-microbiológico para efectuar un tratamiento temprano del absceso hepático y de sus posibles complicaciones a distancia. Estudios epidemiológicos deben determinar su frecuencia y eventuales cambios en sensibilidad antibiótica.

PE058 INFECCIONES INVASORAS POR *Streptococcus pneumoniae* EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. SEROTIPOS Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA

FM Gimenez, ML Zurbriggen, MJ Blesa, C Aro, G Degiovanni, L Velez, ME Oliva, G Ezcurra, MR Baroni
Hospital de niños Dr Orlando Alassia, Argentina.

Introduccion: *Streptococcus pneumoniae* es agente etiológico comúnmente implicado en la neumonía extra-hospitalaria, la meningitis bacteriana y la otitis media, en especial en la población infantil. En Argentina, según el último informe del Ministerio de Salud de la Nación(2012), la enfermedad respiratoria fue la tercera causa de mortalidad infantil, luego de las afecciones perinatales y las anomalías congénitas. En enero del 2012, fue introducida la vacuna neumocócica conjugada 13 valente en el calendario nacional, en menores de 2 años. Esta vacuna contiene los serotipos(st) de la heptavalente más 19,7F,6,5,3,1.
Objetivos: 1. Determinar la distribución de los st responsables de enfermedad invasora, en niños menores de 14 años de edad en un hospital pediátrico, por edad y por sitio de aislamiento. 2. Describir las infecciones según el diagnóstico al ingreso. 3. Perfil de resistencia (R) a Penicilina (PEN) y a ceftriaxona(CRO) de estos aislamientos.
Materiales y Métodos: Se analizó retrospectivamente la información de 126 aislamientos obtenidos desde 2010 hasta 2016 inclusive, de muestras de sangre, líquido pleural, articular,peritoneal y cefalorraquídeo, en pacientes menores de 14 años internados en nuestro hospital. Las muestras fueron cultivadas por métodos convencionales. Frente a cultivos negativos se utilizaron métodos no culturales (aglutinación de látex o PCR). Los aislamientos se derivaron a la ANLIS "Dr Malbran" para su serotipificación. Las CIMs a PEN y CRO fueron realizadas por método de dilución en dicho instituto, por E-TEST y el método automatizado Vitek 2c en nuestro hospital.
Resultados: El número de infecciones documentadas por edad fue: menores o iguales a 2 años 65(52 %), mayores de 2 años 58(46 %). A su vez por diagnóstico al ingreso: neumonía 50(40 %), meningitis 22(17 %), sepsis 36(29 %), peritonitis 10(8 %), artritis séptica de cadera 3(2 %); otros 5(4 %). De los st identificados (n: 75), el 14 fue el predominante(14/75), seguido por 1(8/75),

5, 6B, 23B, 7F. En menores o iguales a 2 años(n: 43) prevaleció el 14(10/43) y 5(5/43), en mayores de 2 años el 1(5/32). Referido al sitio de aislamiento: en sangre, el de mayor frecuencia fue el 14(12/48), seguido del 1(7/48) y del 5(6/48). En LCR, leve predominio de 23F(2/17), 23B(2/17) y 7F(2/17).Referido a este sitio, 9/22 aislamientos fueron R a PEN, 13/22 S (según normas del CLSI 2017). Ningún aislamiento resultó R a CRO. La CIM_{90} a PEN antes y después del 2012 fue de o,5 µg/ml, la CIM_{50}se mantuvo en 0,06µg/ml. De los 126 agentes etiológicos documentados, 105/126 fueron por métodos culturales y 21/126 por métodos no culturales.
Conclusiones: Con respecto a los st si bien se observa una amplia distribución, el 14 continua predominando en nuestro medio, aunque no fue aislado de sitio meníngeo. Referido a la resistencia antibiótica observamos que no se modifico la R a PEN en el periodo estudiado. En sitios no meníngeos ningún aislamiento resulto I o R a PEN. A diferencia de los aislamientos provenientes de sitios meníngeos en los que se encontró un 41 % de R a PEN. CRO sigue siendo S tanto para aislamientos meníngeos como no meníngeos.

PE059 EVALUACIÓN DE DOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS PARA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN CRÓNICA POR *Trypanosoma cruzi*

L Bonesi, L Mujica, C Rainero, S Sebastian, C Ghisolfi, ML Strada
Stamboulian Laboratorio, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas (EC) es causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* que se transmite principalmente por vectores (triatominos). El diagnóstico de la infección durante la fase crónica es complejo debido a la ausencia de síntomas y a la parasitemia baja o nula que hace que los métodos parasitológicos directos tengan poca utilidad diagnóstica. Por esta razón, el diagnóstico se basa en métodos serológicos, los cuales detectan la presencia de anticuerpos específicos dirigidos contra antígenos de *T. cruzi* combinados con hallazgos clínicos y epidemiológicos.
Objetivo: Evaluar el desempeño de dos técnicas serológicas para estimar su capacidad diagnóstica en infección crónica por *T. cruzi*.
Materiales y métodos: Para definir la condición de infección crónica se utilizó el criterio del Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza de la Sociedad Argentina de Cardiología, el cual confirma la infección frente a dos resultados reactivos por dos métodos diferentes, y la descarta si ambos resultados son no reactivos. En el caso de resultados discordantes se debe utilizar un tercer método. Se realizó un análisis retrospectivo durante el período enero-diciembre de 2016, sobre un total de 741 pacientes ambulatorios que concurrieron a un laboratorio de CABA, con orden médica para estudios serológicos de EC por dos métodos. Se evaluó un enzimoinmunoensayo (EIA) Wiener® Chagatest antígeno recombinante, cuyo fabricante declara sensibilidad (S): 99.3 % y especificidad (E): 98.7 %, y una Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) Biocientífica®(S declarada: 100 %). En caso de resultados discordantes se utilizó una hemaglutinación indirecta (HAI Polychaco®). Para el análisis estadístico de las pruebas diagnósticas, se calcularon la sensibilidad, especificidad, valores predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) y la razón de verosimilitud (LR+/LR-).
Resultados: La prueba de IFI mostró una S del 100 % (intervalo de confianza (IC): 95.2 % a 100 %) y E del 98.8 % (IC: 97.6 % a 99.4 %) y VPP y VPN de 90.6 % y 100 % respectivamente, mientras que el EIA arrojó una S de 98.7 % (IC: 93.0 % a 99.8 %) y una E de 98.6 % (IC: 97.4 % a 99.3 %) y VPP y VPN de 89.4 % y 99.8 %. La LR de los resultados fueron, para la IFI, LR+ = 76.9 y LR- = 0; y para el EIA, LR+ = 70.5 y LR- = 0.01.
Conclusiones: Se observaron resultados estadísticamente comparables en la capacidad diagnóstica entre ambos métodos. Si bien los criterios definidos en el consenso mencionado para confirmar EC definen la necesidad de utilizar dos métodos diferentes, la razón de verosimilitud demuestra que en la población analizada es más probable que un resultado reactivo por IFI provenga de un paciente enfermo que si el resultado es reactivo por EIA. Se obtuvo una alta E y S en ambas técnicas comparadas con las declaradas por los fabricantes, por lo que se las considera una dupla serológica de elección para el estudio de la EC. A pesar de que el porcentaje de resultados discordantes es bajo, se evidencia la necesidad de contar con un tercer método para definir el diagnóstico, como lo plantean los consensos.

PE060 UTILIDAD DEL MÉTODO BLUE CARBA PARA REDUCIR EL TIEMPO DE INFORME DE BACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS EN HISOPADOS RECTALES

M Merkt, L Bonesi, ME Zanella, A Sucari, M Pennini
Stamboulian Laboratorio, Argentina.

Introducción: Las infecciones ocasionadas por microorganismos productores de carbapenemasas (CP) están en constante aumento y han provocado una reducción significativa de las opciones terapéuticas. Monitorear y vigilar a los pacientes portadores de CP mediante hisopados rectales es una estrategia que se mantiene hoy en la mayoría de las Instituciones. El alerta de la presencia de CP mediante la utilización de métodos rápidos como por ejemplo, Blue Carba (BC), es útil ya que la colonizacion precede a la infección. El paciente colonizado constituye un mayor riesgo para la institución como fuente de transmisión de microorganismos multiresistentes generando un impacto clínico, epidemiológico y económico.
Objetivo: Determinar el tiempo de entrega de informe de hisopados de vigilancia para busqueda de CP utilizando aislamiento en medios cromogénicos y prueba de BC .
Materiales y métodos: Se analizaron los hisopados rectales (HR) remitidos al laboratorio con búsqueda de CP durante el peridodo julio 2016 a Marzo 2017. Se realizó siembra directa del hisopo en medio CHROM agar orientación adicionado con suplemento KPC con observación a las 24 y 48 h de incubación. A las colonias sospechosas se les realizó el método de BC propuesto por Servicio Antimicrobianos del INEI-ANLIS. Se siguieron sus lineamientos y criterios de interpretación. Se respetaron estrictamente las condiciones de preparación del reactivo, monitoreo de pH y preparación de solución de imipenem en el momento de procesamiento.
Resultados: Durante el período analizado se recibieron 446 HR para búsqueda de CP. A 127 colonias sospechosas observadas a las 24 h de incubación se les realizó BC con lectura dentro de las 2 h, siendo positivas 103 (81,1 %). De las positivas 101 correspondieron a Klebsiella pneumoniae (kpn) productora de KPC y 2 Pseudomonas aeruginosa (Pae) productora de metalobetalactamasa (MBL). Del total de positivos 94 (91.2 %) fueron confirmados por metodos fenotipicos a las 24 h, 8 (7,8 %) a las 48 h , y 1 a las 72 h por presencia de flora polimicrobiana . Las colonias BC negativas fueron 24 (18,89 %) y correspondieron a: 2 kpn fenotipo BLEE+impermeabilidad y 22 Pae no productoras de carbapenemasas. No se obtuvieron falsos positivos ni falsos negativos.
Discusión-conclusiones: Con la utilización de la prueba de BC, se alertó a infectología la presencia de CP, tanto en Kpn KPC como en Pae productora de MBL a las 26 h de recibido el HR. Utilizando el método fenotípico convencional en el 91.2 % de los casos el informe definitivo se realizó a las 48 h y en los restantes a las 72 y 96 h. La demora en el informe se debió a la presencia de mezcla de microorganismos , principalmente Acinetobacter sp Si bien en nuestra población un BC negativo se correlacionó con ausencia de CP, siempre deberia confirmarse por otros metodos fenotipicos, sobretodo en nuestro país por aumento de la prevalencia de OXA-48 . El BC es un método simple, fácil y rápido con resultados dentro de las 2 h luego de la detección de colonias sospechosas, y que puede ser utilizado para cualquier muestra clínica con el consiguiente impacto epidemiológico y clínico de un informe temprano.

PE061 ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A Stongyloides stercoralis

D Leon, R Lopresti, H Rigo, S Correa, M Sebastian, C Aguilera, J Garcia, V Mattiello
Hospital San Luis, Argentina.

Introducción: La infección por *Strongyloides stercoralis* es endémica en regiones tropicales y subtropicales, suele ser asintomática o manifestarse por síntomas predominantemente digestivos y cutáneos con evolución crónica en inmunocompetentes. Esta enfermedad parasitaria constituye un problema significativo en inmunocomprometidos a causa de su capacidad de autoinfección (endógena y exógena), pudiendo provocar hiperinfección e infección diseminada.
Resumen clínico: Paciente oriunda de Paraguay, de 43 años, de sexo femenino,VIH positivo en tratamiento y desnutrición; que consulta en el servicio de guardia central por diarrea de 6 meses de evolución y vómitos intermitentes. Al examen físico presenta abdomen agudo suboclusivo por lo que se decide su internación en el servicio de cirugía. Se solicitaron estudios de sangre, con recuento de leucocitos de 12,6 x 103 U/L con predominio de neutrófilos segmentados (77 %) y sin eosinofilia (2 %); hemoglobina de 11,2 g/dl y hematocrito de 34 %. La TAC de abdomen con contraste reveló escasa cantidad de líquido libre a nivel de interasas en pelvis. El coprocultivo no evidenció desarrollo de enteropatógenos.Al examen directo de materia fecal se observaron múltiples larvas, evidenciándose 2 estadios según características morfológicas, larvas rabditoides de *Strongyloides stercolaris* y larvas filariformes. Además se observó la

presencia de huevos. Se inició tratamiento con Ivermectina 200 µg/Kg/día.
Discusión: El síndrome de hiperinfección se ha encontrado en cerca de un 1,5 a 2,5 % de los pacientes con estrongiloidiasis y se puede considerar como indicador de inmunosupresión. En este caso,la desnutrición severa podría ser el factor predisponente primario que alteró la relación entre el helminto y el huésped lo que exacerbó el número de parásitos (hiperinfección). El helminto puede, asimismo, producir cuadros de pseudoobstrucción intestinal, hepatitis granulomatosa, hipocalemia marcada o simular una masa pancreática. En el hemograma cabría esperar eosinofilia, que orientaría hacia la sospecha de una infección por parásitos, pero cuando ya se ha desarrollado una hiperinfección no hay eosinofilia, y el recuento de leucocitos es variable.
Conclusión: Cabe destacar que en los pacientes con inmunosupresión o tratamiento con corticoides debemos sospechar infecciones oportunistas o por gérmenes poco frecuentes, y la demostración de estos recae en las muestras microbiológicas. En estos pacientes y sobre todo en áreas endémicas debe sospecharse la parasitosis por *Strongyloides stercoralis* cuando acuden a la consulta por síntomas digestivos, respiratorios o cutáneos y solicitar exámenes parasitológicos que puedan evidenciar la presencia de larvas antes de producirse la hiperinfección. El análisis más importante para demostrar *S.stercoralis* sigue siendo el examen repetido de materias fecales en varios días consecutivos. En los casos de hiperinfección es importante realizar un diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PE062 FARINGITIS POR Corynebacterium diphtheriae NO TOXIGÉNICO

Y Martin[1], C Barberis[2], D Stecher[1], A Famiglietti[2], C Lara[3], M Regueira[3], S De Gregorio[1], C Vay[2]
[1] Universidad de Buenos Aires, División Infectología. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas José de San Martín., Argentina. [2] Universidad de Buenos Aires, Facultad de Farmacia y Bioquímica. Departamento de Bioquímica Clínica. Hospital de Clínicas José de San Martín., Argentina. [3] Departamento de Bacteriología, Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas—ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán," Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina., Argentina.

Corynebacterium diphtheriae fue descripto en 1884 por Loeffler como agente causal de difteria. Esta infección fue una de las más preocupantes a nivel mundial debido a la agresividad ocasionada por su toxina, pero su diseminación fue controlada gracias a la vacunación. Sin embargo *C. diphtheriae* no toxigénico puede estar involucrado en otras infecciones invasivas como endocarditis, artitis séptica y osteomielitis. En estos últimos años se publicaron casos de faringitis y tonsilitis asociadas a cepas de *C. diphtheriae* no portador de la toxina.
Resumen clínico: Paciente femenina de 22 años de edad, oriunda de Paraguay, que residía en Buenos Aires desde 2013 sin haber regresado a su país y trabajaba como cuidadora de un paciente con parálisis cerebral. No recordaba las vacunas recibidas. Consultó por un cuadro de odinofagia y exudado con fiebre, por lo que el médico decidió realizarle un cultivo de fauces y tomó una conducta expectante con respecto a la administración de antibióticos. En el cultivo en agar sangre desarrollaron solamente colonias medianas, blanco grisáceas. No se obtuvo crecimiento de estreptococos β hemolíticos ni Arcanobacterium. El aislado fue identificado con pruebas fenotípicas convencionales, con espectrometría de masa MALDI-TOF (Bruker, BD) y secuenciación del gen rpoB, como *Corynebacterium diphtheriae* y fue sensible a penicilina y macrólidos. Se indicó aislamiento de gotas, se suspendió la actividad laboral y se realizó la notificación epidemiológica. Se indicó vacunación con DTP acelular, tratamiento antibiótico con eritromicina 4 gr día por 14 días. Se citó a todos los contactos (familiares, empleador y al personal de salud que tomó la muestra) y se les indicó: vacunación, cultivo de fauces para la búsqueda de portación asintomática de los contactos y eritromicina 1 gr día por 7 días. No se detectó presencia del gen que alberga la toxina diftérica por PCR en la cepa aislada. La paciente evolucionó favorablemente, con buena tolerancia y adherencia a la medicación. En los contactos estudiados no se obtuvo aislamiento de *Corynebacterium diphtheriae.*
Discusión y conclusiones: Las cepas no toxigénicas de *C. diphtheriae* están emergiendo como un problema de salud global importante en casos de faringitis y amigdalitis, endocarditis, artritis séptica y osteomielitis. Las cepas avirulentas pueden convertirse (*in situ* o *in vitro*) en el fenotipo virulento toxigénico luego de la infección y lisogenización por corinebacteriófagos que portan el gen estructural para la toxina diftérica. Frente al aislamiento de Corynebacterium diphtheriae es mandataria la detección de la toxina con el fin de controlar y evitar la diseminación de la difteria. En este caso la cepa solo causó faringoamigdalitis, dado que se trató de *Corynebacterium diphtheriae* no toxigénico.

3. Infección por HIV, otros retrovirus y hepatitis virales

PE063 NEFROPATÍA ASOCIADA A VIH (HIVAN) EN UN PACIENTE CON SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

E Godoy, MV Iannantuono, M Hojman
Servicio de Infectologia, Clinica de los Virreyes, Argentina.

Introducción: HIVAN es la enfermedad renal más común en adultos infectados con VIH. Se suele considerar una manifestación tardía en la historia natural de infección por VIH mal controlada. A menudo conduce a enfermedad renal terminal. Describimos un caso de HIVAN en un paciente en terapia antirretroviral durante muchos años, con recuento normal de CD4 y carga viral indetectable.
Caso: Varón, 58 años, EPOC, VIH diagnosticado en 2004, en contexto de neumonía por Pneumocytis jirovecii, sin coinfecciones virales. CD4 463 cel /mm3 con carga viral indetectable en tratamiento con Abacavir, Lamivudina y Efavirenz. Ingresa por diarrea crónica y desnutrición severa. Se descartan causas infecciosas y enfermedades malabsortivas. Se realiza endoscopia alta y baja que no evidencia lesiones, con biopsias sin lesiones patológicas. Presenta hipoproteinemia e hipoalbuminemia severa y proteinuria de 19 g/l en 24 horas. Se llega al diagnóstico de Síndrome nefrótico.
Laboratorio de ingreso: Hcto: 35,9 % hb 13 g/d, VES 120, Urea: 58m g/dl, Creatinina: 1,3 mg/dl, Proteínas totales: 4,5 g/dl, Albumina sérica: 1,7 g/dl Colesterol Total: 250 mg/dl, Sedimento Urinario: Células escasas, Leucocitos 5–7/campo, Hematíes: 4–6/campo, Cilindros hialinos y granulosos 2 – 3 x campos, Sales amorfas regular cantidad, Clearance de Creatinina: 34 ml/min, Proteinuria 19 g/ 24 hs
Biopsia renal: Descripción microscópica: Coloraciónes Hematoxilina Eosina, PAS, Tricrómico de Masson y Metenamina de Plata. - Glomérulos: Se observan hasta 20. Microfocos en el penacho glomerular de esclerosis con adherencias laxas entre parietal y visceral de Bowman. Incremento en la matriz y células mesangiales de distribución segmentaria. - Túbulos: Microfocos de esclerosis intersticial que comprenden el 5 % de la superficie de la muestra. - Vasos: sin alteraciones significativas. Inmunofluorescencia: No se observaron depósitos inmunológicos contra IgA, IgM, IgG, Ig Total, C3, C4, C1q y fibrinógeno
Diagnóstico: Esclerosis focal y segmentaria glomerular con incremento mesangial focal y segmentaria leve. Se inicia tratamiento con corticoides, enalapril y soporte dialítico. Como intercurrencia durante la internación evoluciona con infección asociada a catéter y neumonía asociada al ventilador, que lo lleva a su muerte.
Discusión: El HIVAN en pacientes con supresión virológica es poco frecuente. Este caso reafirma la importancia de no perder de vista la posibilidad de la presentación de esta entidad en pacientes con CV indetectable en tratamiento antirretroviral.

PE064 ABORDAJE DE TESTEO VOLUNTARIO DE VIH EN UNA COMUNIDAD SEMI CERRADA DE LA CABA.

M Burgos[1], M Rocculi[1], M Kielmanovich[1], S Bernabo[1], A Joskowicz[1], A Gieco[1], M Alomo[1], M Rosso[1], V Ciccaroni[1], P Prado[1], F Cogo Orellano[1], M Perdigues[1], P Nuñez[1], M Guerreiro Martins[1], A Arcuri[1], A Zerdiew[1], N Urbas[2]
[1] Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornu, Argentina. [2] Hogar San Martin, Argentina.

Intoducción: El carácter preventivo del testeo voluntario de VIH debe incluir comunidades semi cerradas. Las campañas en la calle o los eventos masivos son los más frecuentes, pero el abordaje de centros donde convive una población mixta de adultos es baja. Así mismo, se disponen de pocos datos sobre la circulación del virus en individuos de tercera edad.
Objetivos: Analizar los resultados de un campaña de testeo voluntario de VIH con test rápido (TR) en un centro de adultos mayores con salida sin restricción de la CABA.
Materiales y métodos: El 7 de diciembre con motivo del día internacion al de acción contra el SIDA (1 de diciembre) se realizó una campaña simultánea de vacunación y testeo voluntario de VIH en un hogar para adultos mayores de la CABA (personas de 60 años o más). Para ello se repitió la operativa de campañas anteriores (2013-2015) con un equipo interdisciplinario. Reactivo de TR usado: Elisa de 3ra generación (Alere) y ensayo confirmatorio: Elisa de 4ta generación (CMIA-Abbott). Los datos se agruparon según 1 menores a 60 años (personal de la Institución), 2 mayores o iguales a 60 años (residentes). Otras variables fueron: sexo, TR positivos, Elisa de 4ta reactivos, test invalidados, y tasa de retiro. El análisis estadístico se hizo con SPSS 15.0 y STATA 10.
Resultados: Sobre un total de 295 personas (n1: 85 y n2: 210) se testearon 73 (n1: 50 y n2: 23), con edades comprendidas entre 15-92 años. La proporción global de hombres: 39.73 %. Hubo diferencias significativas entre 1 y 2 en el n, la edad promedio, y la relación H/M según: 1 = 50, 37,90 +/-11.91, 14 vs 36 y 2 = 23, 73.21 +/-8.02, 15 vs ($p<0.05$). No hubo diferencias de media de edad entre sexos ($p = 0.07$), ni asociación entre edad o sexo con el resultado, el retiro de informes, o el número de test invalidados (Fisher >0.05). El único TR positivo dio en el grupo 1, y fue confirmado con Elisa de 4ta. La prevalencia global, la tasa de retiro y el % de test invalidados fueron: 1,37; 98,63 y 1,37.
Conclusiones: 1.-La campaña tuvo más adhesión de 1 que de 2 (50/85 vs 23/210, p-dif<0.01); 2.-Si bien se testearon globalmente más mujeres, en el grupo 2 predominaron los hombres (65,2 %); 3.-La concordancia entre el TR y el Elisa de 4ta fue óptima; 4.-La prevalencia de VIH positivos fue más alta que la reportada para grupos no vulnerables por el Boletín Epidemiológico de VIH-SIDA N°33 (2016): 0,4 %; 5.-La tasa de retiros fue la esperada para este tipo de campañas (>95 %) y hubo un bajo porcentaje de invalidados; 6.-La dificultad más importante observada fue la autoexclusión.

PE065 TESTEO VOLUNTARIO Y VACUNACIÓN EN UN HOGAR PARA ADULTOS MAYORES REALIZADO DENTRO DEL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL DE LA CABA

M Burgos[1], M Rocculi[1], M Kielmanovich[1], S Bernabo[1], A Joskowicz[1], A Gieco[1], A Alomo[1], M Rosso[1], V Ciccaroni[1], P Prado[1], F Cogo Orellano[1], M Perdigues[1], P Nuñez[1], M Guerreiro Martins[1], A Arcuri[1], A Zerdiew[1], N Urbas[2]
[1] Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornu,, Argentina. [2] Hogar San Martin, Argentina.

Introducción: Entre las tareas del Área Programática del hospital se ha incluido la promoción de vacunación y testeo voluntario de VIH en el área de cobertura. El acceso a centros donde convive una población mixta de adultos, facilita actividades proactivas destinadas a personas que han quedado bajo el cuidado del estado por situación de calle o ausencia de familiares que puedan hacerse cargo de ellos.
Objetivo: Comparar las campaña simultánea de vacunación y testeo voluntario de VIH con test rápido (TR) realizada en un hogar para adultos mayores por parte del Área Programática de un hospital de la CABA.
Materiales y métodos: El 7 de diciembre de 2016 un equipo interdisciplinario realizó vacunación y TR en un hogar de adultos mayores (personas de 60 años o más), incluyendo una charla explicativa y repitiendo operativa de campañas anteriores. La Vacuna fue la doble viral y el TR: Elisa de 3ra generación (Alere). Destinatarios: personal (1) y residentes (2). Variables de interés: edad, sexo, n total (n1+n2), número de vacunados y testeados. Análisis estadístico SPSS15 y STATA10.
Resultados. Sobre un total de 295 personas (n1:85 y n2: 210) se aplicaron 96 vacunas y se realizaron 73 TR. La media de edad y desvio: 55+/-20 y 49+/-20. El sexo femenino predominó en ambos grupos (H/M1: 36 vs 60 y 2: 29 vs 44) sin diferencias significativas (p-proporción = 0.77). El porcentaje de mujeres dentro de los vacunados y de los testeados: 62.5 y 60.27 rrespectivamente. El análisis de adhesión según el grupo dio diferencias significativas en el grupo 1 a favor de las mujeres (vacunación 38 vs 16 y testeos 36 vs 14) pero en el grupo 2, solo la hubo en el testeo: se realizaron más TR en hombres que en mujeres (15 vs 8).

Conclusiones. 1.- La campaña simultánea tuvo impacto en menos de 1/3 de la población a pesar de la charla explicativa previa; 2.-La campaña de vacunación tuvo 31 % más de adhesión, poniendo en relieve las dificultades inherentes al testeo de VIH en una comunidad semi cerrada; 3.-La edad promedio de los vacunados fue ligeremante menor que la de los testeados; 4.-Tanto la vacunación como el testeo tuvieron gran aceptación entre las mujeres en todo el rango de edad (más del 60 %); 5.-A pesar de prevalecer el sexo femenino en la población, el 65 % de los adultos mayores que se realizó el test fueron hombres; 6.-La campaña en el hogar puso de manifiesto la necesidad de utilizar otras estrategias respecto a las campañas en la calle o eventos masivos para alcanzar la adhesión de mayor número de personas.

PE066 VIH/SIDA Y ADULTOS MAYORES: ¿UNA POBLACIÓN DIFERENTE?

M Rocculi, A Arcuri, M Burgos, D Ruso, V Rodriguez, A Guzman, S Bernabo, A Zerdiew, S Rosell
Hospital General de Agudos Dr Enrique Tornu, Argentina.

Introducción: El Boletín Epidemiológico del MSAL N°33 (2016) reporta como mediana de edad diagnótica de VIH para la Argentina 33 años en hombres y 32 en mujeres, sin embargo es cada vez más frecuente hallar personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana por arriba de los 50 años como consecuencia del aumento de la espectativa de vida, brecha etaria sexualmente activa, y cambios de conductas sexuales.
Objetivo: Analizar los datos de test rápido para VIH (TR) realizados durante 4 años por un hospital de la CABA en población adulta mayor.
Materiales y métodos: Se recopiló del sistema informático de laboratorio los TR (Elisa de 3ra generación-Alere) de adultos con edades mayores o igual a 50 años, efectuados durante la atención asistencial, y campañas intra y extra hospitalarias (2013-2016). Los datos se estratificaron 0 = 50-59 años, 1 = 60-69, 2 = 70-79, y 3 = mayores o iguales a 80. Variables de interés: años, edad, TR positivo, Test Elisa 4ta generación confirmatorio (HIV-combo de Abbott), test invalidados. Factores de exclusión: edad menor a 50 años o datos repetidos). Material de consulta Boletín Epidemiológico N°33. Análisis estadístico: SPSS 15 y STATA 10.
Resultados: Sobre un total de 1135 TR (2013-2016) se registraron 246 testeos asociados a adultos con 50 años o más (21.7 %), mediana de edad: 58 (RIC 52-64) y relacion H/M:0.92, sin diferencias significativas de edad asociadas al sexo (Chi2: 0.16). El mayor número de testeos se produjo en el 2015: 86 test (35 %), pero no difirió significativamente del 2016: 81 (33 %). El grupo mayoritario estuvo entre 50-59 años: 147 test (59.8 %), a partir del cual se observa una caída en el número de testeos. La proporción de mujeres en cada grupo fue 0 = 57.8 %, 1 = 55.9 %, 2 = 36 % y 3 = 33.3 %. La prevalencia de VIH positivos: 2.05 %, no observándose ningún caso por encima de 80 años, de hecho el grupo prevalente fue el 0. Todos los TR positivos se asociaron al sexo masculino (Ficher = 0.02) y los Elisa de 4ta corroboraron el resultado. No hubo test invalidados.
Conclusiones: 1.-La población estudiada representó 1/5 de la población total; 2.-Hubo un incremento progresivo de testeos entre el 2013-2016 debido al desarrollo de nuevas estrategias (ampliación de campañas); 3.-Si bien en lineas generales se testearon más mujeres, con el aumento de la edad tendieron a equipararse los dos sexos hasta que se testearon más hombres a edad avanzada; 4.-La prevalencia de VIH positivo fue superior a la reportada por el Boletín Epidemiológico de VIH/SIDA N°33(2016) para jóvenes y adultos (0.4 %) y más parecida a la de los individuos en situación vulnerable (2.1 % o más); 5.-No haber detectado ningún caso de VIH positivo en mujeres por encima de los 50 años parece indicar que los hombres son la población más vulnerable en la franja etaria de adultos mayores y a ellos debería destinarse más esfuerzos de divulgación de vías de trasmisión y prevención de VIH.

PE067 HEPATITIS POR HERPES SIMPLEX VIRUS. REPORTE DE UN CASO

L Garcia Olveira[1], A Tomaz[1], M Fiori[1], M Calvo Zarlenga[1], B Buceta[1], G Ciotti[1], C Perez[1], J De Rosa[1], T Pinteño[1], B Fauda[1], J Acastelli[1], J Costanzi[1], M Cuitiño[2], G Gomez[1], C Garcia Rubio[2]
[1] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina.

Introducción: La hepatitis aguda por virus Herpes simplex tipo 1 o 2 en pacientes inmunocompetentes es una enfermedad infrecuente (2-4 % de las hepatitis agudas). La mayoría se produce durante la primoinfección y representando 0.8 % de las fallas hepáticas por hepatitis virales. La mortalidad de las formas fulminantes puede superar el 80 % pudiendo ser menor con diagnostico y tratamiento antiviral precoz.
Caso clínico: Paciente de sexo femenino, de 29 años de edad, que consumia anticonceptivos orales. Consultó por fiebre, disuria y cambios en la coloración del flujo vaginal de 72 horas de evolución, habiendo recibido numerosos AINES. Con sospecha de infección urinaria se interno, realizándose hemocultivos y urocultivo. Laboratorio de ingreso: Hto 36.8 %, Hb 12.10 gr/dl, leucocitos 4.400 mm3 (PMN 85 %), plaquetas 141.000/ mm3, urea 22 g/dl, creatinina 0.76 mg/dl, TGO 237 u/l, TGP 157 u/l, FAL 217 u/l, Bilirrubina Total 1.08 mg/ % (indirecta.53 mg/ %), Tiempo de protrombina 100 %, VSG 61 mm, subunidad beta negativa. Examen ginecológico sin lesiones ni vaginitis. Inicio tratamiento empírico con ampicilina y gentamicina. Evolucionó con fiebre persistente, hematocrito 32.9 %, hemoglobina 10.40 gr/dl, leucocitos 1.900/ mm3, plaquetas 57.000/ mm3, TGO 2.790 U/l, TGP 1.055 U/L y TP de 57 %. Ante la presencia de pancitopenia con hepatitis y dolor abdominal, se solicitaron serologías para HIV, VDRL, hepatitis A, B, C, CMV, Epstein-Barr (negativos), Látex AR negativo, FAN positivo 1/320 patrón nuclear homogéneo y moteado; proteinograma electroforético y beta 2 microglobulina normales. Se realizó frotis de sangre periférica con pancitopenia, sin células inmaduras. Ecografía abdominal: normal. TAC de abdomen y pelvis con doble contraste: leve esplenomegalia, y escaso líquido en fondo de saco de Douglas. Con sospecha de hepatitis herpética, se solicitó serología para Herpes simplex 1 y 2, y se inició tratamiento con aciclovir endovenoso. En cuello uterino, por colposcopia, se observo lesión ulcerada realizándose PCR para Herpes simplex, siendo positiva para el tipo 2. Serologías Herpes simplex 1 y 2: IgM positiva, IgG negativa. El par serológico evidencio seroconversión para virus Herpes tipo 2. A las 24 horas del instituido el tratamiento se evidenció mejoría clínica y de laboratorio, completando aciclovir por 10 días.
Conclusión: La hepatitis herpética es una enfermedad poco frecuente, con mortalidad del 80 % en las formas fulminantes, pudiendo evolucionar ad integrum con diagnostico precoz y tratamiento antiviral. Se caracteriza por presentarse en forma aguda, con fiebre alta, aumento de transaminasas mayor a 5 veces, sin ictericia y con plaquetopenia. La mayoría se presenta durante la primo infección herpética, pudiendo existir hepatitis sin lesiones muco cutáneas. Debe considerarse en los diagnósticos diferenciales de las hepatitis agudas. Es importante su diagnostico y tratamiento precoz, ya que con aciclovir disminuye la morbi mortalidad de esta enfermedad y evita la necesidad del trasplante hepático. Se interpretó el caso clínico como hepatitis herpética secundaria a primoinfección por Herpes simplex 2.

PE068 DIAGNÓSTICO DE COINFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y VARICELA ZOSTER VIRUS EN LESIONES CUTÁNEAS EN UNA PACIENTE CON SIDA

M Priarone, E Maiolo, M Bases, M Valerga, G Bruni, E Marona, M Corti
Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñiz, Argentina.

Citomegalovirus y Varicela zoster virus, pertenecen a la familia herpesviridae y producen infecciones latentes que pueden reactivarse en sujetos inmunocomprometidos. En los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) la reactivación de los herpesvirus es una causa importante de morbimortalidad, debido a la frecuencia de formas diseminadas graves con compromiso visceral. CMV puede manifestarse con fiebre, leucopenia, compromiso visceral, neumonitis, hepatitis, encefalitis, coriorretinitis y compromiso del tubo digestivo (esofagitis, colitis) y raramente con lesiones cutáneas. Caso clínico: Mujer de 52 años de edad con diagnóstico de infección por VIH en 1999 bajo tratamiento antirretroviral con zidovudina, lamivudina, atazanavir y ritonavir. Antecedentes de toxoplasmosis cerebral y adenocarcinoma de pulmón de reciente diagnostico. ingresó a una unidad de internación por desnutrición y mal estado general. Evolucionó fiebre, vómitos, diarrea y lesiones cutáneas diseminadas caracterizadas por exantema generalizado con maculo pápulo vesículo costras y enantema con escasas vesículas en paladar duro. El recuento de linfocitos T CD4+ fue de 5 cel/µL (2 %). Se realizaron tomas de muestras de biopsia de las lesiones cutáneas cuyo informe histopatológico mostró epidermis con paraqueratosis, acantosis y presencia de vesícula conteniendo neutrófilos y queratinocitos sueltos con núcleos en vidrio esmerilado y algunos multinucleados. Dermis con discreto infiltrado linfocitario disperso, hallazgos morfológicos compatibles con infección por herpes virus. La detección del genoma de herpes virus por técnica de PCR resultó positiva para

CMV y VZV y negativa para HSV1-2. Se realizó punción lumbar y el examen el líquido cefaloraquídeo (LCR) fue incoloro, límpido, con proteinorraquia 2,46 gr/l, glucorraquia 26 mg/dl, 2 cel/mm3. Tinción de Ziehl-Neelsen y de Gram negativas. La PCR cualitativa para CMV en LCR fue detectable con 622 copias/ml log10 2.8 en la prueba cuantitativa. Se inició tratamiento con Ganciclovir a la dosis de 10 mg/kg/día por vía intravenosa. La paciente evolucionó de manera desfavorable, con deterioro del estado general, neumonía intrahospitalaria y óbito. Las lesiones cutáneas por CMV se manifiestan generalmente como úlceras periorales y perianales. Además se han descripto vesículas, máculas purpúricas, lesiones verrucosas en tronco, rostro y extremidades, lesiones similares al prúrigo, pápulas eritematosas y costrosas, vasculitis leucocitoclástica en extremidades inferiores e infartos digitales. El diagnóstico de reactivación de CMV es difícil, ya que la seroprevalencia es alta y la presencia de anticuerpos anticuerpos anti-CMV no tiene valor diagnóstico en estos pacientes. Las pruebas moleculares basadas en la reacción de cadena de la polimerasa (PCR) se han convertido en una herramienta importante para la detección del genoma de herpes virus en muestras clínicas especialmente en pacientes inmunocomprometidos que pueden presentar polimorfismo en las lesiones cutáneas y formas diseminadas con afección del SNC y múltiples parénquimas y permiten ademas un tratamiento temprano

PE069 PRIMER ESLABÓN DE LA CASCADA DEL CONTÍNUO DE LA ATENCIÓN DE VIH: EXPERIENCIA INTERDISCIPLINARIA DE TESTEO VOLUNTARIO 2013-2016

M Rocculi, V Rodriguez, A Arcuri, M Burgos, D Russo Lacerna, A Molina, A Cagnoni, A Guzman, C Carabajal, S Bernabo, M Kielmanovich, A Joskowicz, A Moniño, C Lavagnino, M Colodrero, M Cormick, A Maidanik, A Zerdiew, S Rosell
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornu, Argentina.

Introducción: El primer desafío que impone el continuo de atención a los sitemas de salud es detectar a las personas infectadas con VIH, que desconocen tal condición y que se estima alcanzan el 30 %. Las campañas de testeo voluntario son una herramienta para conocer el status serológico de las personas y facilitar su inclusión en el circuito sanitario.
Objetivo. Describir las campañas de testeo voluntario utilizando Test Rápido de VIH (TR), realizadas por equipos interdisciplinarios de un Hospital de la CABA entre 2013-2016.
Materiales y métodos: Las campañas fueron realizadas por equipos integrados por médicos infectólogos, bioquímicos, técnicos, personal de Área Programática, CePAD, residentes de Educación para la Salud, enfermeras, y administrtivos, pertenecientes al hospital. Hubo distintas estrategias, pero en todas se utilizó TR de 3° generación (Alere). Las personas con TR positivos fueron citadas en el hospital para confirmación con ELISA 4° (VIH-Combo de Abbott). Las variables de interés fueron: edad, sexo, TR positivos, ELISA 4° reactivos, % de Invalidados y tasa de retiro. Estadística descriptiva y analítica. Programa estadístico SPSS15 y Stata 10.
Resultados: En el periodo 2013-2016 se realizaron 11 campañas de TR en el hospital y sitios pertenecientes al Área Programática (puertas afuera). El promedio de campañas/año fue de 2.75. Se efectuaron 730 TR, con un máximo de 280 en el 2015 (38.4 %). El 86.90 % fue realizado por el Área. En base a las estrategias, la población estuvo compuesta por 159 estudiantes adultos, 286 personas vinculadas al hospital, 73 de una comunidad cerrada , y 212 del Área. La mediana de edad : 36 (RIC:25-50 años). El grupo mayoritario fue de 20-40 años (57.70 %), y en todos la relación H/M < 1 (% global de H: 41.10). Hubo 5 TR positivos y 4 ELISA de 4° reactivos (un paciente TR positivo no concurrió al hospital para confirmación). La concordancia entre TR y ELISA de 4°: 100 %. La prevalencia de VIH %: 0.69 %, siendo el grupo de mayor casuística: 20-40 años (80 %). El 60 % de los TR positivos correspondieron a hombres pero no hubo asociación entre el resultado y el sexo o la edad (Test de Fisher p>0.05). La tasa de retiro: 95.21 % e Invalidados: 0.27 %.
Conclusiones: 1.-Se confirmó la actividad proactiva sostenida del hospital para el diagnósticos de VIH entre el 2013-2016. 2.--Los grupos etarios testeados cumplieron la expectativa de ser amplios (15-95 años) y pertenecientes a distitnos estratos. 3.-En todas las campañas mostraron más adhesión las mujeres. 4.-Hubo concordancia con el boletin epidemiológico de VIH/SIDA N° 33 (2016) en : prevalencia para jóvenes y adultos de toda la población, más afectados hombres que mujeres, y brecha etaria de diagnóstico. 5.-No hubo falsos positivos y la tasa de retiro fue la esperada para este tipo de campañas(>95 %). 6.-El bajo porcentaje de Invalidados se asoció a la bondad del test y al entrenamiento de los equipos. 7.-Los grupos interdisciplinarios permitieron abordar estrategias más integrales, contemplando que la problemática del VIH tiene aspectos médicos, psicológicos, y socioculturales complejos.

PE070 INFECCIÓN POR VIH EN PEDIATRÍA: 4 CASOS DE TRANSMISIÓN POSTNATAL TARDÍA

SO González, SO Arazi, DE Mecikovsky, AN Mangano, AL Bordato, ER Gantner, CA Cedillo, MO Taicz, RO Bologna
Hospital de Pediatria JP Garrahan, Argentina.

Introducción: El 90 % de los niños con infección VIH adquieren la misma por transmisión vertical (TV) y se diagnostican dentro de los primeros meses de vida, excepto aquellos que adquieren la infección por medio de lactancia. El 10 % restante adquieren la infeccion de forma postnatal tardía, generalmente es dificil reconocer el modo y momento de transmision. Dentro de los modos descriptos, se encuentran el contacto con fluidos maternos, la premasticación de los alimentos, la lactancia por otra persona VIH +, el abuso sexual infantil (ASI), las tranfusiones, las cirugías y el uso de objetos cortopunzantes contaminados. Existe escasa informacion publicada al respecto en pediatría. El objetivo es describir 4 casos de niños con diagnóstico de infección VIH postnatal tardía

Resumen, examenes complementarios:

	CASO 1	CASO 2	CASO 3	CASO 4
Edad al diagnostico (años), sexo	9 años, femenino (F)	10 años, F	1 año 6 meses, F	3 años, F
Diagnóstico HIV materno	Previo al embarazo	Previo al embarazo	8 vo mes gestación	Postnatal
Prevención de la TV-VIH				
ARV durante embarazo	SI	SI	SI	
ARV trabajo de parto	SI	SI	SI	
ARV RN	SI	SI	SI	
Factores de riesgo (FR) TV-VIH				
CV materna	Indetectable	400	>1000	
Prematurez	NO	NO	NO	
RPM	NO	SI	NO	
Parto vaginal	NO	NO	NO	SI
Lactancia materna	NO	NO	NO	SI
FR de transmisión postnatal				
Tranfusiones	NO	NO	NO	NO
Contacto con fluidos maternos	NO	NO	NO	NO
Cirugías	NO	NO	NO	NO
Premasticación	NO	NO	NO	NO
Sospecha ASI	SI	SI	NO	NO
PCR HIV	Negativa (1, 3 y 6 m)	Negativa 6 m	Negativa 3 m 20 d	
CV HIV			Negativa 3 m 20 d	
Antígeno p 24		Negativo 4 y 6 m		
ELISA HIV	Negativos 1 año 2 meses 2 años 6 meses.	Negativo 2 años y 2 meses	Positivo 1a 6m con presencia de antígeno	Positivo 3 años
Western Blot		Negativo 1 año 2 meses		
Motivo de consulta	Diarrea crónica, síndrome febril prolongado y pérdida de peso.	Ictericia, adenomegalias generalizadas y pérdida de peso	Status convulsivo febril y dificultad respiratoria	Asintomática
CV VIH (copias/mm3)	21400 log 4.33	424000 log 5.63	253000 log 5.4	68200 log 4.8
CD4 % Células/mm3	10 746	17 272	27 76	37
Estadío	3	2	2	1
Infecciones oportunistas	Candidiasis esofágica Leishmaniasis visceral	Coinfección HCV	No	No

En el caso 1 y 2 la forma de transmisión sospechada es la sexual, en ambos casos se aguarda la resolución judicial. En el caso 3 la forma de transmisión es indeterminada, si bien presentó FR para TV, el tener CV VIH negativa a los 3 meses junto con la presencia de antígeno a los 18 meses aleja dicha posibilidad. En el caso 4, la lactancia materna con madre quien adquiere la primoinfeccion postparto es el modo de transmision màs probable

Conclusiones: Exite un grupo de niños con infecciòn VIH que adquieren la infección de un modo distinto a la TV, esta situaciòn requiere de un estudio exhaustivo. Recordar que ante el diagnóstico de infección por VIH en niños, luego de descartada la infección por TV se debe tener en cuenta la posibilidad de ASI considerando que este hallazgo constituye según la clasificación de Muram-Adams clase 4: certeza de ASI (Evidencia definitiva). Es responsabilidad del equipo médico no solo realizar un correcto diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno, sino tambien investigar la via de adquisición.

PE071 HEPATITIS COLESTÁSICA POR *Treponema pallidum*: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

M D´aurizio, M Rey, H Perez
Hospital Fernandez, Argentina.

Introducción: La sífilis es una infección de transmisión sexual cuya prevalencia a nivel mundial continúa siendo elevada. El compromiso hepático por Treponema pallidum es una de las complicaciones descriptas, tanto en la etapa secundaria como terciaria y aunque es infrecuente, puede llegar a ser extremadamente grave.

Caso clínico: Paciente masculino 26 años HIV positivo bajo tratamiento antirretroviral efectivo, consulta por ictericia de piel y mucosas de dos semanas de evolución y lesiones eritematopapuloescamosas con bordes bien definidos diseminadas en tórax y miembros superiores, incluyendo palmas, afebril. Vacunado para hepatitis A y B, niega consumo de hepatotóxicos.

Examenes complementarios: Ecografía abdominal: Sin particularidades. Laboratorio: 06/02/17 GB 4.6 (58/30), hemoglobina 11.8, hematocrito 38.3. Plaquetas 318.000, bilirrubina total 3.9 (directa 3.10), GOT 176, GPT 260, FAL 1201, VDRL: 32 DILS. 13/02/17 Bilirrubina total 2.20 (directa 1.80), GOT 84, GPT 117, FAL 639, VDRL 256 DILS, CV HCV negativa. 20/02/17 GB 6.100 (52/39) hemoglobina 13.7, hematocrito 46, plaquetas 246000, bilirrubina total 1.80 (directa 1.40), GOT 63, GPT 86, FAL 353.

Evolución: Por laboratorio y clínica, se diagnostica sífilis secundaria con afectación hepática y dermatológica, iniciando tratamiento con penicilina. Presenta mejoría de la sintomatología

y del hepatograma.
Discusión: La sífilis es una enfermedad causada por Treponema pallidum. La afectación hepática está descripta en la etapa secundaria, terciaria y en la sífilis congénita. La hepatitis sifilítica aguda es un evento excepcional, con una frecuencia estimada menor al 1 %- El diagnóstico histológico es poco específico y la presencia de espiroquetas en la biopsia hepática puede documentarse en la mitad de los casos La hepatitis luética, se caracteriza por un aumento muy marcado en la fosfatasa alcalina asociada a serología positiva. Hay dos variedades descriptas de esta manifestación: Hepatitis sifilítica precoz (de corta duración junto con exantema sifilítico o en su recidiva) y Hepatitis sifilítica tardía (en períodos más avanzados de la etapa secundaria, con compromiso general, fiebre, hepatoesplenomegalia y colestasis marcada, que puede evolucionar a la insuficiencia hepática. El mecanismo fisiopatológico involucrado no está claro: se postula que tanto la invasión hepática por espiroquetas durante la fase de diseminación, mecanismo inmunológico o la combinación de ambos podrían explicarlo.
Conclusión: La sífilis continúa siendo una infección de transmisión sexual de alta prevalencia. La afectación sistémica durante la fase secundaria debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en cuadros de hepatitis colestásica, especialmente en pacientes con infección crónica por HIV.

PE072 ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ENFERMEDAD DE CASTLEMAN: REVISIÓN DE 13 AÑOS

F Vargas Duran, N Tortone, S Penco, A Zaya
Hospital Rawson, Argentina.

Introducción: La Enfermedad de Castleman (EC) es una patología hematológica infrecuente que se caracteriza por hiperplasia de nódulos linfáticos. Se presenta entre los 30 y 50 años. El 30-100 % está asociada con infección por Herpes virus humano 8. Comprende 2 entidades clínicas: unicéntrica (ECU) y multicéntrica (ECM). La incidencia de ECM asociada al Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) aumentó en los últimos años, siendo factores de riesgo para su desarrollo recuento de CD4 >200 cél/ul, edad avanzada, no exposición previa a terapia antirretroviral (TARV) y etnia no caucásica. Existen 2 patrones histológicos: hialino-vascular y plasmocítico, siendo este último de peor pronóstico, asociándose a linfoma de células B, sarcoma de Kaposi (SK) y otros, con una mediana de supervivencia de 30 meses. Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de la EC en nuestro medio.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, de pacientes mayores de 15 años asistidos en nuestro medio, desde enero de 2003 a mayo de 2016, que recibieron diagnóstico de EC confirmado por biopsia ganglionar. Método estadístico: Se utilizó promedio, mediana y rango para las variables mensurables, y para las variables categóricas la determinación de frecuencias. Variables analizadas: edad, sexo, comorbilidades, signos y síntomas al inicio de la consulta, resultados de laboratorio bioquímico, métodos de imágenes, patrón histológico, tratamiento y evolución.
Resultados: Se incluyeron 8 pacientes. El 75 % pertenecían al sexo masculino. El promedio de edad fue de 46 años (rango 32 a 58). El 100 % de los pacientes presentaban serología positiva para VIH, SK el 37,5 % y linfoma no Hodgkin el 25 %. Los motivos de consulta fueron poliadenopatías en el 50 %, pérdida de peso y fiebre en el 37,5 % cada una. El 83,3 % de los pacientes presentaron elevación de lactato deshidrogenasa y anemia. En el 62,5 % se solicitó ecografía o tomografía, encontrando múltiples adenopatías con afección de diferentes territorios anatómicos. El patrón histológico hallado fue plasmocítico en el 100 % de los casos. En cuanto al recuento de CD4, el 50 % presentaron más de 200 cél/ul; así también la mitad se encontraban con TARV al momento del diagnóstico. Se realizó quimioterapia en sólo 3 pacientes. La mortalidad fue del 50 %. Conclusión: Más usual en sexo masculino y en la edad media de la vida. La comorbilidad más frecuente fue la infección por VIH independientemente del valor de CD4. Clínicamente se manifestó con poliadenopatías, pérdida de peso y fiebre predominando el patrón histológico plasmocítico en todos los pacientes analizados. Alta mortalidad.

PE073 SITUACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA INFECCIÓN POR VIH EN 5 HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

R Toro[1 2], M Bernan[2], E Bravis López[3], M Costanzo[4], G De la Parra[5], C Etchegoyen[6], E Ferreiro[5], P Montes[2], J Poggio[6], A Ramos[4], M Solari[3], M Valle[1], M Corazza[1]
[1] Centro de Referencia Provincial de VIH/SIDA y Hepatitis Virales. Instituto Biológico "Dr. Tomás Perón". La Plata. Buenos Aires., Argentina. [2] HIGA San Roque. La Plata. Buenos Aires., Argentina. [3] HIEAC San Juan de Dios. La Plata. Buenos Aires., Argentina. [4] HZGA Dr. Ricardo Gutiérrez. La Plata. Buenos Aires., Argentina. [5] HIGA General San Martín. La Plata. Buenos Aires., Argentina. [6] HIGA Prof. "Dr. Rodolfo Rossi". La Plata. Buenos Aires., Argentina.

Introducción: El diagnóstico precoz de la infección VIH es fundamental para mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes. Analizar la situación inmunovirológica al momento del diagnóstico permite evaluar el escenario actual en pos de establecer las estrategias necesarias para el diagnóstico oportuno.
Objetivo: Analizar el diagnóstico tardío de la infección por VIH en personas asistidas en 5 hospitales públicos de provincia de Buenos Aires.
Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo en personas que fueron diagnosticadas de VIH desde Abril 2016 hasta Febrero 2017 en 5 hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires. Se incluyeron personas que dieron su consentimiento y se recolectaron datos sobre: edad, sexo, nacionalidad, nivel de instrucción, ocupación y CD4 al momento del diagnóstico. De acuerdo al valor de CD4 se clasificó el momento del diagnóstico en: oportuno (DO) cuando el valor de CD4 fue > 350células/µl, tardío (DT) con CD4 < 350 e infección avanzada (IA) con CD4 < 200. Se realizó test de ELISA para el tamizaje y para la confirmación carga viral (Cobas Ampliprep-Cobas TaqMan HIV-1 V2.0, Roche) o western blot en los casos que presentaron carga viral no detectable, según algoritmo vigente. El recuento de CD4 fue realizado por citometría de flujo (BD FACScalibur).
Resultados: Se incluyeron 95 pacientes con diagnóstico de infección VIH. La edad promedio fue 35 años. La relación hombre/mujer fue 2,2 (65/30). 69 fueron de nacionalidad Argentina (72,6 %) y los restantes extranjeros. El nivel de instrucción de las personas fue: primario 46 (48,4 %), secundario 29 (30,5 %) y terciario/ universitarios 10 (10,5 %) y 4 (4,2 %)no tenían estudios. 40 % no tenían ocupación formal al momento del estudio (38 personas). Presentaron infecciones oportunistas 27 personas (28,4 %). La mayoría se realizó el diagnóstico en forma ambulatoria 64 (65,3 %). El promedio de CD4 fue 338 células/µl. Se encontró un valor de CD4 <200células/µl (IA) en 39 pacientes/89: (43.8 %), menor a 350 (DT) en 54/89 individuos (60.7 %) y mayor a 350 (DO) en 35/89 (39.3 %). El diagnóstico en infección avanzada fue variable entre los distintos hospitales (rango 31 a 64 %). El diagnóstico tardío fue en todos los casos mayor a 50 %, alcanzando 72 % en uno de los hospitales incluidos en el estudio. Concurrieron a realizar el monitoreo de su infección en el período de estudio14 personas (14.7 %).El tiempo promedio de la segunda muestra fue 4.4 meses. Se diagnosticaron 2 personas controladores de elite.
Conclusiones: En este estudio, que incluyó pacientes VIH diagnosticados en 5 hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, encontramos que un 28,4 % de personas presentaron infecciones oportunistas al momento del diagnóstico y un 43 % de pacientes tenían CD4 menores a 200 células/µl. Esto pone de manifiesto la necesidad de mejorar las políticas de testeo universal para realizar un diagnóstico oportuno y mejorar la integración de los pacientes al sistema de salud. Creemos que estos datos son un punto de partida para definir las herramientas que permitan diagnosticar a los pacientes en etapas asintomáticas de la infección.

PE074 CONOCIMIENTOS SOBRE VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

C Banco, M Lado, S Augusto, S Serafino, P Maulen, R Vicente, A Gerez, S Taboada, C Kon
Dirección General de Salud y Asistencia Social de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La principal vía de transmisión de VIH en la población joven es la conducta sexual sin protección. Los estudiantes universitarios pertenecen al grupo etario con alto riesgo de infección, por lo tanto, la Universidad como espacio de promoción de hábitos saludables, constituye el ámbito ideal para llevar a cabo programas de prevención, educación y detección temprana de VIH.
Objetivos: Evaluar los conocimientos sobre métodos de prevención de VIH y otras ETS en población universitaria. Conocer antecedentes de testeo previo para VIH y motivos más frecuentes de falta de acceso al mismo. Analizar conductas sexuales de riesgo y relación con consumo de sustancias.
Meterial y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo para determinar conocimientos, conductas de riesgo y antecedentes de ETS en jóvenes. Se evaluaron 600 alumnos universitarios de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 18 y 45 años, que concurrieron a realizar el examen preventivo de salud entre el 3 de Octubre y el 11 de Noviembre de 2016. Las variables analizadas fueron: Sexo, edad, estado civil, testeo previo, conocimiento sobre HIV, exposición a situaciones de riesgo, uso de preservativo, enfermedades de transmi-

sión sexual padecidas. Se utilizó un cuestionario autoadministrado, anónimo, con preguntas cerradas y respuestas de opción múltiple. Procesamiento de datos mediante programa Excel.
Resultados: Del total de estudiantes encuestados, el 58 % pertenecía al sexo femenino y un 42 % al masculino. El 88.9 % correspondía al grupo etario de 18 a 35 años. De los 321 alumnos (53.5 %) que se habian testeado previamente, el 38 % lo hizo hace menos de un año. De los que nunca se habían testeado (46 %), respondieron como motivo más frecuente la falta de ofrecimiento al mismo en la consulta médica (58 %).
El 95 % considera que el preservativo es el método más eficaz para prevenir VIH. En relaciòn a los alumnos que presentaron conductas sexuales de riesgo (43 %), el 25 % respondiò haber estado bajo los efectos del consumo de alcohol o sustancias ilícitas. Un 64 % respondió que utiliza siempre preservativo como método de prevenciòn de VIH. Del 36 % que respondió que solo lo usa a veces o nunca, el 69 % manifestó que eso se debe a que creen que su pareja sexual no presenta ningún riesgo de transmisión de infecciones. El 9 % contestó haber presentado alguna ETS, siendo el HPV la de mayor prevalencia.
Conclusión: La identificación de obstáculos para realizar el testeo nos permite implementar intervenciones apropiadas para alcanzar un mayor número de alumnos. Los profesionales de la salud deben incorporar el ofrecimiento del testeo en la consulta sin guiarse por los antecedentes de las conductas de riesgo referidos por el paciente. Debemos continuar investigando y desarrollar estrategias de prevención y educación, para concientizar a los jóvenes sobre la importancia del uso del preservativo y el riesgo de contagio de VIH en situaciones vulnerables de consumo de sustancias y sexo, teniendo en cuenta el alto porcentaje que manifestó haber estado expuesto a alguna situación de riesgo.

PE075 ERGOTISMO Y VIH: EL RIESGO DE LA AUTOMEDICACIÓN

M Sandoval, M Kundro, J Toibaro, M Losso
Hospital JM Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: El ergotismo asociado al uso de inhibidores de proteasa (IP) es una complicación poco frecuente aunque predecible. A pesar de ello se siguen observando en la práctica clínica diaria casos de ergotismo. En nuestro centro se encuentran en tratamiento 2.560 pacientes, 830 (32,4 %) con esquemas basados en IP, por lo tanto, con riesgo potencial de presentar esta interacción. Describimos cuatro casos clínicos de ergotismo asociado al consumo de IP entre abril de 2012 y junio de 2016.
Casos clínicos: 1. Mujer de 36 años. Diagnóstico de VIH en el 2009. En TARV con zidovudina (ZDV), lamivudina (3TC), lopinavir/ritonavir (LPV/r). Consultó por vómitos, parestesias, dolor, frialdad y palidez en miembro inferior izquierdo que comenzaron 24 horas después de consumir 1 mg de ergotamina tartrato sin indicación médica. Se suspendió el TARV y se realizó doppler arterial que evidenció disminución del flujo del miembro afectado. Inició tratamiento con vasodilatadores. Evolucionó favorablemente a los 6 días de iniciados los síntomas. Se inició el TARV al mes de su suspensión, con un esquema libre de IP, con buena evolución posterior. 2. Mujer de 38 años. Diagnóstico de VIH en el 2011. En TARV con ZDV, 3TC y LPV/r. Presentó dolor y frialdad distal en las extremidades luego de consumir ergotamina tartrato, sin precisar la dosis ingerida. La paciente suspendió el TARV sin realizar ninguna consulta. Evolucionó con mejoría clínica a los 6 días de iniciados los síntomas. Se reinició el mismo TARV a los 10 días de haberlo suspendido sin complicaciones posteriores. 3. Mujer de 19 años. Diagnóstico de VIH en el 2011. En TARV con tenofovir, emtricitabina y atazanavir/ritonavir (ATV/r). Intercurrió con migraña por lo que decidió automedicarse con 2 mg de ergotamina tartrato. Evolucionó con cefalea, vómitos, parestesias, dolor y debilidad en los cuatro miembros. Se suspendió el TARV e inició hidratación y anticoagulación profiláctica. Evolucionó favorablemente a los 6 días de internación, iniciando 5 días después el mismo TARV, sin complicaciones posteriores. 4. Hombre de 44 años. Diagnóstico de VIH en el 2005. En TARV con ZDV, 3TC, raltegravir y ATV/r. Consultó por cianosis y paresia leve del miembro superior derecho luego de consumir, sin indicación médica, 2 mg de ergotamina tartrato. Se realizó doppler arterial que evidenció disminución del flujo en dicho miembro. Se suspendió el TARV y se indicó nifedipina, pentoxifilina y profilaxis con enoxaparina. El paciente evolucionó favorablemente a las 48 horas de internación.
Conclusión: La ergotamina es una droga de uso frecuente, de fácil acceso por su bajo costo y por que puede adquirirse sin prescripción médica. Los efectos asociados con su toxicidad pueden ser graves y son independientes de la dosis administrada. La coadministración con IP puede tener importantes consecuencias. Es fundamental reforzar las estrategias destinadas a evitar el ergotismo en los pacientes con infección por VIH. Los médicos encargados del cuidado de estos pacientes tenemos un rol fundamental en cuanto a la información y educación de los mismos, enfatizando en los riesgos de la automedicación, de ser posible en cada consulta médica.

PE076 TUMOR INTESTINAL POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE INFECTADO POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

E Vazquez, D Nicita, D Masini, D Risso, N Trione, M Corti, H Metta
Hospital de enfermedades infecciosas FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: Las infecciones por citomegalovirus (CMV) son frecuentes en pacientes con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). A nivel gastrointestinal suelen presentarse como esofagitis o colitis erosiva. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: disfagia, fiebre, dolor abdominal y diarrea sanguinolenta. La presentación como tumor intestinal es poco frecuente.
Caso clínico: Paciente masculino de 35 años, con diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y tuberculosis ganglionar en 3° mes de tratamiento antifímico irregular. Fue internado por presentar dolor abdominal en flanco derecho y deposiciones diarreicas. Exámen físico: abdomen tenso y doloroso con ruidos hidroaéreos aumentados. Coprocultivo: abundantes leucocitos y hematíes, cultivo negativo. Tomografía computada de abdomen: marcado engrosamiento parietal colónico derecho. Hepatomegalia homogénea. Colonoscopía: lesión proliferativa indurada, mamelonada, que ocupaba el 80 % de la luz del órgano situada a 80 cm del margen anal que impedía el paso del instrumental. Anatomía patológica (AP) de biopsia endoscópica: inflamación inespecífica. Se realizó colectomía derecha. AP de la pieza quirúrgica: inflamación crónica con extensas áreas de ulceración y presencia de células con efecto citopático viral vinculable a CMV. Inmunohistoquímica: positiva para CMV. Al haberse resecado totalmente la lesión no recibió tratamiento antiviral específico. Inició tratamiento antirretroviral (TARV) con franca mejoría del estado general. Cuatro meses después abandonó el tratamiento y presentó recaída en forma de retinitis.
Discusión: Las masas endoluminales colónicas en pacientes con sida suelen corresponder a neoplasias, linfomas, sarcomas de Kaposi o micobacterias. Etiologías menos frecuentes como micosis, enfermedad inflamatoria intestinal o CMV también deben ser consideradas.
Se han reportado lesiones de tipo tumoral por CMV en distintas porciones del tracto gastrointestinal y en distintos tipos de hospedadores. Sin embargo, tan solo 7 pacientes con compromiso colónico asociado al sida han sido publicados. En todos los casos la ubicación fue a nivel ileocecal o colon ascendente. El síntoma más frecuente fue el dolor. Solo 2 pacientes presentaron fiebre. Solo uno de los pacientes refirió diarrea y otro se presentó con un cuadro de oclusión intestinal. En cuanto a sangrado gastrointestinal, un paciente refirió hematoquezia y otro presentó anemia sintomática Los diagnósticos se realizaron por biopsia quirúrgica o endoscópica. Los pacientes sometidos a resección quirúrgica no recibieron tratamiento antiviral. Los que fueron diagnosticados por biopsia fueron tratados con ganciclovir o valganciclovir salvo uno que solamente inició TARV.
Conclusión: En pacientes inmunodeprimidos, CMV puede presentarse a nivel gastrointestinal como una lesión tumoral indistinguible de una neoplasia durante la visualización endoscópica. En pacientes con patología colónica asociada al sida, debe considerarse CMV dentro de los diagnósticos diferenciales aún ante la ausencia de diarrea, fiebre y sangrado gastrointestinal.

PE077 REACTIVACIÓN CHAGÁSICA CON COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE COINFECTADO POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH): UTILIDAD DE LA PARASITEMIA

FS Cutraro[1], ML Biondi[1], AP Seijo[1], JL García[1], SE Echazarreta[1], M Fernandez[2 3], M Tristan[4], C Lopez Albizu[3], AG Benchetrit[5], RM Solari[5]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Instituto Nacional de Parasitología, Fatala Chaben. ANLIS Dr. C. Malbrán, Argentina. [4] Unidad de Bacteriología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [5] Sala 21, Hospital F.J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes coinfectados por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una patología oportunista infrecuente de elevada letalidad. Se presenta por lo general como lesión ocupante de espacio (LOE) cerebral. El diagnóstico de certeza se basa en la detección de tripomastigotes en líquido cefalorraquídeo (LCR) o de nidos de amastigotes en biopsia cerebral. Presentamos un caso de reactivación chagásica con compromiso neurológico con dificultades diagnósticas.

Caso: Mujer de 41 años con infección por VIH, con recuento de CD4 de 29 células/ml (10 %) y carga viral de 3606 copias/ul (3.56 log), sin tratamiento antirretroviral y serologías reactivas para Chagas. Se interna por cefalea, desorientación y hemiparesia derecha progresiva, evidenciándose en tomografía de cerebro LOE temporo-parietal izquierda con desplazamiento de línea media y hernia subfalcial homolateral. Estando contraindicada la punción lumbar al ingreso, se realizó parasitológico por método de Strout observándose tripomastigotes de Trypanosoma cruzi (T. cruzi). Inició tratamiento con benznidazol, pirimetamina y clindamicina. Se realizó PCR para T. cruzi en sangre, constatándose descenso de la carga parasitaria desde 313 equivalentes parasitarios/ml hasta su indetectabilidad. En día 21 de tratamiento, con franca mejoría clínica e imagenológica, se realizó punción lumbar con PCR detectable para T. cruzi en LCR (5 equivalentes parasitarios/ml), sin visualización de tripomastigotes en el examen microscópico directo. Evolucionó favorablemente, continuando seguimiento ambulatorio.
Discusión: En la reactivación de la enfermedad de Chagas en pacientes VIH positivos la detección de tripomastigotes en sangre por método de Strout presenta una variabilidad entre 15-75 % según diferentes reportes. La reactivación en SNC se ha confirmado a partir de la detección de tripomastigotes en LCR hasta en un 85 % de los casos. Sin embargo, cuando las características de la masa ocupante contraindican la punción lumbar, la parasitemia adquiere un rol fundamental para un diagnóstico y tratamiento tempranos. Su realización en forma seriada incrementa la sensibilidad de la técnica. La cuantificación de carga parasitaria basada en PCR podría ser útil, como en el caso clínico, en el seguimiento de los pacientes en tratamiento. Así mismo, la cuantificación de "altas cargas parasitarias" podría ser un criterio para el diagnóstico de probable reactivación pero aun no existe un valor de referencia establecido para dicho parámetro. Las serologías para la enfermedad de Chagas pueden ser no reactivas en alrededor del 5 % de los coinfectados, por lo que es importante mantener la sospecha en pacientes con antecedentes epidemiológicos compatibles.
Conclusión: La reactivación chagásica debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes VIH con LOE cerebral, aun con serología negativa. Si bien el método diagnóstico de elección es la detección de tripomastigotes en LCR, la realización de parasitemias seriadas es una estrategia de importancia cuando la punción lumbar se encuentra contraindicada.

PE078 LINFOMA ADRENAL PRIMARIO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH.

N Pozzi[1], E Godoy[1], D Florio[2], R Baldi[3], F Matera[3], H Boubeta[4], C Tosello[1]
[1] Servicio Infectología, Instituto Medico de Alta Complejidad, Argentina. [2] Anatomia Patológica, Sanatorio Franchin, Argentina. [3] Servicio Clínica Medica, Institulo Medico de Alta Complejidad, Argentina. [4] Servicio Hematología, Instituto Medico de Alta Complejidad, Argentina.

Introducción: El linfoma no Hodgkin (LNH) de la glándula suprarrenal es una patología muy poco común, sólo el 3 % de los linfomas extranodales, son primarios de ésta glándula. Aunque los pacientes con infección por VIH presentan mayor riesgo para desarrollar LNH, en la literatura hay muy pocos casos descriptos de afectación adrenal primaria en este grupo de enfermos.
Caso Clínico: Paciente de sexo masculino, de 36 años, con diagnóstico de infección por VIH 7 años antes, en tratamiento con tenofovir, emtricitabina y efavirenz, con CD4 630/mm3 y carga viral-VIH indetectable. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por lumbalgia, pérdida de peso, astenia y adinamia. Los exámenes realizados mostraron anemia con hematocrito: 28 %, globulos blancos: 6550 (N 46 L 37 M 14 E 2) plaquetas 198000 y LDH: 732 UI/ml. En la tomografía de abdomen se observaron masas suprarrenales bilaterales (11 cm de diámetro la del lado izquierdo y 12 cm la del derecho) con realce heterogéneo con el contraste endovenoso. La TAC y RMN de cerebro fueron normales. El valor de cortisol plasmático basal de 2 ug/dl (valor normal: 5-25 ug/d) estaba disminuido, con niveles adecuados de ACTH, renina, aldosterona y catecolaminas urinarias. Las pruebas de inmunodifusión para histoplasmosis, paracoccidiodiomicosis y coccidiodiomicosis, los hemocultivos por lisis-centrifugación, así como la reacción de tuberculina, resultaron negativas. La biopsia de la glándula suprarrenal informó linfoma de Burkitt. El estudio del LCR: 28 células, linfocitos 100 %, glucosa 62 mg/dl, proteìnas 51mg/dl mostró infiltración linfomatosa de linfocitos maduros de estirpe linfoide B, con expresión proteica descripto en el Linfoma de Burkitt. Se inició tratamiento quimioterápico con esquema R-ESHAP. El paciente evoluciona con mayor compromiso del estado general, deterioro del sensorio y, luego del segundo ciclo de quimioterapia, en contexto de neutropenia febril, fallece.
Conclusión: Teniendo en cuenta que la afectación suprarrenal en pacientes con infección por VIH puede corresponder a diferentes etiologías, resulta fundamental realizar diagnóstico de certeza para orientar el tratamiento en forma eficaz. En el caso reportado encontramos una etiología muy infrecuente asociada a elevada mortalidad.

PE079 ULCERAS DIGITALES EN EL TERRITORIO DEL NERVIO MEDIANO BILATERAL COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE INFECCIÓN DISEMINADA POR CITOMEGALOVIRUS EN MUJER HIV POSITIVA

N Romero[1], D Garcia[1], L Aransibia[1], M Torres[1], L Gallo Vaulet[2], M Rodriguez Fermepin[2], J Farina[1]
[1] Hospital Mariano y Luciano de la Vega - Moreno, Argentina. [2] Cátedra de Microbiología Clínica, Departamento de Bioquímica Clínica. FFyB-UBA - CABA, Argentina.

Introducción: La reactivación de una infección por Citomegalovirus (CMV) en pacientes inmunocomprometidos es una situación frecuente. Pero el rango de manifestaciones es amplio, desde casos asintomáticos a formas fulminantes que pueden llevar a la muerte. Presentamos el caso de una mujer HIV positiva que ingresa con úlceras en el territorio del nervio mediano bilateral como forma de presentación de una infección diseminada por CMV.
Caso clínico: Mujer de 41 años de edad HIV+ (CV 222939 copias/mm3, CD4 2/mm3, sin TARV actual) ingresa por lesiones de tipo ulcerosas en piel de la eminencia tenar de ambas manos (onicolisis y úlceras a nivel de las falanges distales de los tres primeros dedos de mano derecha y del primer dedo de mano izquierda de probable origen neuropático). Cuadro clínico compatible con mononeuropatía múltiple con compromiso del nervio mediano bilateral. Se toma biopsia de las lesiones destacándose en la microscopía células pavimentosas con citoplasma amplio, núcleos en vidrio esmerilado y multinucleación; cuadro citológico compatible con infección viral herpética. Se realiza fondo de ojo que muestra exudados algodonosos y hemorragias periféricas, compatible con retinopatía por CMV. PCR para CMV en sangre entera: 1000000 de copias/mm3. Líquido cefalorraquídeo (LCR) : glucosa 33mg/dl, proteínas 0,19g/l, leucocitos 6/mm3 (linfocitos), PCR CMV positiva. En muestra de lesiones en piel: PCR HVS 1 y 2 negativa, PCR CMV positiva. Realiza tratamiento con ganciclovir endovenoso con resolución de las lesiones en ambas manos a los 10 días de iniciado el mismo.
Discuión: Las manifestaciones clínicas de una reactivación por CMV en pacientes HIV positivos son muy frecuentes. Se la considera una infección oportunista y afecta principalmente retina, pulmón, colon, hígado y encéfalo. La mononeuritis múltiple se ha visto asociada a diferentes virus (HIV, HVZ, HVC, etc) aunque en pocas oportunidades se llega al diagnóstico etiológico. En nuestro caso no pudo realizarse un estudio electrofisiológico, pero las lesiones en piel respetaban marcadamente el territorio del nervio mediano. Las úlceras digitales como manifestación de una neuropatía periférica de origen infeccioso no son frecuentes y han sido asociadas principalmente al HVS. En este caso la PCR de la biopsia de las lesiones fue negativa para HVS 1 y 2 y positiva para CMV. ADN del CMV también fue hallado en importante cuantía en sangre entera y en LCR, y la paciente presentó un fondo de ojo compatible con infección por esta entidad, confirmando una infección diseminada por este agente. La resolución de las lesiones en ambas manos con 10 días de tratamiento con ganciclovir avala el diagnóstico de la etiología herpética del cuadro.
Conclusión: Las manifestaciones clínicas de la reactivación por CMV en paciente HIV positivos son diversas. Los avances en las metodologías diagnósticas han incrementado el número de situaciones en las que puede identificarse al agente causal, y por lo tanto ofrecer un tratamiento adecuado. La mononeuritis múltiple por CMV es una entidad a considerar en estos pacientes.

PE080 OSTEOMIELITIS. PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE VIH

C Petraroia, C Tittarelli, E Gancedo, M Sawicki, C Giomi, N Mendez
HOSPITAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS F J MUÑIZ, Argentina.

Introducción: La histoplasmosis es una entidad causada por Histoplasma capsulatum, un hongo dimórfico que predomina en América. Se presenta habitualmente como infección oportunista en los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cuando el compromiso inmunológico es severo, se manifiesta como formas diseminadas con afectación de múltiples órganos, siendo el compromiso óseo infrecuente y escasamente reportado. Se presenta un caso de osteomielitis por H. capsulatum, en el marco de una forma diseminada, en un paciente portador de VIH.
Caso clínico: Paciente de 53 años masculino VIH+, con recuento de linfocitos T CD4+ 14 cél/ul, sin tratamiento antirretroviral. Histoplasmosis diseminada en 2013, para la cual cumplió

tratamiento con itraconazol, sin profilaxis posterior. Consulta por lesiones en piel de seis meses de evolución, asociado a tos con expectoración y astenia. Al ingreso, paciente en regular estado general, afebril. Presentaba lesiones costrosas en rostro y múltiples pápulas en extremidades y tronco. Ulceración en paladar duro. El laboratorio evidenciaba anemia y leucopenia. En TC de tórax se observaron nódulos pulmonares bilaterales. En escarificación de lesión en rostro y muestra de esputo, se rescata Histoplasma sp.
Inicia tratamiento con anfotericina B, rotando luego a itraconazol. Evoluciona con tumefacción y dolor en dedos índice izquierdo y meñique derecho, se solicita ecografía a fin de descartar compromiso articular, observándose en ambos dedos irregularidad y engrosamiento de la cortical ósea con colección periósea y edema de partes blandas; no evidenciándose líquido articular, hallazgos ecográficos compatibles con osteomielitis. En radiografías de manos, se aprecian erosiones corticales en varias falanges. Se interpreta como histoplasmosis diseminada con compromiso óseo, continuando tratamiento antifúngico con buena evolución.
Discusión: La histoplasmosis diseminada es una entidad frecuente en los pacientes infectados por VIH con recuento de linfocitos T CD4+ <200 cel/ul. El compromiso es multiórganico, afectando principalmente pulmón, ganglios, hígado, bazo, medula ósea y piel, entre otros. El compromiso osteoarticular es inusual, siendo la artritis reactiva la presentación más frecuente. La osteomielitis se observa usualmente (50 % de los casos) en la variedad duboisii, que se encuentra en el continente africano; siendo excepcionalmente observada en la variedad capsulatum, endémica en las Américas. A pesar que en las formas diseminadas de la variedad capsulatum el compromiso de medula ósea es frecuente, no se observan lesiones osteolíticas en los estudios radiológicos como en la variedad duboisii. La osteomielitis por Histoplasma sp. tiene variadas formas de presentación. Frente a una clínica poco definida, los estudios por imágenes son fundamentales para su diagnóstico como ocurrió en nuestro caso.
Conclusión: El compromiso óseo en contexto de histoplasmosis diseminada es excepcional en nuestro medio donde existe la variedad capsulatum, pudiendo pasar inadvertido. Los estudios por imágenes son esenciales para su detección. Destacamos en nuestro caso la utilidad de la ecografía para su diagnóstico.

PE081 DIFICULTADES EN EL TESTEO VOLUNTARIO DE VIH SIDA EN UN HOGAR PÚBLICO DE ADULTOS MAYORES

M Burgos, MT Rocculi, M Kielmanovich, S Bernabo, A Joskowicz, J Insaurralde, A Gieco, M Alomo, MF Rosso, V Ciccaroni
Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornu", Argentina.

Introducción: En el marco del Día Internacional de la Lucha contra el VIH Sida, un equipo interdisciplinario de un hospital general de agudos del GCBA llevó a cabo un taller de sensibilización y campaña de testeo rápido de VIH en un Hogar Público de Adultos Mayores. Esta actividad se fundamentó en el predominio de diagnósticos tardíos entre los adultos mayores de CABA (Basombrío et al, 2009). La centralidad de lo materno – infantil en las políticas de salud sexual y la invisibilización por parte de los equipos de salud de las prácticas sexuales de los adultos mayores, se traduce en una escasa oferta de exámenes de detección y consejería. Se consideró pertinente ofrecer al personal de salud de la institución la posibilidad de participar del taller y del testeo.
Objetivos: Comparar el alcance de la campaña de VIH Sida en los adultos mayores residentes en el Hogar respecto del personal de salud.
Materiales y Métodos: Para evaluar la proporción de adultos mayores y de personal de salud que se testearon para VIH se sistematizaron los datos sociodemográficos que fueron consignados en una ficha de entrevista previa a la realización del testeo. Cabe aclarar que tanto la entrevista como el testeo en sí mismo, y la entrega del resultado, se realizó en un contexto de voluntariedad y confidencialidad, de acuerdo a las normativas legales. Los datos relevados se agruparon de la siguiente manera: n1 < 60 años (personal de salud), n2 > 60 años (adultos mayores residentes en el hogar).
Resultados y discusión: Sobre un total de 295 personas (n1: 85 y n2: 210) se testearon 73 personas: 50 pertenecían a n1 y 23 a n2, lo que arroja que el 69 % de las personas testeadas en el marco de la campaña pertenecían al personal de salud. Es de destacar que la adhesión fue mayor para n1 que para n2, ya que el 59 % de n1 se testeó, mientras que solamente el 11 % de los adultos mayores accedió a esta práctica. Del total de testeos realizados, uno (1) de ellos dio positivo.
Conclusiones: La escasa adhesión por parte de los adultos mayores residentes en el Hogar se puede entender a partir de las siguientes hipótesis: - Al tratarse de una institución total (Goffman, 1961) constituye un alto nivel de exposición para los residentes, realizarse el testeo, mas allá de que está asegurada la confidencialidad, en tanto el VIH Sida conlleva una carga social de estigma y discriminación. - La dinámica institucional repercute de modo diferencial entre el personal de salud y los residentes, debido a las relaciones de poder existentes. - La población de adultos mayores suele no sentirse interpelada para acceder al testeo ya que impera la representación de que están exentos de la posibilidad de contraer VIH. - El personal de salud es más permeable a la realización de estas prácticas debido a su conocimiento en relación a estas temáticas. Estos resultados llevan a plantear la necesidad de implementar nuevas estrategias de sensibilización y abordaje institucional que faciliten el diagnóstico temprano en adultos mayores. Se considera necesario también incluir testeo rápido para sífilis, hepatitis b y c.

PE082 NEUMOCISTOSIS COMO ENFERMEDAD MARCADORA DIAGNÓSTICA DE VIH: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA DURANTE EL PERÍODO 2012-2016

V Alonso[1], P Castellaro[1], G Garcia[1], V Monzani[1], S Tartara[1], A Werbach[2]
[1] Hospital Dr. A Cetrángolo, Argentina. [2] Hospital Dr B. Houssay, Argentina.

La neumocistosis es una infección causada por un hongo oportunista, Pneumocystis jirovecii, el cual produce neumonía intersticial en pacientes inmunocomprometidos y menos frecuentemente infección extrapulmonar. La frecuencia es variable y oscila entre 30-43 % de todas las infecciones oportunistas. Describimos los casos de neumocistosis en pacientes VIH (+) internados en un centro especializado en patología respiratoria desde enero del 2012 a diciembre del 2016. De un total de 389 pacientes VIH (+), 64 (16,4 %) se internaron con diagnóstico presuntivo de neumocistosis en ese período. La edad promedio fue 39 años. Sexo masculino: 45 (70 %). Patología pulmonar previa: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma 5 (8 %); tuberculosis pulmonar (TB) 5 (8 %); hábitos: tabaquismo: 31(48 %). Infecciones oportunistas (IO) asociadas: TB: 7 (11 %), neumonía a gérmenes comunes: 8 (12,5 %), histoplasmosis: 5 (8 %). Pacientes con diagnostico previo de VIH 15 (23 %). Recibían tratamiento antirretroviral (TARV) al momento del diagnóstico 10 pacientes (16 %), con mala adherencia. Los pacientes estudiados presentaron disnea 62 (97 %), fiebre 59 (92 %), tos seca 44 (69 %), muguet 41 (64 %). La duración de los síntomas mayor a un mes en 26 (41 %). Semiología respiratoria 58 (91 %), anemia 31(48 %), hipoxemia 59 (92 %), hipocapnia 21(33 %), saturación de oxígeno (SO2) menor al 90 % 25(39 %) y SO2 entre 90 -95 % 27(42 %), LDH aumentada 57(89 %). Promedio de CD4 fue de 73 cel /mm3 y de Carga Viral plasmática VIH 4,9 log. Estudios complementarios radiografias y TAC evidenciaron infiltrados insterticiales bilaterales en 60 (94 %), difusos 38(59 %), focales 3 (5 %), alveolares 1 % y unilaterales 1 (1,5 %), cavitados 3 (5 %), neumotórax 2 (3 %), Rx normal 2 (3 %). Fueron tratados empíricamente en base a clínica y Rx 45 (70 %), mientras que en 17(27 %) se obtuvo diagnóstico de certeza en lavado bronquioalveolar, observando las estructuras características en fresco, y coloraciones de Giemsa y Grocott; por biopsia transbronquial en 2 (3 %). El promedio de duración de internación fue 36 días. Se trataron con TMS 56 pacientes (88 %), corticoides 61 (95 %) y pentamidina 8 (12,5 %) como alternativa por rash cutáneo, nefropatía 2 y hepatotoxicidad 2 (3 %). Complicaciones: Síndrome de distress respiratorio 15 (23 %); neumonía intrahospitalaria 5 (8 %); requerimiento de oxígeno permanente 3 (5 %); neumotórax 2 (3 %). Requirieron internación en Unidad de Cuidados Intensivos 18 (28 %), con un promedio de estadía y requerimiento de ARM de 8 días. Se produjeron 16 óbitos (25 %) debido a complicaciones respiratorias e infecciones intrahospitalarias.
Conclusión: A pesar de métodos diagnósticos y TARV disponibles, la neumonia a Pneumocystis Jirovecii continúa siendo una IO muy frecuente en nuestro medio y de alta morbimortalidad. El diagnóstico de neumocistosis en esta serie marco la primera IO en 49 pacientes (77 %), permitiéndonos concluir que el diagnóstico de VIH sigue siendo tardío, llegando los pacientes a la consulta con enfermedad avanzada y recuento de CD4 muy bajos.

PE083 FALLO VIROLÓGICO EN PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL QUE INCLUYE EFAVIRENZ

YS Martin, L Paravano, ML Cornet, LA Zubeldía Brenner, GE Martínez, V Tudanca, N Bello, V Fridman, D Stecher
División Infectología, Hospital de Clínicas José de San Martín., Argentina.

Introducción: Los esquemas de tratamiento antirretroviral (TARV) que incluyen dos nucleósidos (2 INTI) y efavirenz (EFV) han sido estándares de primera línea, contra los cuales se han

comparado la mayoría de los regímenes nuevos. Sin embargo, existen datos a nivel local de 13 % de prevalencia de mutaciones asociadas a resistencia para los inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTI) en pacientes (p) näive, siendo la mutación K103N (mK103N) la más frecuente.
Objetivo: Describir la frecuencia de fallo virológico (FV) en p que inician TARV que incluye EFV sin test de resistencia (TR) inicial. Comparar características epidemiológicas, adherencia y efectos adversos (EA) entre los p que presentaron FV y los que no lo hicieron.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo basado en la recolección de datos de la historia clínica de p que recibieron atención en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires desde enero/1999 hasta junio/2016. Se incluyeron p > de 18 años con diagnóstico de infección por VIH-1, que iniciaron TARV con EFV + 2 INTI sin TR inicial, con al menos 3 controles de carga viral (CV) y CD4 posteriores al inicio del TARV. Se obtuvieron datos epidemiológicos (edad, género, escolaridad máxima, zona de residencia), fecha de diagnóstico, vía más probable de trasmisión, CD4 y CV de inicio (CVi) y posteriores, tiempo de tratamiento, EA y toxicidad. Se consideró FV a la presencia de CV por encima del límite de detección del método utilizado, por lo menos en 2 oportunidades entre las 24 y 48 semanas de TARV. Los p que presentaron FV fueron evaluados con TR, sólo se analizaron los que presentaron la mK103N. Se consideró mala adherencia al incumplimiento >15 % de las tomas.
Resultados: De las historias clínicas evaluadas, 119 p cumplieron con los criterios de inclusión, de estos 11 cumplieron criterios de FV. En 9 de 11 p se documentó la mK103N correspondiendo al 7,5 % del total. Fueron excluidos del análisis 2 p (uno sin TR y otro con TR sin mK103N). De los p con FV, la vía de transmisión más probable fue sexual (100 % de los casos, 55 % HSH). La mediana de CVi fue de 141.469 copias (cp)/ml. El 55 % de los p presentó EA siendo el más frecuente la toxicidad en SNC(44 %). Ningún p suspendió tratamiento por este motivo. El 55 % de los p en fallo refería mala adherencia al TARV. Se comparó la población de p con FV y sin FV en función de las variables analizadas y se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de FV y la presencia de mala adherencia (p = 0.0005, OR:0.11, IC: 0.02-0.56) y la CVi>100.000 cp (p = 0.000, OR:71, IC: 9.55-696).
Conclusiones: En nuestra serie se observó un porcentaje menor de lo esperado de FV en los p que iniciaron TARV con EFV, teniendo en cuenta los datos locales de resistencia primaria. A pesar de que este estudio carece de potencia por ser una población pequeña, se observa una tendencia hacia la asociación de FV a EFV con mala adherencia y CVi>100.000 cp, remarcando la importancia de realizar TR inicial en este tipo de p.

PE084 ASOCIACIÓN DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN CON TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN PACIENTE VIH+. REPORTE DE CASO

MF Rivero
Hospital Señor del Milagro, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis es una de las múltiples causas de linfadenitis en pacientes VIH +. Los enfermos con Tb y VIH severamente inmunodeprimidos pueden presentar localizaciones extrapulmonares hasta en un 60 %. La Enfermedad de Castleman Multicentrica es un trastorno linfoproliferativo que afecta los linfocitos B y las células plasmáticas. Se encuentra generalmente asociado a HHV-8 y VIH-1.
Reporte de caso: Paciente sexo masculino de 22 años de edad. APP: TBC pulmonar en 2014 con tratamiento completo. B24x en 2014. TARV: Lamivudina/Tenofovir – Atazanavir/Ritonavir con mala adherencia. CV: 119253 copias/ml (5, o8) CD4 +: 277/mm3 (15,8 %). Sífilis en 2014 con tratamiento completo. A Tóxicos: Tabaquismo, marihuana, pasta base. 28/09/16: ingresa Sector de Inmunodeprimidos por malestar general y sensación febril con escalofríos de dos semanas de evolución, se decide internación para diagnostico control y tratamiento. Examen físico: TA: 90/60 mm Hg. FC: 130 lpm. T°: 39,9°. SO2: 92 %. TCS: Se observan y palpan adenomegalias, cervicales anteriores y posteriores derechas, izquierdas, retroauriculares móviles dolorosas a la palpación la mayor de 3 cm e Inguinales bilaterales de 2 cm. Diagnostico presuntivo: síndrome febril, poliadenopatias. Diagnósticos diferenciales: Linfoproliferativas (Linfoma, Enf. Castleman), infecciosas (Mycobacterium tuberculosis, micobacterias atípicas, micosis profundas, linfoadenopatia generalizada por VIH). Tac de torax: Adenomegalias región retrocavo, pretraqueal. Focos de Consolidación pulmonar, de pequeño tamaño en ambos lóbulos superiores, cavitación área central y del lado izquierdo. Pequeña imagen quística aérea en segmento apical del LSD. Derrame pleural en sector posterior de hemitórax izquierdo e intracisural. Abdomen y pelvis: Hígado de dimensión y densidad conservada. Esplenomegalia. Conglomerado de adenomegalias para-aorticas bilaterales, en tronco celiaco e hilio hepático. Pequeñas adenomegalias, en porción proximal de ambas cadenas iliacas primitivas. Anatomía patologica de ganglio inguinal: cuadro histopatológico vinculable con hiperplasia angio folicular. (Enfermedad de castleman). BAAR de ganglio cervical (-) CULTIVO Mycobacterium tuberculosis. 14/10/16: biopsia ganglio cervical: linfadenitis crónica especifica granulomatosa gigantocelular tipo langhans con focos de fibrosis y necrosis central con fragmentación de neutrófilos (microabscesos). Se decide iniciar tratamiento específico para TBC. Inmunomarcación: cuadro histopatológico compatible con hiperplasia linfoide angiofolicular (enfermedad de Castleman). Se solicita tratamiento con Rituximab.
Conclusión: La enfermedad de Castleman es poco frecuente en pacientes con VIH, generalmente es un diagnostico de exclusión y necesita varias biopsias hasta llegar al diagnóstico. La TB extrapulmonar puede presentarse hasta el 60 % en pacientes con VIH en enfermedad avanzada. En nuestro paciente se presentan clínica y biopsias compatible con los dos diagnósticos.

PE085 PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL DE VIH, NUESTRA EXPERIENCIA EN 6 AÑOS.

G Ferrucci, C Tolini, M Antonioli, M Sagastume, L Molina, A Materia, N Melendez, K Sokeff, C Bronstein
Hospital Materno Infantil Eduardo Scardo, Argentina.

Introducción: La transmisión vertical constituye la primera causa de infección por VIH en la población pediátrica en Argentina. En concordancia con los objetivos fijados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y UNICEF para eliminar la transmisión madre-hijo, presentamos el trabajo que realizamos con los binomios madre VIH+/hijo expuesto perinatal que se controlan en nuestro hospital.
Objetivo: Describir las características del binomio madre VIH +/expuesto perinatal que es seguido en nuestro hospital.
Material y Método: El trabajo con estas pacientes comienza cuando la embarazada presenta Elisa + detectado en el laboratorio del Hospital. Esto se informa al Centro de atención de salud barrial (CAFyS) para citrar a la paciente directamente al Hospital, donde es controlada por Obstetricia e Infectologia, con apoyo de otras especialidades hasta el final del embarazo y al EPN hasta fin del control. Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Periodo 1 enero 2011 a 1 enero 2017.Los datos fueron obtenidos de las Historias clínicas de seguimiento de Obstetricia e Infectología. Fichas de denuncia de EPN, fichas de registro de medicación de Farmacia. Planilla de control en Excell. Guías del Ministerio de Salud de la Nación. Registramos el control prenatal de la embarazada y profilaxis madre- hijo y evolución virológica del niño.
Resultados: Durante el periodo hemos controlado 55 binomios, total de madres 48, 7 controlaron dos embarazos en nuestro hospital. Infección previa al embarazo 7 (14,5 %), 4 de estas (7,27%) por transmisión vertical; 38(79,6 %) descubrieron su serología positiva en el embarazo actual; y 3 (6,25 %) en el momento del parto. Mediana de edad 25 (16 a 40). Nivel de instrucción 8 (16,6 %) completaron la secundaria. Coinfecciones: sífilis 2,Toxoplasmosis 4, Chagas 1. Semana de inicio de tratamiento 24 (12 a 36).Tratamiento sin IP 15 y 37 con IP. Embarazadas con CV al momento del parto 43 (79,6 %); CV ≤ 1000 copias / ml 36. El control de CD4 se pudo realizar en 22 (40,7 %), 6 tuvieron ≤ 350 y 5 de éstas acompañados de CV ND. Cesáreas 29 (52.7 %), 8 por no obtener el resultado de CV, 2 realizadas en otros lugares. No recibió profilaxis preparto 1(1,8 %). Nacieron 52 RNTPAEG, 1 RNTBPEG y 2 RNPTPAEG. Masculino 32 (59,2 %), media de peso 3181,48g. (1470- 3960).Realizaron CV dentro de los 2 meses 51 (94,4 %), dos no vuelven a control. Segunda CV 45 (81,8 %), dos controlan en otro hospital y 2 por su obra social. Elisa a los 18 meses 25. Un niño fallece a los 45 días por malformación diafragmática, uno presenta hidrocefalia con agenesia de cuerpo calloso, ambos n CV ND. En los controles de laboratorio realizados a los recién nacidos, sólo encontramos anemia en 48 (88,8 %).Los niños controlados presentaron carga viral no detectable y Elisa negativo. La tasa de prevalencia de expuestos perinatales: 2.96 /1000 nacidos vivos.
Comentario: Desde el año 2011 trabajamos para eliminar la transmisión vertical. Nuestras mujeres en un 79 % descubren la infección en el embarazo actual, no presentamos adherencia en este trabajo, pero el 65 % llegan con CV no detectable, los niños al momento en seguimiento son negativos.

PE086 DIFERENCIAS EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL ENTRE PACIENTES VIH DEL MEDIO PÚBLICO Y PRIVADO

A Lachat, MA Turri, G Cañete
Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro G. Iriarte, Quilmes, Argentina.

Introducción: En la práctica cotidiana atendemos pacientes infectados por VIH tanto en el medio público como privado. Sabemos que sus características difieren y repercuten directamente sobre el resultado del tratamiento.
Objetivo: Conocer y analizar las diferencias en los resultados del tratamiento antirretroviral (TARV) entre dos poblaciones de pacientes VIH a nivel público y privado de la misma área geográfica y tratados por el mismo equipo de salud.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo-descriptivo-transversal con revisión de historias clínicas. Se incluyeron pacientes mayores de 15 años con diagnóstico de infección por VIH, seguimiento regular, con más de 24 semanas de TARV y con al menos una carga viral (CV) realizada en el periodo comprendido entre el 15/03/2016 y el 14/03/17. Se consideró supresión virológica (SV) a la CV por debajo del nivel de detección y fallo virológico (FV) a la incapacidad para alcanzar o mantener niveles por debajo de 200 copias/ml. El fracaso inmunológico (FI) fue definido como la incapacidad de obtener un recuento de CD4 mayor a 200 células/µL a pesar de mantener SV.
Resultados: Se incluyeron 591 pacientes de institución pública y 252 del medio privado. La edad promedio en el medio público fue 42.9 y en privado 45.3. La relación hombre mujer fue 1.05 vs 1.68 respectivamente. La media de CD4 fue de 544 vs 656 células/µL y los pacientes con fallo inmunológico fueron 6.5 % en público y 2.7 % en privado. Los pacientes con SV en el ámbito público fueron 64.4 % vs 84.9 % en el privado. El FV fue de 22.6 % vs 7.1 % respectivamente.

	Público N (%)	Privado N (%)
TOTAL PACIENTES	591	252
MEDIA EDAD	42.9	45.3
HOMBRES / MUJERES	304 (51.4) / 287 (48.5)	158 (62,6) / 94 (37.3)
MEDIA CD4	544	656
CD4 < 200	101 (17)	12 (4.7)
FALLO INMUNOLOGICO	39 (6.5)	7 (2.7)
SUPRESION VIROLOGICA	381 (64.4)	214 (84.9)
CV < 200	457 (77.3)	234 (92.8)
FALLO VIROLOGICO	134 (22.6)	18 (7.1)
TARV 1° LUGAR	FTC-TDF-EFV = 172 (29.1)	FTC-TDF-EFV = 85 (33.7)
TARV 2° LUGAR	3TC-TDF-ATV/r = 139 (23.5)	3TC-TDF-ATV/r = 51 (20.2)
TARV 3° LUGAR	AZT-3TC-NVP = 46 (7.7)	AZT-3TC-EFV = 25 (9.9)
TARV 4° LUGAR	AZT-3TC-EFV = 41 (6.9)	ABC-3TC-EFV = 21 (8.3)
TARV ALTERNATIVOS	142 (24)	60 (23.8)
TARV DE RESCATE	51 (8.6)	10 (3.9)

Conclusión: Considerando los resultados tan dispares a pesar de que los tratamientos utilizados son similares, el acceso es gratuito en ambos casos, la población pertenece a la misma área geográfica y los profesionales son los mismos, creemos que las diferencias sociales y culturales son las que influyen directamente en la adherencia al tratamiento y por lo tanto en su resultado. Estudiar cuales son estas diferencias y su impacto nos será útil para mejorar las estrategias de atención, sabiendo que el enfoque de las mismas debe ser diferente en cada población.

PE087 DESENSIBILIZACIÓN A DARUNAVIR: UNA ALTERNATIVA PARA FACILITAR EL TRATAMIENTO EN PACIENTES SIN OPCIONES TERAPÉUTICAS CON ALERGIA A ESTA DROGA

V Fink[1], T Estrada[1 2], M Rey[2], P Cahn[1], O Sued[1]
[1] Fundación Huésped, Argentina. [2] Hospital Juan A Fernández, Argentina.

Introducción: La hipersensibilidad a drogas es un problema frecuente en los pacientes HIV+. Habitualmente existen drogas alternativas que permiten tratar al paciente con un régimen efectivo. En casos de pacientes que han fallado a múltiples tratamientos las opciones son limitadas. Existe poca experiencia en protocolos de desensibilización a antirretrovirales. Se presenta un caso de desensibilización a darunavir (DRV) en una paciente con antecedentes a múltiples fallos de tratamiento, sin alternativas terapéuticas.
Resumen clínico y discusión: Mujer, 16 años, HIV+ diagnosticada en 1999, transmisión vertical, antecedentes de neumonitis por *P. jiroveci* y varicela. Estuvo expuesta a: AZT/3TC/RTV; ddI/d4T/NVP; AZT/ddI/ LPV/r y 3TC/AZT/ LPV/r, fallando a todos los esquemas. Se inició DRV/r+ ETV/3TC/AZT/ABC en contexto de un estudio clínico, debiendo interrumpir por rash cutáneo extenso (cara, tronco y miembros), sin fiebre ni alteración de los valores de laboratorio, que se atribuyó a DRV. Se rotó a SQV/r+s AZT/ 3TC/ ABC/ETV con buena respuesta. En enero 2015 comenzó a presentar cargas virales detectables a bajo grado. Se realizó un test de resistencia que mostró resistencia o respuesta reducida a todos los nucleósidos, NVP, EFV, resistencia intermedia a ETV y RPV y alto nivel de resistencia para todos los inhibidores de proteasa excepto DRV. El test de tropismo fue R5+. Con limitadas opciones de tratamiento se planteó la opción de desensibilización a DRV. Se estableció un esquema de desensibilización con cápsulas preparadas *ad-hoc*. Luego de la firma del consentimiento informado, se comenzó el procedimiento, efectuado en un hospital de tercer nivel. Tras la administración de un comprimido de RTV, se comenzó la desensibilización con dosis crecientes de DRV con buena tolerancia, iniciando con 0,025 mg hasta 300 mg, con administración de dosis cada 30 minutos. La paciente no presentó complicaciones. Al día siguiente se le administró DRV/r sin complicaciones en dosis habituales y luego inició el nuevo esquema con dolutegravir/ maraviroc 150 mg / DRV/r. La paciente continuó con buena tolerancia. A los 3 y 6 meses del cambio de esquema la carga viral resultó no detectable.
Conclusiones: En pacientes con virus multirresistente se deben explorar opciones que permitan establecer un tratamiento efectivo. En pacientes con antecedentes de alergia a DRV, la desensibilización debe considerarse como una alternativa.

PE088 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UNA POBLACIÓN DE JOVENES MILITARES

E Carbone, P Salvador, V Kaneshiro, P Nadal, A Ramos
Hospital Aeronautico CentraL. CABA, Argentina.

Introducción: la población militar ha sido considerada como un grupo de riesgo a la exposición a ITS por su actividad profesional, edad, interacción con grupos de mayor riesgo y su despliegue en misiones de paz. Las tasas de ITS en las fuerzas armadas son de 2-5 veces mayores que las que presentan poblaciones civiles comparables.
Objetivo: evaluar el grado de conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad e ITS en una población de jóvenes militares.

Materiales y métodos: estudio descriptivo transversal. Población evaluada: 683 militares entre 17 a 25 años, media:20,4 años. El 76 % eran varones y 24 % mujeres. Un 74 % había cursado estudios secundarios y un 26 % estudios terciarios o universitarios. La información se obtuvo a través de una encuesta autoadministrada, anónima, voluntaria y confidencial. Las variables evaluadas fueron: asistencia a charlas sobre sexualidad, concepto de sexualidad responsable, métodos anticonceptivos, edad de inicio de relaciones sexuales, prácticas sexuales, método más efectivo para prevenir el contagio de ITS, grupos de riesgo y vías de contagio de VIH, formas de presentación de una ITS.La información se introdujo en una base de datos para su procesamiento mediante el programa EPI-INFO.
Resultados: En el análisis se observó que un 50,7 % habían asistido a charlas sobre sexualidad. El 76,7 % conocía el significado de sexualidad responsable. Un 12,1 % consideraba al preservativo, anticonceptivos y DIU como los métodos más efectivos para prevenir el embarazo. El 89,5 % había iniciado su vida sexual, la mediana de edad de inicio fue de 16 años (rango: 12 a 24 años). Un 37,5 % tuvo su primera relación sexual con una trabajadora del sexo o pareja ocasional. De los que tenían pareja estable, el 28.1 % tuvo además otra pareja simultáneamente. El 59,1 % tenía más de una práctica sexual. En un 31,7 % la práctica sexual combinada más frecuente fue sexo oral y vaginal. El 82,6 % consideraba al preservativo como el método más efectivo para prevenir el contagio de ITS; pero solo el 49,9 % manifestó utilizarlo en todas sus relaciones. Con respecto a los grupos de riesgo de infección por VIH, solo un 15 % consideraba a todas las poblaciones como de riesgo de trasmisión. Solo 3 % sabía que el VIH se trasmite a través de sangre, secreciones vaginales, semen y leche materna. Un 97 % desconocía alguna de las vías de transmisión. El 5,5 % identificó como situaciones de riesgo de contagio de VIH el compartir hojas de afeitar y agujas contaminadas, tatuajes, relaciones sexuales sin preservativo, parejas sexuales múltiples y transfusión de sangre. Un 15 % consideraba que el abrazo, el beso, la picadura de insecto o la donación de sangre eran también situaciones de riesgo. El 22,5 % desconocía las manifestaciones de una ITS. De los que la conocian, un 28,7 % consideraba la llaga, herida o úlcera como la forma de presentación mas frecuente.
Conclusiones: la mayoría de los jóvenes militares con vida sexual activa mantienen conductas y actitudes sexuales riesgosas para contraer ITS-VIH/SIDA. Es preocupante el grado de desconocimiento sobre la prevención y formas de trasmisión de ITS.

PE089 EXPLORANDO LA TOMA DE DECISIONES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH AL PARTICIPAR EN ENSAYOS CLÍNICOS: ESTUDIO OBSERVACIONAL

M Feijoo-Cid[1 2], V Zalazar[2], C Cesar[2], V Fink[2], D Moriña[3], H Beylis[2], E Fojo[2], NF Cardozo[2], A Huertas[5], JM Leyva-Moral[1], O Sued[2]
[1] Dep Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona, España. [2] Fundación Huésped, Argentina. [3] Catalan Institute of Oncology (ICO)-IDIBELL, España. [5] Hospital Germans Trias i Pujol, España.

Introducción: Las variables que definen la decisión de participar en un estudio clínico se miden a través del conflicto decisional y el arrepentimiento con la decisión. El conflicto está condicionado por el conocimiento insuficiente, valores poco claros, un apoyo inadecuado y/o la percepción de que se va a realizar una decisión ineficaz. Existe poca literatura sobre la toma de decisiones de las personas que viven con VIH (PVVIH) a la hora de participar en ensayos clínicos de antirretrovirales (ECVIH).
Objetivo: Comparar la toma de decisiones de las PVVIH que por primera vez participan en un ECVIH (no-experiencia ECVIH) vs las que ya tienen experiencia (experiencia ECVIH), en la ciudad de Buenos Aires.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal de noviembre del 2016 a febrero del 2017, con un muestreo consecutivo por conveniencia. Se incluyeron PVVIH mayores de 18 años que estuviesen participando en ECVIH y estuvieran participando en un ECBIH hace un año o menos. Se excluyeron personas con alguna discapacidad o dificultad que impidiese entender las preguntas. Se utilizaron la Escala de Conflicto Decisional y la Escala de Arrepentimiento de la Decisión, previamente adaptadas y validadas al castellano; a mayor puntaje mayor conflicto o arrepentimiento. El puntaje máximo es 100. Se realizaron análisis univariados de las variables asociadas a la toma de decisiones y las comparaciones se analizaron mediante la prueba Chi-cuadrado o exacta de Fisher, y la de variables de escala y ordinales, mediante la prueba t de Student y U de MannWhitney, según fueran aplicables. Los datos se analizaron con el programa R.
Resultados: 82 /93 fue su primer ensayo. En ambos grupos (no-experiencia ECVIH vs experiencia ECVIH) fueron mayoritariamente varones (72,6 % vs 81,8 %). El conflicto decisional fue bajo (11.9 vs 5,68, p<0,010) y nadie se arrepintió de la decisión. En las subescalas del conflicto no-experiencia ECVIH tuvo puntajes significativamente más altos en las subescalas de incertidumbre, sentirse informados y claridad sobre riesgos y beneficios (ver tabla 1). No hubo diferencias en el apoyo para tomar la decisión ni en la calidad de la decisión.
Conclusiones: Nadie se arrepintió de participar en un ECVIH y el conflicto decisional fue bajo. Las diferencias a nivel de incertidumbre, sentirse informado y calidad de la decisión en ambos grupos orientan a que quizás sea necesaria mayor información o cambios en el consentimiento informado al grupo de no-experiencia ECVIH.
Limitaciones: No se cuenta con la toma de decisiones de personas que decidieron abandonar o no participar. Se proyectan estudios futuros.

Conflicto desicional	no-experiencia ECVIH n = 82	experiencia ECVIH	p.overall n = 11
Total score	11.0 (9.35)	5.68 (5.15)	0.010
Subescala incertidumbre	9.96 (15.6)	3.03 (5.62)	0.007
Subescala Sentirse informado	10.6 (17.9)	0.00 (0.00)	<0.001
Subescala Claridad valores riesgos/beneficios	12.3 (21.4)	0.00 (0.00)	<0.001
Subescala Sentirse apoyado	27.1 (29.2)	25.0 (23.3)	0.786
Subescala Calidad.decisión	2.06 (4.92)	1.70 (5.65)	0.847
Arrepentimiento con la desición	0 (-)	0 (-)	

PE090 ESCUCHAR PARA COMPRENDER; ESCUCHAR PARA MEJORAR. BARRERAS Y FACILITADORES QUE EXPERIMENTAN LAS PERSONAS CON VIH AL PARTICIPAR EN ENSAYOS CLÍNICOS EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

M Feijoo-Cid[1 2], V Zalazar[2], A Huertas[3], JM Leyva-Moral[1], H Beylis[2], C Cesar[2], V Fink[2], O Sued[2]
[1] Dep Infermeria. Universitat Autònoma de Barcelona, España. [2] Fundación Huésped, España. [3] Hospital Germans Trias i Pujol, España.

Introducción: En el consentimiento informado se han identificado factores que influyen en la decisión de participar en un ensayo clínico: preocupación por la pérdida de control de la decisión, el aspecto experimental y la comprensión de los riesgos y beneficios. No obstante, existe poca literatura en Argentina sobre la toma de decisiones de las personas que viven con VIH (PVVIH) al participar de ensayos clínicos de antirretrovirales (ECVIH).
Objetivo: Identificar las barreras y facilitadores expresados por las PVVIH al tomar la decisión y participar en un ECVIH, en la Ciudad de Buenos Aires.
Metodología: Estudio cualitativo descriptivo a partir de entrevistas semi-estructuradas en profundiad, entre diciembre de 2016 y enero de 2017. Se incluyeron PVVIH mayores de 18 años, de diferentes niveles educativos que estuvieran participando de un ECVIH. Se estableció un tamaño muestral de 14 personas o, hasta llegar a la saturación de los datos. En el guión de la entrevista se profundizó en aquellos elementos que desde la vivencia de los participantes dificultaron o facilitaron la toma de decisiones y la participación . Para los datos cualitativos, se adoptó el análisis de datos de Huberman y Miles. Con la codificación axial se detectaron las categorías principales (bareras y facilitatores). Los resultados fueron triangulados con parte del equipo investigador del ECVIH .
Resultados: Participaron 11 hombres y 1 muje: 9 participantes participaban por primera vez en un ECVIH y habían sido diagnosticados recientemente. Todos los participantes refirieron haber tomado una decisión informada y estuvieron satisfechos con ella. Los factores detectados como posibles barreras para tomar la decisión fueron: la documentación del protocolo (hoja informativa y consentimiento informado), la cual estaba escrita en un lenguaje poco compresible y amigable y la incertidumbre asociada a probar un tratamiento antirretroviral nuevo o por primera vez. Los facilitadores fueron: la contención y atención ofrecida por los profesionales de la entidad en donde se lleva a cabo el ECVIH, y la confianza que brindan los profesionales y la entidad a la que pertenecen. Durante la participación en el ECVIH se detecta la necesidad de información o de apoyo asociada al temor a experimentar efectos adversos y a la extensa burocracia al finalizar el ensayo para poder continuar el tratamiento (en particular participantes con obra social) así como miedo una vez finalizado el ensayo, a no poder continuar con el tratamiento antirretroviral indicado en el ECVIH al volver al seguimiento por su obra social u hospital público.

Conclusiones: Es preciso mejorar la experiencia de las PVVIH que por primera vez participan en un ECVIH. Particularmente es necesario revisar la redacción del consentimiento informado, apoyar a las PVVIH para disminuir la incertidumbre asociada a tomar un tratamiento por primera vez y agilizar, en la medida de lo posible, la vuelta al sistema de salud una vez finalizado el ensayo. Asimismo, es necesario afianzar los facilitadores ya presentes como la atención personalizada y la relación de confianza que brindan los profesionales que llevan a cabo el ECVIH.

PE091 CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV

E Warley, S Tavella, P Garnica, E Acero, G Viera, K Llanos Ibarra, A Aoad
HIGA DR DIEGO PAROISSIEN. ISIDRO CASANOVA. BS AS, Argentina.

Introducción: El desarrollo de tuberculosis (TB) en los pacientes infectados por HIV es un desafío para la salud pública. Presentamos los datos de un centro de referencia del conurbano bonaerense que brinda atención a una población de bajos recursos económicos con altas tasas de enfermedad avanzada al inicio de la TARV.
Objetivo: Describir las características de los pacientes que desarrollan TB en pacientes infectados por HIV.
Método: Análisis retrospectivo de la cohorte de seguimiento de pacientes infectados por HIV . Se analizaron las HC de los pacientes reportados con diagnóstico de TB entre los años 2006 y 2016. Se efectuó estadística descriptiva de las variables continuas y distribución de frecuencias de las categóricas. Resultados: Se evaluaron las HC de 58 pacientes, mujeres 27 (46.6 %), varones 31 (53,4 %). El diagnóstico de HIV se efectuó de manera concomitante al de la TB en 14 casos (24,15 %) presentando diagnóstico previo en 44 (75,9 %). La mediana de edad fue de 39.5 años, la de CD4 al diagnóstico de TB de 69 células por ml y la de carga viral de 76.800 copias/ml. De los 44 pacientes con diagnóstico previo el 90 % registraba problemas de adherencia y el 59 % se hallaba al diagnóstico de TB en pérdida de seguimiento. Se reportó coinfeccción con HVC en 8 casos (13,8 %), haber presentado otro evento oportunista en 19 (32.8 %), tabaquismo en 32 (55,2 %), consumo de alcohol en 19 (32,8 %), y de drogas ilícitas en 14 (24,1 El modo primario de transmisión fue heterosexual en 49 pacientes (84,5 %), HsH en 4 (6,9 %), perinatal en 4 (6,9 %) y UDI en 1 (1,7 %). La forma de presentación de TB fue pulmonar en 38 pacientes (66,75), pleural en 3 (5,3 %), ganglionar en 5 (8,8 %), diseminada en 10 (17,5 %) y meníngea en 1 (1,8 %). El diagnóstico fue por examen baciloscópico directo en 26 casos (44,8 %), cultivo en 9 (15,5 %) y biopsia en 6 (10,5 %). El tratamiento para TB fue empírico en 12 pacientes (20,7 %). El diagnóstico se consideró como parte de un SIRS en 1 caso. Se describió abandono de terapia para TB en 7 casos (12,5 %) y muerte en 12 casos (21 %).
Conclusiones: Los datos reportados describen una considerada elevada mortalidad en la población evaluada y una frecuencia elevada de interrupción de terapia antirretroviral y pérdida de seguimiento en los pacientes a los que se les diagnostica TB y deberían promover políticas en prevención y que faciliten el diagnóstico precoz y la retención en cuidado.

PE092 ANÁLISIS DE HIV SIN SOLICITUD MÉDICA: "DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA"

C Morales, S Chaki, L Faundez, C Miranda, F Bouza
Hospital Provincial Neuquen, Argentina.

Introducción: La epidemia de HIV se encuentra aún lejos de ser controlada en nuestro país. Se estima que por lo menos un tercio de los infectados desconoce su diagnóstico. La estrategia 90-90-90 propuesta por la OMS requiere el 90 % de diagnósticos en la población para controlar la epidemia. En 2 estudios anteriores comprobamos la aceptación de la gente a realizarse el test de HIV sin solicitud médica previa, obteniendo buenos resultados. En este estudio analizamos este formato llevado a la práctica diaria.
Objetivo: Evaluar el rédito diagnóstico de una forma nueva de acceder al análisis de HIV al momento de realizar un laboratorio de rutina sin pedido médico previo.
Material y métodos: En 2 estudios previos (SADI 2013 y 2016) la aceptación de las personas a realizarse un análisis de HIV sin solicitud médica, al momento de concurrir al laboratorio por otro motivo fue muy alta (57-80 %). Con este antecedente incorporamos esta práctica al quehacer diario y evaluamos el resultado luego de 3 meses. Las personas que concurrieron a extraerse sangre para análisis de rutina solicitado por cualquier médico tenían acceso, junto a la ventanilla de recepción, un texto de 250 palabras con la información del pretest: descripción de la enfermedad, formas de contagio, método diagnóstico a utilizarse, posibilidad de falsos positivos y negativos, confidencialidad en el manejo de las muestras, resultados e identidad, acceso a atención médica universal y posibilidad de tratamiento. Además contenía la autorización para ser firmada por el paciente. El método diagnóstico fue ELISA HIV 1/ 2 antígeno-anticuerpo (cuarta generación). En un hospital público general de referencia analizamos todas las solicitudes de HIV incluyendo esta nueva metodología.
Resultados: Entre el 1/01 y el 31/03/2017 se realizaron 1071 análisis de screening de HIV. Positivos 21 (1,96 %). Rango de edad 15 – 65 años, mujeres 70 %. Los diagnósticos positivos según el origen del pedido fueron: consultorios externos 592 (6 HIV +), guardia 121 (3 HIV +), internación 180 (3 HIV +), centros periféricos 109 (0 HIV +), CEPAT 76 (2 HIV +), testeo al momento de otro laboratorio 69 (0 HIV +).
Conclusiones: La cantidad de personas que se realizaron un análisis de HIV agregándola a un laboratorio de rutina fue baja (menor a estudios anteriores). Este método no contribuyó a aumentar la detección en nuestra institución. La mayor cantidad de diagnósticos fue por consultorio pero el mayor rédito fue por guardia (diagnósticos tardíos). Más allá de facilitar la realización del testeo a personas que acuden al sistema de salud hay que estimular a la comunidad a acceder al análisis en formas no tradicionales fuera del ámbito de los hospitales.

PE093 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

B Boggia, A Ciappina, L Urbina, M Echaide, J Iriart, A Bobatto, F Bechini, G Corral, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia
HIGA O. Alende- MdP, Argentina.

Introducción: La adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes con VIH continúa siendo un desafío. Datos obtenidos durante los primeros tratamientos combinados, basados en IP sin potenciar constataron que la máxima eficacia requería una adherencia >95 %. En pacientes bajo TARV la adherencia ha mejorado en relación a la disminución del número de tomas y comprimidos, aun así, existe evidencia de que entre un 20-50 % de los pacientes presentan una adherencia inadecuada.
Objetivos: Determinar la adherencia al TARV e identificar aquellos factores que influyen en ella, relacionados con el paciente y/o el sistema de salud.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, realizado entre 11/2016-02/2017 en el consultorio externo de una institución pública que asiste a 450 pacientes en TARV. Se incluyeron pacientes > de 15 años con al menos 6 meses de TARV. Para la valoración de adherencia se combinaron métodos directos e indirectos. Se entregó a cada uno de los pacientes una encuesta de autoevaluación, sobre posibles factores influyentes en la adherencia (relacionados con el individuo, su enfermedad y tratamiento, equipo asistencial y sistema sanitario). Se incorporaron dentro de la encuesta: el cuestionario SMAQ y el PHQ9 modificado para la valoración de adherencia y depresión completada por el médico tratante. Se utilizó el registro de retiro de ARV de farmacia y la carga viral (CV) como herramienta adicional. Se volcaron los datos en una base de Epi Info7.
Resultados: Se entrevistaron 121 p, 53,7 % hombres, mediana de edad 47 años, 42,5 % categoría CDC C3, 93,4 % con CV indetectable. Resultaron no adherentes 68p(56,2 %), de los cuales 62(91,2 %) tenían enfermedad controlada. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los pacientes adherentes y no adherentes con respecto al consumo de drogas (3p vs 13p con una P = 0.05), retiro de farmacia (90,6 % vs 73,5 % con una P: 0.03) y alcoholismo (1p vs 13p con una P:0.007). No se encontró diferencias en cuanto a edad, sexo, nivel educativo, satisfacción con médico tratante, presencia de depresión, categoría del CDC C3, dificultad en retiro de farmacia,conocer el nombre de los ARV indicados, número de comprimidos ni posología. Ver tabla.
Conclusión: El alcoholismo, el consumo de drogas y el no retiro de farmacia fueron variables asociadas a la no adherencia. A diferencia de reportes en la literatura, no se encontró mayor adherencia con los esquemas con una toma por día. La mayoría de los pacientes presentaron CV indetectable sin tener relación con el grado de adherencia, esto podría ser atribuido a la potencia de los nuevos ARV, pudiendo no necesitarse una adherencia mayor al 95 % para lograr el control de la enfermedad. Sin embargo se debería evaluar el impacto de esta "no adherencia" en el control de la enfermedad a largo plazo.

	Adherentes (53p)	No adherentes (68p)	P
Sexo masculino	60 %	48 %	N/S
Mediana edad	49 AÑOS	47 AÑOS	-
Cat cdc c3	45 %	40 %	N/S
Alcoholismo	2 %	26,4 %	0.007
Consumo drogas	5.6 %	19.2 %	0.05
Depresion	47.1 %	48.5	0.9
Conocer arv	46.8 %	33 %	0.3
Posologia: 1 vez al día	73 %	68 %	0.8
Retiro de farmacia	90.5 %	73.5 %	0.03
Cv < 50	96 %	91 %	0.45
Satifaccion excelente con medico	73,5	69,1	0,73

PE094 PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y ESTIMACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

A Nahuelan, C Rossanigo, S Pizarro, N Spitale, R Brito, A Minguez
Hospital Nuestra Sra de la Misericordia, Argentina.

Introducción: En los pacientes infectados por VIH, las enfermedades cardiovasculares han aumentado junto con la expectativa de vida. La coexistencia de factores de riesgo cardiovasculares tradicionales sumados al efecto directo del virus sobre el sistema vascular, la respuesta inmunológica del huésped y la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), provocaría un aumento del riesgo cardiovascular global (RCVG). Así mismo la presencia de Síndrome Metabólico (SM) favorecería el desarrollo de estas enfermedades.
Objetivo principal: Determinar en una población de pacientes infectados por VIH, la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y estimar su RCVG a 10 años. **Objetivos secundarios:** evaluar concordancia entre dos tablas predictoras de RCVG; determinar prevalencia de SM; y evaluar la asociación del RCVG con características propias de la infección por VIH.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal, en pacientes de ambos sexos ≥ 20 años con infección por VIH, con o sin TARGA y con buena adherencia a controles; atendidos en la consulta externa de Infectología de un Hospital Polivalente, del 1 de julio al 31 de diciembre de 2015. Se excluyeron pacientes hospitalizados en el mes previo, con enfermedad cardiovascular establecida y embarazadas/puérperas. Se evaluaron variables mediante anamnesis (sexo, edad, escolaridad, estado civil y socioeconómico, tabaquismo, sedentarismo y antecedentes familiares), medidas antropométricas (peso, talla, perímetro abdominal, tensión arterial) y laboratorio (glucemia, lipidograma). Se evaluaron también variables propias de la infección por VIH, como tiempo evolutivo desde diagnóstico, estadio clínico, carga viral, linfocitos CD4 y exposición a TARGA. Se determinó el RCVG mediante Score de Framingham y Tablas de OMS. Se utilizó estadística descriptiva, análisis bivariado para identificar asociación mediante prueba de Chi cuadrado y estadístico Kappa de Cohen para evaluar concordancia entre escalas predictoras de RCVG, y se analizó su significancia (p<0,05).
Resultados: Se incluyeron 60 pacientes, 60 % (n = 36) hombres y 40 % mujeres (n = 24). Edad media de 40,5 ± 10 años. El 4,16 % de las mujeres eran mayores a 55 años y 44,44 % de los hombres mayores de 45 años. Del total, 16,66 % presentaba antecedentes familiares de cardiopatía isquémica precoz. Prevalencia de factores de riesgo modificables: sedentarismo 66,66 %, tabaquismo 41,66 %, obesidad 16,66 %, diabetes mellitus/prediabetes 23,33 %, dislipemia 88,33 %, hipertensión 15 %. Según S. de Framingham: 81,66 % tenía RCVG bajo a 10 años, 13,33 % intermedio, y 5 % alto. Dicho score presentó concordancia leve con Tablas de OMS. Kappa (Cohen) 0,28 (p< 0,0001).
La prevalencia de SM fue de 20 %. Presencia de RCVG alto tuvo asociación con edad >40 años, sexo masculino y mayor tiempo evolutivo de infección por VIH (p< 0,001).
Conclusión: A la luz de estos resultados, creemos que se debe intensificar la prevención primaria cardiovascular mediante la búsqueda de factores de riesgo y su control estricto, a fin de articular las estrategias de intervención requeridas, que minimicen la aparición de enfermedad cardiovascular durante la evolución de la infección.

PE095 CONSTRUCCIÓN DE UN INSTRUMENTO LOCAL PARA MEDIR ESTIGMA PERCIBIDO Y EXPERIMENTADO EN PERSONAS CON VIH

PD Radusky[1], V Zalazar[2], O Sued[2], I Arístegui[2 3], E Fojo[2], IM Mikulic[1]
[1] Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Argentina. [2] Fundación Huésped, Argentina. [3] Universidad de Palermo, Argentina.

Antecedentes: El estigma ha sido reconocido como uno de los principales factores que favorecen la expansión de la epidemia de VIH pues obstaculiza las acciones preventivas, el testeo oportuno, el seguimiento y la adherencia al tratamiento. Por este motivo, resulta necesario desarrollar instrumentos actualizados de medición del estigma, culturalmente adaptados al contexto local, con el fin de describir este fenómeno para orientar las intervenciones de reducción de estigma y evaluar su eficacia. Los principales modelos teóricos de estigma frente al VIH reconocen tres dimensiones del estigma: experimentado, anticipado e internalizado. El objetivo de este estudio fue describir los niveles de estigma en personas con VIH de Buenos Aires y obtener evidencia de validez y confiabilidad de un nuevo instrumento de medición.
Método: Se diseñó un instrumento preliminar de 88 ítems a partir de entrevistas a personas con VIH, otras escalas disponibles ya validadas y las principales teorías actuales sobre estigma. Cinco jueces expertos en VIH evaluaron la claridad, relevancia y validez de contenido de los reactivos preliminares. Se obtuvo una versión depurada de 77 ítems que fue administrada a una muestra piloto entre noviembre y diciembre de 2016. El análisis estadístico incluyó el análisis descriptivo de los ítems, los alfas de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas y correlaciones con la adaptación española de la versión abreviada de la "Escala de Estigma de VIH", para obtener evidencia de validez de criterio. Resultados: La muestra consistió en 46 personas con VIH (67 % hombres, 31 % mujeres y 2 % mujeres trans). La media de edad fue de 41 años (DE = 10,68) y la media de años en tratamiento fue de 6,64 (DE = 6,84). El 50 % había experimentado estigma relacionado con el VIH alguna vez. Cincuenta ítems con adecuada asimetría, curtosis y correlación ítem-total fueron conservados para la versión final. Las escalas mostraron adecuada confiabilidad (Alfas: Internalizado = .86; Anticipado = .85; Experimentado = .86) y correlacionaron significativamente con su criterio (Internalizado: r = .68; Anticipado: r = .81 y .47; Experimentado = r = .79). Se observaron niveles más elevados de estigma anticipado (M = 58,54; DE = 13,72), que de estigma internalizado (M = 41,85; DE = 13,02) y experimentado (M = 33,76; DE = 13,19).
Conclusiones: Las personas con VIH de la Ciudad de Buenos Aires mostraron niveles más elevados de estigma anticipado e internalizado que de estigma efectivamente experimentado, lo que resulta consistente con estudios previos realizados en Argentina. La versión preliminar del nuevo instrumento para medir estigma relacionado con el VIH demostró adecuada confiabilidad y validez de contenido y criterio. El paso siguiente será la realización de un análisis factorial con una muestra de mayor tamaño con el fin de incrementar la evidencia de validez y arribar a una versión final. En conclusión, se puede considerar que esta versión preliminar resulta promisoria de cara al desarrollo de un instrumento útil para recolectar información acerca del estigma con el fin de orientar el diseño de intervenciones individuales y colectivas y evaluar su eficacia.

PE096 SÍNDROME DE ESCAPE EN LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH.

A Botas[1], M Davaro[1], D Stecher[2], H Salomón[3], C Martin[1]
[1] Clínica Bazterrica, Argentina. [2] Hospital de Clínicas,José de San Martín, Argentina. [3] INBIRS,UBA-CONICET, Argentina.

Introducción: Existe evidencia de que el sistema nervioso central (SNC) se comporta como un santuario donde el VIH puede escapar del control del tratamiento desarrollando resistencia a las drogas antirretrovirales. Esto puede generar síntomas neurológicos. La discordancia entre la carga viral plasmática (CVP) y la del liquido cefalorraquídeo (CVLCR) es conocida como síndrome de escape.

Resumen clínico y exámenes complementarios: Paciente masculino de 53 años con antecedentes de infección por VIH en 2002, sin confecciones ni enfermedades oportunistas. Recibe tratamiento antiretroviral (TARV) desde el diagnóstico.Esquema desde 2012: Emtricitabine, Tenofovir, Atazanavir y Ritonavir. Se interna por cefalea, astenia, trastornos mnésicos y de la marcha. Laboratorio al ingreso: CVP, VIH 360 copias/ ml (log 2.6) y recuento de linfocitos CD 4: 569 / mm3 (17 %). Previo a su internación tenía CVP no detectable. Se realiza RMN de cerebro que evidencia hiperintensidad de señal en secuencias T2 y Flair en sustancia blanca, coronas radiatas y centros semiovales sin realce luego de la inyección de Gadolinio ni efecto restrictivo en presencia de difusión. La punción lumbar evidencia leucocitos 53/mm3 con 90 % de linfocitos e hiperproteinorraquia de 61 mg/ dl. Las determinaciones de PCR fueron negativas para JC, CMV y positiva para EBV. La VDRL fue no reactiva en LCR.
Ante el cuadro clínico, las imágenes de la RMN y las características del LCR se solicita CVLCR , con la sospecha de síndrome de escape (habiéndose descartado el resto de las patologías neurológicas). Se recibe CVLCR de 4783 copias/ ml. Se solicita test de resistencia genotípico en LCR.Dentro de las mutaciones se informa la M184V entre otras.Se optimiza el TARV en función de los resultados y de la penetración de las drogas en LCR de acuerdo al CPE score(CNS penetration-effectiveness). Se rota TARV a Dolutegravir , Darunavir/Ritonavir, Emtricitabine y Tenofovir privilegiando drogas con buena penetración en LCR. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría neurológica.
Discusión: El diagnostico de síndrome de escape en este paciente se sospechó debido a que pese a tener previo a su internación CV no detectable en plasma, presentaba un cuadro de deterioro neurológico. La carga viral del ingreso pudo deberse a mala adherencia al tratamiento o a viremia de bajo grado. El físico químico del LCR ,el hallazgo de la mutación M184 V en el genotipo del LCR , las imágenes de la RMN fueron consistentes para el diagnóstico de síndrome de escape según lo reportado en la literatura.
Conclusiones: El compromiso de SNC en pacientes VIH se observa en el 40-70 %.El síndrome de escape viral del LCR se presenta en un 13-15 %.Es más frecuente en pacientes con más de 15 años de evolución del VIH y viremia baja persistente. Es habitual el hallazgo de mutaciones de resistencia como M184V en el virus aislado en LCR. El desarrollo de síntomas neurológicos en un paciente con CVP no detectable o con viremia de bajo grado debe obligar a descartar el síndrome de escape.

PE097 HEPATITIS B AGUDA EN PACIENTE VACUNADO CONTRA HEPATITIS B CON ANTICUERPOS PROTECTORES PREVIOS

S Stover, M Rey, N Laufer, H Perez
hospital fernandez, Argentina.

Introducción: El esquema de vacunación estándar contra HBV induce títulos de anticuerpos protectores en el 90 % de los adultos vacunados. En general, no se necesitan dosis de "boosteo" para individuos inmunocompetentes completamente vacunados. Sin embargo, reportamos un caso de un paciente con hepatitis B aguda, con antecedente de vacunación completa que presentó anticuerpos anti-HBs a títulos protectores 10 meses antes. Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente de 37 años, sin antecedentes de relevancia, que recibió vacunación para HBV en 1998, con títulos antiHBs de 10 U/L realizados en abril 2016, consulta en febrero 2017 por ictericia, sin fiebre ni dolor abdominal ni otros síntomas gastrointestinales.
Laboratorio: (24/2/17) BT 10, BD 8.4, GOT 995, GPT 2397, FAL 142, TP 70.6, KPTT 30, ELISA HIV no reactivo, HBsAg >124925.00, HBc IgG 6.86, antiHBs 0.00, HAV IgG 13.00, HAV IgM 0.56, HCV 0.07, VDRL no reactivo, EBV IgG 2.95. (3/3/17) BT 12.6, BD 11, GOT 1479, GPT 1917, FAL 179
(6/3/17) HBc IgM 22.97, antiHBs 0.00, HBeAg 636.76, antiHBe 33.06, BT 16.9, BD 14.6, GOT 1880, GPT 2332, FAL 180. (09/03/17) BT 18.9, BD 16.4, GOT, 2294, GPT 2689, FAL 185. (16/03/17) BT 8.6, BD 6.9, GOT 307, GPT 716, FAL 126, HBeAg 7.10, antiHBe 1.27. Evoluciona favorablemente con pico de transaminasas a los 15 días del comienzo del cuadro, y posterior descenso de los parámetros de hepatitis aguda. Continúa seguimiento de evolución con mediciones seriadas de HBeAg y antiHBe.
Conclusiones: Existe evidencia de un desgaste de la inmunidad con el tiempo luego de la vacunación para hepatitis B. En un estudio de seguimiento de pacientes que recibieron la vacuna contra hepatitis B al momento del nacimiento, se determinó a los 15 años que el 8 % tenía evidencia de infección pasada por HBV, con anti-HBc positivo, pero ninguno tenía infección crónica por HBV. A pesar de la probable disminución posterior y la pérdida final de anti-HBs detectable, está establecido que un curso completo de vacuna contra hepatitis B confiere protección completa contra la enfermedad clínica aguda y la infección crónica por hepatitis B por largos periodos de tiempo. De hecho, los linfocitos T y B, cuya capacidad de respuesta predomina sobre la presencia de anticuerpos anti-HBs en suero, son los verdaderos marcadores de inmunidad. Se necesitan más estudios sobre la duración a largo plazo de los anticuerpos a títulos protectores en individuos vacunados con esquema completo. Por otro lado, es necesario replantearse la necesidad de medir los anticuerpos anti-HBs de rutina, no solo en personal de salud, si no también en aquellos individuos que se encuentran en alto riesgo de contagio por tener exposiciones repetidas.

PE098 TEST RÁPIDO DE VIH: UNA HERRAMIENTA QUE AUMENTA LA ACCESIBILIDAD AL DIAGNÓSTICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA CABA

F Vulcano, L Marachlian, L Betti, A Arevalo, M Nan, F Portnoy.
Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud GCBA., Argentina.

Introducción: Desde 2001 la Coordinación Sida, estableció el acceso al diagnóstico de VIH como uno de sus ejes estratégicos con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de las personas infectadas y disminuir el riesgo de transmisión. Para ello puso en marcha los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) como dispositivos para facilitar el acceso al test de VIH. Desde entonces, se han creado en forma progresiva 38 centros o espacios de testeo facilitado. A partir de 2013 se comenzó a implementar un nuevo algoritmo diagnóstico que incluye un test rápido (TR) de VIH como método de tamizaje y una prueba molecular (carga viral) como confirmación.
Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación del TR en el acceso al diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención del sistema público de la CABA.
Materiales y métodos: Después de un proceso de implementación centrado en la capacitación y control de calidad, el TR para VIH fue incorporado progresivamente en 24 de los 38 centros de testeo: 16 de en centros de atención primaria, 5 en hospitales y 3 en ONG. Para la incorporación de esta técnica, se realizó un flujograma que permitió evaluar la viabilidad de su implementación y, en cada caso, se estableció un circuito de referencia con el laboratorio del hospital del área programática correspondiente para la confirmación diagnóstica con carga viral y el recuento de CD4.
Resultados: • Desde la implementación del TR el número de testeos para VIH aumentó progresivamente en los centros de diagnóstico (2012 = 10.230; 2013 = 11.902; 2.014 = 15.531; 2015 = 16108) y el porcentaje de personas que conocieron su serología fue mayor que con la técnica convencional, que implica la entrega diferida de resultados (99,1 % vs. 79,8 %). • Si se compara la razón hombre/mujer entre los CeSAC con TR y los que utilizan el test convencional, se observa un aumento de la misma (0,98 vs 0,75). • Desde 2014 se crearon 6 nuevos Centros de Testeo en lugares que no contaban con la infraestructura y/o el personal que requiere el circuito de la técnica tradicional.
Conclusiones: La implementación del test rápido se consolidó como una política pública para facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en la CABA, especialmente en el primer de atención. Desde la implementacion de esta estrategia, se observa un aumento sostenido del número de testeos y también un aumento en el acceso al diagnóstico de poblaciones que habitualmente no se acercan al sistema de salud, lo cual se ve reflejado en el índice de masculinidad. Por requerir mínimo equipamiento y por su simplicidad, el TR implicó un aumento en la cantidad y diversidad de centros que ofrecen el test de VIH. La implementación del TR se acompañó de un fortalecimiento de los circuitos de derivación, tanto para la confirmación del positivo preliminar como para la consulta con el servicio de Infectología, intentando garantizar mayor rapidez en la atención de las personas. La aplicación del nuevo algoritmo diagnóstico, en el marco de un programa validado de capacitación y control de calidad, ha demostrado ser una estrategia costo-efectiva con la cual más personas conocen su estado serológico.

PE099 OFERTA DE TEST RÁPIDO PARA VIH EN EL ESPACIO PÚBLICO: UNA ESTRATEGIA PARA FACILITAR EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES (CABA)

L Marachlian, A Arevalo, F Vulcano, L Betti, M Nan, F Portnoy.
Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS. Ministerio de Salud GCBA., Argentina.

Introducción: Desde su creación en 2000, la Coordinación Sida estableció el acceso al diagnóstico de VIH como uno de sus ejes estratégicos con el objetivo de reducir la morbimortalidad de las personas infectadas y disminuir el riesgo de transmisión. En este marco, para reducir el impacto negativo del diagnóstico tardío de VIH en CABA (44 % en hombres), desde 2013 se incorporó un nuevo algoritmo diagnóstico que incluye el uso de test rápido en el tamizaje y la carga viral en la confirmación. Asimismo, para promover esta técnica y fortalecer la accesibilidad al diagnóstico en la población general y en poblaciones que habitualmente no acceden al sistema de salud, se realizaron campañas de testo en la vía pública.
Objetivo: Analizar el impacto de la implementación del test rápido en la vía pública en la accesibilidad al diagnóstico.
Materiales y Método: Desde diciembre de 2014, implementamos la campaña "Test rápido de VIH por los Barrios" en puntos estratégicos de CABA, con un tráiler sanitario donde se ofreció el test en forma voluntaria, gratuita y confidencial, con asesoramiento pre/post testeo y con un circuito de derivación protegida al hospital de referencia para los casos de positivo preliminar. Se analizaron las entrevistas de las personas que acudieron al tráiler sanitario entre diciembre de 2014 y diciembre 2016.
Resultados: Se realizaron 3847 test: 2087 hombres (54 %) y 1760 mujeres (46 %), con una mediana de edad de 33 años. El 48 % nunca se había realizado el test de VIH (el 45 % de las mujeres y el 52 % de los hombres). Hubo 49 resultados positivos preliminares (38 hombres y 11 mujeres; 9 y 4 respectivamente se testeaban por primera vez) con una prevalencia global de infección por VIH del 1,27 %. La prevalencia según prácticas sexuales en la población masculina fue de: HSH 6,75 % y en HTS 0,71 %. El 53,9 % concurrió en forma espontánea a testearse porque pasaba por el lugar y vio el tráiler y el 31 % se enteró por los medio de comunicación o a través de las redes sociales.
Conclusiones: La oferta de testeo en vía pública contó con una mayor afluencia de varones que la habitual en el sistema de salud. En comparación con los datos de población general (0,4 %), hay una mayor prevalencia de infección por VIH en varones heterosexuales (0,71 %).
A su vez se observa que casi la mitad de las personas que se testearon era la primera vez que lo hacía y más de la mitad lo hizo porque "pasaba por ahí". Lo que reafirma la importancia de continuar fortaleciendo la implementación del TR de VIH en la vía pública (o fuera de las instituciones hospitalarias) a través de circuitos accesibles y amigables, para llegar a poblaciones que, habitualmente, no se acercan o no se testean en el sistema de salud.

PE100 DERMATITIS INFECTIVA SEVERA EN UN NIÑO DE 12 AÑOS ASOCIADA A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO TIPO 1: REPORTE DE UN CASO

M Biglione[1], M Beraza[2], C Cánepa[1], I Irurzun[2], C Berini[1]
[1] Universidad de Buenos Aires. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS). Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina. [2] Servicio de Dermatolgía del Hospital Gutierrez, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: la dermatitis infectiva (DI) es un síndrome caracterizado por eczemas repetidos, rinorrea crónica e infección cutánea causada por Staphyloccocus aureus y Streptoccocus pyogenes, de curso crónico y recidivante, a pesar de recibir un tratamiento antibiótico adecuado. El Virus Linfotrópico T Humano Tipo 1 (HTLV-1) es un retrovirus endémico en países de Sudamérica como Paraguay, Perú, Bolivia, Colombia y el Noroeste argentino. Se trasmite por via parenteral, sexual y de madre a hijo (preferencialmente por lactancia) y es causante de una mielopatía crónica y de la Leucemia/Linfoma a Células T del Adulto (ATL). Se ha reportado que cargas provirales elevadas de HTLV-1 favorecen el desarrollo de este síndrome debido al perfil th1 inflamatorio que produce y que estos pacientes presentan mayor riesgo de desarrollar sus enfermedades asociadas. Resumen clínico: presentamos el caso de un niño de 12 años nacido en Paraguay que consultó por primera vez un servicio de alergia de CABA en julio 2016 por urticaria, eccema y sobreinfección. Las pruebas de laboratorio y cutáneas fueron negativas para enfermedad alérgica y se descartó una dermatitis atópica severa. Presentaba examen de orina y hemograma normal sin esosinofilia ni anemia y, eritrosedimentación de 15. El paciente siguió presentando eccema exudativo y costroso en pliegues, cuero cabelludo, cara (con predominio periorificial), pabellón auricular, erupción papular generalizada, urticaria y sobreinfección. Se sospecha una DI. Se descartó HIV y otras inmunodeficiencias. El paciente mejoró con antibioticoterapia pero presentó recidivas con peor evolución al suspender o bajar la dosis. Entonces en septiembre de 2016 se sospechó y fue confirmada la infección por HTLV-1, serológica (ELISA, Bioars) y molecularmente (n-PCR in house). La carga proviral determinó 11,56 copias virales/100 PBMC por qPCR. Su madre resultó HTLV-1 seropositiva. Se cumplían los criterios diagnósticos de DI asociada a HTLV-1 de La Granade, quien describió a la DI como un marcador temprano de infección por HTLV-1. El paciente lleva un año con tratamiento prolongado de trimetoprima sulfametoxazol (320 mg día) alternando con ciclos de 10 días de clindamicina 300 mg cada 8 hs al presentar un brote intra-tratamiento. Se indicó ácido salicílico y coaltar en cuero cabelludo y betametasona en lesiones más pruriginosas del cuerpo. Se baña días alternos con jabón de clorhexidina y se humecta toda la piel. El paciente evoluciona favorablemente.
Conclusiones: se debe considerar la infección por HTLV-1 en todos los casos con sospecha de DI que presentan eccema crónico severo y falta de respuesta al tratamiento antibiótico. Además, es necesario monitorear el posible desarrollo de ATL, de mayor incidencia en casos con DI. Es recomendable que un equipo multidisciplinario (infectólogos, dermatólogos, neurólogos, hematólogos) realice el seguimiento de estos niños a largo plazo. Otras alteraciones cutáneas, como xerosis, acompañadas o no de sequedad de mucosas (xeroftalmia y xerostomía) son también comúnmente descritas en adultos con HTLV-1.

PE101 GRUPO DE PARES PARA APOYAR A PERSONAS VIVIENDO CON VIH CON DIAGNÓSTICO RECIENTE. RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON 1 AÑO DE SEGUIMIENTO

E Bottaro, L Faraone, A Soncini, M Pasarón, N Roussilian, M Cascasi, S Rodríguez, A Otreras, M De Bernardi, S Errea, D D'Alessandro, P Scapellato
Htal Gral de Agudos D F Santojanni, Argentina.

Introducción: el acceso y adherencia al TARGA son imprescindibles para que quienes viven con VIH (PVV) se beneficien de él. Una de las estrategias para mejorar la adherencia es el acompañamiento por pares: PVV entrenadas en apoyar a otras PVV para superar barreras que atenten contra el proceso de atención de salud. En nuestro centro aplicamos esta estrategia desde hace varios años a través de un grupo llamado "Positivos para positivos" (PPP).
Objetivo: comparar variables de adherencia y resultados de laboratorio en PVV con diagnóstico reciente de infección (DgRec) según hubieran sido acompañadas o no por PPP, tras 1 año de seguimiento.
Material y método: PPP está formado por PVV asistidas en nuestro centro desde hace años con buena adherencia, carga viral de VIH (CV) <50 copias-VIH/mm3 y que, a juicio de un equipo multidisciplinario (médicos, trabajadoras sociales y psicólogas) mostraran aptitud para apoyar y contener a PVV con DgRec (<6 meses desde el diagnóstico a su primera consulta). Se les ofreció integrar PPP. Quienes aceptaron fueron entrenadas por el equipo de salud. A medida que se hacía un nuevo diagnóstico de infección por VIH, se convocaba a 2 integrantes de PPP para su acompañamiento. El grupo de PVV con DgRec con al menos 1 encuentro con un integrante de PPP conformó el "grupo estudio". Las PVV con DgRec que rechazaron el contacto con PPP o que por alguna razón no hubieran recibido la oferta, conformaron el "grupo control". La atención a ambos grupos fue igual excepto por el apoyo de PPP al "grupo estudio", el cual fue periódicamente supervisado por el equipo. Este es el informe del análisis del porcentaje de retiro de antivirales de farmacia (PRAF) (N° de meses en que la PVV retiró su provisión mensual de TARGA x 100/ N° de meses durante los que la indicación siguió activa), las proporciones de quienes iniciaron TARGA, de quienes abandonaron seguimiento (6 meses consecutivos sin contacto con el sistema de salud), de quienes cumplieron bien con el control de laboratorio, de quienes lograron CV <50 y la evolución del recuento de CD4 tras 1 año de seguimiento. Se aplicó chi2 para variables categóricas y la suma de rangos de Wilcoxon para las continuas (STATISTIX 7.0).
Resultados: identificamos 61 PVV con DgRec. El "grupo estudio" presentó enfermedad más avanzada y el diagnóstico fue más frecuentemente hecho en internación. Por lo demás, ambos grupos fueron similares. La evolución de ambos grupos fue similar a excepción de lo que resume la tabla.

Variable	Grupo estudio (n = 18)	Grupo control (n = 43)	RR (IC 95 %)	p
Iniciaron TARGA; n(%)	18 (100)	35 (81,4)	1,23 (1,06-1,42)	0,09
PRAF >95 %; n(%)	8 (44,4)	7 (20)	2,22 (0,96-5,15)	0,12
Alcanzaron CV <50; n/n con dato disponible (%)*	13/14 (92,9)	22/29 (75,9)	1,22 (0,95 -1,57)	0,23
Abandono de seguimiento; n(%)	1 (5,6)	13 (30,2)	0,18 (0,03-1,30)	0,04

*Algunas PVV no hicieron laboratorio de control

Conclusión: Se observó una tendencia a un mayor PRAF, mayor inicio de TARGA y menor abandono de seguimiento entre las PVV del "grupo estudio". Si bien las diferencias no alcanzaron significación estadística, los resultados favoreciendo al "grupo estudio" nos estimulan a seguir trabajando en la estrategia.

PE102 ERGOTISMO ASOCIADO A RITONAVIR

AJ Crivelli, D Salusso, J Valiente, M Rey, H Perez
Hospital Juan A. Fernandez, Argentina.

Introducción: El ergotismo es una complicación de la intoxicación aguda o del abuso crónico de los derivados de la ergotamina que se observa en aproximadamente el 0,01 % de los pacientes expuestos y representa una entidad potencialmente grave. El ritonavir es un componente muy utilizado en esquemas de tratamiento antirretroviral (TARV) actuales como potenciador farmacocinético de los inhibidores de la proteasa (IP).
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de revisión de historia clínica electrónica de pacientes con episodios de ergotismo asociado al uso de ritonavir.
Resultados: Se incluyeron 16 pacientes con ergotismo, 9 mujeres (56.25 %), 7 hombres (43.75 %). Media de edad 36.5 años (DS 8.6). 15 pacientes (93.7 %) tenían diagnóstico de HIV y 1 era HIV negativo bajo profilaxis postexposición. La mediana de CD4 fue de 348 cel/mL (RIC 317-525). El 58.3 % (7) se encontraba indetectable al momento del episodio de ergotismo desconociendo el dato en 3 episodios (20 %). La mediana de tiempo desde el inicio del TARV con ritonavir y el episodio de ergotismo fue de 18 meses (RIC 14-79). Los TARV implicados fueron: LPV/r 5 (31.25 %), ATV/r 5 (31.25 %), DRV/r 2 (12.5 %), fAPV/r 2 (12.5 %), SQV/r 1 (6.25 %), IDV 1 (6.25 %). Los síntomas más frecuentemente observados fueron: dolor, frialdad y cianosis (62.5 %), parestesias (18.75 %), náuseas y vómitos (12.5 %). Un paciente se presentó con precordalgia y otro no presentó síntomas pero al examen físico se evidenciaba disminución de pulsos periféricos.El 75 % (12), requirieron internación de los cuales 3 (25 %) presentaron como secuela amputación de miembros y 1 (0.8 %) necrosis del nervio óptico.
Discusión: El ergotismo es un síndrome vasomotor que puede afectar cualquier órgano. La sospecha se debe plantear en base a un vasoespasmo intenso y al antecedente de consumo de preparados con ergotamina. Los medicamentos que inhiben el citocromo P-450, entre ellos los IP pueden elevar la concentración de ergotamina a niveles tóxicos, incluso cuando ésta se administra a dosis habituales. Los síntomas más frecuentes descriptos son disminución o ausencia de pulsos periféricos con palidez, frialdad, dolor y cianosis como lo observado en nuestra serie de casos. Puede conducir a la amputación, infección y sepsis. Habitualmente el compromiso es simétrico y en miembros inferiores.
Conclusión: El uso de ergotamina y sus derivados en pacientes HIV positivos tratados con IP presenta alto riesgo de reacciones adversas potencialmente fatales por lo cual la asociación se encuentra totalmente contraindicada. A pesar de la notificación a los pacientes y a la utilización de folletos explicativos exhibidos en el servicio los casos continúan observándose. Es muy importante que los médicos tratantes alerten al paciente sobre las potenciales interacciones al inicio del TARV y en forma periódica ya que los derivados ergotamínicos si bien no son de venta libre en nuestro país son accesibles para la compra.

PE103 1000 TEST DE VIH EN UN DÍA

G Cañete[1 2 3], M Anglese[1 2 3], K Pinasco[1 2 3], F Anglese[1 2 3], M Marciel[1 2], D Bettini[2 3]
[1] Programa municipal VIH y ets de Quilmes, Argentina. [2] Servicio de Infectología Hospital Iriarte de Quilmes, Argentina. [3] Previn . Asociación para la prevención de infecciones, Argentina.

Introducción: En el contexto de la iniciativa de la OMS 90 90 90 los programas de promoción del testeo son fundamentales.. Facilitar el acceso al test creando mas centros de testeo y disponiendo de mas test rápidos son herramientas muy importantes. Actualmente en cada operativo de salud municipal, provincial o nacional que se realiza en nuestro partido se ofrece test rápido VIH. El equipo de salud fue capacitado para el asesoramiento , consentimiento y tecnica de realización del test. El 1 de diciembre de 2016 se realizó una actividad conjunta y coordinada que se denominó "1000 test en un día" en el que participaron decenas de miembros del equipo de salud y voluntarios.
Metodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se utilizó test rápido alere de Abbott. Se analizó número de centros intervinientes. Número de personas testeadas. sexo y edad. Número de test positivos. Las personas con test VIH+ fueron derivadas al servicio de infectología del Hospital para test de elisa, carga viral y recuento de linfocitos cd4.Se analizo numero de personas con test + que realizaron carga viral confirmatoria.
Resultados: El 1 de diciembre de 2016 se realizaron en 10 centros del Partido el test VIH a 1071 personas. En cada centro se dispuso al menos de 2 asesores para consentimiento pre y post test y una persona capacitada que realizó el test.

Numeros de centros participantes	10
Numero de personas testeadas	1071
Media edad	31 años (r = 16-71)
Sexo	M 372 (35 %) F 690 (64 %) trans 9
Numero de test VIH+	7 (0,65 %)
Personas con test VIH+ con carga viral	6/7

Conclusiones: 1. Esta fue la actividad mas importante de promoción de testeo VIH en nuestro Partido. 2. Se realizo el test a mas de 1000 personas en un día. Notable predominio del sexo femenino entre las personas testeadas. 3. El 0, 65 % de los test fueron positivos. 4. De las 7 personas con test VIH+ 6 concurrieron a realizarse estudios que confirmaron la infección.

PE104 MORTALIDAD Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS A LA MISMA EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV QUE DESARROLLAN TUBERCULOSIS

E Warley, S Tavella, P Garnica, A Aoad, K Llanos Ibarra, E Acero, G Viera
HIGA DR DIEGO PAROISSIEN. ISIDRO CASANOVA. BS AS, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es el evento definitorio de SIDA más frecuentemente reportado en los pacientes infectados por HIV. Se describen altas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a la misma en ésta población. Presentamos los datos de un centro de referencia del conurbano bonaerense que atiende una población de bajos recursos económicos.
Objetivo: Determinar la tasa de mortalidad en los pacientes que desarrollan TB y evaluar la frecuencia de presencia de algunos factores descriptos como asociados a la misma. Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte de seguimiento de pacientes infectados por HIV. Se analizaron las HC de los pacientes reportados con diagnóstico de TB entre los años 2006

y 2016. Como variable dependiente se analizó el desarrollo o no de muerte y como independientes edad, nivel de CD4, perdida de seguimiento respecto al HIV al diagnóstico de TB, forma de presentación de TB y tipo de tratamiento.
Resultados: Se evaluaron las HC de 58 pacientes con diagnóstico de TB, mujeres 27 (46.6 %), varones 31 (53,4 %). El diagnóstico de infección por HIV se efectuó de manera concomitante al de la TB en 14 casos (24,15 %) presentando diagnóstico previo en 44 (75,9 %). Se reportaron 12 fallecimientos con una frecuencia de 21 %, 6 de sexo femenino y 6 de masculino. De ellos 6 (15,7 %) en 38 formas pulmonares y 6 (60 %) en 10 formas diseminadas. En relación al modo de diagnóstico fallecieron 4 (33,3 %) de 12 pacientes que recibieron tratamiento empírico, 5 (19,2 %) de 26 diagnosticados por examen baciloscópico directo, 2 (22 %) de 9 por cultivo y 1 (16,6 %) de 6 diagnosticados por toma de biopsia. La media de edad fué de 38 años en los fallecidos y de 30 en los no fallecidos y la de CD4 de 70.2 cel/ml y de 215 cel/ ml respectivamente. Fallecieron 9 (34 %) de 26 pacientes en pérdida de seguimiento de la infección por HIV y 10 (23,8 %) de 42 pacientes con edad menor a 45 años en contraste con 2 (12,5 %) de 16 con edad superior a 44 años. De los 12 fallecidos, 2 (16,7 %) habían recibido tratamiento previo para TB.
Conclusiones: Observamos una elevada tasa de mortalidad y una mayor frecuencia de muerte en los pacientes que presentaron menor recuento de CD4, edad menor a 45 años, en la formas diseminadas, en aquellos que recibieron tratamiento empírico para TB y en aquellos que se encontraban en perdida de seguimiento respecto al control del HIV. Aunque no podemos asegurar que todos los episodios de muerte sean debidos a la TB nuestros datos deberían ser considerados por los programas y los centros de atención a la hora de definir las políticas de prevención y la incorporación de nuevas tecnologías que promuevan una forma de diagnóstico más eficiente y precoz de la tuberculosis.

PE105 PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV

E Warley, S Tavella, P Garnica, E Acero, G Viera, A Aoad, K Llanos Ibarra
Higa Dr Diego Paroissien. Isidro Casanova. BS AS, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es el evento definitorio de SIDA más frecuentemente reportado en los pacientes infectados por HIV. El ingreso temprano a la terapia antirretroviral (TARV) y el tratamiento de la infección latente por TB (TPI) son las medidas descriptas para prevenir la TB en ésta población. Presentamos los datos relacionados con los aspectos preventivos descriptos de un centro de referencia del conurbano bonaerense que atiende una población de bajos recursos económicos.
Objetivo: Evaluar la frecuencia de interrupciones de la TARV y diagnóstico tardío de HIV y la utilización de PPD y TPI en los pacientes infectados por HIV que desarrollaron Tuberculosis.
Material y métodos: Análisis retrospectivo de la cohorte de seguimiento de pacientes infectados por HIV. Se analizaron las HC de los pacientes reportados con diagnóstico de TB entre los años 2006 y 2016. Se evaluaron datos clínicos y demográficos, situación respecto del diagnóstico de HIV y la TARV al momento del diagnóstico de TB, reporte de la realización y valor de PPD y realización de TPI.
Resultados: Se evaluaron las HC de 58 pacientes con diagnóstico de TB, mujeres 27 (46.6 %), varones 31 (53,4 %). El diagnóstico de infección por HIV se efectuó de manera concomitante al de la TB en 14 casos (24,15 %) presentando diagnóstico previo en 44 (75,9 %). De los 44 pacientes con diagnóstico previo el 90 % tenían descripto en sus registros problemas de adherencia y/o interrupciones de la terapia y el 59 % se hallaba al momento del diagnóstico de TB en pérdida de seguimiento. La forma de presentación de TB fue pulmonar en 38 pacientes (66,75), pleural en 3 (5,3 %), ganglionar en 5 (8,8 %), diseminada en 10 (17,5 %) y meníngea en 1 (1,8 %). Existían reportes del valor de PPD en 6 pacientes (11 %) siendo negativo en 4 (66 %) y positivo en 2 (34 %). No existía ningún reporte en el 89 % de los casos (52 pacientes). Recibieron TPI previa 2 pacientes (3,4 %).
Conclusiones: Observamos una elevada frecuencia de pérdidas de seguimiento, abandonos de las terapias antirretrovirales y diagnóstico tardío de HIV así como una muy baja frecuencia de realización de estudios para diagnóstico de la infección latente por TB y de indicación de TPI para su tratamiento en la población estudiada. Deberían promoverse por parte de la autoridad sanitaria y los centros programas focalizados en evitar las pérdidas de seguimiento y el abandono de las terapias antirretrovirales y brindar las condiciones para la implementación de programas de TPI en los centros de atención especialmente en las regiones de elevada prevalencia de TB.

PE106 PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA DE CÉLULAS T EN PACIENTE VIH+

G Perez, L Vaello, C Barolin, C Migazzi, S Troiano, A Romani, M Viegas
Servicio de Infectologia, Hospital Presidente Peron, Avellaneda, Argentina.

Introducción: Los linfomas No Hodgkin (LNH) son la segunda neoplasia en frecuencia en pacientes con enfermedad HIV/sida, luego del sarcoma de Kaposi. LNH es un evento marcador de SIDA. La infección por HIV aumenta significativamente, entre 100 a 200 veces, el riesgo de desarrollar una neoplasia linfoide. La prevalencia de LNH en esta población es de 3 % a 5 %. Más del 95 % de estas neoplasias son de fenotipo B. El genoma del EBV se ha detectado en diversos números de pacientes con linfomas relacionados con el SIDA. El EBV también se ha identificado en linfomas de células T relacionados con el VIH. Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente VIH+ de reciente diagnostico; adicto a drogas vía inhalatoria, con inicio temprano de HAART: tenofovir + lamivudina + efavirenz; CD4: 69/mm3(10 %); CV: 120904 cop/ml (5.08 log); consulta por tumoración de aparición aguda, de 18 x 15 cms en región subescapular y región lateral de hemitorax izquierdo, dolorosa a la palpación, de consistencia duroelastica. Se realizó TAC de tórax, abdomen y pelvis que evidencio masa heterogénea que involucra pared izquierda del tórax y porción superior de la escápula, la cual se extiende hacia pulmón homolateral. Hígado heterogéneo por nódulo en segmento IV de 60 x 84 mm. Adenopatías aumentadas de tamaño en cadenas ilíacas e inguinales. Por dicha imagen en parrilla costal, se le agrego al tratamiento empírico inicial cobertura para actinomicosis. Se tomó muestra biopsia de lesión: BAAR y cultivo para micobacterias negativo; micológico (directo y cultivo) negativo; gérmenes comunes (gram y cultivo sin desarrollo de gérmenes). En segunda instancia se envió muestra a anatomía patológica que informo: tejido fibroadiposo y muscular esquelético, que exhibe invasión por neoplasia de aspecto maligno, mononuclear, con categorización histogenética de linfoma T. Posterior al diagnóstico el paciente obita sin llegar a recibir quimioterapia.
Conclusiones: Se describe caso de paciente en estadio C3, con lesión tumoral de partes blandas. El cual fue multiestudiado, recibiendo variados esquemas antibióticos con mala respuesta a los mismos y en el cual se descartó etiología infecciosa mediante tinciones y cultivos; por lo cual requirió nueva biopsia para análisis por anatomía patológica. Esto nos alerta a poner el foco en causas extrainfecciosas, de presentación atípica en paciente en etapa SIDA con mala respuesta terapéutica inicial. A pesar del mejor pronóstico de estas afecciones gracias al TARGA se hace imperiosa la necesidad de arribar lo antes posible al diagnóstico de patologías tan agresivas.

PE107 VARIACIÓN ESTACIONAL EN EL RECUENTO DE LINFOCITOS T CD4+ EN PACIENTES INFECTADOS POR HIV

C Yamamoto[1], O Sued[1], A Gun[3], C Cesar[1], F Cahn[3], P Cahn[1], S Perez-Lloret[1]
[1] Fundación Huésped, Argentina. [3] Centro Medico Huésped, Argentina.

Introducción: La variabilidad de los parámetros de laboratorio, en particular de los hematológicos es un fenómeno reconocido, pero no se cuenta con datos sobre la variabilidad de recuento de linfocitos T CD4+ (CD4) en personas infectadas por HIV.
Objetivo: Identificar variaciones estacionales y no estacionales en el recuento de CD4 en pacientes infectados por HIV con y sin tratamiento antirretroviral (TARV).
Material y métodos: En el periodo 01/2007-12/2016, 1907 pacientes realizaron recuento de CD4 como parte de su atención habitual en un centro de referencia de la ciudad de Buenos Aires. El 71 % era de sexo masculino. El 75 % se clasificaron en el grupo con TARV, definido como al menos un periodo de su seguimiento con TARV. El recuento de CD4 se cuantificó en sangre periférica por citometría de flujo. El 90 % de los pacientes tenían más de un recuento de CD4 con una mediana de seguimiento de 55 meses. Se utilizaron modelos ANOVA de efectos mixtos para estimar la variación mensual, estacional o anual del recuento de CD4 teniendo en cuenta la variabilidad intra sujeto. La Función Parcial de Autocorrelación (ACPF) se utilizó para evaluar variaciones periódicas no estacionales. Finalmente, se calcularon las correlaciones no paramétricas entre medias mensuales de CD4 y parámetros climáticos.
Resultados: Los pacientes en TARV presentaron recuentos de CD4 iniciales inferiores a los de pacientes sin TARV. Se observaron variaciones anuales significativas de diferente signo en pacientes en TARV (29.2±3.8 [F = 59.3 p<0.001]) y sin TARV (-22.3±6.4 [F = 12.7 p<0.008]) (Figura 1). Se observó variación estacional significativa en pacientes en TARV con valores más altos

en primavera (465.7±7.1 vs 445.7±3.2 en verano, 440.9±3.1 en otoño y 435.7 en invierno, F = 13.9 p<0.001). En pacientes sin TARV se observó un pico en el mes de junio y el valle en el mes de octubre (Figura 2). La media mensual de CD4 correlacionó con la humedad relativa del ambiente en ambos grupos (r = 0.34 p<0.01, r = -0.30 p<0.01).
Conclusiones: Los pacientes en TARV partían de recuentos de CD4 más bajos de acuerdo a las guías para inicio de TARV del periodo estudiado. Las variaciones anuales de CD4 observadas en pacientes tratados corresponden al incremento debido al TARV ya conocido. Nuestro estudio muestra una variación estacional de los niveles de CD4. Las implicancias clínicas de esta observación requieren estudios ulteriores.

PE108 DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE RIGIDEZ HEPÁTICA EVALUADA POR ELASTROGRAFÍA HEPÁTICA DE TRANSICIÓN (FIBROSCAN®) EN DOS PACIENTES CON RESPUESTA VIROLÓGICA SOSTENIDA AL TRATAMIENTO DE HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

JJ Ricart[1 2], DA Ameri[2 3], F Cairo[3], J Padín[2], JL Francos[1 2]
[1] Hospital de Enfermedades Infecciosas "F. J. Muñiz", CABA, Argentina. [2] Hospital Penitenciario Central [1], Servicio Penitenciario Federal, Ezeiza, Argentina. [3] Hospital El Cruce, F. Varela, Buenos Aires., Argentina.

Introducción: Los antivirales de acción directa (AAD) han revolucionado el tratamiento de la hepatitis C con tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) mayores al 90-95 % para los esquemas actualmente en uso. La elastografía hepática de transición (Fibroscan®) es un método no invasivo para evaluar la fibrosis hepática. Existen reportes de disminución de fibrosis en pacientes con RVS. Presentamos dos casos de disminución significativa del Kpa en pacientes con RVS.
Caso 1: Paciente masculino de 54 años, privado de su libertad, HIV positivo, bajo TARV con FTC-TDF-Dolutegravir, CD4 = 315 células/ul y carga viral de HIV <17 copias/ml, coinfectado con hepatitis C, GEN 1a con carga viral HCV basal de 1700000 UI/ml. Presenta lesiones en ambos miembros superiores compatibles con porfiria cutánea. Refiere antecedentes de intolerancia previa a tratamiento con Peg-interferón-ribavirina. Se realizó Fibroscan® pre-tratamiento con Kpa 16,9 (IQR 3, IQR/med 18 %), informe F4. En laboratorio basal GOT 46, GPT 72, BILI T 1, PLAQ 144000, quick 88 %, score de APRI basal de 0,8 y en ecografía abdominal se informó esplenomegalia de 149 mm. El paciente realizó 12 semanas de sofosbuvir-daclatasvir-ribavirina, presentando RVS y desaparición de lesiones cutáneas. Luego de 6 meses de finalizado el tratamiento, el Fibroscan® informó Kpa 6,8 (IQR 1,4, IQR/med 21 %), informe F1 y la ecografía informó hepatomegalia, bazo 120mm homogéneo, vena porta 11mm y laboratorio GOT 20, GPT 27, plaquetas 123000, Quick 93 %, score de APRI 0,42.
Caso 2: Paciente masculino de 43 años, privado de su libertad, HIV positivo, bajo TARV con FTC-TDF-Dolutegravir, CD4 = 569 células/ul y carga viral de HIV <17 copias/ml, coinfectado con hepatitis C, GEN 1a con carga viral HCV basal de 6790000 UI/ml, antecedentes de haber presentado síndrome ascítico edematoso en el último año. Se realizó Fibroscan® pre-tratamiento con Kpa 38,5 (IQR 9,2; IQR/med 24 %), informe F4. En laboratorio basal GOT 47, GPT 38, BILI T 1.5, PLAQ 67000, Quick 70 %, score de APRI basal de 1,8. El paciente realizó 24 semanas de sofosbuvir-daclatasvir, presentando RVS. Luego de 2 meses de finalizado el tratamiento, el Fibroscan® informó Kpa 12,7 (IQR 1,3; IQR/med 10 %), informe F3; y la ecografía 3 meses post-tratamiento informó hepatomegalia, bazo 120mm homogéneo, vena porta 11mm y laboratorio GOT 34, GPT 33, plaquetas 155000, Quick 80 %, score de APRI 0,58.
Conclusiones: Se presentan dos pacientes HIV positivos coinfectados con HCV que han realizado tratamiento con nuevos AAD presentando RVS y además regresión de fibrosis hepática post-tratamiento evidenciado por un descenso significativo en el Kpa de Fibroscan® y mejoría de estudios complementarios. Si bien el principal beneficio del tratamiento es la eliminación viral, es posible que los pacientes evidencien regresión de fibrosis significativa con los nuevos tratamientos; lo que plantea un beneficio adicional a la cura virológica. Quedará por determinar si este descenso en la medición de Kpa es una verdadera regresión de la fibrosis o bien una resolución de la inflamación crónica con subsecuentes mejoras en los parámetros de laboratorio y valores de la elastrografía.

PE109 CASCADA DE TRATAMIENTO DE PACIENTES HIV POSITIVOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

JJ Ricart, JL Francos, N Vittar, MC Naizzir Olave, K Moreno, JN Velásquez, M Corti
Hospital de Enfermedades Infecciosas "F. J. Muñiz", CABA., Argentina.

Introducción: En el año 2015, el Ministerio de Salud de la Nación apoyó el proyecto de la OMS denominado 90-90-90 para el año 2020. A partir de esta iniciativa, el 90 % de los pacientes infectados debería estar diagnosticado, el 90 % debería estar recibiendo tratamiento antirretroviral y el 90 % debería tener una carga viral indetectable. La información sobre la cascada de tratamiento en centros de salud argentinos es limitada a la fecha.
Objetivos: -describir variables demográficas de la población en estudio: edad, sexo, probable vía de infección, estadío clínico, residencia, obra social, año de diagnóstico, CD4 basal y presencia de coinfección por virus de hepatitis virales. -determinar permanencia en el sistema de atención. -describir acceso al tratamiento antirretroviral y esquemas utilizados. -evaluar la respuesta clínica, inmunológica y virológica obtenida.
Material y Métodos: Fueron evaluadas de manera retrospectiva las historias clínicas de los pacientes HIV positivos que consultaron al infectólogo de cabecera en el mes de febrero de 2016 en un hospital especializado de la Ciudad de Buenos Aires. Se evaluaron 3 variables principales, realizando un corte en marzo de 2017 (un año de seguimiento): permanencia en el sistema de salud, uso de antirretrovirales y supresión virológica. Fueron considerados retenidos por el sistema cuando hubo al menos una consulta posterior a la basal dentro del período de estudio. Se analizó la indicación de antirretrovirales al inicio y al final del período de estudio. La supresión virológica se definió como una carga viral menor a 40 copias/ml al final del período. El análisis de los datos se realizó con el software STATA 13.
Resultados: Se incluyeron en la evaluación 119 pacientes; 43,7 % varones, 52,1 % mujeres, 3,4 % población trans. Media de edad: 44,9 años (r 21-75); media de años desde el diagnóstico: 11 (r 1-28). Residencia: 19,3 % CABA; 80,7 % conurbano bonaerense. Pacientes con obra social 13,4 %. Vías de transmisión: 45 relaciones heterosexuales no protegidas, 14 HSH, 6 ADEV, 2 bisexuales, 1 transfusional, 1 vertical, 50 sin datos. Estadío clínico del CDC: A 40,2 %, B 23,9 % y C 35,9 %. Promedio de CD4 en visita basal: 364 células/mm3 (r 0 - 1263). Coinfección HIV/HCV: 41,38 %. Uso de ARV en visita basal: 92,4 %. Uso de ARV en última visita: 94,5 %. Esquemas ARV: INNTIs 53,33 %, IPs 42,86 %, IINs 3,81 %. Permanecieron en el sistema: 93,3 %. Noventa y cuatro pacientes realizaron al menos una carga viral en el periodo evaluado; de estos, 72,34 % (68/94) tuvieron carga viral indetectable.
Conclusiones: En esta población de pacientes se alcanzó la meta de tratamiento antirretroviral en más del 90 %. Sin embargo, nuestro centro se encuentra por debajo de la meta propuesta por la OMS para supresión virológica. Gran parte de la población en seguimiento vive lejos del centro de atención y presentó enfermedad avanzada por HIV/SIDA. Se requieren programas especialmente diseñados para mejorar el seguimiento y la adherencia a los controles y así lograr las metas de la OMS en los próximos tres años.

PE110 CASCADA DE TRATAMIENTO DE HIV EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD EN EZEIZA, ARGENTINA.

JJ Ricart[1 2], DA Ameri[2], J Padín[2], N Medina[2], JL Francos[1 2]
[1] Hospital de Enfermedades Infecciosas "F. J. Muñiz", CABA., Argentina. [2] Hospital Penitenciario Central [1], Servicio Penitenciario Federal, Ezeiza., Argentina.

Introducción: Aproximadamente 11000 personas están privadas de la libertad dentro del ámbito de cárceles federales en Argentina. La prevalencia estimada de HIV en esta población es del 3 %. Es importante evaluar la cascada de tratamiento en esta población para maximizar el control virológico, aumentar la sobrevida y mejorar la calidad de vida.
Objetivos: Describir la cascada de tratamiento de HIV de la población en estudio.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo de cohorte de internos HIV positivos asistidos en una cárcel federal de máxima seguridad en Ezeiza, Argentina. Criterios de inclusión: todos los internos HIV positivos que recibieron tratamiento a través del Servicio de Infectología en el mes de diciembre de 2016 fueron incluidos en el análisis. Durante el año 2016 se implementaron distintas estrategias para llegar a la meta de la OMS 90-90-90: test voluntario de HIV a los internos que ingresan al penal, tratamiento antirretroviral en la primera visita con el infectólogo, todo interno HIV positivo fue evaluado al menos una vez al mes, se implementó el tratamiento de acuerdo a guías locales del Ministerio de Salud. La información fue obtenida de un registro electrónico de historias clínicas. Para el análisis estadístico fue utilizado el programa SPSS.
Resultados: Al 31 de diciembre de 2016, un total de 62 internos HIV positivos se encontraban alojados en el penal (>90 % del total estimado para esta prisión federal), 100 % sexo masculino.

Edad media de 37 años (min 21- máx 74). Promedio de linfocitos CD4 de 427 cél/ml (min 59 – máx 1120). El 29,03 % de los internos (18/62) estaban coinfectados con virus de la hepatitis C, un 8,06 % (5/62) tenían antecedentes de infección por *Mycobacterium tuberculosis*. El 100 % tenía retención en el sistema (62/62), el 98,38 % (61/62) se encontraba recibiendo tratamiento antirretroviral. Cuarenta y ocho internos tenían tratamiento intracarcelario por más de 4 meses, de los cuales a 43 se le pudo realizar control de carga viral para HIV. El 93 % de ellos (40/43) se encontraba con respuesta viral con <200 copias/mm3 y el 88,37 % (38/43) presentaba carga viral <40 copias/mm3. El uso de antirretrovirales fue: 54,09 % (34/61) utiliza NNRTIs, un 40,98 % (25/61) utiliza IPs y un 4,92 % (3/61) utiliza INSTIs. Resultado final de meta: >90 %/98,4 %/88,37 %, este último valor referido a internos con más de 4 meses de HAART y carga viral realizada.
Conclusiones: A pesar de que la meta de la OMS del 90-90-90 para el año 2020 es ambiciosa, en este ámbito intracarcelario dos de ellas fueron cumplidas: diagnóstico y uso de ARV. Es necesario aumentar la oferta de serologías de screening del HIV especialmente al ingreso a las cárceles. Los controles mensuales con el especialista y la rápida implementación del TARV son cruciales para lograr cargas virales indetectables en esta población. Futuras estrategias de tratamiento, simplificando el mismo, ayudarán a lograr que >90 % de estos pacientes logre cargas no detectables.

PE111 FIBROSIS HÉPATICA EVALUADA POR ELASTROGRAFÍA HEPÁTICA DE TRANSICIÓN Y ACCESO AL TRATAMIENTO EN PERSONAS PRIVADAS DE SU LIBERTAD CON HEPATITIS C CRÓNICA

JJ Ricart[1 2], DA Ameri[2 3], F Cairo[3], J Padín[2], N Medina[2], JL Francos[1 2]
[1] Hospital de Enfermedades Infecciosas "F. J. Muñiz", CABA., Argentina. [2] Hospital Penitenciario Central [1], Servicio Penitenciario Federal, Ezeiza., Argentina. [3] Hospital El Cruce, F. Varela, Buenos Aires., Argentina.

La elastografía hepática de transición es un método rápido, no invasivo, reproducible y de fácil translado para medir la rigidez hepática. Las personas privadas de su libertad presentan riesgo elevado de infección por hepatitis C (HCV), hasta 10 veces más que la población general en Argentina. De acuerdo a guías locales solamente los pacientes con fibrosis avanzada tienen acceso al tratamiento con antivirales de acción directa de HCV. El uso de la elastografía hepática de transición para monitorear la rigidez y fibrosis en este ámbito no ha sido estudiado a la fecha.
Objetivos: Describir la fibrosis y acceso al tratamiento de HCV en personas privadas de su libertad en Ezeiza, Argentina.
Meteriales y Métodos: Entre enero de 2015 y noviembre de 2016 se midió la rigidez hepática mediante elastografía hepática de transición (Fibroscan 402, Echosens, Francia) entre internos de una cárcel argentina de máxima seguridad. El Fibroscan se indicó en aquéllos internos con serología de screening para HCV positiva. El tratamiento con antivirales de acción directa para HCV se indicó en internos monoinfectados F3-F4 y en coinfectados HIV/HCV con F2-F4 de acuerdo a guías del Ministerio de Salud de la Nación. Se realizó PCR HCV con Abbott RealTime (de acuerdo a reglamentación local dicho estudio solamente puede ser solicitado en pacientes con fibrosis avanzada). El estadío de cirrosis se definió para internos monoinfectados HCV con >12.5 de kPa y en coinfectados HIV/HCV con >14 kPa.
Resultados: En el período de estudio se identificaron 101 internos con serología HCV positiva, de los cuales a 53 de ellos se le realizó el estudio Fibroscan e ingresaron en el análisis final. Un 35,8 % (19/53) estaba coinfectado con HIV. Mediana de edad: 45 años (rango 28-62), 100 % sexo masculino. Mediana de rigidez hepática de 9 kPa (IQR 62,5-19,1). El 33,9 % (18/53) se encontraba en estadio cirrótico. Once internos presentaban rigidez >20 kPa, de los cuales 7 tenían registros >24 kPa. Treinta y siete internos fueron estudiados con carga viral y genotipo de HCV: 25 internos (67,6 %) con genotipo 1 (18 Gen1a, 7 Gen 1b), 1 interno con genotipo 3a (2,7 %), 1 interno con genotipo 4a (2,7 %) y 10 internos con resultados de PCR negativas (27,02 %). A 19 internos se les indicó tratamiento con antivirales de acción directa mientras permanecieron en prisión. Hasta marzo de 2017, 5 habían completado el tratamiento (100 % con respuesta de fin de tratamiento, 4 con RVS 12 semanas y 1 se encuentra a la espera de resultados post-12 semanas), 4 fueron liberados y 10 se encuentran a la espera de entrega de medicación por parte del Ministerio de Salud.
Conclusiones: El Fibroscan logró evaluar rápidamente la fibrosis en este grupo de pacientes, lo que posteriormente permitió el acceso al tratamiento durante la estadía en prisión. La fibrosis avanzada fue común en este grupo de internos. La mayoría de los internos no recibieron tratamiento debido a una baja fibrosis o bien fueron liberados antes de realizar todos los estudios diagnósticos. Muchos internos continúan esperando la entrega de medicación con antivirales de acción directa por parte del Ministerio de Salud; el mismo no cuenta a la fecha con stock disponible.

PE112 ABSCESOS CEREBRALES POR *Mycobacterium tuberculosis* EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR HIV: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

D Nicita, D Masini, E Vazquez, D Risso, N Trione, H Metta, M Corti
Hospital FJ Muñiz, Argentina.

Los abscesos cerebrales representan una forma presentación infrecuente de tuberculosis del sistema nervioso central en pacientes con infección por HIV. A continuación se describen 3 casos clínicos:
Primer caso: varón de 32 años HIV positivo, linfocitos T CD4+: 126 cél/ul (12 %) con antecedentes de tuberculosis pulmonar sensible a drogas de primera línea con abandono del tratamiento que ingresó por cefalea, déficit motor y convulsiones. Serologías: toxoplasmosis (IgG) reactiva 1/16, Chagas (IgG) no reactiva. Esputo seriado y lavado broncoalveolar para BAAR: negativos. Radiografía de tórax: sin anormalidades.
Segundo caso: varón de 48 años HIV positivo de reciente diagnóstico, linfocitos T CD4+: 70 cél/ul (15 %) con tuberculosis pleuropulmonar sensible a drogas de primer línea que evolucionó con cefalea y convulsiones. Serologías: toxoplasmosis (IgG) reactiva. Chagas (IgG): no reactiva. Cultivo de Esputo y Líquido Pleural positivo para M. tuberculosis.
Tercer caso: varón de 47 años HIV positivo, linfocitos T CD4+: 113 cél/ul (17 %) con antecedentes de tuberculosis pulmonar con abandono del tratamiento que ingresó por deterioro del sensorio y déficit motor. Serologías: toxoplasmosis (IgG-ELFA) 145 UI/ml. Chagas (IgG): no reactiva. adiografía de tórax: sin anormalidades.
En todos los casos se inició tratamiento empírico para toxoplasmosis cerebral sin respuesta clínica ni en neuroimágenes. Posteriormente se agregó, por antecedentes personales, tratamiento antifímico con respuesta parcial evidenciándose en TC imágenes multilobulares que reforzaban con el contraste asociado a edema perilesional. Las ubicaciones de las lesiones fueron frontoparietal izquierda (primer caso), parietooccipital derecha (segundo caso),y frontoparietal y occipital derechas (tercer caso). En el primer caso se realizó biopsia estereotaxica de cerebro comprobandose resistencia de la cápsula de los abscesos y obteniéndose un granuloma no bien definido en la anatomía patológica con tinción de Ziehl Neelsen positiva con bacilos fragmentados y disgregados. Posteriormente se realizó exéresis de la masa certificandose la etiología tuberculosa con evolución favorable. En el segundo caso, durante el tratamiento antifímico por tuberculosis pleuropulmonar confirmada, el paciente presentó los síntomas neurológicos descritos. Luego de certificada la presencia de lesión ocupante de espacio se realizó la exéresis informando en el examen anatomopatológico la presencia de numerosos bacilos ácido alcohol resistentes. El paciente presentó buena evolución clínica y fue dado de alta en fase de consolidación. En el tercer caso se programó biopsia estereotaxica de cerebro por persistencia de las lesiones ocupantes de espacio a pesar de la mejoría clínica con el tratamiento antifímico instaurado. Conclusión: debido a la escasa penetración de las drogas específicas la resección quirúrgica es necesaria en los abscesos tuberculosos con cápsulas gruesas y multilobulados.

PE113 EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA VIH-SIDA EN UNA PROVINCIA DE LA ARGENTINA A 30 AÑOS DE SU INICIO

R Gaiser[1], L Calanni[2].
[1] Hospital Bouquet Roldan, Argentina. [2] Hospital Provincial Neuquen, Argentina.

Introducción: Desde el reporte de los primeros casos de pacientes VIH-SIDA en 1981 en USA, la pandemia se ha extendido a nivel mundial, con diferencias en la epidemiología y evolución en las diferentes regiones.
Objetivo: Conocer la evolución de la epidemia en nuestra provincia desde sus comienzos hasta la actualidad, a fin de implementar acciones que respondan a la realidad de esta población y la elaboración de un boletín anual provincial.
Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo con análisis de datos desde 1986 a 2016 inclusive. Base de datos confeccionada por Jefe de Programa Provincial desde 2008 utilizando

programa Excel, con datos históricos recabados en diferentes lugares: fichas de notificaciones, solicitudes de estudios virológicos e inmunológicos, de medicación y retiro de farmacia, partos de madres VIH + y pedidos de leche sustituta, entre otros. También se utilizaron datos del INDEC y de la Dirección Nacional de VIH-SIDA, ITS y Hepatitis virales (Fuentes Secundarias). La población a analizar son todas las personas notificadas viviendo con VIH en la provincia. Variables: notificación de caso, incidencia, edad al diagnóstico, relación hombre/mujer (H/M), vías de transmisión, transmisión vertical, pacientes en tratamiento, esquemas de tratamiento (TARV), enfermedades oportunistas (EO).
Resultados: Desde 1986 se han notificado al Programa Provincial 2360 .casos HIV-SIDA, considerando que hasta 2001 solo se notificaban pacientes con SIDA en Argentina. La tasa de infección es 18 por 100 mil habitantes. Actualmente 20 % de los nuevos diagnósticos tienen una EO, cifra inferior a años previos: síndrome de desgastamiento la más frecuente, seguida por PCP, Candidiasis esofágica y TBC. La mediana de edad al diagnóstico fue de 34 años en 2015 y 30 años en 2016. Relación H/M: 1.8/1 El 95 % de las transmisiones son sexuales sin protección, entre los hombres 50 % en HSH. Transmisión vertical es 5 % y no ha descendido. De los pacientes en tratamiento, aproximadamente el 45 % (n 635) lo recibe del sistema público y el 55 % del privado (n 610 de la obra social provincial, sin datos de otras). A fines de 2016 el TARV de inicio más utilizado en el sistema público incluyó un IP en el 58 % (ATV 77 %), e INNTI en el 34 % (EFV 83 %). A partir de 2015 se comenzó a publicar anualmente el Boletín Provincial.
Conclusiones: 1) La tasa de transmisión vertical continúa siendo inaceptablemente elevada en la provincia y se deberán reevaluar las estrategias para lograr disminuirla, 2) Es indispensable el trabajo en equipo del sector privado y público para lograr las metas propuestas por la OMS.

PE114 TESTEO DE VIH EN POBLACION UNIVERSITARIA

C Banco, M Lado, S Agusto, S Serafino, P Maulen, R Vicente, A Gerez, S Taboada, C Kon, I Capella, I Villamayor
Dirección General de Salud y Asistencia Social, Argentina.

Introducción: La tasa de prevalencia de VIH en la Argentina entre los 15 a 49 años es del 0.5 %. La edad promedio de nuestra población estudiantil es de 25 años. La Universidad es un ámbito donde se fomenta la prevención y promoción de la salud, recomendando el testeo voluntario de VIH con la finalidad del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
Objetivos: Conocer el número de alumnos que se testearon para VIH y los casos positivos detectados en el período de estudio.
Evaluar estado inmunológico y carga viral al momento del diagnóstico.
Material y métodos: Estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo y transversal que analiza el número de testeos voluntarios y casos positivos de VIH en alumnos que asistieron a realizar el examen preventivo de salud durante el período comprendido entre Febrero de 2014 a Diciembre de 2016, con rango etario entre los 18 a 45 años. Métodos de laboratorio utilizados: De tamizaje: ELISA de cuarta generación. Confirmatorios, realizados en Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS): Combinación de dos métodos de tamizaje, dosaje de Linfocitos TCD4+ por Citometría de flujo y Carga Viral.
Resultados: Durante el año 2014 concurrieron 14889 alumnos a realizar el examen preventivo, de los cuales el 53.63 % aceptó realizar el test. En 2015 accedió a hacerlo el 39.15 % de los 13732 que asistieron al examen, debido a que la oferta del testeo no fue constante durante el año. En 2016 asciende a 66.5 % los estudiantes que consienten hacerlo sobre un total de 11721 que concurren a la consulta. Se diagnosticaron 15 pacientes infectados con VIH durante el período de estudio.

Tabla 1. Estado inmunológico de los pacientes al momento del diagnóstico

Año 2014	ltcd4 (cel/ul)- %	Carga viral (cop/ml)
Paciente 1	s/d	s/d
Paciente 2	1681 (32 %)	232.462
Paciente 3	462(21 %)	8.475
Paciente 4	516(24 %)	35.591
Paciente 5	203(13 %)	4.348
Año 2015	ltcd4+	Carga viral
Paciente 1	211 (10 %)	103.597
Paciente 2	605 (27 %)	4.419
Paciente 3	274 (12 %)	91.973
Paciente 4	s/d	s/d
Paciente 5	395 (24 %)	14.699
Paciente 6	703(43 %)	indectectable
Año 2016	ltcd4+	Carga viral
Paciente 1	766(20 %)	365.016
Paciente 2	450(18 %)	3930
Paciente 3	532(25 %)	indetectable
Paciente 4	289(9 %)	38.027

Conclusiones: El diagnóstico precoz de VIH permite al paciente conectarse con el sistema de salud y acceder a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), con el objetivo de disminuir la carga viral de VIH y mantener un buen estado inmunológico, evitando la progresión de la enfermedad al estadío del SIDA y la aparición de infecciones oportunistas. Además, el ofrecimiento del testeo voluntario a todas las personas aprovechando el momento de la consulta médica, es una manera de controlar la propagación de la infección y de reforzar y fomentar conductas saludables.

PE115 COMPROMISO SISTÉMICO SEVERO DEBIDO A LA COINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS Y EL VIRUS LINFOTRÓPICO T HUMANO TIPO 1

M Biglione[1], C Cánepa[1], O Quintero[2], C Waldbaum[2], A Avagnina[3], M Juárez[3], S Repetto[4], J Sorda[2], C Berini[1]
[1] Universidad de Buenos Aires. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS). Facultad de Medicina, Buenos Aires, Argentina. [2] Servicio de Gastroenterología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina. [3] Departamento de Patología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", Buenos Aires, Argentina. [4] Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. División Infectología. Hospital de Clínicas "José de San Martín", UBA. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Strongyloides stercoralis (S) es un nematode que produce infecciones severas (hiperinfección y diseminación) en pacientes inmunocomprometidos. La forma clínica más frecuente es la asintomática. El HTLV-1 produce un perfil Th1 inflamatorio con altos niveles de IFNgamma y consecuente disminución del perfil Th2 (IL4, IL5, IL13 e IgE) antiparasitario; alteración funcional y disminución de eosinófilos. La infección por HTLV-1 predispone a mayor riesgo de adquirir el parásito y provoca falla terapéutica de los antihelmínticos con formas severas de strongiloidiasis. Las áreas endémicas de ambos patógenos se superponen (Noroeste de Argentina, Perú, Bolivia), por lo cual es relevante conocer el riesgo de esta coinfección.
Resumen clínico: Paciente mujer oriunda de Perú de 25 años de edad. Después de recibir tratamiento sintomático en guardias, consultó a un servicio de gastroenterología en marzo de

2016 por vómitos incoercibles, diarrea, dolor abdominal, fiebre y pérdida de peso (>16kg) y de la agudeza visual del ojo derecho. Comenzó con los síntomas GI 3 meses antes al regresar de Perú. Presentaba parámetros de desnutrición y distensión abdominal con neutrofilia, hiperplaquetosis (625,000/mm3), hiponatremia (111 mmol/liter) e hipoalbuminemia (1.8 g/dL). El primer estudio coproparasitológico seriado fue negativo. Se descartó HIV-1 y otras inmunodeficiencias. Una endoscopia mostró signos de atrofia duodenoyeyunal con lesiones petequiales. Ante la sospecha de vasculitis se indicó corticoides. Subsecuentemente, se detecta Escherichia coli en orina, Klebsiella pneumoniae en sangre y se diagnostica endoftalmitis. Se inició antibioticoterapia. La paciente siguió empeorando con fiebre, dolor abdominal, diarrea y petequias en pared abdominal. Las biopsias de dudodeno y colon tomadas durante la videoendoscopía alta y videocolonoscopia mostraron numerosas larvas y huevos de strongyloides al igual que la biopsia de la pared abdominal, observándose el parasito en capilares dérmicos. Un nuevo parasitológico detectó larvas. Debido al diagnóstico de infección severa por S. stercoralis se solicitó diagnóstico para HTLV-1 que se confirmó por ELISA (BIOARS) y nested-PCR. La carga proviral determinó 4 copias de HTLV-1/100 PBMC por qPCR. Ambos padres resultaron HTLV-1 positivos. Se indicó albendazol e ivermectina hasta la negativización de los parasitológicos. Requirió alimentación parenteral y la evolución fue lentamente favorable.
Conclusiones: Se recomienda realizar el diagnóstico de infección con HTLV-1 en todos los pacientes con strongiloidiasis crónica. Por otro lado, es relevante, la sospecha de este parásito en portadores de HTLV-1, aunque no exista hipereosinofilia o larvas en materia fecal y evitar el uso de inmunosupresores, así como un diagnóstico precoz y certero en pacientes con riesgo de infección severa (trasplante, inicio de esteroides, estado de inmunosupresión). Se debe considerar la coinfección S.Stercolaris/HTLV-1 en nacidos o inmigrantes de áreas endémicas y la posibilidad de realizar una PCR rápida, técnica propuesta recientemente en el algoritmo para la detección precoz de Strongiloides con el fin de evitar enfermedad severa.

PE116 TRASMISIÓN MATERNO-FETAL DEL VIH: PREVENCIÓN DE UN CASO CON DOLUTEGRAVIR COMO DROGA DE RESCATE EN PACIENTE CON VIRUS MULTIRRESISTENTE

M Echaide, B Boggia, M Hualde, C Miglioranza, S Aquilia.
Hospital Interzonal General Oscar Alende-Mar del Plata, Argentina.

Introducción: La tasa de transmisión vertical (TV) del VIH en Argentina se ha mantenido en 5 % en los últimos 3 años. El dolutegravir (DGV) 50mg/12hs es efectivo en el tratamiento (tto) de pacientes VIH con mutaciones documentadas a otros inhibidores de la integrasa (IIn). Recientemente un estudio de Pk/PD en 21 mujeres mostró que las dosis habituales de DGV son efectivas durante el embarazo y no hubo evidencia de teratogenicidad. En un reporte de caso se utilizó DGV 50mg/12hs con buenos resultados en una paciente embarazada.
Resumen clínico: Paciente de 24 años, VIH+ adquirido por TV, C3, expuesta a múltiples esquemas de ARV. En 2014 se documenta fallo virológico tras reiniciar el último esquema de tto que habia recibido. Se solicitan tests de resistencia (TdR) y de tropismo CCR5 y se adecua el tto al resultado de los mismos (Tabla 1 y 2). En 03/2016 cursando embarazo de 7 semanas con una CV: 27.000 cop/ml y CD4: 220 cel/mm3 se solicita TdR con mutaciones para IIn, que es denegado por la OOSS. En la semana 15 de embarazo se rota raltegravir por DGV 50 mg/12hs, manteniendo el resto del esquema. La CV-VIH a las 6 semanas fue <50cop/ml (ND). Se realiza cesárea en la semana 38, el RN presenta un PAEG, Apgar 9/10. Se detecta Hemorragia cerebral grado I que evoluciona favorablemente en los controles. Cumple profilaxis con AZT, las CV-VIH al nacimiento, 1°mes y 5°mes fueron ND. Al día de la fecha presenta crecimiento y desarrollo adecuados.

Tabla 1. Historia de ARV

PERIODO	1993-1999	2000-2006	2007-2012	2014-2016
TARV	DDI/AZT* 3TC/D4T/RIT* 3TC/D4T/NFV*	3TC/AZT/NFV* IND/NVP/D4T* DDI/ABC/KAL**	DDi/ABC/KAL* 3TC/TDF/ATV/r* (TdR) DRV/r/RAL/TDF/3TC/AZT**	DRV/r/RAL/TDF/3TC*(TdR) DRV/r/RAL/MVC * DVR/r/DGV/MVC

*Fallo virológico **Fallo por adherencia/abandono.

Tabla 2 TdR

Fecha	MUTACIONES DE RESISTENCIA	NIVEL DE RESISTENCIA
2011	IP: L10V, I15V, K20R, M36I, V82A TR: M41L, T69N, L74I, Y181C, L210W, L214F,T215Y	ALTO: AZT-d4T-ddI-ABC/ NVP INTERMEDIO O BAJO: TDF//EFV-ETR/SQV-IDV-NFV-LPV-ATV AUSENCIA: 3TC/FTC- fAPV-TPV-DRV
2015	IP: L10V, I15V, K20R, M36V, K43T, I54V,V82A TR: M41l, T69N, M184V, L210W, T215Y	ALTO: AZT-d4T-ddI-ABC-3TC/FTC/NFV INTERMEDIO O BAJO: TDF/ SQV-IDV-LPV-ATV-fAPV-TPV AUSENCIA: NVP-EFV-ETR/DRV

Conclusión: El DGV como droga de rescate fue eficaz en la prevención de la TV del VIH logrando una caída rápida de la CV, ésto refuerza los datos publicados sobre la potencia y robustez de la droga. Es necesario mayor experiencia en el embarazo para hablar de seguridad. La maternidad en pacientes con VIH multirresistentes plantea la difícil situación de tener que exponer a la madre a drogas con un perfil de seguridad desconocido en el embarazo. Esta decisión siempre debe ser planificada, informada y realizada en forma conjunta con la paciente y su pareja. El cuidado de la mujer con VIH durante la adolescencia requiere de intervenciones específicas que contemplen temáticas que son inherentes a ésta población y que repercuten en forma directa sobre la adherencia y en la procreación responsable. La planificación familiar y los embarazos con CV ND deben ser uno de los principales objetivos de estas intervenciones ya que contribuyen disminuir la TV y a lograr una generación libre de VIH.

PE117 DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN. ESTUDIO DESCRIPTIVO

YL Paredes Falzone[1], MI Enzenhofer[1], MF Islas[2], JL García[1], SE Echazarreta[1], RM Solari[3], TA Orduna[4]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F.J. Muñiz, Argentina. [2] División Servicio Social, Hospital F.J. Muñiz, Argentina. [3] Sala 21, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [4] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: En Argentina se diagnostican alrededor de 6000 casos nuevos por año de infección por VIH con una incidencia de 13,5/100.000 habitantes y una prevalencia de 0,4 %. Se cree que una de cada tres personas infectadas lo desconoce. Un 38,3 % de los diagnósticos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) entre 2003 y 2014 correspondieron a la etapa sintomática de la enfermedad.
Objetivo: Dada la alta proporción de diagnósticos tardíos en nuestro medio, nuestro objetivo es describir los aspectos clínicos y epidemiológicos de los pacientes diagnosticados en contexto de internación en un centro de referencia.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron historias clínicas de adultos con diagnóstico de infección por VIH en contexto de internación entre marzo 2016 y febrero 2017. Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio, así como la adherencia al seguimiento. Las variables cualitativas se expresan en proporciones y porcentajes y las cuantitativas en media, mediana y rango.
Resultados: Se diagnosticaron 34 infecciones, 22 varones, 9 mujeres y 3 mujeres trans; 32 % eran hombres que tienen sexo con hombres. La media de edad fue de 38 años (rango 19-67 años), con un 21 % de mayores de 50 años. El 24 % era inmigrante, un 25 % residía en la CABA, un 80 % no completó la educación media y un 88 % no tenía trabajo formal. El 47 % refirió abuso de sustancias. Al menos 13 pacientes habían consultado por condiciones asociadas al VIH, infecciones de transmisión sexual o tenían una pareja que se conocía seropositiva. Un 59 % había consultado previamente por síntomas asociados al motivo de internación. Los motivos de internación incluyeron síndrome retroviral agudo (3/34), patología infecciosa no marcadora

(5/34) y enfermedades marcadoras de SIDA (26/34), principalmente enfermedad por micobacterias (42 %), neumocistosis (35 %) y candidiasis esofágica (27 %). Un 44 % tuvo más de una patología oportunista. La mediana de linfocitos T CD4 fue de 52 células/mm3 (rango 5-763 células/mm3). El diagnóstico fue tardío (enfermedad sintomática o <350 CD4/mm3) en un 88 %. La media de días de internación fue de 26 (rango 2-146). Un 41 % presentó intercurrencias y un 19 % requirió cuidados intensivos. La mortalidad durante la internación fue del 18 %, secundaria a causas infecciosas (4/6) u oncológicas (2/6) relacionadas con la inmunodeficiencia. Ocho pacientes requirieron reinternación dentro de los 6 meses del alta. Veintiséis pacientes iniciaron tratamiento antirretroviral, 12 de ellos durante la internación. De los 25 pacientes con plan de seguimiento en nuestro hospital, sólo 16 concurrieron a la primera consulta luego del alta.
Conclusión: En línea con el conocimiento actual, observamos que el diagnóstico tardío de VIH se asocia a elevada morbimortalidad, internación prolongada y necesidad de cuidados críticos, derivando en gastos evitables para el sistema de salud. Múltiples determinantes sociales y de accesibilidad pueden explicar esta demora en el diagnóstico. Se requieren estudios prospectivos en nuestro medio que evalúen las oportunidades perdidas para un diagnóstico oportuno y ayuden a dirigir medidas de gestión.

PE118 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL USO DE UN SCORE PRONÓSTICO EN PACIENTES VIH/SIDA INGRESADOS EN CUIDADOS INTENSIVOS

P Saul, V Chediack, C Bispo, C Dominguez, R Gregori Sabelli, M Nano, J Fernandez, N Chacon, M Rodriguez Llanos, F Gil Zbinden, J Chomyn, E Cortez, A Vera Sanchez, P Velasquez Lopez, S Caceres, L Gonzalez, M Civitate, G Mammoliti, L Fontana, A Bocassi, O Villar, E Cunto
Hospital de Infecciosas F J Muñiz, Argentina.

Introducción: La terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) a disminuido los ingresos hospitalarios en pacientes VIH; en cuidados intensivos (CI) la admisión permanece constante (incluso aumentó) y la mortalidad se mantiene. En pacientes VIH en CI, se analizó el impacto de TARGA y mostraron resultados discordantes,es difícil de iniciar y continuar.Enfermedad avanzada,diagnóstico tardío,inmunodepresión grave y falta de TARGA influyen en el ingreso y evolución en CI. Consideramos adecuado utilizar un score pronóstico y detectar quienes se beneficiarían con admisión,diagnostico precoz,tratamientos urgentes y agresivos. No existen publicaciones sobre scores para pacientes VIH/sida que requieran CI.
Objetivo: Primario: Utilidad de un score pronóstico para pacientes VIH/sida. Secundarios: Características clínicas de una cohorte de pacientes VIH/sida ingresados en CI de un hospital público y relacionar diferentes variables con mortalidad.
Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, cohorte. Incluidos 1122 pacientes VIH/sida, ingresados en CI, octubre 2006 diciembre 2016.Se confeccionó ficha de 12 variables, esta daba un valor numérico entre 0 y 13 puntos.Las variables fueron: estado nutricional-funcional (Karfnosky <50 o albuminemia ≤2,6 g o pérdida de peso >10 % en 6 meses previos),APACHE II ≥13 puntos (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation II), ventilación mecánica al ingreso (VM),enfermedad definitoria de sida (ingreso),diagnóstico de sida ≥1 año, diagnóstico de sida revio, recuento CD4, TARGA estable (recibido ≥ a 3 meses continuo), insuficiencia hepática, insuficiencia respiratoria, disfunción neurológica, sepsis /shock séptico. Se realizó estadística descriptiva:porcentaje (%),media(M), mediana(Me), rango(mínimo - máximo), consideramos p significativa <0,05
Resultados: Edad M 38/Me 40(14-76)años.Hombres 68 %.Días de Internación M y Me 4(1- 57) días.Enfermedad de admision:respiratoria 32 %, neurológica 24 %, sepsis 16 %, renal 8 %. Al ingreso a CI pacientes con inadecuado estado nutricional-funcional 83 %,causa de ingreso enfermedad definitoria de sida 58 %,sida previo 89 %,sida >1 año 74 %,Cd4 <100 células/µl 68 % (M 47/Me 53 [0-1607 células/µl]), 83 % sin TARGA. 11 % estaba coinfectado con virus C. Mortalidad global 45 %. Relacionando mortalidad con estado nutricional-funcional,APACHE II ≥13 puntos,VM,ingreso por enfermedad definitoria de sida,sida previo,sepsis/shock séptico,insuficiencia hepática,disfunción neurológica,insuficiencia respiratoria,CD4 <200 células/µl, presentaron p significativa (<0,05) y riesgo relativo > a 1.Un score ≥ 8puntos, fue factor predictor de mal pronostico,sensibilidad 83 %,especificidad 72 %, con AUC 0,77 en la curva ROC.
Conclusiones: El score pronóstico es reproducible, práctico, uniforme y detallado que permite comparar entre instituciones, grupos de pacientes seleccionados y pacientes. Rápida identificación de pacientes de mayor riesgo y suministrar tratamiento oportuno y adecuado puede mejorar resultados clínicos. Este predictor debe ser validado en otros entornos hospitalarios. Es de fácil realización usándose variables accesibles y tendría utilidad para identificar pacientes con alto riesgo de muerte (≥ 8 puntos).

PE119 TUBERCULOSIS PERIORIFICIAL EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

LA Tucciarelli[1], MI Enzenhofer[1], JL García[1], SE Echazarreta[2], M Gagliardi[3], SL Garro[2], GD Gonzalez[2], TA Orduna[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Residencia de Dermatología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TBC) cutánea representa aproximadamente el 1 % de todos los casos de la enfermedad. Dependiendo del estado inmunológico del paciente y de la vía de infección se describen diversas formas clínicas, entre ellas la TBC periorificial.
Se presenta un caso de TBC diseminada con compromiso periorificial en paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
Caso Clínico: Hombre de 47 años con infección por VIH, carga viral de 70800 copias (log 4,85), recuento de linfocitos T CD4 de 56 células/mm3 (6 %), sin tratamiento antirretroviral, antecedentes de TBC pulmonar y diseminada con abandono de tratamiento. Consultó por síndrome de impregnación, pérdida de peso no cuantificada y tos seca de 1 mes de evolución, asociado a diarrea crónica intermitente y lesión perianal de 2 años de evolución. Al examen físico se observó en región perianal placa eritematovioláceа de 5 x 2.5 cm, ulcerada de bordes irregulares, dolorosa, de aspecto mamelonado e infiltrada a la palpación; y en región perineal, orificio fistuloso con drenaje espontáneo de material seropurulento y dos lesiones ulcerativas de bordes irregulares, fondo eritematoso e indurado, dolorosas. En ecografía de abdomen se observó hepatomegalia leve y adenopatías en ligamento hepatoduodenal, bazo con lesiones focales hipoecoicas, engrosamiento colónico en toda su extensión, riñón izquierdo con lesiones focales hipoecoicas y ascitis leve. En tomografía de tórax, engrosamiento pleuroapical bilateral y nódulos a predominio de vértices. Se realizó biopsia de lesión perianal observándose dermatitis con patrón granulomatoso necrotizante, baciloscopía positiva (10 bacilos por campo) y rescate de Mycobacterium tuberculosis en cultivo. Se obtuvo cultivo positivo en muestra de esputo.
Con diagnóstico de TBC diseminada con compromiso pulmonar, abdominal y periorificial, inició tratamiento con drogas de primera línea con mejoría clínica evidente, cumpliendo tratamiento por 22 días. Posteriormente el paciente abandonó el seguimiento.
Discusión: La TBC periorificial se presenta en menos del 0,5 % de los casos y ocurre en pacientes inmunocomprometidos en contexto de enfermedad avanzada. Compromete piel y mucosas de la región oral, perianal o genital a partir de focos vecinos (intestinal, pulmonar o genitourinario) o por diseminación por vía hematógena. Se manifiesta clínicamente como úlceras de base pseudomembranosa y fibrinosa, redondeadas, de bordes eritemato-violáceos, dolorosas. Colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, herpes, lúes, micosis profundas y neoplasias ulcerativas, son algunos de los diagnósticos diferenciales a considerar. El diagnóstico de certeza requiere del aislamiento en medios de cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* y su evidencia en la histopatología de las lesiones cutáneas.
Conclusión: La TBC periorificial es una manifestación infrecuente que suele señalar enfermedad avanzada. Dada la amplia gama de diagnósticos diferenciales de úlcera perianal y la importancia clínica de su diagnóstico, debe considerarse a la TBC periorificial dentro de los mismos.

PE120 CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA CON FALLO A PRIMER ESQUEMA DE INDUCCIÓN EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

MA Díaz[1], CT Cortés Rodriguez[1], JL García[1], AG Benchetrit[2], SE Echazarreta[1], F Messina[3], MDLM Romero[3], G Santiso[3]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Sala 21, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Unidad Micología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La criptococosis meníngea (CM) es una infección grave en pacientes inmunocomprometidos. Afecta a casi un millón de individuos con VIH en el mundo cada año, siendo la causa de muerte en dos tercios de ellos. La persistencia de cultivo micológico positivo en líquido cefalorraquídeo (LCR) tras 14 días de tratamiento de inducción constituye un factor predictivo de evolución desfavorable y mortalidad. Si bien se comunica hasta un 70 % de fallo al tratamiento de inducción, no existen estudios aleatorizados que evalúen posibles esquemas terapéuticos para su manejo, por lo que las recomendaciones se basan en opinión de expertos.
Objetivos: Describir y analizar características clínicas y evolutivas de pacientes con VIH y CM, con fallo a primer esquema de inducción.

Materiales y Métodos: Análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con VIH y CM durante el período 2015-2016. Criterios de inclusión: Primer episodio de CM con cultivo de LCR positivo para Cryptococcus neoformans tras 10 a 21 días de tratamiento de inducción con anfotericina B desoxicolato (AmBd) 0.7 mg/kg/día o anfotericina B liposomal (AmBL) 3-4 mg/kg/día, y fluconazol (FCZ) 800-1200 mg. Criterios de exclusión: infecciones oportunistas concomitantes en sistema nervioso central y/o tratamiento con antifúngicos sistémicos durante el mes previo. Se recolectaron datos clínicos y evolutivos. Se utilizaron los tests de Fisher para datos binarios y t de Student para los cuantitativos (IBM SPSS 22.0).
Resultados: Se incluyeron 20 casos de un total de 75 pacientes, 60 % de sexo masculino, con una mediana de edad de 43 años y un recuento medio de CD4 de 29 cél/Ul.
Tras finalizar la primera inducción (media: 16 días), 46,7 % presentaba hipertensión endocraneana y 35 % continuaba con sintomatología neurológica. Recibieron durante la segunda inducción diversos esquemas (AmBd+FCZ; AmBL+FCZ AmBL+Voriconazol y FCZ a altas dosis monoterapia), con una media de 16 días. El 55 % (11/20) presentó efectos adversos en la reinducción (5 insuficiencia renal, 3 hipokalemia, 2 pancitopenia, 2 hepatotoxicidad), por lo que 9 requirieron suspensión temporaria del mismo. Aquellos que recibieron AmBd presentaron más efectos adversos (p<0,05). Se obtuvo una esterilización del LCR en el 73,6 % (14/19), luego de una media de 38 días de iniciado el tratamiento. No se encontraron diferencias significativas respecto al tiempo de negativización del cultivo de LCR entre aquellos que recibieron esquemas combinados con AmBL y con AmBd (p = 0.13). No se observó asociación entre valores más elevados de antigenorraquia ni antigenemia y esterilización más lenta del LCR (p≥0,05). El 80 % requirió punciones lumbares evacuadoras y uno necesitó una derivación ventriculoperitoneal. Se observó una mortalidad del 40 % (5 pacientes por infecciones intrahospitalarias, 2 por CM y 1 por neumocistosis).
Conclusiones: Se destaca una elevada mortalidad atribuible a eventos relacionados a internación prolongada. En consecuencia, se podría evaluar la realización de una punción lumbar en semana 5 de tratamiento, basándose en la media de tiempo de esterilización de LCR para los distintos esquemas de reinducción, a fin de evaluar éxito terapéutico.

PE121 MAGELLAN I: ANÁLISIS DE LAS VARIANTES DE VHC EN EL TRATAMIENTO DE COMBINACIÓN CON ABT-493 Y ABT-530 EN PACIENTES INFECTADOS CON EL GENOTIPO 1 QUE NO HABÍAN RESPONDIDO A REGÍMENES ANTERIORES CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

F Mensa
Abbvie Inc.North Chicago, Illinois, Estados Unidos.

Introduccion: ABT-493 (NS3/4A)y ABT-530 (NS5A) , son agentes antivirales de accion directa (AAD)de próxima generación contra el VHC. La coadministración de ambos logró una alta tasa de RVS12 en pacientes VHC GT 1-6 no tratados anteriormente con AAD, y en pacientes GT1 que no habían respondido a un régimen anterior con AAD.Se presenta la caracterización de las variantes detectadas en el estudio MAGELLAN-1: tratamiento con ABT-493 + ABT-530 ± RBV durante 12 s. en pacientes no cirróticos GT1-positivos que no habían respondido a regímenes conteniendo un IP y/o un inhibidor de NS5A ± un inhibidor de la polimerasa NS5B.
Métodos: Se aplicó secuenciación de próxima generación en los genes NS3/4A y NS5A de VHC de todas las muestras basales y de la primera muestra disponible después del fracaso virológico con ARN VHC ≥1000 UI/ml. Los resultados de la secuenciación con umbrales de detección del 1 % y 15 % se examinaron para detectar la posible presencia variantes asociadas a resistencia (RAV – resistance-associated variant) en los genes NS3y NS5A.
Resultados: La NGS (con umbral de detección del 1 %) de las muestras basales de todos los pacientes (n = 50) identificó RAV en 41 (82 %) pacientes: 15 (30 %) en NS3 únicamente, 10 (20 %) en NS5A únicamente y 16 (32 %) en ambas dianas. En el 90 % (37/41) de estas muestras, las RAV también estuvieron presentes empleando umbrales de detección de NGS del 15 %. Estas cohortes de pacientes ya tratadas con AAD exhibieron una amplia representación de variantes basales en posiciones fundamentales asociadas a resistencia, incluidas aquellas en NS3 V36, Q80, R155 y D168, así como en NS5A M28, Q30, L31 e Y93. Todos los pacientes con variantes basales en la posición Y93 en NS5A que confieren un alto nivel de resistencia a los inhibidores de NS5A actualmente aprobados alcanzaron RVS 12 (n = 10). De los 2 de 50 (4 %) pacientes que presentaron fracaso virológico, 1 paciente exhibió RAV basales en NS3 (Y56H y D168A/T) y NS5A (M28V y Q30L/R), y el otro paciente exhibió RAV en NS5A (L31M y H58D) únicamente.
Conclusion: La combinación de ABT-493 y ABT-530 demostró una potente actividad antiviral con una elevada barrera a la resistencia en pacientes no cirróticos con VHC GT1 que no habían respondido a un régimen anterior con AAD, independientemente del perfil de variante. Estos resultados rpomisorios avalan el estudio de este régimen combinado en una cohorte más extensa de pacientes ya tratados con AAD.

PE122 OCURRENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 2011 Y 2016

N Carreño[1], S Frola[2], JC Bossio[3], I Sanchís[4], GA Armando[3], G Ortega[2], C Semenzin[1], M Ronco[2], H Jure[1]
[1] Secretaría de Salud de Villa María, Córdoba, Argentina. [2] Hospital Regional Pasteur, Villa María, Córdoba, Argentina. [3] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [4] Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina.

Introducción: El Virus de la Insuficiencia Humana (VIH) es un problema de salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud estimó que, a fines de 2015, había alrededor de 37 de millones de personas infectadas y que ese año hubo más de un millón de muertes a causa del VIH.
Objetivo: Describir la ocurrencia y las características de los casos de infección por VIH en la ciudad de Villa María, Córdoba, en el período 2011-2016.
Material y métodos: Se revisaron los registros hospitalarios y de diagnóstico de infección por VIH en el período 2011-2016. Se obtuvo el año, la edad y estadío clínico al diagnóstico; el sexo, si el diagnóstico se hizo en el embarazo, y el nivel de instrucción.
Se calculó el porcentaje de casos según las caracteristicas analizadas, estratificadas en varones y mujeres. Se evaluaron las diferencias con la prueba de chi cuadrado o con el test de Fisher, considerando las diferencias estadísticamente significativas con un p<0,05. La evolución del número de casos en el período se analizó con un modelo de regresión lineal y se expresó con el coeficiente de regresión con su intervalo de confianza del 95 % y el valor de p. Se utilizó el programa Excel 2016 y Epidat 3.1.
Resultados: Entre 2011 y 2016 se notificaron en Villa María 96 casos de infección por VIH. La distribución por sexo fue similar: 49 mujeres y 47 varones; sin diferencias estadísticamente significativas en el período (p = 0,1541). El número anual de casos aumentó entre 2011 y 2016 y el aumento fue estadísticamente significativo (p = 0,0023). La cifra pasó de 12 en 2011 a 20 en 2015; un incremento anual promedio de 2 casos (IC 95 %, 1 – 4; p<0,01) en el período. El aumento se registró en varones y mujeres, pero no fue estadísticamente significativo: p = 0,2107 y p = 0,4237, respectivamente. El 67,0 % (57,0; 77,1) de los casos, se detectó en estadio temprano, y la proporción fue mayor en mujeres que en varones: 75,0 % y 58,7 %, pero no fue estadísticamente significativa: p = 0,0718. De los 36 casos detectados en mujeres en estadio temprano, 55,6 % (37,9; 73,2) se detectaron en el embarazo. El 59,1 % (48,6; 69,7) se notificó entre 15 y 34 años, con un promedio de 14 casos por grupo quinquenal de edad. El promedio entre 35 y 59 años, fue 7 casos por grupo quinquenal de edad. De 15 a 34 años, la proporción de mujeres fue mayor (58,4 %) que de 35 a 59 (37,8 %); pero no fue estadísticamente significativa: p = 0,0557. De los 32 diagnósticos en mujeres de 15 a 34 años, 62,5 % fueron en el embarazo. Solo 6,9 % de los casos tuvo escolaridad primaria incompleta y 65,5 % tuvo escolaridad secundaria incompleta o menor nivel de instrucción. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre varones (p = 0,9767) y mujeres (p = 0,7089).
Conclusiones: La infección por VIH ocasionó un número creciente de casos entre adolescentes, jóvenes y adultos de la ciudad de Villa María entre 2011 y 2016. El hecho de que la enfermedad afecte a ambos sexos por igual y la mayor ocurrencia de casos en adolescentes y jóvenes, especialmente en mujeres detectadas en el embarazo, refleja la necesidad de fortalecer las acciones de información y prevención desde la adolescencia y en toda la población.

PE123 EVOLUCIÓN DE LA OCURRENCIA DE CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 1999 Y 2016

S Frola[1], N Carreño[2], JC Bossio[3], I Sanchís[4], GA Armando[3], G Ortega[1], C Semenzin[2], M Ronco[1], H Jure[2]

[1] Hospital Regional Pasteur, Villa María, Córdoba, Argentina. [2] Secretaría de Salud de Villa María, Córdoba, Argentina. [3] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [4] Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina.

Introducción: La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública a nivel global. Aunque en los últimos años se observó un menor incremento en el número de nuevos infectados, esta situación varía en diferentes áreas geográficas y grupos de población.
Objetivo: Describir la evolución de la detección de casos de infección por VIH en la ciudad de Villa María, provincia de Córdoba, durante el período 1999-2016.
Material y métodos: Se revisaron los registros hospitalarios y de diagnóstico de infección por VIH durante el período 1999-2016, y se obtuvo el número de casos, por año de diagnóstico y sexo. Se modelaron los datos para el total y por sexo mediante un modelo de regresión y se calculó el incremento anual a partir del coeficiente de regresión, con su intervalo de confianza del 95 %, que se expresó en números absolutos (incremento anual en el número de casos) y relativo (variación anual porcentual del número de casos). Se evaluaron las diferencias por sexo a través del método de bootstrap calculando el intervalo de confianza para la diferencia de los coeficientes de regresión. Con base en el modelo se estimó el número de casos durante el período estudiado y se proyectaron los valores, de continuar la tendencia observada, con su intervalo de confianza del 95 %. Se utilizó el programa Excel 2016 y R Project 3.2.2.
Resultados: Entre 1999 y 2016 se notificaron 161 casos de infección por VIH residentes en Villa María. El número de casos anuales se incrementó 18,5 veces, de 2 en el bienio 1999-2000 a 39 en el bienio 2015-2016. La tendencia durante el período fue al aumento (p<0,0001), el número de casos se incrementó, en promedio, en 2,4 casos por año (IC 95 %: 2 - 3) y el incremento anual porcentual fue de 21,5 % (14,1; 29,2). El aumento se observó tanto en mujeres como en varones (p<0,0001), y no se encontró diferencia estadísticamente significativa (p>0,05). Tanto en las mujeres como en los varones, el número anual de casos se incrementó en 1,2 (IC 95 % 1 – 2) y el incremento anual porcentual fue 17,1 % (10,5; 24,2) en las mujeres y 15,1 % (8,8; 21,8) en los varones. La predicción del modelo indica que, de continuar la tendencia actual, el número de casos pasaría de una cifra estimada de 37 casos en el bienio 2015-2016 a 70 en el bienio 2029-2030; y este aumento se observaría tanto en mujeres como en varones: 18 casos estimados en cada sexo en el primer bienio y 34 y 35 en mujeres y varones, respectivamente, en el bienio 2029-2030.
Conclusiones: El número casos anuales de infección por VIH en la ciudad de Villa María muestra una tendencia continua al aumento y este incremento se observó desde 1999 y hasta 2016. De continuar esta tendencia, el número de casos anuales podría duplicarse para 2030, por lo que resulta fundamental reforzar las acciones de prevención en la población con el fin de revertir la tendencia actual y mejorar el pronóstico de evolución del problema en los próximos quince años.

PE124 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LOS CASOS DE INFECCIÓN POR VIH EN VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ENTRE 2011 Y 2015

N Carreño[1], S Frola[2], JC Bossio[3], I Sanchís[4], GA Armando[3], G Ortega[2], C Semenzin[1], M Ronco[2], H Jure[1]

[1] Secretaría de Salud de Villa María, Córdoba, Argentina. [2] Hospital Regional Pasteur, Villa María, Córdoba, Argentina. [3] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [4] Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina.

Introducción: La falta de adherencia al tratamiento en los casos de infección por VIH reduce su eficacia, y aumenta el riesgo de resistencia a los antirretrovirales disponibles. La medición de adherencia es difícil y carece de estándares.
Objetivo: Describir la adherencia al tratamiento de los casos de infección por VIH en la ciudad de Villa María, Córdoba, durante 2011-2015.
Material y métodos: Se revisaron registros hospitalarios, de diagnóstico, control y entrega de medicamentos de casos de infección por VIH de 2011 a 2016. Se consideró adherentes a los casos con al menos un control clínico, y una carga viral indetectable (o única menor a 200 copias), en el último año; y retiro de medicación en el último trimestre de 2016. Se analizó la asociación entre adherencia y año de diagnóstico, edad, sexo, y nivel de instrucción. Se evaluó la significación estadística con el test de Fisher para sexo y nivel de instrucción, y con el método de las permutaciones estocásticas para edad. Se consideró estadísticamente significativo un valor de p menor de 0,05. Se utilizó el programa Excel 2016, Epidat 3.1. y R 3.2.2.
Resultados: Se identificaron 75 casos nuevos de infección por VIH entre 2011 y 2015 con residencia en Villa María. Solo 25,3 % (14,8; 35,8) fueron adherentes: 19 casos. La adherencia fue mayor en casos con diagnóstico reciente: 31,6 % (12,6; 56,6) en 2015 y 16,7 % (2,1; 48,4) en 2011. Hubo una tendencia al aumento (15,4 % por año), no estadísticamente significativa (p = 0,28). La media de adherencia en el período 2011-2015 fue 24,7 %. La media de edad fue similar en casos adherentes y no adherentes: 32,3 y 32,1 (p = 0,479); y la adherencia por edad varió de 12,5 % (1,6; 38,3) de 20 a 24 y 40 a 44 años, a 50,0 % (6,8; 93,2) de 50 a 54 años; diferencias no estadísticamente significativas: p = 0,6234.
Entre las 37 mujeres, la proporción de adherentes fue mayor que entre los 38 varones: 35,1 % (18,4; 51,9) y 15,8 % (2,8; 28,7), respectivamente; diferencia estadísticamente significativa: p = 0,0478. En mujeres, las adherentes tuvieron menor edad que las no adherentes: la media de edad fue 27,25 y 31,0; diferencia no estadísticamente significativa: p = 0,0706. En hombres, los adherentes tuvieron mayor edad que los no adherentes: media de edad de 38,5 y 33,9, respectivamente; diferencia no estadísticamente significativa: p = 0,1662. Entre los adherentes, la media de edad fue menor en mujeres que en hombres: 27,3 y 38,5; diferencia estadísticamente significativa: p = 0,0064. Entre no adherentes, las mujeres tuvieron edad más baja que los hombres: 31,0 y 33,9, diferencia no estadísticamente significativa: p = 0,0851. La adherencia fue mayor en personas con escolaridad secundaria incompleta o menor: 45,2 % (26,0; 64,3) y 19,0 % (5,4; 41,9), respectivamente; diferencia no estadísticamente significativa: p = 0,1348. Entre 2011 y 2015 se registraron tres muertes: 4,0 % (0,8; 11,2).
Conclusiones: La adherencia al tratamiento de infección por VIH fue baja; mayor en mujeres que hombres, y con edad más joven en mujeres y en edad mayor en hombres. Es necesario implementar acciones específicas para aumentar la adherencia, teniendo en cuenta el tiempo de diagnóstico de los casos, el sexo y la edad.

PE125 OPORTUNIDADES PERDIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR HIV EN EMBARAZADAS

MK Garcia, SE Gonzalez Ayala, M Maydana, JC Morales, M Vinuesa, V Uriarte, S Bastons, F Sosa

Hospital de Niños Sor María Ludovica, Argentina.

Introducción: La transmisión vertical (TV) es la única vía que puede ser eliminada con las estrategias de intervención del equipo de salud. Si bien el Protocolo de Prevención de la TV está vigente desde 1997, la implementación en la atención primaria ha sido lenta y gradual. A pesar del tiempo transcurrido, aún hay dificultades en su cumplimiento, lo que tiene impacto en el producto de la concepción.
Objetivo: Poner en evidencia las limitaciones en la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de la infección por HIV en embarazadas y su impacto en el expuesto perinatal.
Material y métodos: Estudio longitudinal prospectivo observacional directo de 418 niños expuestos perinatales asistidos en el Servicio Enfermedades Infecciosas, período 2010-2016. El diagnóstico se realizó con los criterios vigentes. Las determinaciones de DNA HIV-1 y RNA HIV1 cualitativo / cuantitativo se realizaron en los Centros de Referencia de Laboratorio Provincial y Nacional. Se completó ficha con fecha de diagnóstico materno y tratamiento antirretroviral (TAR) recibido.
Resultados: La tasa global de TV fue del 13,7 % (5,08-26,92 %). Con diagnóstico previo al embarazo 188 mujeres (44,9 %), 19 de ellas (10,2 %) no recibían TAR. Se realizó diagnóstico en el primer trimestre en 47 (11,2 %), en el segundo trimestre en 54 (12,9 %), en el tercer trimestre en 51 (12,2 %), en el parto en 26 (6,2 %), en el puerperio inmediato en 10 (2,39 %) y después del egreso hospitalario en 42 (10 %). Se confirmó infección perinatal en 54 niños (13 %). En el 72,1 % (n = 39) el diagnóstico en las madres se realizó después del parto. Pero, sólo en el 5,5 % (n = 3) estando aún internadas y en el 66,6 % (n = 36) después del egreso de la maternidad. Dos madres (3,7 %) recibían TAR antes del embarazo. Al 96,3 % no se le administró la profilaxis para la TV. De las madres de niños infectados a quienes se trató antes del parto, sólo una accedió a cesárea electiva y TAR desde el séptimo mes de gestación.
Conclusiones: La infección de un niño es un evento que representa oportunidades perdidas y barreras en la prevención. El porcentaje de madres que accedieron a la prevención de la TV evidencia la necesidad de: reforzar la educación para la salud y las estrategias de comunicación para la prevención de las infecciones de transmisión sexual; fortalecer la capacitación del personal de salud que presta servicio en la atención primaria de la salud (especialmente en tocoginecología y obstetricia); difusión de las recomendaciones nacionales 2016 para la

prevención; facilitar el acceso al estudio serológico sin turnos y la devolución oportuna de los resultados a la mujer y el profesional interviniente; reforzar la capacitación de los médicos pediatras y generalistas / comunitarios / de familia en la identificación de los síntomas y signos de infección así como también en las unidades de Obstetricia para la evaluación específica adecuada del binomio madre-hijo de rutina antes del egreso.

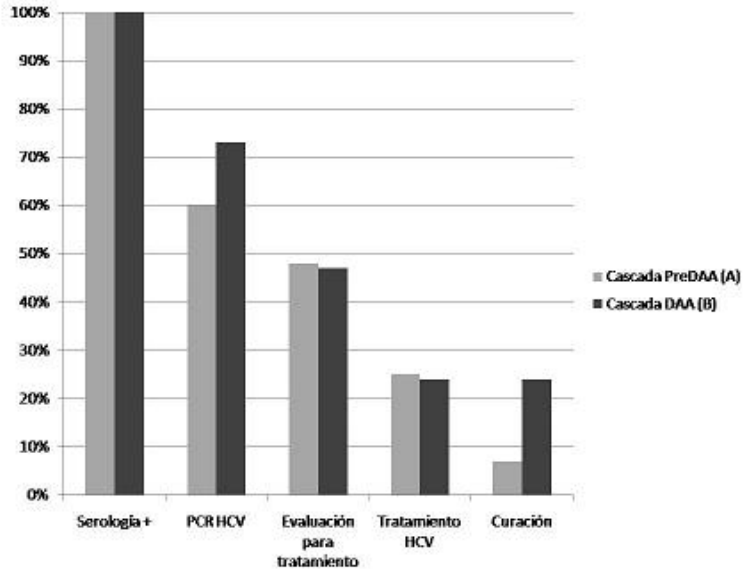
PE126 SURVEYOR I:100 % DE RVS4 CON LA COMBINACIÓN DE ABT-493 Y ABT-530 DURANTE 8 SEMANAS EN PACIENTES NO CIRRÓTICOS CON VHC GENOTIPO 1 CON O SIN ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS ANTERIORES

F Mensa
Abbvie Inc.North Chicago, Illinois, Estados Unidos.

Introducción: Los antivirales de acción directa (AAD) contra el VHC de próxima generación ABT-493, un inhibidor de la proteasa NS3/4A ,y ABT-530, un inhibidor de NS5A, demostraron una potente actividad antiviral pangenotípica in vitro, con una elevada barrera a la resistencia y mantenimiento de la actividad frente a variantes comunes asociadas a resistencia. En la Parte 1 del estudio SURVEYOR-I, ABT-493 y ABT-530 coadministrados durante 12 semanas demostraron altas tasas de respuesa virológica sostenida (RVS) y fueron bien tolerados en pacientes no cirróticos infectados con el genotipo 1 (GT1) de VHC. Aquí presentamos los datos de eficacia y seguridad de la Parte 2 del estudio SURVEYOR-I, que evalúa la combinación de ABT-493 y ABT-530 administrada durante 8 semanas en pacientes no cirróticos con infección con GT1.
Métodos: Los pacientes no tratados con anterioridad o tratados con IFN pegilado recibieron 300 mg de ABT-493 + 120 mg de ABT-530 una vez al día durante 8 semanas. Se aportan datos sobre la RVS a las 4 semanas postratamiento (RVS4; ARN VHC determinado empleando COBAS Taqman® RT-PCR [reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real] [límite inferior de detección de 15 UI/ml y límite inferior de cuantificación de 25 UI/ml]) y sobre la seguridad.
Resultados: Se enrolaron 34 pacientes: 56 % varones, 97 % de raza blanca, 71 % con GT1a, 68 % sin CC IL28B, 15 % con fibrosis basal de estadio F3 y 15 % con antecedentes de tratamientos anteriores. La mediana (rango) de ARN VHC log10 UI/ml fue de 6,5 (2,9-7,5) a nivel basal, y el 38 % de los pacientes registraba ARN de VHC ≥ 6.000.000 UI/ml. Los 34 (100 %) pacientes alcanzaron RVS4. Se dispondrá de los datos de la RVS a las 12 semanas (RVS12) postratamiento para su presentación. Un paciente abandonó el estudio en la semana 4 de tratamiento (con ARN VHC < 15 UI/ml) debido al evento adverso (EA) serio de adenocarcinoma, que fue evaluado como no relacionado con las medicaciones del estudio. No se informaron otros EA serios o severos. Los EA más frecuentemente observados en >10 % de los pacientes fueron fatiga (21 %) y diarrea (12 %).
Conclusiones: La combinación de los AAD de próxima generación ABT-493 y ABT-530, fue bien tolerada y logró 100 % de RVS4 en todos los pacientes, independientemente de la carga viral basal o presencia o ausencia de antecedentes de tratamientos anteriores.

PE127 COMPARACIÓN DE LA CASCADA DE ATENCIÓN DE HEPATITIS C EN PACIENTES HIV POSITIVOS EN LA ERA PRE Y POST DROGAS DE ACCIÓN DIRECTA ANTI-HCV EN UN HOSPITAL PÚBLICO

L Morganti, E Córdova, V Roca, V Bermejo, P Cárdenas, C Rodriguez
Hospital general de agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.



Introducción: La hepatitis C crónica sin tratamiento puede evolucionar a cirrosis, fallo hepático y/o carcinoma hepatocelular, siendo su progresión más rápida en pacientes coinfectados con HIV. Por lo tanto, es necesario la detección, evaluación y el tratamiento temprano, lo cual reduce la morbimortalidad. Actualmente se disponen de nuevos antivirales de acción directa (DAA), con respuesta altamente exitosa incluso en pacientes coinfectados. La corta duración de las nuevas terapias y sus escasos eventos adversos, representarían un incentivo para la evaluación y el posterior tratamiento de dichos pacientes.
Objetivos: Evaluar las características demográficas y clínicas de pacientes coinfectados HIV/HCV durante dos periodos, previo y posterior al uso de DAA, atendidos en un servicio de Infectología de la CABA. Describir y comparar ambas cascadas de atención.
Materiales y Métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo y prospectivo de pacientes coinfectados HIV/HCV de dos periodos, enero 2010- diciembre 2015 (cascada A: pre-DAA) y enero 2015-marzo 2017 (cascada B: DAA). Se definió "Cascada de atención" según los siguientes parámetros: 1) Serología positiva para HCV. 2) Diagnóstico de infección crónica definida por PCR positiva para HCV. 3) Estadificación de la enfermedad: realización de genotipo viral, subtipo y biopsia/elastografía hepática. 4) Inicio de terapia antiviral para hepatitis C. 5) Curación de HCV: RVS.
Resultados: Se incluyeron en la cascada A y B, 100 y 66 pacientes respectivamente (figuras 1). Sexo masculino: A: 58 % B: 59 %. Edad mediana: A: 44 y B: 45 años. PCR positiva para HCV en A: 60 % y B: 73 %. Se realizó evaluación completa para tratamiento en A: 48 % y B: 47 %. Recibieron tratamiento en el grupo A 25 % y en el B 24 %. La RVS fue del 7 % en la cascada A y del 24 % en la B.
Concusiones: Con la llegada de los DAA se observó una extraordinaria mejoría en la respuesta al tratamiento de HCV. Sin embargo, continua habiendo importantes brechas en los diferentes puntos de la cascada. Estos podrían ser explicados entre otras causas por la limitada disponibilidad de insumos y prácticas diagnósticas, por la restricción de los DAA para pacientes sin hepatopatía avanzada o manifestaciones extrahepáticas. y/o pérdida de seguimiento de los pacientes. El estudio de la nueva cascada posibilita mejorar la atención de los pacientes coinfectados HIV/HCV.

PE128 QUILOTÓRAX NO TRAUMÁTICO EN PACIENTE CON VIH

M Stelzer, A Fernandez, C Bertaina, G Van de Casteele, I Azcurra, V Spanevello
Hospital Intendente Carrasco, Argentina.

Introducción: El quilotórax es resultado de la acumulación de líquido linfático rico en quilomicrones en el espacio pleural debido a una obstrucción o fuga del conducto. Sus causas se dividen en traumáticas y no traumáticas, dentro de las últimas, la malignidad es la principal, siendo sólo en aislados casos secundario a infección por mycobacterias no tuberculosis.
Caso clínico: Varón de 54 años con antecedentes de VIH/SIDA, tabaquista, tuberculosis meníngea, histoplasmosis diseminada y MAI diagnosticado hace 6 meses en hemocultivos, liquido ascítico, materia fecal (MF) y biopsia de ganglio abdominal, recibió tratamiento con claritromicina y etambutol mas amikacina por 14 días, continuando con los primeros a la fecha. Toma de antirretrovirales regulares desde hace 6 meses, subpoblación linfocitaria de 19 CD4 con carga viral indetectable. Consulta por dolor abdominal, en hemiabdomen izquierdo, hiporexia y

disnea progresiva grado II. Al examen físico se constata abolición de murmullo vesicular en campo medio basal derecho, con matidez y abdomen doloroso a la palpación difusa. Radiografía de tórax: radiopacidad homogénea en campo mediobasal derecho. Toracocentesis: aspecto lechoso, 50 cel/mm3, proteínas 8.3 g %. triglicéridos 951 mg %, colesterol total 225 mg/dl, LDH 188 mUi/ml, citológico (-), cultivo (+) para MAI y micológico pendiente. Hemocultivo (+) para MAI. Ecografía abdominal: liquido perihepático, en fondo de saco de Douglas e interasas, no punzable. Directo en MF (+) para MAI. Tomografía computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis: derrame pleural derecho. Liquido ascítico en todos los compartimentos. Hepatoesplenomegalia. Conglomerado ganglionar necrosado en raíz de meso. Adenomegalias retroperitoneales, similar a la TC de hace 6 meses. Biopsia de ganglio supraclavicular: sin atipias, infiltrado inflamatorio inespecífico, crónico de tipo granulomatoso no caseificante, cultivo: MAI. Se interpreta el cuadro como quilotórax secundario a MAI diseminado. Se agrega a la terapéutica instaurada, amikacina, dieta con ácidos grasos de cadena mediana y octreotide con mejoría parcial, se procede a la nutrición parenteral total con dichos nutrientes con resolución del quilotórax. Se solicita antibiograma de cultivos, para descartar resistencia de MAI, pendiente a la fecha.
Comentario: EL quilotórax es una entidad infrecuente, secundaria a alteración en el flujo de la linfa a través del conducto torácico. Su clínica destaca el compromiso respiratorio asociado a imagen de efusión pleural. El diagnóstico se basa en el análisis citofísico-químico del líquido donde se evidencia una concentración de triglicéridos >110 mg/dl y <200 mg/dl de colesterol o presencia de quilomicrones, siendo su diagnóstico etiológico dificultoso en ausencia de trauma evidente. El tratamiento se basa en la resolución de la causa primaria, disminución de producción de linfa con dieta de triglicéridos de cadena mediana, administración de octreotide y de terapéuticas invasivas de ser necesario.
Conclusión: Se presenta este caso clínico por la infrecuencia del quilotórax no traumático y su asociación con MAI ya que requiere un reto diagnóstico para el inicio de la terapéutica.

PE129 DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN PACIENTE VIH POSITIVO CON LESIÓN OCUPANTE DE ESPACIO EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC)

M Adra[1], D Dardik[1], C Lopez Albizu[2], C Cittar[1], R Bologna[1,3], M Bravo[1], A Margari[1]
[1] Hospital Naval Pedro Mallo, Argentina. [2] Centro Fatala Chaben, Argentina. [3] Helios Salud, Argentina.

Introducción: La reactivación de la Enfermedad de Chagas está asociada a estados de inmunosupresión. En pacientes infectados con VIH, se manifiesta en un 75- 90 % con compromiso neurológico ya sea con masa ocupante cerebral ó meningoencefalitis y tiene una elevada tasa de mortalidad. La presentación con déficit motor conduce a varios diagnósticos diferenciales como Toxoplasmosis cerebral y Linfoma Primario de SNC.
Caso clínico: Paciente masculino de 47 años de edad, nacido en Tucumán, con antecedentes de Enfermedad de Chagas y diagnóstico reciente de infecciòn por VIH, con una Carga Viral de 113000 copias/ml y un recuento CD4 15 cèlulas/mm3 (1 %), bajo tratamiento antiretroviral con Dolutegravir + Tenofovir +/- Lamivudina de inicio veinte días previo al ingreso. Se internó por déficit transitorio de la atención y hemiparesia braquiocrural izquierda leve. Resonancia Nuclear Magnètica (RNM) de encèfalo con gadolinio: imagen expansiva cortico-subcortical occipito-parietal derecha, con necrosis central, refuerzo perifèrico, con marcada hiperintensidad de señal perilesional en Flair y T2 con colapso de los espacios subaracnoideos y desviacion de linea media. Inició tratamiento empìrico con clindamicina y pirimetamina. Se recibe: IgG toxoplasmosis (ELFA): reactiva, antigenemia para Criptococcus negativa. Chagas (HAI y ELISA) positivas. Se solicita Strout y PCR en sangre para Chagas. Luego de 7-10 dìas de tratamiento se realizò nueva RNM de encèfalo màs espectroscopia: persiste la lesiòn previamente mencionada. Espectroscopia multivoxel: incremento del pico de colina, inversiòn de la relación colina–creatinina, descenso de N-acetil-aspartato e incremento de pico de lipidos indicando ruptura de membranas y presencia de mioinositol. Hallazgos sugestivos de lesión expansiva primaria de estirpe glial de alto grado, sin descartar otras etiologìas. Se realizó resecciòn quirùrgica de la lesiòn. En el exàmen directo del tejido se observaron elementos móviles compatibles con tripomastigostes de Trypanosoma cruzi (T.cruzi). Inició tratamiento con Benznidazol. Informe de Anatomía patológica: encefalitis necrotizante con microorganismos parasitarios sugestivos de amastigotes de T.cruzi. Resultado de PCR (ADNsat-qPCR) en sangre para Chagas: positiva, carga parasitaria de 14,2 Eq.parasitos/ml. Con evolución favorable, se decidiò alta hospitalaria.
Conclusión: Existen escasos reportes sobre el patrón de imágenes observado en Enfermedad de Chagas cerebral. Algunos reportes indican que las lesiones por Toxoplasma gondii involucran generalmente la corteza y ganglios de la base, mientras que T. cruzi afecta sustancia blanca. En nuestro caso la lesión afectaba la sustancia gris y blanca. La espectroscopia evidenció un patrón metabólico no concluyente, similar al que podría mostrar un Linfoma primario u otras neoplasias como el glioblastoma, por lo cual fue necesario una muestra de tejido para el diagnóstico de certeza.

PE130 DESDE EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH HASTA LA SUPRESIÓN VIROLÓGICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES ADULTOS MAYORES

MA Kundro, GA Viloria, JJ Toibaro, MH Losso.
Hospital JM Ramos Mejia, Argentina.

Introducción: La proporción de nuevos diagnósticos de infección por VIH en adultos mayores está en constante aumento y constituye un problema de salud pública. Estos pacientes tienen características clínicas que los diferencian de los individuos más jóvenes y los transforman en una población vulnerable. No obstante, hay limitados datos sobre la cascada de atención para este grupo etario.
Métodos: Todos los adultos mayores (≥50 años) con un nuevo diagnóstico de infección por VIH en nuestro centro desde 2002 a 2014 fueron incluidos en este estudio retrospectivo. Calculamos la proporción de pacientes que fueron vinculados a la atención médica y retenidos en el cuidado. Adicionalmente evaluamos la proporción de individuos que iniciaron tratamiento antirretroviral de acuerdo a las recomendaciones de la OMS para cada año analizado y alcanzaron la supresión virológica. Se definió "pérdida de seguimiento" como el no haber concurrido a ninguna visita médica en el primer año luego del diagnóstico de infección por VIH. Los pacientes "vinculados a la atención médica" tuvieron al menos una consulta el primer año luego del diagnóstico, y los pacientes "retenidos en cuidado" fueron aquellos con dos o más visitas separadas por ≥ 90 días en igual período de tiempo. Evaluamos la proporción de pacientes que se presentaron al cuidado con enfermedad avanzada (Estadio IV OMS o recuento basal de CD4 <200 céls/µL. Adicionalmente, determinamos los factores asociados a la pérdida de seguimiento en este grupo etario utilizando modelos de regresión logística multivariable.
Resultados: Desde enero 2002 a Diciembre 2014, 1239 pacientes tuvieron un nuevo diagnóstico de infección por VIH, de los cuáles 218 (17.6 %) eran adultos mayores. El 53 % de estos individuos tenía criterios de enfermedad avanzada y el 32 % estaba hospitalizado al momento del diagnóstico. La mayoría de los adultos mayores (93.1 %) fueron vinculados a la atención médica; 11 de ellos (5 %) murieron antes del año de seguimiento por causas relacionadas al VIH/SIDA, y el 65.6 % fue retenido en cuidado. De los 123 pacientes que iniciaron tratamiento antiviral, 94 (76.4 %) alcanzaron la supresión virológica. El 30.4 % de los individuos no se vinculó a la atención médica. La probabilidad de pérdida de seguimiento fue mayor para los hombres que tienen sexo con hombres [OR 2.65 (RIC: 1.21 a 5.78)] que para los pacientes heterosexuales. Por el contrario, aquellos sujetos diagnosticados en estadio SIDA [OR 0.39 (RIC: 0.21 a 0.76) y los pacientes en tratamiento [OR 0.21(RIC: 0.06 a 0.73) tuvieron menos probabilidad de perderse del seguimiento. La edad, el sexo, y el nivel de escolaridad no se asociaron con la pérdida de seguimiento en esta cohorte.
Conclusiones: Este estudio resalta la necesidad de nuevas estrategias destinadas a favorecer el diagnostico oportuno en los adultos mayores y de desarrollar intervenciones para prevenir la pérdida de seguimiento en este grupo etario.

PE131 DERMATITIS INFECTIVA POR HTLV-1

W Yfran, C Campoverde, C Carballo, S Esposto, C Goncalves, E Anteliz, A Medranda, E Contreras, C Lovrics, ML Praino, C Cazes, E López
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: La Dermatitis infectiva es una dermatitis severa, crónica y recidivante, asociada a infección por el Virus Linfotrópico de Células T Humanas-1 (HTLV-1), descrita por primera vez por Sweet en niños de Jamaica en 1966. Enfermedad caracterizada por una dermatitis severa exudativa que afecta principalmente cuero cabelludo, cuello, escapula, oído externo y áreas post auriculares, párpados, pliegues nasolabiales, axilas y zonas inguinales. El diagnóstico está basado en criterios clínicos definidos, complementados por la positividad serológica para el virus HTVL-1. La dermatitis infectiva es la manifestación inicial de la infección por HTLV-1, y considerada como un factor de riesgo de hasta el 30 % para el desarrollo posterior de

Linfoma/ Leucemia de células T del adulto o Paraparesia espástica tropical.
Caso Clínico: Paciente masculino de 12 años de edad oriundo de Paraguay, que presenta desde los 8 años de vida dermatitis exudativa severa para lo cual recibió múltiples esquemas antibióticos por sobreinfección, con recaídas tras la suspensión del tratamiento. En el año 2013 se le realiza biopsia de piel que informa Dermatitis Psoriasiforme - Psoriasis Invertida, recibe Metrotexato sin respuesta. Por presentar cuadro morfológico e Inmunofenotípico compatible con dermatitis infectiva en 2016, se solicita serología para HTLV 1 que resulta positiva con carga proviral 11.560 copias. Se realiza serología a su madre con resultado positivo, habiendo el niño recibido lactancia materna prolongada, siendo este el mecanismo probable de transmisión. Presenta perfil Inmunológico dentro de parámetros normales y serología HIV negativa. Hasta el momento el paciente evolucionó de forma fluctuante con reiteradas sobreinfecciones dérmicas por lo que se indicó tratamiento supresivo con TMS en forma prolongada con regular respuesta. Por referir episodios de calambres y parestesias de miembros inferiores se solicita RNM con contraste de cerebro, columna cervical y dorsal informada como normal por lo que se descartan, al momento, complicaciones relacionadas a esta patología. El paciente continúa con eczemas exudativos que predominan en polo cefálico, cuero cabelludo, conducto auditivo y pabellones auriculares, generándole importante repercusión en su calidad de vida.
Conclusiones: La dermatitis infectiva por HTLV representa un desafío. Las reiteradas sobreinfecciones cutáneas generan gran morbilidad a los pacientes, alterando su calidad de vida. No existe consenso sobre su tratamiento. Siendo el uso de interferón y AZT una alternativa.

PE132 PREVALENCIA DE RESISTENCIA A FLUCONAZOL EN CANDIDIASIS OROFARÍNGEA Y EVOLUCIÓN CLÍNICA EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

M Acosta, R Vitale, J Afeltra, M Kundro, G Viloria, J Toibaro, M Losso
Hospital J.M. Ramos Mejía, Argentina.

Introducción: La candidiasis orofaríngea es una infección oportunista frecuente en pacientes con VIH. El diagnóstico es clínico Se describen actualmente cifras de hasta 32 % de resistencia a fluconazol de *Candida albicans* y emergencia de otras especies de Candida como patógenas. Los objetivos del trabajo fueron: describir la prevalencia de resistencia y/o sensibilidad dosis dependiente (SDD) a fluconazol en pacientes con infección por VIH con candidiasis orofaríngea. Describir evolución clínica de pacientes con tratamiento empírico. Evaluar incidencia de nuevos episodios de candidiasis
Metodología: Estudio prospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes con infección por VIH mayores de 16 años con diagnóstico clínico de Candidiasis Orofaríngea. Se realizó hisopado oral, se procesaron las muestras para cultivo en medio Sabouread, se realizó identificación de especie por medio cromogénico (Chrome Agar) y Api Ib 32 C R para especies no albicans. Se calculó la prevalencia de resistencia o SDD mediante medición de sensibilidad a los antifúngicos acorde a la CIM (concentración inhibitoria mínima), se tomaron como puntos de corte según recomendaciones del CLSI: sensible un valor menor a 8 g/ml; sensible dependiente de la dosis: 16-64 µg/ml y resistente un valor mayor a 64 µg/ml. Se evaluó la respuesta clínica al finalizar el tratamiento empírico (14 días) y el número de recurrencias a los 3 meses. Se calcularon estadísticas descriptivas y se informaron porcentajes en variables categóricas y mediana con rango intercuartil (RIC) en las variables numéricas.
Resultados: Entre febrero y noviembre de 2016 se incluyeron 53 pacientes: 62.2 % hombres, media de edad 41 años (DE ± 11), con una mediana de linfocitos CD4 + de 77 (RIC: 23-154). 22,6 % estaban recibiendo TARV. El 20.7 %(11/53) tuvieron diagnóstico reciente de VIH.
Los hallazgos clínicos fueron: 51 pseudomembranosa, 1 queilitis angular y 1 candidiasis atrófica. En el 20.7 % (11/53) ya había recibido al menos una dosis de fluconazol en el momento del hisopado y 21 pacientes habían sido tratados previamente con azoles.
La identificación cromogénica fue la siguiente: 46 fueron C.albicans, 11 otras especies de Candida (6 C.tropicalis, 3 C.glabrata, 2 C.krusei). En 4 pacientes se aisló más de una especie. Hasta la fecha, se realizaron pruebas de sensibilidad a los antifúngicos para 30 aislamientos: 1 tuvo un valor de CIM >64 µg / ml, 4 entre 16-64 µg / ml, los restantes 25 tenían valores de MIC <8 µg / ml, con una prevalencia preliminar del 16.6 % de resistencia o SDD. Las pruebas de sensibilidad de las cepas restantes estarán disponibles en el próximo mes. 7 pacientes tuvieron persistencia de candidiasis orofaríngea y requirieron un nuevo hisopado. La incidencia acumulada de recurrencias fue del 16,9 % (9/53).
Conclusiones: En nuestro estudio la exposición previa a fluconazol fue frecuente y se observó emergencia de especies no albicans. Como se describió en estudios previos encontramos una alta prevalencia de resistencia o SDD a fluconazol.

PE133 NOTIFICACIONES DE VIH, PREVALENCIA DE ENFERMEDADES OPORTUNISTAS

JA Zarra, M Romano, C Falcone, V Rotllant, L Cusmano
H FJ MUÑIZ, Argentina.

Introducción: La notificación por VIH/sida se realiza en tres momentos de la enfermedad, el primero en el momento del diagnostico, segundo en ocasión de la primer infecciòn marcadora y tercero en el fallecimiento.
Objetivo: Analizar y describir las enfermedades prevalentes en VIH/sida .
Materiales y Metodos: Estudio de prevalencia anual. Se analizan las variables de las fichas de notificaciòn VIH/sida en la institucion durante el periodo 2016. Se uso como base de datos microsoft excel. Las variables evaluadas fueron: edad sexo patologìas marcadoras y dentro de las infecciones oportunistas la ùltima en el momento del fallecimiento.
Resultados: Se analizaron un total de 408 notificaciones del año 2016 de las cuales 284 (69,6 %) corresponden a infecciòn por VIH, con un promedio de edad de 34,9 años, relaciòn hombre/mujer 2,7/1 y 124 (30,4 %) pacientes notificados con enfermedad marcadora, el promedio de edad en este grupo fuè de 39,3 años, con una relaciòn hombre/mujer 7,1/1. El primer evento marcador de la enfermedad fuè la tuberculosis con un 20 % de los casos (25 pacientes) y asociada a otras enfermedades oportunistas en otro 20 % (25 pacientes de 124). Otras patologias marcadoras fueron en orden de frecuencia: P.jiroveci, neumonias a repeticiòn (-1año), LEMP, toxoplasmosis cerebral, criptococosis meningea, histoplasmosis diseminada y otras. Es de destacar que en este grupo se diagnosticaron 13 fallecimientos en los que la patología oportunista de ultimo evento se asociò a linfomas y tuberculosis funfamentalmente.
Conclusiones: La importancia de las notificaciones y el trabajo interdisciplinario para producir y divulgar informacion acerca de la evolucion de la epidemia tanto de VIH como de tuberculosis asi como para la prevenciòn y tratamiento de las mismas.

PE134 HISTOPLASMOSIS DISEMINADA CON PRESENTACIÓN AMIGDALINA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, A López, R Alzola, P Capece, D Laplumé
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas, Argentina.

Introducción: *Histoplasma capsulatum* es un hongo dimórfico e intracelular. El espectro clínico depende del número de conidias inhaladas y del estado inmune del hospedero. Las hifas y/o las microconidias son inhaladas, alcanzando el pulmón y según el estado de inmunidad celular se produce o no diseminación hematógena, linfática o broncógena. La forma diseminada subaguda se caracteriza por presentar manifestaciones generales de un cuadro infeccioso inespecífico que va desde fiebre prolongada, astenia, anorexia, pérdida de peso, lesiones cutáneas papulo-ulcerosas, ulceraciones bucofaríngeas, tos, disnea y expectoración mucopurulenta, hepatomegalia, esplenomegalia y adenomegalias.
Caso: Presentamos paciente de sexo femenino de 49 años, oriunda del Paraguay. Es evaluada en forma inicial por Otorrinolaringología por lesión granulomatosa en amígdala derecha de 2 meses de evolución, con sospecha de carcinoma. Realizándose: a) Tomografía cervical y torácica, informándose amígdala derecha engrosada heterogénea y adenomegalias cervicales y subclavia derecha. Infiltrado lineal secuelar en lóbulo medio e inferiores. b) Biopsia mucosa amigdalina con proceso inflamatorio, con granulomas de tipo epiteloide, necrosis y células gigantes multinucleadas. Presencia de microorganismos redondeados, intracelulares compatibles con Histoplasmosis, es derivada a infectología, donde se realiza: escarificación de amígdala informándose directo giemsa positivo. Hemo-micológico Negativo, serología para HIV +, CD4 24 (1 %), CV 12.416 (Log 4). Se decide internación para tratamiento con anfotericina desoxicolato, Y se inicia tratamiento antirretroviral.

Discusión: Uno de los factores de riesgo más importantes asociado al desarrollo de infecciones micóticas oportunistas en pacientes infectados con el VIH, es un recuento de células CD4+ inferior o igual a 200 células/mm3. En la infección diseminada, dentro de las localizaciones extrapulmonares, las lesiones de mucosa y semimucosas, suelen comprometer la cavidad oral, faringe, nariz, genitales externos y ano. El compromiso de cavidad oral se asienta en la zona supraglótica produciendo ulceración de la mucosa y formación de granulomas, presentándose con disnea, odinofagía, disfagia, fatiga, pérdida de peso y malestar general.
Conclusión: La Histoplasmosis con compromiso de amígdala es poco común por lo que se debe tener presente su existencia y considerarse como diagnóstico diferencial frente a un paciente que presenta signos de inflamación granulomatosa, ulceraciones y nódulos de aspecto vegetante e indurado a nivel de amígdala, así realizar pruebas diagnósticas específicas para hongos. Por consiguiente, es aconsejable proceder a practicar desde un inicio cultivos con medios especiales para estudiar hongos.

PE135 IMPACTO DE BLIPS EN PACIENTES VIH+

M Rey, G Bertoni, L Berruezo, C Palacios, P Pessacq, E Scaglione, V Torre, JM Poggio
HIGA ROSSI, Argentina.

Introducción: Se considera éxito terapéutico cuando un paciente con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) sometido a tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) consigue una carga viral plasmática < 50 copias/ml luego de 6 meses. A pesar de esto, puede haber aumentos transitorios, por lo general hasta un máximo de 500 copias, definidos como BLIPS. Estudios han demostrado una incidencia entre 13 y 40 %. Entre las causas de este aumento temporal se puede identificar infecciones, vacunas, mala adherencia al tratamiento.
Objetivos: Analizar la ocurrencia de Blips en pacientes infectados por HIV a partir de nuestra cohorte, identificar los factores condicionantes y evaluar la asociación a fallo virológico posterior.
Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte descriptivo, observacional donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de HIV que presentaron al menos un episodio de BLIPS desde 1994 a 2014.
Resultados: Se registraron 77 episodios de Blips en 46 Pacientes. La edad promedio al momento del diagnóstico de VIH fue de 36 años y al momento del Blip de 42 años. El estadío al momento del diagnóstico fue C en 22 pacientes, B en 8 y A en 16. El promedio de linfocitos TCD4+ fue de 286 células/mm3 y el logaritmo de CV al diagnóstico fue de 4,86. El 70 % de los pacientes enrolados fueron hombres. La vía principal de contagio fue sexual (n = 42), adicción a drogas endovenosas (n = 2) y desconocidas (n = 2). El promedio de edad al momento del Blip fue de 42 años. El nivel de educación alcanzado fue secundario incompleto o inferior en 29 pacientes. Presentaban historial tenían historia de fallo virológico previo 4 pacientes y abandono del TARV 7 pacientes. Al momento del Blip la tercera droga en uso fue EFV en 20 pacientes, ATV/r 18, INTR 3, indinavir 2, RAL 2 y NVP 1. El promedio de meses desde inicio de TARV hasta al Blip fue de 41 meses. La media de consultas en el año previo al Blip fue de 4,9 con un rango de 1 a 10. La CV promedio de los Blips fue de 149 copias/ml. Como enfermedades marcadoras se identificaron: 2 criptococosis meníngeas, 4 pneumocistis jirovecii, 2 toxoplasmosis cerebral, 4 tuberculosis; 20 pacientes habían tenido 1 esquema ARV previo al Blip, 4 pacientes 2 esquemas y 20 estaban con primer esquema al momento del Blip. Un 60 % de los pacientes tenían esquema de una toma diaria al momento del BLIP, 33 % esquemas de 2 tomas diarias y 1 paciente de 3 tomas por día. Se identificó como causa posible mala adherencia en 18 casos, interacciones medicamentosas en 3, vacunación en 2 casos, infección concomitante en 1, cirugía o exacerbación de enfermedad concomitante en y desconocida en 19 casos. Presentaron fallo virológico posterior al Blip 2 pacientes con una media de 24,3 meses hasta el mismo.
Conclusiones: Los fallos en adherencia fueron la principal causa de BLIP en la cohorte analizada, asociándose sin embargo a baja tasa de fallo viral posterior. No hubo asociación entre TARV utilizado y frecuencia de BLIP.

PE136 TUBERCULOSIS EN PACIENTES COINFECTADOS CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA. EXPERIENCIA DE QUINCE AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

L Wolff[1 2], M Ferreira[1], D González[1], N Tortone[1], C Collino[1 2], A Ortega[1]
[1] Hospital Rawson, Argentina. [2] Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es en nuestro medio la enfermedad infecciosa oportunista más frecuente en el paciente con VIH-SIDA. Ambas entidades influyen negativamente sobre la evolución de la otra. La coinfección M. tuberculosis-VIH/SIDA genera una entidad clínica compleja, con aspectos de difícil resolución: el diagnóstico clínico y etiológico, el tratamiento específico y la adherencia al mismo.
Objetivo principal: Determinar características epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas de TB en personas VIH +. Objetivos específicos: Describir los patrones de resistencia a drogas antituberculosas. Determinar la evolución clínica y la cantidad de abandonos de tratamiento. Materiales y métodos: estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes adultos atendidos en un hospital público desde el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2016 con diagnóstico de TB y coinfectados con VIH. Método estadístico: Se utilizó media, mediana y rango para las variables mensurables y para las categóricas se midieron frecuencias relativas y absolutas.
Resultados: Casos notificados al Programa Provincial de TB: 5192 desde el 2/1/2002 al 2/11/2016, 336 VIH + (6,47 %). El 60 % de los 336 fue atendido en nuestro hospital que notificó 1016 casos de TB, 200 de ellos VIH + (19,6 %). De los 200, 76 (38 %) de género masculino; edad promedio 38 años, con un rango etario de 19 a 76, 80 % entre 26 y 45 años. La localización más frecuente fue pulmonar (61 %) seguida por ganglionar (16,8 %) y meníngea (9,5 %). La radiografía de tórax mostró un 47,2 % de localización bilateral sin cavernas. Un 30 % de las muestras respiratorias tuvo baciloscopía positiva En las resistencias observadas, 8,92 % correspondieron a monorresistencias (5,66 % a streptomicina y 3,77 % a isoniacida), 5,66 % a multiresistencia y 1,88 % a resistencia extendida. El éxito terapéutico fue del 61,2 % con 8,2 % de abandonos en los 200 casos notificados. Conclusiones: La presentación más frecuente fue pulmonar pero marcadamente menor a la de la población sin VIH, con mayor afectación de adultos jóvenes de sexo masculino; dentro de las extrapulmonares, la localización ganglionar y meníngea. La resistencia más frecuentemente observada fue monorresistencia (a estreptomicina e isoniacida), la multirresistencia y la resistencia extendida no son frecuentes en nuestra población. A diferencia de otros lugares de Argentina tenemos baja frecuencia de cepas resistentes y abandonos de tratamiento.

PE137 MENINGOENCEFALITIS Y CHAGOMA CEREBRAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

S Prieto, MC Ganaha, AJ Iglesias, S Hug, F Terren, JC Di Carlo
Hospital Municipal "Nuestra Señora de Luján", Argentina.

Introducción: La Enfermedad de Chagas es una zoonosis parasitaria endémica en Latinoamérica, principalmente en Brasil, Bolivia y Argentina, causado por el *Tripanosoma cruzi* y transmitido por el vector *Triatoma infestans*, que tiene un curso crónico en personas inmunocompetentes, pero en los pacientes inmunodeprimidos evoluciona con reactivaciones agudas, manifestándose en forma atípica comprometiendo el Sistema Nervioso Central y el miocardio, con alta mortalidad. Se presenta el caso de un paciente con meningoencefalitis y chagoma cerebral como debut de su enfermedad por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).
Caso clínico: Paciente masculino de 21 años de edad, oriundo de Bolivia, que ingresa por hemineglígencia, alteración en el campo visual izquierdo y cefalea de un mes de evolución, con llamativo buen estado general, realizándosele la Tomografía Computada de cerebro donde se observa una masa intraparenquimatosa parietooccipital derecha, con edema y efecto de masa. Se le realizó una punción lumbar y el LCR demostró formas móviles en fresco, que con la coloración de Giemsa evidenció elementos correspondientes a tripomastigotes de *Tripanosoma cruzi.* El método de Strout confirmó la parasitemia. Se diagnostica la portación de VIH con una carga viral de 7722 copias/ml y un recuento de linfocitos CD4 de 13 células/ml (1 %). Se comienza el tratamiento combinado con benznidazol y medicación antirretroviral (tenofovir/emtricitabina/efavirenz), con mejoría clínica inicial lenta, evolucionando con vómitos incoercibles e intercurriendo con abdomen agudo siendo intervenido quirúrgicamente por apendicitis flegmonosa, llevando a su deterioro general progresivo, y falleciendo a los 45 días de su admisión.

Conclusiones: Frente a los pacientes inmunocomprometidos por el VIH con una Lesión Ocupante Encefálica que provengan de las regiones endémicas para la Enfermedad de Chagas, es mandatoria la búsqueda de tripomastigotes en el LCR y/o el nido de amastigotes de *Tripanosoma cruzi* en la biopsia de la lesión cerebral, para descartar o confirmar este diagnóstico en primer término e iniciar su tratamiento en forma precoz a fin de disminuir la mortalidad, que suele ser >80 %. El número de casos es creciente por la inmigración y el desplazamiento del vector hacia la provincia de Buenos Aires.

PE138 OSTEONECROSIS EN PACIENTE HIV

MV Ferro, CB Ajalla, MA Ojeda, CE Remondegui
Hospital San Roque de Jujuy, Argentina.

Introducción: La osteonecrosis (ON), también conocida como necrosis avascular, tiene una mayor incidencia en pacientes HIV. Tiene origen multifactorial: altas dosis y períodos prolongados de glucocorticoides, TARV con IP, restauración inmune, presencia de Ac anticardiolipina séricos, vasculitis, dislipidemia, alcoholismo. El 85 % de los casos presenta afección de la cabeza femoral y el 50 % es bilateral. Resumen clínico: Paciente masculino, 29 años. Antecedentes: etilismo, toxoplasmosis cerebral. Dx OMSB24 en contexto TB diseminada, con hemocultivos BAAR (+). Cumplió tratamiento TB sensible 1 año. Se reinterna por persistencia BAAR en esputo post BAL Sensibilidad: TB poliresistente. Continúa 1 año más con Etionamida, Cicloserina, Amikacina, Moxifloxacina+Etambutol. Agosto 2014 1er fallo virológico. Se rota a TDF/3TC + Atazanavir/Ritonavir. Octubre 2015 artralgia tobillo izquierdo. Mejoría con AINES. Abril 2016: omalgia derecha que cede con la actividad + diclofenac. Se indican: rx hombro + consulta con Traumatología. Mayo 2016: agrega coxalgia izquierda. HC extraviada con rayos x solicitados. Paciente no realizó interconsultas. Se repite pedido rx de hombro y panorámica de pelvis. Julio 2016: persistencia artralgias pese a AINES. Se interna. Se realiza RMN, centellografía y DMO. Reumatología indica bifosfonatos, calcio y VitD. Con 2do fallo virológico. Rotación 3TC/AZT+RALTEGRAVIR. Traumatología solicita descartar TB activa antes de proceder a reemplazo total de cadera (RTC). A pedido de dicho servicio se solicita PPD, FBC con BAL y valoración por Tisiología. Se procede a biopsia de cabeza femoral izquierda. Actualmente paciente en plan de RTC. Exámenes complementarios: CT 1,17/ TG 2,51 /HDL 0,38/ LDL 0,60/ ESD 118/ PCR 1/40. Ac. anticardiolipinas: negativo. PPD: 17 mm. Cultivos BAAR pre-pos BAL: negativos. RMN de hombro y caderas: necrosis avascular de ambas caderas y cabeza humeral derecha. Infartos óseos en ambos trocánteres mayores. DMO: densidad ósea anormalmente baja para edad, sexo y raza. Centellografía: aumento de vascularización local y alteración de la estructura ósea en cabeza femoral izquierda. Biopsia: Tejido esponjoso de cadera, con necrosis del tipo avascular (infarto óseo). Gram Negativo. Cultivo BAAR: No desarrolla. Discusión y diagnósticos diferenciales: Diagnóstico ON requiere criterio clínico + imagenológico. 86 % de los pacientes HIV tienen al menos 1 factor de riesgo. La ON con Tuberculosis como causa sólo se ha mencionado en informes de casos raros. Se subraya la utilidad de la tinción de Ziehl-Neelsen para diagnosticar la etiología tuberculosa en los casos de diagnóstico radiológico de ON, especialmente cuando el paciente es residente de una zona endémica, no así los hallazgos imagenológicos. La demora en intervención quirúrgica para obtener material o terapéutica no debe ser una limitante si existe un alto pre-test. Conclusiones: sospechar ON en todo paciente HIV con artralgia persistente sin respuesta a AINES aún con rayos x inicial normal por merma en calidad de vida de población joven por ende impacto económico en la sociedad. Atención a presencia de TARV con IP, dislipidemias, etilismo, infección VIH no controlada.

PE139 CONCORDANCIA ENTRE LA SECUENCIACIÓN DE ÚLTIMA GENERACIÓN Y LA SECUENCIACIÓN SANGER EN LA EVALUACIÓN DE RESISTENCIA A ANTIRRETROVIRALES POR GENOTIPIFICACIÓN EN PACIENTES EMBARAZADAS NAIVE VIH POSITIVAS

JA Sfalcin[3], I Zapiola[1], S Fernandez Giuliano[1], A Gomez[3], L Mammana[1], D Cecchini[2], A Seravalle[3], F Fay[3], MB Bouzas[1]
[1] Hospital de infecciones F. J. Muñiz, Argentina. [2] Hospital Cosme Argerich, Argentina. [3] Laboratorio Cibic, Argentina.

Introducción: Las guías internacionales recomiendan estudio de resistencia antirretroviral por genotipificación en pacientes embarazadas VIH positivas para la adecuación del tratamiento antirretroviral (ARV) y la prevención de la transmisión vertical madre-hijo. Actualmente, el gold estándar para la genotipificación del VIH es la secuenciación Sanger (SS), un método costoso, muy laborioso, tiempo demandante y con una sensibilidad en la detección de mutaciones de resistencia cercana al 20 %. La secuenciación de última generación (NGS) se ha posicionado como una alternativa superadora a la SS debido a su alta sensibilidad y su mayor capacidad productiva. La fiabilidad de esta nueva metodología aplicada a la genotipificación del VIH permitiría diseñar con facilidad estudios de grandes poblaciones de pacientes (ej. para farmacovigilancia de VIH) con un costo similar a la SS pero en un menor tiempo, con el valor agregado que implicaría la identificación de mutaciones de resistencia con una sensibilidad mayor que la presentada por la actual metodología.
Objetivo: Estandarizar y evaluar el uso de secuenciación de última generación en la genotipificación para resistencia antirretroviral a partir del estudio de pacientes embarazadas naive VIH positivas previamente estudiadas por Secuenciación Sanger.
Materiales y métodos: Se secuenciaron 42 muestras de plasma con EDTA provenientes de pacientes embarazadas naive, estudiadas por SS. Se utilizó el protocolo provisto por la Organización Panamericana de la Salud en conjunto con la Agencia de Salud de Canadá (PHAC). El mismo consta de una extracción de ARN viral a partir de 400 ul de plasma con EDTA, one-step RT/PCR seguida de una segunda ronda de PCR, con enzimas de alta fidelidad y primers específicos para un amplio espectro de virus VIH. Posteriormente, los amplicones obtenidos de las 42 muestras fueron procesados en una misma corrida de secuenciación utilizando un secuenciador MiSeq Illumina y la química Nextera XT V2. Se identificaron las mutaciones de resistencia de cada muestra mediante el análisis bioinformático del archivo FASTQ obtenido por NGS. Se utilizó el software HYDRA, provisto por la PHAC, donde se eligió como secuencia de referencia HXB2 (GenBank accession number K03455) y filtro de 20 % de sensibilidad. Por último, las mutaciones de resistencia identificadas en cada una de las 42 muestras se compararon con los resultados previamente obtenidos por SS.
Resultados: Se obtuvo un 100 % de concordancia entre los resultados producidos por NGS y los previamente obtenidos SS con un filtro de 20 % de sensibilidad.
Conclusión: La concordancia entre ambas metodologías demuestra que la secuenciación de última generación y el protocolo provisto por OPS podrían ser utilizados como una alternativa confiable a la secuenciación Sanger en la genotipificación del VIH para resistencia antirretroviral en esta población de pacientes naive. Se encuentra en proceso de análisis de los datos obtenidos la aplicación de filtros de mayor sensibilidad, para evaluar la detección de variantes presentes por debajo del 20 % y su impacto en el desarrollo de resistencia en las pacientes del presente estudio.

PE140 ASOCIACIÓN DE HPV Y LESIONES EN EL TRACTO GENITAL INFERIOR EN UNA COHORTE DE MUJERES HIV POSITIVAS DE ROSARIO

C Poenitz, F Camer, M Leguizamon, R Navarini
Centro de Especialidades Medicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), Argentina.

Introducción: El HPV es un virus ADN de la familia de Papillomaviridae y una de las ETS mas prevalente. Se conocen más de 100 tipos virales, que se clasifican en alto y bajo riesgo oncogénico. Actualmente, el HPV se considera un requisito necesario pero no suficiente para desarrollar lesiones intraepiteliales y cancer de cervix, sumado a otros factores adicionales, como el HIV. La incidencia para el cancer de cervix es 6 a 10 veces mayor en las HIV, y 40 para el cancer de ano. Desde 1993 la CDC considera al cáncer invasor de cervix como criterio definitorio de SIDA. Según la literatura, las mujeres HIV tienen riesgo de desarrollar displasia cervical de 4,9 a 21,1 casos por 100 mujeres/año y un riesgo de persistencia de HPV 2 a 6 veces mayor que la población sana, y cursan con una progresión más rápida.
Objetivo: Describir la asociación entre el HIV y la patología anogenital en un consultorio de Tracto Genital Inferior de Rosario y evaluar factores predisponentes que aumenten el riesgo de ésta.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de 48 mujeres HIV positivas derivadas para control ginecológico en la Seccion de Tracto Genital Inferior del CEMAR -sin patología anogenital previa-, desde 2010 a 2016. Variables: Se evaluaron las siguientes: edad, paridad, inicio de relaciones sexuales, relaciones anales, numero de parejas, metodo anticonceptivo, otras ETS, via de contagio, serologia de la pareja, niveles de CD4 , TARV, carga viral , tabaquismo, drogadicción, frecuencia de PAP.

Resultados: El 37,5 % de las pacientes desarrolló displasia en la citologia y el diagnostico se confirmo en un 66,6 % a traves de biopsia histologica. Casi la toTalidad de estas pacientes (94,4 %) fueron displasias de bajo grado (LSIL) y el resto displasias de alto grado (HSIL). En este grupo destacan sus CV detectables (66 %), sus niveles intermedios de inmunodepresión (66 %) y la seropositividad de sus parejas actuales (66 %) . En las pacientes sin lesiones casi la totalidad tienen CV indetectables (96 %) , sus niveles de Cd4 son optimos (86 %) y la seropositividad de sus parejas actuales es baja (14 %).16,6 % presentaron lesiones multicentricas con displasia, dos de ellas LSIL en cervix y displasia anal de bajo grado (LAIN) , y otra LSIL en cervix y displasia vulvar (VAIN). Las lesiones multicentricas incluyendo displasia y condilomas se encontraron en el 2(7,7 %. Las lesiones anogenitales se detectaron en el 50 % en el primer control y el 58,8 % en el segundo. Comparando estas pacientes con el grupo que no desarrollo displasias no hubo diferencia significativa en cuanto a la edad promedio, paridad, inicio de relaciones sexuales, relaciones anales, via de contagio, TARV y frecuencia de pap. El grupo que presento displasia presento mayor porcentaje de pacientes con mas de 10 parejas sexuales (27,7 %), menor uso de preservativo (27,6 %), tabaquismo (61,11 %) y adicciones (38,8 %).
Conclusiones: Se observo una mayor prevalencia de lesiones por HPV en pacientes HIV con respecto a lo publicado en poblacion general (2-3 %). A su vez las pacientes con mayor riesgo de desarrollar estas lesiones son las que presentan carga viral detectable, peor estado inmunologico y pareja sexual positiva.

PE141 CASO PROBABLE DE ADEM CAUSADO POR *Mycobacterium tuberculosis*

CB Ajalla, MV Ferro, CM Elias, CE Remondegui
Hospital San Roque de Jujuy, Argentina.

Introducción: Encefalomielitis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad desmielinizante autoinmune monofásico del sistema nervioso central que se asocia con infecciones virales, bacterianas o vacunas. La tuberculosis es una causa rara de ADEM.
Resumen Clínico: Masculino de 26 años, oriundo de Jujuy, ex estudiante de Ingeniería Aeronáutica. OMSB24 de diagnóstico en 2014, con CV: 640.242 logs 5.8 y CD4:45. No vacunas previas. Con pérdida de peso de 15 kilos en los últimos 6 meses, tos con expectoración mucosa, equivalentes febriles y cefalea intermitente en las últimas 2 semanas. Ingresa por TEC sin pérdida de conocimiento, desorientación temporo-espacial y alucinaciones visuales. Verborrágico, rigidez de nuca franca, disartria leve, sin alteración de pares craneales, disminución de fuerza muscular del miembro superior izquierdo, dismetría, marcha disbásica, ROT disminuido en miembros inferiores, no clonus, no Babinski. TAC de cerebro sin loe, ni desviación de línea media, LCR: Opalescente, con pleocitosis, hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia. Inicia Fluconazol, RHZE, corticoides y Aciclovir. Persistencia de bradipsiquia y desorientación, presenta episodio de agresividad y profundización del foco motor por lo que se agrega tratamiento para toxoplasmosis a pesar de no tener imagen compatible. Se solicita RMN. Paciente con evolucion desfavorable, fallece luego de un mes por paro cardiorrespiratorio. Exámenes Complementarios: RMN de cerebro contrastada; Múltiples lesiones redondeadas hiperintensas subcorticales bilaterales, que comprometen a la sustancia blanca del centro oval y a las regiones periventriculares. Leve atrofia cortico-subcortical. Presencia de dos lesiones que refuerzan luego de la inyección de gadolinio a nivel de ambos lóbulos temporales.
PPD: 0mm, LCR: ADA: 4,1 u/l, Cultivo BAAR: Positivo (+). Antigenorraquia y Cultivo para Criptococo: Negativos. Proteína C Reactiva: Negativa
PCR para Neurovirus y VDRL-FTabs: Negativos. Rx de tórax: Infiltrado intersticial bibasal. Proteína Básica de Mielina: 50ng/ml (Valor de referencia: hasta 4ng/ml). Bandas Oligoclonales: No se observan en el LCR ni en el suero del paciente.
Discusión y diagnósticos diferenciales: el diagnostico de ADEM se basa en los antecedentes del paciente, cuadro clínico, estudios de neuroimagen y del LCR. Nuestro paciente presentaba elementos que aportaban al diagnóstico pero pese a ello se debían descartar otras patologías infecciosas o desmielinizantes, como es la Esclerosis Múltiple, Encefalomielitis infecciosa viral, bacteriano o parasitario, Síndrome antifosfolípido, Vasculitis o Neoplasias del SNC.
Conclusión: Con cultivo para BAAR positivo (+) en LCR, aún con ADA con valores bajos y PPD negativa se apoya el diagnóstico de ADEM por TBC. Resulta complejo llegar a un diagnóstico específico e inequívoco por el difícil acceso a una biopsia de cerebro que existe en nuestro medio.

4 - Infecciones generales en adultos

PE142 CUADRO CLÍNICO DE PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19 IMITANDO SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD INDUCIDO POR DROGAS

MG Pérez[1], CV Giomi[1], JL García[1], SE Echazarreta[1 2], CC Falcone[2], TA Orduna[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz", Argentina. [2] Centro de Patología Regional Argentina y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital de Infecciosas "Dr. Francisco J. Muñiz", Argentina.

Introducción: el Síndrome de Hipersensibilidad Inducido por Drogas (DIHS en inglés) es una entidad que forma parte del diagnóstico diferencial de las farmacodermias, especialmente asociado a anticonvulsivantes, con una frecuencia entre 1/1000 a 1/10000 exposiciones a este grupo de fármacos y una tasa de mortalidad entre 10 y 20 %.. La fisiopatogenia es poco conocida pero se asocia a la reactivación de herpesvirus. A continuación se describe un caso de DIHS atípico durante la primoinfección por parvovirus B19 (Human parvovirus B19: B19V).
Caso clínico: Varón de 22 años que ingresó por cuadro de neumonía adquirida en la comunidad con rescate de *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente en esputo y hemocultivos con bacteriemia persistente a las 48 horas, sin otros focos de impacto. Inició antibioticoterapia con vancomicina con buena evolución clínica. Tras 21 días de tratamiento, el paciente intercurrió con fiebre asociando exantema morbiliforme pruriginoso generalizado, enantema y poliadenopatías. En el laboratorio se evidenció leucocitosis con linfocitosis reactiva y eosinofilia leve; hepatograma con elevación de transaminasas e hiperbilirrubinemia. Se realizaron hemocultivos sin rescate microbiológico. Se interpretó cuadro como probable DIHS, por lo que se solicitaron serologías para HIV, virus de hepatitis B y C, los tres con resultados negativos; serologías para virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, virus herpes 6 (*Human herpesvirus* 6: HHV-6), todos con evidencia de infección pasada; y serología para B19V con IgM positiva. Se rotó antibiótico a levofloxacina y se inició corticoideoterapia con evolución favorable de parámetros bioquímicos y disminución gradual de la signo-sintomatología.
Discusión: El DIHS es una reacción sistémica multiórganica que se caracteriza por desencadenarse luego de un mínimo de tres semanas de exposición a una droga. La lista es limitada y los principales fármacos asociados pertenecen a anticonvulsivantes, seguido por sulfonamidas, allopurinol y otros antibióticos como minociclina. No existe descripción en la literatura de este cuadro asociado a vancomicina.Para su diagnóstico es necesario que se presenten en conjunto: rash, fiebre, linfadenopatías, hepatitis, leucocitosis (con linfocitos reactivos y/o eosinofilia) y reactivación de HHV-6. Cuando no existe evidencia de reactivación de dicho virus, se habla de DIHS atípico o probable, asociándose este cuadro a otras reactivaciones virales, específicamente a los pertenecientes a la familia *Herpesviridae*. En el caso descripto se presentó durante un cuadro de primoinfección por B19V, siendo éste un agente etiológico poco relacionado en la literatura como desencadenante de dicho síndrome; y a la vez esta forma clinica no representa una presentación usual en la infección aguda por este virus.
Conclusión: Ante la presencia de exantema con exposición a un fármaco, además de sospechar el cuadro como probable reacción adversa medicamentosa, es recomendable investigar infecciones por virus *Herpesviridae* como cuadro asociado a DIHS. Si no se hallara asociación con esta familia de virus debe tenerse en cuenta la posibilidad de relación causal con otros, especialmente con B19V.

PE143 PRINCIPALES AGENTES BACTERIANOS CAUSANTES DE INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. ¿CONOCEMOS SUS PATRONES DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA?

MC Lagos Lamas, MP Sánchez, PN Ambroselli, J Suarez, D Tonin, V Azar, S Scala, N Fantoni, M Solari, M Michaan, V Villegas, A Cucchetti
Hospital San Juan de Dios, Argentina.

Introduccion: Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen procesos infecciosos frecuentes, tanto en la comunidad como en los hospitales. Como es sabido, el aumento de la resistencia en los agentes causantes de las mismas es cada vez mayor. Por este motivo, la identificación de los principales uropatógenos y sus patrones de sensibilidad a los antimicrobianos reviste especial importancia para orientar los tratamientos empíricos adecuadamente, evitando el aumento de la resistencia, y los fracasos terapéuticos.
Objetivo general: Identificar los principales agentes bacterianos causantes de infecciones urinarias adquiridas en la comunidad y sus patrones de resistencia antimicrobiana en urocultivos de pacientes ambulatorios.
Materiales y metodos: Estudio descriptivo, prospectivo. La población está constituida por todos los pacientes ambulatorios, cuyas muestras de orina ingresaron al servicio de bacteriología, para su cultivo, en el período comprendido entre el 01/12/2015 y el 01/12/2016. Las variables consideradas fueron: sexo, edad, resultado del cultivo, tipo de agente bacteriano, tipo de antimicrobianos a los que resultaron resistentes los uropatógenos, mecanismo de resistencia -Beta lactamasa de espectro extendido -(BLEE-) y uso de antibióticos en los últimos 15 días.
Resultados: De 627 urocultivos analizados, 94 (15.0 %) fueron positivos. De ellos, 90 (95.7 %) correspondieron a mujeres y 4 (4.3 %) a hombres. El 68.8 % tenía entre 15 y 34 años de edad. *Escherichia Coli (E.coli)* fue el uropatógeno más frecuente (69.2 %) seguido por *Staphylococcus saprophyticus* (9.6 %), *Proteus spp.*(5.3 %), *Klebsiella spp.* (4.2 %) y otros agentes (11.7 %). El 3.2 % produjo BLEE. La resistencia de *E.coli* fue del 55.4 % para ampicilina, del 36.9 % para ampicilina-sulbactam, del 18.4 % para trimetoprima/sulfametoxazol y de 16.9 % para fluoroquinolonas y cefazolina, mientras que para nitrofurantoína presentó una elevada sensibilidad (98.5 %). El 8.5 % refirió uso de antibióticos en los 15 días previos a la toma de muestra.
Conclusión: Los porcentajes de resistencia a los antimicrobianos utilizados en infecciones urinarias de la comunidad arrojaron datos alarmantes, respecto a los disponibles en la bibliografía local. Esto obliga a reevaluar el tratamiento empírico y considerar programas de vigilancia continua para adaptar recomendaciones en guías nacionales, según datos actualizados de nuestra población. Por otro lado, es llamativo el bajo porcentaje de muestras positivas durante el año de seguimiento, lo que sugiere reforzar las indicaciones para la toma de urocultivos y el uso de una técnica adecuada.

PE144 BACTERIEMIA POR *Campylobacter fetus* ASOCIADA ANEURISMA DE AORTA

MV Iannantuono[1], E Godoy[1], C Tula[2], A Hoffer[3], C Lucero[3], M Hojman[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clínica de los Virreyes, Argentina. [2] Bacteriología Clínica de los Virreyes, Argentina. [3] ANLIS- INEI "Dr. C. Malbrán", Argentina.

Introducción: El grupo Campylobacter es un bacilo curvo gram negativo microaerófilo, no fermentador, no esporulado y uniflagelado. Son comensales frecuentes en el tracto gastrointestinal de los animales, como aves de corral y ganado vacuno-ovino. En humanos la mayoría de las infecciones ocurren por consumo de alimentos o aguas contaminadas. Se puede transmitir por el contacto directo con animales. La especie fetus produce mayores complicaciones extraintestinales. Puede aislarse en sangre, LCR o abscesos generalmente en ancianos o inmunodeprimidos. La bacteriemia es la presentación clínica más común del C. fetus y se ha descripto su predilección por el endotelio vascular asociaciándose a endocarditis, tromboflebitis y aneurismas micótico.
Resumen clínico: Paciente femenina, de 64 años , DBT tipo 2, hipertensión arterial, ingresa a unidad coronaria de nuestra institución por síndrome febril, sudoración nocturna, dolor retroesternal irradiado a dorso y pérdida de peso de dos semanas de evolución. Se realizan cultivos y exámenes complementarios. Ecocardiograma: Esclerosis valvular aórtica, dilatación de la aorta ascendente, derrame pericárdico circunferencial moderado sin compromiso hemodinámico, insuficiencia aórtica moderada con jet regurgitante central. TAC de tórax, abdomen y pelvis: Disección aórtica tipo A (úlcera penetrante con hematoma intramural y dilatación de 6 cm en aorta ascendente). Se recibe informe de hemocultivos x 2 positivos para bacilos negativos curvos y espiralados por lo que se inicia imipenem empíricamente. Dato epidemiológico de importancia: consumo de quesos y leche no pasteurizada. Serologías HIV, HBV y HCV negativos. Hemocultivos: *Campylobacter fetus* sensible a ampicilina/ sulbactam, cefepime, gentamicina, imipenem, ciprofloxacina, por lo que se rota antibiótico a ampicilina sulbactam + gentamicina.

Evoluciona con ACV, afasia de asociación y plejía derecha. Se realiza reemplazo de aorta ascendente y resuspensión de válvula aórtica. Hemocultivos de control negativos a los 7 días. Cultivo de válvula aórtica y aorta: negativos intra tratamiento antibiótico. Durante postoperatorio es derivada a otra institución por cobertura de obra social a completar tratamiento por 8 semanas.
Discusión: Se plantea el caso ya que pone en evidencia la necesidad de sospecha de este gérmen en pacientes inmunocomprometidos con patología valvular y epidemiología compatible. Aunque no se pudo demostrar por anatomía patológica ni bacteriología la presencia de microorganismos a nivel aórtico y valvular, consideramos significativa la presencia de *C. fetus* en los hemocultivos.

PE145 ENDOCARDITIS POR *Nocardia* spp ASOCIADA A CABLE DE MARCAPASOS

G Ciotti[1], M Fiori[1], J Campana[2], M Giammaria[2], M Cuitiño[3], M Machain[4], M Pagola[5], A Tomaz[1], L Garcia Olveira[1], M Calvo Zarlenga[1], B Buceta[1], J De Rosa[1], C Perez[1], J Baez[1], C Garcia Rubio[3]

[1] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Microbiología, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [3] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [4] Servicio de Microbiologia, HIGA Abraham Piñeyro de Junin, Argentina. [5] Servicio de Infectologia, Hospital Municipal de Chacabuco, Argentina.

Introducción: Las infecciones por *Nocardia spp* se presentan frecuentemente en inmunocomprometidos (especialmente en pcientes con déficit de inmunidad celular). Las vías de infección son inhalatoria y transcutánea. La nocardiosis puede afectar diferentes sitios: pulmones, piel, sistema nervioso central, entre otros. El compromiso cardiovascular es muy poco frecuente, pudiendo infectar catéteres y válvulas protésicas.
Caso clínico: Paciente masculino, de 81 años de edad, hipertenso, que presentaba colocación de stent coronario y marcapasos (año 2011) con recambio del generador en 2015 por mal funcionamiento. Comenzó 15 días previos a la internación con fiebre, escalofríos, tos con expectoración, siendo medicado con amoxicilina por 7 días. Por persistencia de los síntomas se le indico ceftriaxona (5 días), persistiendo con registros febriles. Fue internado en nuestra institución, febril, sin soplos ni lesiones cutáneas, con rales crepitantes en pulmón izquierdo. Sin relato de inmunocompromiso. Laboratorio de ingreso: Hto 42.4 %, Hb 13.90 g/d, leucocitos 18100/mm3 (PMN 86 %), creatinina 1.46 mg/dl, VSG 90 mm, TGO 178 U/l, TGP 236 U/l, Fal 286 U/l, HIV negativo. Se solicitaron hemocultivos y ecocardiograma, visualizándose en cable de marcapasos, vegetaciones móviles (24 mm x 12 mm) próximas a la valvula tricúspide. TAC de tórax: área de consolidación en lóbulo superior izquierdo.
Con presunción de foco endovascular asociado a marcapasos, con probable embolia pulmonar séptica, se inició tratamiento empirico con daptomicina y Ceftriaxona, para cobertura de cocos Gram +. Los hemocultivos fueron negativos. Se realizó extracción de marcapasos endocardico y colocación de marcapasos epicárdico. En el cultivo del cable se aisló *Nocardia spp*. Se rotó esquema a ceftriaxona y cotrimoxazol, cumpliendo 6 semanas de tratamiento endovenoso, con buena evolución clínica. En búsqueda de foco oculto por Nocardia spp, se realizo TAC SNC siendo normal. Se externó el paciente con tratamiento oral con cotrimoxazol, con buena evolución hasta la actualidad (3 meses de tratamiento). TAC de tórax control con imagen nodular en lóbulo superior izquierdo (4 mm), de bordes irregulares, con infiltrado en vidrio esmerilado rodeando el nódulo y trazos fibrosos hasta pleura.
Conclusiones: Reportamos un caso de infección endovascular asociada a marcapasos por *Nocardia spp*. La infección por *Nocardia* suele presentarse en pacientes inmunocomprometidos, con déficit de la inmunidad celular. En este paciente fueron descartados infección por HIV, diabetes, enfermedad oncológica y corticoidoterapia previa. El compromiso endovascular por *Nocardia spp* es poco frecuente, manifestándose como infección de válvulas protésicas, menos frecuente válvula nativa, e infección asociada a catéter. Es excepcional la infección por *Nocardia spp* asociada a marcapasos, como en nuestro caso. Encontramos en la literatura solo un reporte de infección en desfibrilador por *Nocardia*.

PE146 ENDOCARDITIS POR *Brucella suis* SOBRE VALVULA AÓRTICA PROTÉSICA

A Tomaz[1], M Fiori[1], J Campana[2], L Romano[2], G Ciotti[1], L Garcia Olveira[1], B Buceta[1], M Calvo Zarlenga[1], T Pinteño[1], B Fauda[1], J Acastelli[1], J Costanzi[1], M Cuitiño[3], B Lingua[1], C Garcia Rubio[3]

[1] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Microbiología, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina, Argentina. [3] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina.

Introducción: La brucelosis afecta a 500.000 personas al año a nivel mundial siendo Argentina, Perú y México los países de América Latina con mayor prevalencia. Es una zoonosis trasmitida por contacto con fluidos de animales infectados o productos alimenticios derivados (ovejas, vacas, cabras, cerdos u otros animales). Se conocen siete especies, solo tres de importancia para el hombre: *Brucella abortus*, (bovinos), *Brucella melitensis* (caprinos y ovinos) y *Brucella suis* (porcinos). *Brucella spp* puede afectar diferentes órganos y sistemas (osteoarticular, genitourinario, neurológico, cardiovascular). La endocarditis por *Brucella spp*, es de presentación poco frecuente (1-2 %), pero tiene alta mortalidad. Reportamos un paciente con endocarditis por *Brucella suis* en válvula aortica protésica.
Caso Clínico: Paciente masculino de 50 años de edad, trabajador rural, que en 2013, por insuficiencia aortica grave, requirió reemplazo valvular mecánico. En 2015 se diagnosticó endocarditis valvular aortica tardía, con hemocultivos negativos, y buena evolución. Fue internado en nuestra Institución por síndrome febril y poliartralgias de 15 días de evolución. Al examen físico presentaba hemorragias en astilla (mano izquierda), soplo sisto-diastolico en foco aórtico, y soplo sistólico en foco mitral. ECG con bloqueo AV de 1er grado. Laboratorio de ingreso: Hcto 32 %, Hb 10.5 g/d, con índices de anemia hemolítica, VES 50 mm, PCR de 48 mg/l. Se solicitaron hemocultivos seriados, urocultivo, y serologías para HIV, VDRL y Chagas (negativas), con ELISA IgM anti-Brucella y Huddleson positivas. Tomografías de cuello, tórax, abdomen y pelvis: normales. Ecocardiograma transesofagico: presencia de dos pseudoaneurismas en el tracto de salida de la aorta ascendente, uno de ellos fistulizado hacia el ventrículo izquierdo, generando dilatación significativa de la raíz aortica, con dehiscencia de la válvula mecánica e insuficiencia aortica grave. Se interpreto el cuadro como endocarditis infecciosa en válvula protésica iniciándose tratamiento para Brucelosis, con doxiciclina, rifampicina, cotrimoxazol y gentamicina. Se realizo reemplazo de válvula aórtica, encontrándose en cirugía absceso con material purulento en tracto de salida del ventrículo izquierdo. En material valvular se obtuvo desarrollo de *Brucella suis* siendo confirmado en Instituto Malbran. Recibió 6 semanas de tratamiento con doxiciclinca, rifampicina, cotrimoxazol y gentamicina, continuando luego con doxiciclina, rifampicina y cotrimoxazol por vía oral hasta completar un total de 5 meses de tratamiento, con buena evolución clínica.
Conclusiones: La endocarditis es una complicación poco frecuente de la brucelosis, pero con alta mortalidad. Suele afectar la válvula aortica, ocasionando abscesos, fistulas y arritmias. Los hemocultivos son más específicos pero tienen menos sensibilidad que las serologías. Con sospecha de endocarditis y hemocultivos negativos, debemos pensar en brucelosis. El tratamiento de esta patología es médico quirúrgico. Presentamos este caso por ser una patología poco frecuente y que debe ser tratada precozmente, para mejorar la morbimortalidad.

PE147 MENINGITIS DE LA COMUNIDAD POR *Pseudomonas aeruginosa* SECUNDARIA A OTOMASTOIDITIS

B Buceta[1], M Calvo Zarlenga[1], M Fiori[1], A Tomaz[1], G Ciotti[1], L Garcia Olveira[1], ML Campassi[2], F Repetto[2], F Traverso[2], P Mallaviabarrena[3], J Costanzi[1], T Pinteño[1], B Fauda[1], J Acastelli[1], M Cuitiño[4], E Campi[1], C Garcia Rubio[4]

[1] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Terapia Intensiva, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [3] Servicio de Otorrinolaringologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [4] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina.

Introducción: Las otitis externa y media son patologías frecuentes en la segunda infancia. En los adultos, las infecciones del oído se presentan como otitis aguda (externa o media), otitis media crónica y pueden asociarse a colesteatoma. En este último caso (otitis media colesteatomatosa) la presencia de P. aeruginosa es habitual y puede acompañarse de mastoiditis. No es tan frecuente la presencia de P. aeruginosa en adultos con otitis y mastoiditis aguda sin colesteatoma. Toda otitis y mastoiditis puede complicarse con meningitis, teniendo esta alta morbimortalidad.
Caso Clínico: Paciente masculino de 83 años, que comenzó 15 días antes de la internación con fiebre, secreción purulenta por oído derecho, y luego agregó síndrome vertiginoso periférico y cefalea. Consulto en otra institución donde iniciaron empíricamente, sin toma de cultivos, tratamiento con piperazilina - tazobactam y vancomicina. Por continuar febril fue derivado a

nuestra institución. Al ingreso presentaba tendencia al sueño, inestabilidad postural, rigidez de nuca, nistagmos horizontal, dismetría y lateralización hacia la derecha durante la marcha. Laboratorio: Hto 28.2 %; Hb 8.5 g/d; leucocitos 11.100 mm3 (PMN 65 %); urea 31 g/d; creatinina 1.75 mg/d; HIV negativo. Se realizo punción lumbar: leucocitos 3100 mm3 (80 % PMN); glucorraquia 18 mg/dl; proteínorraquia 1 g/L. Se realizaron hemocultivos (negativos) y TAC de SNC: ocupación de oído medio y apófisis mastoides derecha, sin perforación timpánica. Se interpreto el cuadro como meningitis bacteriana secundaria a otitis media complicada y mastoiditis sin colesteatoma, iniciándose tratamiento con ceftriaxona y ampicilina. Se realizo timpanoscopía con drenaje de oído medio. En el cultivo del material otico y LCR se obtuvo desarrollo de *P. aeruginosa* sensible a todos los antibióticos del grupo. Se roto esquema a Ceftazidima, evolucionando afebril, con mejoría del cuadro neurológico, sin supuración ótica. Completo 21 días de tratamiento, continuando con ciprofloxacina VO por mastoiditis. El paciente se encuentra en estudio por síndrome linfoproliferativo, debido a que en controles clínicos posteriores se observo alteración del hemograma con linfocitosis marcada.
Conclusión: Las complicaciones intracraneales, en los adultos, de la otitis media aguda sin colesteatoma y mastoiditis aguda tuvieron alta morbimortalidad en la era pre antibiótica. Actualmente son poco frecuentes, y la presencia de *P. aeruginosa* en ellas se relaciona con traumatismo local, otitis externa (de las piletas), otitis media crónica, o bien en pacientes inmunocomprometidos. La meningitis por *P. aeruginosa* es una infección poco frecuente, asociándose a complicaciones de neurocirugía y con alta morbi-mortalidad. El diagnostico de meningitis por Ps. aeruginosa, como complicación de proceso ótico - mastoideo, debe hacernos buscar una patología crónica del oído o bien un estado de inmunocompromiso en el paciente.

PE148 ENDOCARDITIS POR *Mycobacterium senegalense*

ML Lescano[1], M Bangher[2], M Carol Rey[1], S Altabe[1], V Arce[1], R Lopez[1], S Fernandez Lugo[1], C Vallejo[1]
[1] Hospital J.C. Perrando, Argentina. [2] Instituto de Cardiologico de Corrientes "Juana Francisca Cabral", Argentina.

Introducción: Las micobacterias de crecimiento rápido son ubicuas en la naturaleza y están distribuidas ampliamente en el agua, suelo y animales. El diagnóstico microbiológico incluye la observación directa al microscopio y el cultivo. La identificación taxonómica se realiza mediante técnicas fenotípicas, bioquímicas, cromatográficas y de biología molecular. El tratamiento difiere con otras micobacteriosis, debido a la variable sensibilidad in vitro de las especies de este grupo. Son resistentes a los fármacos antituberculosos convencionales, pero pueden ser sensibles a antimicrobianos de amplio espectro.
Resumen: Paciente de sexo masculino de 48 años , empleado rural , con hipertensión arterial , hipotiroidismo. Con antecedentes en el mes de mayo del 2015 cirugía de reemplazo valvular aortica, con colocación de prótesis mecánica combinada con cirugía de revascularización miocárdica por estenosis aortica severa; angioplastia con colocación de stent por infarto de miocardio .En septiembre del mismo año hace Insuficiencia cardiaca con disfunción diastólica de la válvula .Luego mejora y continua con controles regulares . En el mes de abril del 2016 presenta fiebre de mas de 20 días de evolución, por lo cual se interna para sospecha de Endocarditis Infecciosa .Realizan hemocultivos y urocultivo con ecocardiograma transesofagico : se observa a nivel de la fibrosa mitroaortica imagen heterogénea con foco hipoecoico en su interior compatible con absceso aórtico .Se inicia empíricamente con Vancomicina y Ceftriaxona , con regular evolución clínica ,afebril , a las 3 semanas de tratamiento confirman los hemocultivos positivos para micobacteria sp. Derivan al Laboratorio de Referencia .Confirman *Micobacteria senegalense*, por lo cual se inicia esquema específico: levofloxacina 750/día y claritromicina 500/12hs por 3 meses, buena evolución clínica, pero el paciente decide abandonar el tratamiento y controles. A los 2 meses reitera la consulta por fiebre prolongada, realizan hemocultivos e inicia tratamiento con Imipenem más Amikacina. Se informa a los 10 días cultivos positivos para la misma micobacteria, por lo cual se continua 2 semanas con el tratamiento ev, luego se rota a Levofloxacina 750/día más claritromicina 1 gramo/día por 6 meses .El ultimo ecocardiograma transesofagico: a nivel de la fibrosa mitroaortica imagen heterogénea con foco hipoecoico en su interior, de menor tamaño, comparando al previo. Actualmente afebril, estable clínicamente con 2 pares de hemocultivos de control negativos intratratamiento.
Conclusión: Las micobacterias de crecimiento rápido, presentan un diagnostico microbiológico difícil de realizar con métodos convencionales y se remarca en este caso clínico, el tiempo de tratamiento específico y prolongado para negativización de hemocultivos.

PE149 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA UTILIZACIÓN DEL ALGORITMO DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR *Clostridium difficile* EN LOS CENTROS AMBULATORIOS ADHERIDOS A UN HOSPITAL GENERAL DE BARCELONA (ESPAÑA)

P Favier[1], S España Cueto[2], A Jaen[2], C Castillo[2], M Rolon[1], E Arroyo[2], H Perez[1]
[1] Hospital Fernandez, Argentina. [2] Hospital Universitario Mutua Terrassa, España.

Introducción: La infección por *Clostridium difficile* (ICD) es una de las principales causas de diarrea nosocomial. Sin embargo, el papel que cumple en el entorno comunitario dista de ser mensurado. Aún faltan estudios que aclaren la asociación de ciertos factores propios de la atención primaria y la positividad de pruebas diagnósticas de ICD.
Objetivo primario: Describir la tasa de positividad de las pruebas incluidas en el algoritmo diagnóstico de ICD, de heces de pacientes atendidos por diarrea en los centros de atención primaria de Barcelona entre diciembre de 2014 y diciembre de 2016.
Objetivo secundario: analizar la asociación entre factores demográficos, antecedentes patológicos, hallazgos laboratoriales y la positividad de las pruebas.
Materiales y métodos: Se estudiaron 123 muestras de heces. Se recabaron retrospectivamente sobre las historias clínicas electrónicas los siguientes datos: número de deposiciones/día, cáncer activo, VIH, hospitalización (últimos 6 meses), uso de antibióticos (últimos 30 días) y uso de inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se han tomado en cuenta la creatininemia, lactacidemia y leucocitos en sangre, tomados en un período de +/- una mes desde la consulta. Se utilizó el siguiente algoritmo diagnóstico: prueba de glutamato deshidrogenasa (GDH) seguida de ELISA para Toxina A/B (TAB) ó PCR para *Clostridium difficile* (CD) productor de TAB (en caso de discordancia entre las primeras). Se consideró significativo un valor de p<0,05. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de t de Student, Chi2, exacta de Fisher o U de Mann Whitney según procediera. El análisis se realizo con EPI INFO TM 7.2.1.0.
Resultados: Se estudiaron 123 muestras, 66 % fueron de mujeres, la edad media de la población fue 66,1años (DE20, 4). Fueron positivas el 16,3 % (n = 20), de las cuales el 60 % provenían de mujeres (p = 0,6). El 80 % (n = 16) se encontraron en mayores de 65 años. El 55 % de estas (n = 11) se definieron por GDH+/TAB+, y las restantes (n = 9), con discordancia en el *screening*, por medio de PCR. No se encontró asociación entre la positividad de las pruebas y el uso de IBP ó los parámetros laboratoriales. Del total de episodios diarreicos evaluados, el dato "n° de deposiciones/día" sólo se constató en 42/123.

	Prueba positiva (n = 20)	Prueba negativa (n = 103)	p
Edad	73,0 (DE3,4)	64,8 (DE2,1)	0,15
N° deposiciones/día	10,0 (DE1,1)	4,3 (DE2,4)	0,007
Hospitalización (últimos 6 meses)	30,0 %	19,4 %	0,3
Uso de fosfomicina VO	44,4 %	14,1 %	0,04
Uso de betalactámicos	23,9 %	11,7 %	0,08
Cáncer activo	43,8 %	12,2 %	0,01

Conclusiones: En el presente estudio hubo una tasa de positividad diagnóstica baja. Llama la atención que en la mayoría de los casos la cantidad de deposiciones diarias no se consideró (13/20 muestras positivas). La presencia de cáncer y la administración de fosfomicina VO se asociaron con pruebas positivas. A su vez, el uso de betalactámicos muestra una tendencia a la significancia estadística que podría deberse al tamaño muestral. Son necesarios más estudios sobre factores de riesgo de ICD comunitaria para así adecuar la solicitud de pruebas diagnósticas.

PE150 BACTERIEMIAS A BACILOS GRAM NEGATIVOS EN ADULTO MAYOR: DIFERENCIAS ENTRE ORIGEN URINARIO Y NO URINARIO

AV Bonifacio[1], OF Teglia[1], MG Nogueras[2]
[1] Infectología. Policlínico PAMI I INSSJP, Argentina. [2] Bacteriología. Policlínico PAMI II INSSJP, Argentina.

La frecuencia de bacteriemias aumenta en los pacientes de edad avanzada y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La tasa de incidencia de bacteriemias por infección urinaria por bacilos Gram negativos es relativamente baja en pacientes menores de 60 años, incrementándose con la edad. Nos propusimos analizar los episodios de bacteriemia por bacilos Gram negativos en adultos mayores y comparar las de origen urinario versus otros focos. Para ello se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal. Se estudiaron episodios de bacteriemias a bacilos Gram negativos en adultos mayores de 65 años de ambos sexos todos internados. La población se identificó mediante los informes de microbiología y se evaluó posteriormente al resultado positivo. Se incluyeron 59 episodios de bacteriemias a bacilos Gram negativos. El 33.9 % fueron de origen urinario (n: 20) y en el 66.1 % (n: 39) se identificó como otro origen (respiratorio, abdominal, asociado a cateter) o fue de origen desconocido. El microorganismo más frecuente fue *E. coli* en el 52 % (n: 13). El grupo KESC (*Klebsiella* spp, *Enterobacter* spp, *Serratia* spp y *Citrobacter* spp) fue más prevalente en aquellas bacteriemias de origen no urinario que urinario (86.4 % vs 13.6 % p = 0.052). Fue significativamente más frecuente la multirresistencia en bacteriemias de origen no urinario (85.7 % p = 0.019). El tratamiento empírico fue inadecuado en 4 pacientes. El shock séptico se presentó principalmente en bacteriemias de origen no urinario (80 % vs 20 %), la mortalidad fue significativamente mayor en este grupo (87.5 % p = 0.036). Por lo que se puede inferir que el foco de origen urinario fue el más frecuente al igual que lo descripto en la literatura y se asoció a menores tasas de multirresistencia, sepsis severa/shock séptico y mortalidad. El microorganismo más prevalente en foco urinario fue *E. coli,* mientras que el grupo KESC predominó en las de origen distintos del urinario con mayores tasas de multirresistencia.

PE151 AISLAMIENTO DE *Kerstersia gyiorum* EN UN CASO DE OTITIS MEDIA CRÓNICA COMPLICADA CON ABSCESO CEREBELOSO

M D´aurizio, A Crivelli, M Rey, L Errecalde, M Erbin, S Kaufman, H Perez
Hospital Fernandez, Argentina.

Introducción: La otitis media supurativa crónica (OMSC) se define como descarga auricular de más de 6 semanas en presencia de perforación de la membrana timpánica, causada por microorganismos que afectan al oído medio y hueso mastoideo, generalmente son infecciones mixtas. Los más frecuentes son *Pseudomonas* spp y *Staphylococcus aureus*, bacilos gram negativos y anaerobios. Recientemente, se han descripto nuevos patógenos como *Kerstersia gyiorum*.
Resumen clínico: Paciente masculino, 20 años de edad, antecedente de otitis media a repetición e hipoacusia en oído izquierdo, consulta por otalgia, otorrea y anacusia derecha asociado a fiebre, vómitos y vértigo de una semana de evolución, recibe amoxicilina-ácido clavulánico. Por falta de respuesta concurre nuevamente, afebril, normotenso, lúcido, nistagmus inagotable y multidireccional, dismetría y lateralización de la marcha hacia el lado derecho. Se decide internación e inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam.
Exámenes complementarios: Hemocultivos negativos. Otoscopia: otorrea purulenta fétida de oído derecho y colesteatoma bilateral. TAC de hueso temporal y encéfalo: escasa neumatización de ambas apófisis mastoides y ocupación de la totalidad del oído medio derecho, sin alteraciones óseas vestibulococleares. Lesión hipodensa en cerebelo derecho, sin efecto de masa. RMN de cerebro: lesión focal en cerebelo derecho heterogénea con refuerzo periférico con contraste, compatible con absceso cerebeloso. Punción lumbar: liquido cristal de roca, células 22, proteínas totales: 57. Cultivo Miringocentesis: *Proteus vulgaris, Streptococcus anginosus y Kerstersia gyiorum* (CIM por método epsilomètrico: gentamicina 2, meropenem 0.064, Trimetropina sulfametoxazol 0,047 y piperacilina tazobactam 0,38; sensible según tabla de CLSI 2017). Los aislamientos se confirmaron por espectrometría de masa MALDITOF MS (Bruker). Anatomía patológica: Tejidos de granulación con infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y abundantes leuco-piocitos. Evolución: Se realiza craniectomía suboccipital derecha con evacuación del absceso, evoluciona favorablemente, por lo se decide egreso hospitalario.
Discusión: *Kerstersia gyiorum* es un cocobacilo Gram negativo, miembro de la familia Alcaligenaceae, oxidasa negativa, Puede representar una causa subestimada de OMCS, asociada a infección mixta como se reporta en la literatura y en el caso presentado. Sin embargo, poco se conoce sobre sus factores de virulencia y como contribuye a la cronicidad. La tipificación molecular, aumenta el éxito del diagnóstico, tratamiento y desempeña un papel importante en el diagnóstico oportuno de los casos que presentan dificultad para detectarse con los métodos tradicionales. No existe un tratamiento estandarizado por lo que es necesario recurrir al antibiograma.
Conclusión: CSOM es una causa importante de pérdida auditiva prevenible, particularmente en el mundo en desarrollo CSOM puede conducir a la muerte, principalmente a través de la meningitis y abscesos cerebrales. La identificación correcta del germen adecuando el tratamiento a este contribuirá a la prevención tanto de la secuela como de las nuevas infecciones.

PE152 EPIDEMIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR ESTREPTOCOCO B-HEMOLITICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD. PERÍODO 2012-2016.

MS Martínez, L de Wouters, M Gordovil, A Salmeron, M Vallejo
Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

Introducción:: Los Estreptococo B-hemolítico(EBH) forman parte de la flora habitual. Son responsables de enfermedades graves como fascitis necrotizante, el síndrome de shock tóxico(SSTE) y complicaciones post-infecciosas. El EBHA por sus factores de virulencia puede cursar con manifestaciones fulminantes, al igual que algunos subtipos de EBHC y EBHG, que expresan proteínas homólogas. Se describe mayor mortalidad en edad avanzada y con factores de riesgo.
Objetivo: Caracterizar enfermedad invasiva por EBH(EIE) en adultos, incidencia, factores de riesgo, presentación, subtipos, sensibilidad y mortalidad en un periodo de 5 años en un Hospital Privado.
Materiales y metodos: Estudio clínico, descriptivo, retrospectivo. Se revisó la base de datos del laboratorio de Microbiología del Hospital, recolectando cultivos positivos durante el periodo de 01/01/2012 al 31/12/2016.Se incluyeron pacientes internados y ambulatorios mayores de 18 años. Se definió EIE al aislamiento de EBHA, B, C, G y F a partir de un sitio estéril(sangre, LCR, líquido articular, pleural, ascítico y de colección). Los HMC se realizaron por sistema de detección BACT/ALERT, con siembra en medio agar sangre de carnero y la tipificación mediante aglutinación de partículas en látex. La sensibilidad se realizó mediante difusión con discos y la CIM mediante tiras reactivas(Etest). Los datos obtenidos fueron analizados en sistema EPI Info 7. Se consideró una P2 <0.05 estadísticamente significativa.
Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 547 cultivos positivos, 128 pacientes cumplían criterios de inclusión. La Media de Edad fue 65,35 años y la Mediana de 73. El 52 % sexo masculino. El 92 % de los casos ocurrieron en pacientes internados. Días de Internación 17.94(media).La Mortalidad Total fue 21.09 %, el 81.48 %(22/27) presento comorbilidades. HTA, Insuficiencia Renal, Tumores sólidos, Oncohematologicos e Inmunosupresión arrojaron un RR elevado en el análisis de Mortalidad, con P no significativa. Bacteriemia sin foco, Meningitis y SSTE como presentación clínica mostraron un aumento de Riesgo de Mortalidad, con una P estadísticamente significativa. La Mortalidad del grupo Etario >65 años fue 85.2 %(23/27) P: 0.0033, dentro de este el 39.13 % fueron por EBGB.
Conclusiones: La EIE continúa siendo una enfermedad prevalente en nuestro medio, presentando una alta tasa de letalidad, con gran impacto en la población adulta mayor y en presencia de factores de riesgo.

Variables/Mortalidad	Pacientes n: 128	100%	Mortalidad (%) n: 27(21.1)	RR	Pα2
Comorbilidades	106	82.8	22(20.7)	0.91	1
Edad >65 años	75	58.6	23(30.6)	4.06	0.003
Hipertensión arterial	57	44.5	15(26.3)	1.55	0.28
Diabetes	36	28.1	4(11.1)	0.44	0.13
Cirugía	23	17.9	1(4.34)	0.17	0.058
Tumor solido	13	10.1	5(38.5)	2.01	0.20
Insuf cardiaca	12	9.4	2(16.5)	0.77	0.98
Tabaquismo	10	7.8	1(10)	0.45	0.62
Insuf renal	10	7.8	4(40)	2.05	0.26
Cardiopatía Isquémica	10	7.8	2(20)	0.94	1
Inmunosup fármacos	9	7.0	4(44.4)	2.29	0.17
Enf oncohematológica	6	4.7	3(50)	2.54	0.20
Alcoholismo	2	1.6	0		
Otra comorbilidad	9	7.0	1(11.1)	0.5	0.73
Sin comorbilidades	22	17.2	5(22.7)		
Foco clínico	112	87.5	19(22.7)	0.33	0.007
IPPB	38	33.9	6(15.8)	0.89	1
Absceso profundos	29	25.9	1(3.4)	0.15	0.023
SSTE	28	21.8	18(64.3)	7.14	<0.001
Inf prótesis articular	14	12.5	1(7.1)	0.38	0.50
Osteomielitis	10	8.9	0		
Artritis	9	8.0	0		
Endocarditis	8	7.1	1(12.5)	0.72	1
Peritonitis	8	7.1	4(50)	3.46	0.036
Meningitis	6	5.3	5(83.3)	6.30	< 0.001
NAC	5	4.5	2(40)	2.51	0.19
Inf herida qx	4	3.6	0		
NIH	1	0.9	0		
Espondilodiscitis	1	0.9	0		
Bacteriemia sin foco	16	12.5	8(50)	2.94	0.007
Serotipos					
EBGA	22	17.19	7(31.8)		
EBGB	53	41.41	10(18.9)		0.81
EBGC	20	15.63	3(15)		Fisher-
EBGF	7	5.47	1(14.3)		Feeman-
EBGG	18	14.06	4(22.2)		Halton exact
No agrupados	8	6.25	2(7.4)		

PE153 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS EN PACIENTES CON BACTERIEMIAS

G Lopez, ME Silva, L Politano, A Littvik, S Penco
Hospital Rawson, Argentina.

Introducción: La bacteriemia es un síndrome clínico complejo y en constante transformación que ocasiona una importante y creciente morbimortalidad. La incidencia global se ha incrementado en 8,7 % anual. Se clasifican según el sitio de adquisición en bacteriemias de la comunidad, asociadas al cuidado de la salud (ACS) e intrahospitalarias. Las de origen comunitario son las más frecuentes. Ciertas condiciones relacionadas con el paciente como diabetes, enfermedad renal crónica, corticoterapia, etc predisponen a presentar una bacteriemia. Pueden manifestarse como sepsis o shock séptico. Mayor mortalidad en bacteriemias de origen nosocomial.
Objetivo: Conocer características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas en pacientes con bacteriemias.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y analítico. Se analizaron hemocultivos (HC) positivos desde 05/2015 a 05/2016. Para las variables mensurables se calcularon medidas de posición central y dispersión. Para las categóricas se utilizó frecuencias y Chi2 considerando una p≤0,05 estadísticamente significativa. Las variables consideradas fueron: datos filiatorios, factores de riesgo, foco infeccioso, lugar de adquisición, aislamiento microbiológico, puntaje SOFA, valor de procalcitonina (PCT).
Resultado: Se incluyeron 126 HC positivos. Más frecuente en hombres (61 %). El 98,4 % de las bacteriemias fueron secundarias a un foco infeccioso. El 66 % de los pacientes tenía factores de riesgo (FR); principalmente DBT 46,24 % y VIH 39,78, y un 29 % presentó maniobras invasivas. La presencia de FR no aumentó la probabilidad de presentar shock séptico de manera estadísticamente significativa (p = 0,19). La bacteriemia más frecuente fue la adquirida en la comunidad (47 %); en esta, predomina la infección urinaria (ITU) 37 %, seguido de neumonía 18 % e infección intraabdominal 18 %. Los microorganismos aislados fueron: Escherichia coli (Eco) 37 %, Staphylococcus aureus (Sau) 18 % y Streptococcus pneumoniae (Spn) 12 %. En las ACS, el 57 % correspondieron a infecciones asociadas a catéter (IAC), 29 % ITU y 14 % neumonía; siendo Sau el microorganismo principal con el 71 %. En las bacteriemias nosocomiales, el 31 % fueron secundarias a IAC y 21 % ITU e ITB. Los microorganismos más frecuentes fueron: Sau y Staphylococcus coagulasa negativo (Scn) 24 %. El 45 % se presentó como sepsis y 7 % como shock séptico. La mortalidad global fue de 12,7 %. De los fallecidos el 77,8 % tenía un SOFA ≥ 7 y PCT<10ng/ml. La PCT >10ng/ml no demostró mayor probabilidad de shock séptico o sepsis (p = 0,56).
Conclusión: Globalmente la bacteriemia más frecuente es la adquirida en la comunidad y secundaria a un foco infeccioso; siendo la ITU la presominante en la comunidad e IAC en las ACS y nosocomiales. Dos tercios de los pacientes tenían FR, principalmente DBT y VIH. El microorganismo más frecuente en bacteriemia ambulatoria fue Eco, mientras que en ACS y nosocomial fue Sau y Scn. La principal forma de manifestación fue sepsis. Baja mortalidad.

PE154 BACTERIEMIAS EN PACIENTES DIABÉTICOS: PREVALENCIA, FACTORES DE RIESGO, MICROORGANISMOS CAUSALES Y SUS PATRONES DE SENSIBILIDAD

M Zarate[1], G Serruto[1], P Mainetti[1], D Cecchini[2], L Jordan[1], J Zaracho[1]
[1] SANATORIO GUEMES, Argentina. [2] SADI, Argentina.

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica de alta prevalencia nivel global y conlleva una considerable morbimortalidad infecciosa. No hay datos en nuestro medio que evalúen la prevalencia de bacteriemia en esta población, así como los factores de riesgo asociados a la misma.
Objetivos: 1-Evaluar la prevalencia de bacteriemias en pacientes diabéticos en sanatorio privado de alta complejidad entre enero 2015 a diciembre 2016; 2- Identificar los factores de riesgo asociados a dicho evento: edad, sexo y hemoglobina glicosilada (HbA1C) >6,5 %; 3- Describir los microorganismos más frecuentes y sus patrones de sensibilidad.
Materiales y métodos: Estudio analítico retrospectivo. Se estudiaron un total de 1950 hemocultivos de pacientes con diabetes. Las muestras se cultivaron en botellas de hemocultivos automatizados (Becton Dickinson BD) por un período de 5 días. Los aislados fueron identificados por metodologías convencional y automatizada Phoenix (BD). Los estudios de sensibilidad se realizaron según normas del CLSI 2017. Se realizó análisis univariado para evaluar variables asociadas: aquellas con un valor de p <0.05 se incluyeron en un análisis de regresión logística.
Resultados: La prevalencia de bacteriemias en diabéticos en nuestro centro fue de 22,6 % (436 episodios/1930 pacientes). Los factores de riesgo asociados a bacteriemias fueron la edad mayor de 50 años (p<0,01; OR: 1,70; IC95 %: 1,11-2,61) y la concentración de HbA1c >6,5 % (p<0,01; OR: 3,8; IC95 %: 2,77-5,22). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron 54 % bacilos gram negativos (83 % *Enterobacteriaceae*, 21 % BGNNF y 1 % otros), 44 % cocos gram positivos (43 % *Enterococcus* spp, 30 % S aureus, 19 % SCN, 7 % *Streptococcus* spp y 1 % *Aerococcus* spp.) y 2 % *Candida* spp. En las enterobacterias la resistencia a carbapenemes fue del 17 %. La meticilino-resistencia en S. aureus fue del 35 % y la resistencia a vancomicina en *Enterococcus* spp fue del 23 %.
Conclusiones: La diabetes descompensada/mal controlada por lo menos triplica el riesgo de tener bacteriemia respecto a aquellos pacientes con niveles de HbAbc1 <6,5 %. La descripción de la prevalencia de gérmenes y los estudios de sensibilidad nos permiten conocer la epidemiología local en esta población para contribuir a la adecuada selección del tratamiento empírico inicial.

PE155 SÍFILIS MALIGNA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M Hojman[1], M Torres[1], R Rosemberg[2], L Brignone[2], R Davila[2], MF Fredes Godoy[2], M Morichelli[3], I Stella[4], A Deladoey[4]
[1] Infectología - Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Argentina. [2] Clínica Médica - Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Argentina. [3] Dermatología - Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Argentina. [4] Anatomía Patológica - Hospial General de Agudos Bernardino Rivadavia, Argentina.

Introducción: La sífilis maligna es una manifestación poco común y destructiva de la sífilis secundaria, en la que aparecen lesiones necróticas que pueden asociarse con síntomas y signos sistémicos. Usualmente aparece de 6 semanas a 1 año luego de la infección primaria. Generalmente ocurre en pacientes inmunocomprometidos, principalmente en VIH positivos. Es una presentación poco habitual, y rara en inmunocompetentes.
Caso Clínico: Paciente de 18 años de sexo masculino, oriundo de Paraguay, que ingresa por presentar nódulos cutáneos, algunos con supuración, dolorosos, de 3 meses de evolución, de comienzo en abdomen como pápulas puntiformes, posteriormente con progresión a cara, cuero cabelludo, tronco y extremidades de aspecto eritematoso, algunos con superficie descamativa y costrosas, otros con ulceración en forma de sacabocado con fondo de fibrina y algunos con supuración. Extendidas a cuero cabelludo, tronco, abdomen y extremidades. Febril 38,3 C. Se palpaba adenomegalia retroauricular izquierda. Heterosexual, con pareja estable. Refirió no usar preservativo en sus relaciones sexuales. Laboratorio inicial: 19700 GB, resto normal. Se medica inicialmente con TMS. Se tomó muestra para cultivo mediante punción por piel sana que desarrolló *Staphylococcus aureus* meti S. Imágenes:TAC de tórax: adenomegalias axilares; ecografia abdominal: Hígado aumentado de tamaño, con contornos irregulares. Serologías: VDRL 1/1024. Serologías HIV, HBV y HVC negativas. Fondo de ojo: sin hallazgos patológicos. Biopsia de piel: Epidermis con reacción de interfase local, la dermis papilar y media presenta intenso infiltrado inflamatorio constituido por histiocitos y linfocitos y frecuentes plasmocitos que se disponen en forma difusa y perivascular. Coexisten vasos con paredes tumefactas. Se realizan técnicas PAS, Ziehl Neelsen y Grocott no observándose agentes micóticos ni BAAR. Diagnóstico: Dermatitis crónica liquenoide con denso infiltrado linfocitario-histiocitario con frecuentes plasmocitos, vinculable con lúes cutánea. Recibió una dosis de penicilina G benzatínica 2400000 UI intramuscular. No se realiza punción lumbar por abundantes lesiones en la zona. Por hallazgo de cultivo positivo para SAMS se rota a ceftriaxona que recibe por 10 días. El paciente presenta buena evolución, con mejora de las lesiones, normalización de laboratorio. Al mes se repite serología HIV que vuelve a ser negativa.
Conclusiones: Este caso es interesante, no solo por tratarse de una forma muy poco común de sífilis secundaria sino, además, por haber sido diagnosticada en un paciente inmunocompetente. Falta reconocimiento de este tipo de presentación retrasa el diagnóstico y el tratamiento, llevando a un aumento en la morbilidad y la diseminación de la infección. La sífilis maligna no debe ser considerada una infección oportunista o exclusiva de pacientes inmunocomprometidos ya que, aunque con muy baja frecuencia, puede ocurrir en pacientes sin alteraciones inmunológicas

PE156 PATRÓN DE SUSCEPTIBILIDAD A CIPROFLOXACINA, AMINOGLUCÓSIDOS Y AMPICILINA-SULBACTAM EN ENTEROBACTERIAS DE LÍQUIDOS ABDOMINALES

ML Cazzola, DA Godoy, MG Aude, A Cremona
Hospital Italiano de La Plata, Argentina.

Introducción: Las infecciones intraabdominales (II) tienen alta mortalidad y constituyen la segunda causa màs frecuente de sepsis severa. Su pronòstico depende de la rapidez de la instauraciòn del tratamiento antimicrobiano empìrico de la Institución, ya que en Argentina no existen recomendaciones terapéuticas.
Objetivo: Relevar la resistencia (R) a ciprofloxacina (CI), aminoglucòsidos (AG) y ampicilina-sulbactam (AMS) para establecer una terapia empìrica (TE) para las II.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional de los lìquidos intraabdominales (LI) (sin discriminaciòn del origen de la II: comunitaria, nosocomial, complicada, no complicada) que ingresaron al laboratorio de microbiologìa en el perìodo enero a diciembre de 2016. Se realizò coloraciòn de Gram, cultivo en aerobiosis en agar sangre, agar chocolate, CLDE y caldo tripteìna soya; la tipificación se realizó por pruebas bioquìmicas convencionales y la sensibilidad antibiòtica se ensayò por difusiòn en medio sòlido, siguiendo las normas CLSI M100S 26 th ed.
Resultados: Se relevaron 189 LI, obteniéndose los siguientes resultados:

Porcentaje de E aisladas de LI y susceptibilidad a CI, AMS, G, A

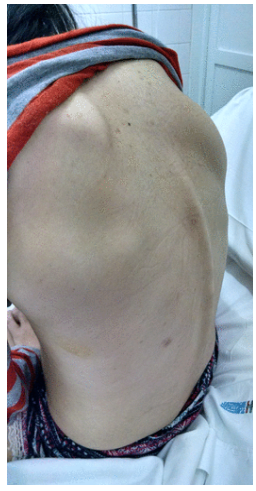
Rescate microbiològico	Monomicrobiano (M): 20 (41,67 %)	Polimicrobiano (P): 28 (58,33 %)
E	17 (85,00 %)	12 (42,85 %)
R a CI	7 (41,17 %)	7 (58,33 %)
R a AMS	6 (35,29 %)	8 (66,66 %)
R a G	1 (5,88 %)	5 (41,66 %)
R a A	1 (5,88 %)	1 (8,33 %)

Las E provenientes de P resistentes a CI estuvieron acompañadas por enterococos, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli* sensibles a CI en un 57,14 %, por *Acinetobacter* spp multirresistente en un 28,57 % y por Candida albicans en un 14,28 %.

Conclusión: La R a CI y AMS en E de II de nuestra serie (tanto M como P) fue superior al 30 %. La R a G fue 5,88 % en M y 41,66 % en P. La R a A fue inferior al 10 % tanto en M como en P por lo que parece una mejor opciòn para el establecimiento de la TE en II.

PE157 PIOMIOSITIS COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE INFECCIÓN GONOCÓCICA DISEMINADA

V Azar, MG Michaan, NS Fantoni, A Cucchetti, AM Solari, JP Lozano, DV Villegas, MP Sanchez, MC Lagos Lamas, SL Scala, PN Ambroselli, JP Suarez, DM Tonin
Hospital San Juan de Dios, Argentina.



Introducción: La infección gonocócica diseminada (IGD) se produce como consecuencia de la propagación bacteriémica de *Neisseria gonorrheae*. Acontece en el 0.5 % al 3 % de los pacientes infectados. Su presentación clínica más habitual es la de tenosinovitis, poliartralgias migratorias y afección cutánea. La piomiositis es la infección bacteriana aguda del músculo estriado, que suele acompañarse de la formación de abscesos, generalmente producida por *Staphlyococcus aureus*, siendo *N.gonorrheae* sumamente infrecuente como agente causal.
Caso clínico: Mujer de 20 años, diabética tipo I con pobre control glucémico, consultó por presentar dos tumoraciones dolorosas en la región dorsal de un mes de evolución, con empeoramiento en las últimas 72 horas, acompañado de equivalentes febriles. Al ingreso se constataron dos tumoraciones de 15x10 cm, blandas y frías a la palpación. El resto del examen físico no presentó particularidades. El laboratorio reveló como hallazgos significativos recuento de glóbulos blancos de 31.2x10e6/uL con predominio neutrofílico, hematocrito de 29 %, recuento de plaquetas de 598x10e3/uL, glucemia 2.97 g/L. En la ecografía de partes blandas se observaron colecciones líquidas, mal delimitadas, bilaterales en músculos serrato mayor e infraespinoso. Se tomó un par de hemocultivos que resultó negativo y muestra de colección por medio de aguja fina, con posterior drenaje quirúrgico. En el examen directo se observaron abundantes diplococos gram negativos y en el cultivo se aisló *Neisseria gonorrheae*. Cumplió 7 días de tratamiento con Ceftriaxona 1 gr cada 12 hs endovenoso, con evolución favorable.
Conclusión: Reportamos un caso de piomiositis como presentación infrecuente de una IGD. En la búsqueda bibliográfica realizada no se encontraron datos estadísticos acerca de la frecuencia de tal presentación clínica. La mayoría de los casos publicados en la actualidad, ocurren en músculos de la región pélvica, debido a que la afectación por contigüidad es más frecuente que la diseminación hematógena. Si bien la etiología gonocócica es poco habitual, debería incluirse como diagnóstico diferencial en casos de piomiositis con abscesos fríos de evolución subaguda y realizar previo al inicio de antibioticoterapia, toma de muestra de sangre y de colección para observación directa y cultivo como así también examen ginecológico y de genitales externos.

PE158 PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE INFECCIÓN POR *Aeromonas caviae* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

DM Tonin, MG Michaan, NS Fantoni, AM Solari, A Cucchetti, JP Lozano, DV Villegas, MP Sanchez, SL Scala, MC Lagos Lamas, V Azar, PN Ambroselli, JP Suarez
Hospital San Juan de Dios de La Plata., Argentina.

Introducción: Las bacterias del género *Aeromonas* son habitantes de agua dulce y salada, aislándose incluso en agua potable clorada. Las infecciones más habituales provocadas por este género son de los tejidos blandos y del tracto gastrointestinal, mientras que la bacteriemia y la sepsis son cuadros infrecuentes de alta mortalidad (30- 50 %) que se observan principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Se describe un caso de tromboflebitis supurativa por *Aeromonas caviae* en un individuo inmunocompetente, hallándose sólo un reporte en la bibliografía consultada en un paciente en tratamiento con esteroides.
Caso clínico: Paciente masculino de 38 años de edad, sin comorbilidades conocidas, ingresa por guardia tras presentar caída de altura a una pileta con agua estancada. Se constata neumotórax derecho, por lo que se coloca tubo de avenamiento pleural, con buena evolución. Luego de 5 días de internación presenta registros febriles observándose en antebrazo derecho eritema, edema, dolor desproporcionado y aumento de temperatura en zona de venopuntura. Se retira vía periférica, se toman muestras para hemocultivos y se inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam y vancomicina por sospecha de tromboflebitis supurativa. La ecografía de partes blandas y ecodoppler de la zona evidencian trombosis superficial de vena cefálica en toda la extensión del antebrazo y trombosis venosa profunda en vena humeral de 3.5 cm desde el pliegue del codo. Es evaluado por servicio de cirugía cardiovascular y hematología quienes indican anticoagulación y curas locales. Seis días posteriores a la toma de hemocultivos se rescata en ambas muestras *Aeromonas caviae* sensible a cefotaxime, ceftazidime, cefepime, meropenem, amikacina, gentamicina, ácido nalidíxico, ciprofloxacina, colistin, trimetoprima-sulfametoxazol y resistente a ampicilina, ampicilina-sulbactam, cefalotina, imipenem por lo que se rota tratamiento antibiótico a ceftazidime 2 gr cada 12 horas. Cumple 4 semanas de tratamiento con evolución clínica favorable.
Conclusión: Este caso reviste interés al tratarse de un paciente joven, inmunocompetente que presentó como único antecedente de relevancia el contacto con agua estancada, presentando buena evolución con tratamiento médico, contrastando con la bibliografía encontrada que registra alta mortalidad y diferente epidemiología.

PE159 INFECCIÓN POR *Clostridium difficile* CON ORIGEN EN LA COMUNIDAD

B Fox, S Bergese, P Striebeck, MA Berger, L Fernández Canigia
Laboratorio Central, Hospital Aleman, Argentina.

Introducción: La infección por *Clostridium difficile* toxigénico (CDI) es la principal causa de diarrea infecciosa intrahospitalaria. Actualmente también se la reconoce como causa de diarrea en la comunidad. Estudios de Norteamérica y Europa estiman que el 20-27 % de todas las CDI son de origen comunitario, mientras que hay escasa información disponible para nuestra región.
Objetivo: Determinar el origen epidemiológico de los pacientes con CDI que se presentaron en nuestro centro desde el 2014 al 2016, y analizar los factores de riesgo y la presentación clínica del grupo con origen en la comunidad.
Materiales y métodos: Estudio observacional y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con resultado positivo para toxinas A/B de *C. difficile* en materia fecal que ingresaron al laboratorio para ser evaluados para CDI, entre enero del 2014 y diciembre del 2016. Se consultaron las historias clínicas para clasificar el origen epidemiológico: infecciones de la comunidad (CO), infecciones asociadas al cuidado de la salud con inicio en hospital (HO-HCF) o con inicio en la comunidad (CO-HCF), indeterminada o desconocida, según las definiciones de la Sociedad Americana para las Enfermedades Infecciosas del año 2007. En el grupo CO se evaluó: sexo, edad, comorbilidades, factores de riesgo para CDI (inmunosupresión, terapia antibiótica (ATB), inhibidores de la bomba de protones, uso de antiinflamatorios no esteroides, y quimioterapia en los últimos 90 días) y coprocultivo. También se registró la presentación clínica, tratamiento y evolución (complicaciones y recurrencias).
Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, con una media de edad de 45 años (16 - 79). El 22 % (19/86) fueron CO. El 30 % se correspondió a CO-HCF, el 35 % a HO-HCF, el 8 % fue indeterminada y el 5 % desconocida. El 63 % (12/19) del grupo CO consultó en el servicio de Emergencias del hospital, y no tenían antecedentes patológicos de importancia al momento de la consulta. El (14/19) 73,6 % recibió ATB en los últimos 90 días, siendo el más referido amoxicilina-clavulánico (8/14). Dolor abdominal fue el síntoma acompañante más frecuente (14/19). En 16/17 la droga de elección para el tratamiento fue metronidazol. El 63 % se manejó de manera ambulatoria y solo 3 pacientes requirieron internación. Dos pacientes (10 %) recayeron, sin requerir internación y fueron tratados con metronidazol con buena evolución.
Conclusiones: El 22 % de las CDI tuvieron su origen epidemiológico en la comunidad, resultado que coincide con los porcentajes estimados para Norteamérica y Europa. Se observó una asociación esperable con el uso de antibióticos en el 73 % de los casos. En un solo paciente no se encontraron factores de riesgo para la infección. Pacientes de la comunidad, que consultan por diarrea asociada a dolor abdominal, y recibieron antibióticos en los últimos 90 días, serían candidatos para solicitarles la detección de toxina en materia fecal, incluyendo adultos jóvenes. Conocer la epidemiología de la CDI de nuestro medio contribuye a mejorar el manejo de los pacientes, principalmente en cuanto a la detección temprana y tratamiento adecuado.

PE160 ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA DE HEMODONANTES

M Cuitiño[1], A Culaciatti[2], C Perez[2], M Gambardella[2], M Funes[2], M Daddiego[3], S Montanaro[2], C Garcia Rubio[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Hemoterapia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [3] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina.

Introduccion: El conocimiento de las seroprevalencias de diferentes infecciones por regiones es importante para la prevención de enfermedades en la zona.
Objetivos: Conocer la seroprevalencia de infecciones en hemodonantes en nuestra zona y comparar los datos con los obtenidos en estudio previo.
Materiales y métodos: Efectuamos un estudio retrospectivo desde 2010 a 2016 de muestras sanguíneas de hemodonantes (periodo 2), y comparamos los resultados con los obtenidos en estudio previo de 1999 a 2009 (periodo 1). En el periodo 2 se instrumentaron cambios en el Servicio de Hemoterapia: mayor número de personal técnico, capacitación del personal, entrevista personalizada con hemodonante.
Resultados: Se estudiaron 13129 muestras de hemodonantes. 208 fueron positivas para alguna serología (1.58 %). En el periodo 1999 - 2009 se analizaron 13795, con un 11.35 % de muestras positivas. La seroprevalencia de los hemodonantes en el periodo 2 fue: HBsAg 0.068 % (n = 9), edad promedio: 40.3 años; IgG anti core 0.68 % (n = 90), edad promedio: 44.1 años; Chagas 0.28 % (n = 37), edad promedio 40.2 años; Huddleson 0.091 % (n = 12), edad promedio 38.9 años; HIV 0.08 % (n = 11), edad promedio: 37 años; RPR 0.29 % (n = 39), edad promedio: 38.8 años; HTLV 0.022 % (n = 3), edad promedio: 36.6 años; hepatitis C 0.06 % (n = 8), edad promedio: 41.5 años.

Tabla de prevalencia global

	Hepatitis B	Chagas	Huddleson	HIV	RPR	HTLV	Hepatitis C
Periodo 1	2.48 %	3.38 %	3.62 %	0.19 %	0.79 %	0.16 %	0.69 %
Periodo 2	0.74 %	0.28 %	0.091 %	0.08 %	0.29 %	0.022 %	0.06 %

Los promedios de edad de los donantes positivos, en ambos periodos de estudio, fue similar, correspondiendo a la 4 década. Considerando las ITS (hepatitis B, HIV, sífilis) la prevalencia global fue de 3.74 % (n = 479) para el periodo 1 y 1.13 % (n = 149) para periodo 2. La prevalencia de ITS en las muestras positivas fue: periodo 1: 30.65 % (n = 1565), y periodo 2: 71.63 % (n = 208).

Tabla de distribución de prevalencia en seropositivos

	Hepatitis B	Chagas	Huddleson	HIV	RPR	HTLV	Hepatitis C
Periodo 1 (n = 1565)	22 %	29.84 %	31.88 %	1.72 %	6.96 %	1.4 %	6.13 %
Periodo 2 (n = 208)	47.59 %	17.78 %	5.76 %	5.28 %	18.75 %	1.44 %	3.84 %

Conclusiones: La tasa de prevalencia global de infecciones en hemodonantes del periodo 2 es muy inferior a la del periodo 1. Esto puede deberse a que se instrumentó otra metodología de selección de hemodonantes: se incorporó más personal técnico, se capacito al personal que se entrevista con el hemodonante y se confecciona para cada uno de ellos una planilla de autoexclusión. Además se observó en el periodo 2 una disminución de todas las tasas de las enfermedades estudiadas. Sin embargo, analizando las tasas de los donantes seropositivos, vemos que las serologías de ITS (hepatitis B, HIV, sífilis) continúan siendo las más prevalentes, con una mayor distribución porcentual. Debido a ello creemos necesario continuar con programas de prevención de ITS y aumentar cobertura de vacunación de hepatitis B en población adulta.

PE161 EPIDEMIOLOGÍA Y PRONÓSTICO DE LAS INFECCIONES ENDOCÁRDICAS: EXPERIENCIA EN 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

G Kuljis, T Zitto, D Stepanik, N Garcia, L Edat, C Silva, F Cardone, C Canet
Sanatorio Trinidad Palermo, Argentina.

Introducción La endocarditis infecciosa(EI) y las infecciosas asociadas a marcapasos(MCP) son enfermedades graves con elevada morbimortalidad.Actualmente,los pacientes con infecciones endovasculares son de edad avanzada y con algún tipo de valvulopatía degenerativa.
Objetivos: Analizar las características clínicas,microbiológicas,diagnósticas y terapéuticas de los pacientes con EI e IMCP.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo,retrospectivo,que incluyó 29 pacientes con EI e IMCP admitidos entre enero 2014-diciembre 2016. Se recolectaron datos sobre enfermedad cardíaca previa,presencia de implantes cardíacos y reemplazo valvular,comorbilidades,uso de medicación inmunosupresora y procedimientos recientes.Se realizó Ecocardiograma transtorácico(ETT) y/o transesofágico(ETE) y hemocultivos(HMC) en todos los pacientes. El diagnóstico de EI se definió a través de los criterios de Duke modificados.Para las IMCP se consideró la infección del bolsillo y la infección de los cables. El tratamiento quirúrgico fue complementario al tratamiento médico en pacientes con indicación de cirugía.Se analizó los datos en EPI info 7.1.5.0.

Resultados: Se evaluaron 29 pacientes(65,51 %hombres y 34,48 %mujeres),siendo predominantemente población adulto mayor(76,72 años promedio; r:30-92a; DS±15,54).Se registraron 20 episodios de EI(68,97 %), 10(34,48 %) de IMCP y en 4 casos se observó ambas infecciones(13,79 %). El 82,75 % de los pacientes(24) presentaron comorbilidades.La prevalencia de valvulopatía degenerativa en los casos de EI fue de 50 %(n10/20) y el 11,1 % tenía antecedentes de prótesis valvular(n2).La mayoría de los episodios fue en válvula nativa(85 %). Hubo bajo rédito del ETT(22,2 %;n4) con respecto al ETE(94,74 %;n18),en 1 paciente el ETE fue negativo y su diagnóstico fue a través de criterios menores.Los HMC en EI fueron positivos en 18(90 %) pacientes. El 70 % de las IMCP fueron bacteriémicas(n7/10),asimismo se documentaron 8 casos de rescate microbiano en los cables y 4 del bolsillo MCP.En EI se observó mayor prevalencia de estreptococos(45 %;n9),entre ellos *Streptococcus* grupo *viridans* (2 *S. sanguinis*; 1 *S. anginosus* y 1 *S. constellatus*), *S.gallolyticus*(3) y 2 *S.infantarius*. Bajo aislamiento de *S.aureus*(20 %;n4) y enterococos(15 %;n3). Se presentaron 2 casos por microorganismos infrecuentes(*Rothia dentocariosa*; *Gemella morbillorum*)y dos sin aislamiento. En las infecciones por MCP prevaleció las infecciones por estafilococos(80 %; 5 S. aureus y 3 estafilococos coagulasa negativas).En el 48,27 % se le realizó procedimiento quirúrgico,reemplazo valvular en 5/20 de las EI(25 %) y retiro de MCP en 9/10 de las IMCP(90 %) siendo precoz la resolución en la mayoría de los casos(<7d). La mortalidad global fue de 27,59 %, hubo mayor prevalencia en los casos de EI(35 %;n7/20) que en las IMCP(10 %;n1/10).
Conclusión: Se observó mayor frecuencia de presentación en pacientes de edad avanzada con elevada mortalidad.En EI hubo prevalencia de estreptococos, hallazgo que contrasta con la elevada incidencia reportada en la literatura de *S. aureus*. En las IMCP los agentes etiológicos más frecuentes fueron los estafilococos y el mejor pronóstico estuvo relacionado con la resolución quirúrgica precoz.

PE162 ABSCESO TUBO-OVÁRICO POR *Candida tropicalis*, A PROPÓSITO DE UN CASO

A Braida[2], P Truccolo[2], J Sola[2], D Lerman Tenenbaum[2], E Gregorini[3], L Colombo[3], J Rebagliati[3], M Dalman[3], C Martinez[3], F Scafati[2], L Suarez[3], V Coduri[3], OF Teglia[2]
[2] Servicio de Infectologia, Hospital Escuela Eva Peron, Argentina. [3] Servicio de Microbiologia, Hospital Escuela Eva Peron, Argentina.

Introducción: Los abscesos tubo-ováricos con complicaciones agudas de la enfermedad inflamatoria pélvica (EPI). En la mayoría de los casos están causadas por diseminación ascendente en mujeres en edad fértil, característicamente polimicrobiana, con un claro predominio de *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*.
Caso clínico: Paciente mujer de 35 años de edad ingresa por dolor abdominal de tipo punzante localizado en flanco y fosa ilíaca izquierda con signos de irritación peritoneal y registros febriles de 30 días de evolución. Resto de la exploración por aparatos y sistemas no presentaba hallazgos de interés. TAC de abdomen y pelvis: En topografía de anexo izquierdo se observa formación expansiva heterogénea, de centro hipodenso de 50x46mm sin plano de separación ante las estructuras adyacentes. Formación heterogénea localizada en flanco izquierdo de 39x38 mm; otra en relación a musculo recto anterior de 26x26 mm y múltiples formaciones expansivas a nivel intrabdominal. Ante la sospecha de absceso tubo ovárico se procede a realizar anexectomia izquierda y drenajes de abscesos interasas, con envió de muestras a servicio de Microbiología y Anatomía Patológica. Tratamiento empírico con clindamicina 300 mg cada 6 horas y gentamicina 240mg/día. Por mala evolución postquirúrgica, caracterizada por disnea, taquipnea e hipotensión arterial, se decide su transferencia a Unidad de Terapia Intensiva. Se rota terapéutica a vancomicina y piperacilina-tazobactam. Requiere uso de asistencia mecánica respiratoria y uso de drogas vasoactivas. Anatomía patológica informa proceso inflamatorio agudo con amplios focos hemorrágicos y supurativos, con abundantes piocitos, sin signos de transformación maligna. Microbiología: obtuvo desarrollo de *Candida tropicalis* (sensible a fluconazol, anfotericina y caspofungina) tanto en liquido obtenido proveniente de anexo izquierdo como de focos interasas. Ante los resultados obtenidos se inicia terapéutica con fluconazol a dosis de 400 mg completando 14 días de tratamiento, con estabilización del cuadro, evolución clínica satisfactoria por lo cual es dada de alta.
Conclusión: Los abscesos tubo-ováricos se desarrollan en el 17 % de las EPI. *Candida tropicalis* es responsable infrecuente de esta patología, siendo más relevante en pacientes con patología oncohematologica. El tratamiento con anfotericina o equinocandinas es la primera línea recomendada, y los triazoles con una aceptable alternativa. La resistencia primaria a fluconazol es infrecuente pero puede ser inducida por la exposición a este antifúngico.

PE163 OSTEOMIELITIS POR *Nocardia asteroides*, A PROPÓSITO DE UN CASO

A Braida[1], P Truccolo[1], J Sola[1], OF Teglia[1], E Gregorini[2], L Colombo[2], J Rebagliati[2], M Dalman[2], C Martinez[2], L Suarez[2], V Coduri[2], D Lerman Tenenbaum[1]
[1] Servicio de Infectologia, Hospital Escuela Eva Peron, Argentina. [2] Servicio de Microbiologia, Hospital Escuela Eva Peron, Argentina.

Introducción: La infección por *Nocardia* spp se asocia a estados de depresión inmunitaria, procesos neoplásicos y tratamiento con inmunopresores o glucocorticoides. La afectación pulmonar es la de mayor frecuencia. Nosotros presentamos un caso de Osteomielitis por *Nocardia asteroides* en un paciente con antecedente reciente de traumatismo grave en miembro inferior pero sin antecedente de inmunosupresión documentada.
Caso clínico: Paciente masculino de 47 años de edad, sin antecedentes de jerarquía, ingresa por traumatismo grave en miembro inferior derecho, clasificación de Gustillo y Anderson III B, por lo cual luego de 5 días se realiza amputación infrapatelar de miembro inferior. Microbiología: muestras óseas de tejido remante informa rescate de *Pseudomonas aeruginosa* (Sensible a colistin y amikacina; Resistente: ciprofloxacina, gentamicina, imipenem, meropenem, ceftazidima, piperacilina-tazobactam)por lo cual realiza tratamiento con colistin 150 mg BID durante 3 meses, con disminución de reactantes de fase aguda y con buena respuesta clínica. Cinco meses a posterior de finalizado el tratamiento, el paciente consulta presentando a nivel de muñón de amputación fistula activa con secreción serohemática abundante. Ecografía informa colección de 62mmx30mmx47 mm de contenido heterogéneo sin tabicaciones en su interior. Laboratorio: GB 13500 Cel, Formula 68/11/0/14/7 VES 57 mm/h, PCR 9,2mg/dl. Gli 98mg %; Ur 19mg %; Creatininemia 0,5mg %. Se decide realización de toilette quirúrgica con toma de muestras. Microbiología: *Nocardia asteroides*. Sensible a trimetoprima-sulfametoxazol, amikacina e imipenem. Inicia plan terapéutico con trimetoprima- sulfametoxazol de dosis de 160/800 mg con tres dosis diarias con buena respuesta, cumpliendo 6 meses de tratamiento con disminución de proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimientacion.
Conclusión: *Nocardia* spp es un patógeno infrecuente pero causal de enfermedad grave desarrollando patología pulmonar cavitaria o abscesos cerebrales. En general se comporta como oportunista en individuos con algún tipo de inmunodepresión. La infección ósea no es frecuente en la literatura siendo escasos sus reportes. Es necesaria una alta sospecha para realizar la búsqueda microbiológica dirigida, sobre todos en muestras que no sean de origen pulmonar.

PE164 MENINGITIS DE LA COMUNIDAD CAUSADA POR *Acinetobacter baumanni*

J Marin, F Lipovetsky, H Racca, C Ricco, F Rotryng
Hospital de la UAI, Argentina.

Introducción: Las infecciones por *Acinetobacter baumanni* (AB) clásicamente se asocian los cuidados de la salud, son secundarias a procedimientos quirúrgicos y el uso de dispositivos (catéteres. ARM, etc). Las infecciones por AB en la comunidad son escasos y la mayoría con foco respiratorio o secundarias a trauma grave. La meningitis de la comunidad por AB es excepcional.
Enfermedad actual: Paciente femenina, 88 años, HTA, DSL, sme.convulsivo, demente senil. Geriatrizada. Ingresa por astenia, hipertermia y cefalea de 48 hs, por sedimento de orina inflamatorio inicia atb (piperacilina tazobactam). Evoluciona febril, con deterioro del sensorio, TAC de cerebro sin hallazgos y punción lumbar con LCR inflamatorio, se rota ATB a ceftriaxona/ampicilina. Evoluciona con hipotensión, ingresa a UCI, se conecta en ARM , inicia Meropenem y vasopresores. requiere hemodiálisis. Cultivos: en LCR y 1 de 2 Hemocultivos: *Acinetobacter baumanni*. Se inicia colistin. Mala evolución, FOM. Intercurre con neumonía asociada a ARM. obita a los 15 dias de su ingreso.Exámenes complementarios: Al ingreso: GB: 14.300, orina con leucocitos de 8-10 x cpo. Hemocultivos: negativos, urocultivo: *E.coli* S a TMS, imipenem, Meropenem y Piptazo. Cr 3.5, 1er LCR: cristal de roca, 20células mm3 glucosa 98mg % proteínas 0.63 mg/dl Cultivo *A baumanni* sensible a colistin, amikacina. Hemocultivos ½ *A.baumannii* (igual S que en LCR) LCR control a las 72 hs ligeramente turbio, sin leucocitos, glucosa 79 % proteínas 0.25 gr/dl , cultivo negativo.
Discusión: AB es considerado un patógeno oportunista, se debate su mecanismo de patogenicidad y virulencia. Una revisión de infecciones por AB adquiridas en la comunidad corresponde a 80 pacientes (6 series de casos)), 26 casos de reporte (43 pacientes: 38 con neumonía, dos Meningitis, una infección de los tejidos blandos, una Infección ocular, y uno endocarditis de válvula

nativa) y 3 casos casos de meningitis (3.9 % del total de los casos por AB). Las comorbilidades mas encontradas: Enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad renal y DBT; Enolismo y tabaquismo. AB es un patógeno meníngeo bien conocido en el contexto de infecciones en neurocirugía e infecciones asociadas a dispositivos del SNC, pero infrecuente en meningitis de novo. En una revisión, se analizaron ocho meningitis de la comunidad por acinetobacter: edades entre 19 y 63 años. Las especies de AB mas frecuentes: *Acinetobacter lwoffli*, johnsonii y Juni, (1 fue baumanni) sin comorbilidades en siete de los ocho casos y seis de los ocho eran menores de 30 años. Fiebre y alteración de la conciencia fueron las manifestaciones más comunes. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen se encontró en dos casos.
Conclusiones: las infecciones por AB fuera del ámbito hospitalario son sumamente raras, más aun la meningitis, razón por la cual nos parece de interés presentar este caso clínico. En los pocos casos reportados, encontramos que algunos pacientes tenían en común ciertas comorbilidades (específicamente DM, EPOC, etilismo, VIH) no presentes en nuestra paciente ni tampoco en otros casos publicados. Nos queda como interrogante cuando sospechar en AB en infecciones de la comunidad.

PE165 INFECCIÓN POR *Chaetomium atrobrunneum* EN INMUNOCOMPETENTE CON HIDATIDOSIS PULMONAR

MJ Aranda[1], F Piñeiro[1], CE Frola[1], L Guelfand[2], CV Santa Cruz[3], R Abrantes[5], H Perez[1]
[1] División Infectología - Hospital Fernández, Argentina. [2] División análisis clínicos - micología - Hospital Fernández, Argentina. [3] División anatomía patológica – Hospital Fernández, Argentina. [5] Departamento Micología del INEI "Dr. Carlos G. Malbrán" CABA., Argentina.

Introducción: El género *Chaetomium* comprende hongos saprófitos del suelo, ambientales, pertenecientes a la división *Ascomycota*, familia *Chaetomiaceae*. Pueden causar infecciones superficiales o diseminadas e incluso comprometer el sistema nervioso central (SNC). El traumatismo o la inhalación de esporas son la principal puerta de entrada. La infección invasiva por especies de *Chaetomium* se ha observado en pacientes con enfermedades onco-hematológicas, inmunosupresión post-trasplante o usuarios de drogas endovenosas.
Resumen clínico: Femenina de 22 años, oriunda de Jujuy, antecedente de internación en otra institución por neumonía cavitada en abril de 2016, tubo de avenamiento pleural (TAP) y tratamiento antibiótico empírico. Consulta 2 meses después por dolor torácico y disnea. Se realizó tomografía de tórax con evidencia de hidroneumotórax derecho más cavidad de paredes gruesas con líquido en su interior en lóbulo inferior homolateral. Se colocó nuevo TAP y se inició tratamiento con ampicilina/sulbactam. Por mala evolución y falta de expansión del parénquima pulmonar se realizó neumonectomía derecha con envío de material a microbiología y anatomía patológica (AP). Se aisló *Chaetomium sp.* en reiteradas muestras e infiltración fúngica pulmonar en AP. Se interpretó como micosis invasiva iniciando anfotericina B desoxicolato (AmB), completando 14 días con formulación lipídica debido a nefrotoxicidad. Continúa tratamiento vía oral con voriconazol (VOR) por 2 meses. Se descartó compromiso del SNC mediante resonancia magnética. También se visualizaron ganchos del parásito *Echinococcus spp.* en muestras de líquido pleural por lo que se inició albendazol durante 6 meses con diagnóstico de hidatidosis pulmonar concomitante. Terminados ambos tratamientos la paciente se encuentra sin sintomatología. Exámenes complementarios: Examen en fresco: filamentos ramificados y tabicados. Ganchos compatibles con Equinococcus. Caracterización morfológica en cultivo: *Chaetomium* sp. Identificación Molecular: Secuenciación del fragmento ITS1-5.8S-ITS2 del ADNr: *Chaetomium atrobrunneum*. Sensibilidad: AmB CIM = 0.125ug/mL VOR CIM = 0.047ug/mL Itraconazol CIM = 4ug/mL, E-test. AP: Biopsia de pieza quirúrgica: proceso inflamatorio crónico cavitado en actividad con elementos micóticos. Ecografía abdominal: hígado de tamaño y forma conservada.
Discusión: La hidatidosis es endémica en el noroeste argentino, su presentación pulmonar es poco frecuente (20-30 %). El hongo Chaetomium se encuentra en el ambiente, pudiendo desarrollarse en el ámbito intrahospitalario. La observación en la AP de invasión fúngica sugiere la diseminación del hongo posterior a su ingreso en una cavidad preformada, en este caso de etiología parasitaria. Debido a que el manejo óptimo de esta micosis es controvertido se realizó interconsulta con expertos y se consideró tratamiento por 2 meses en huésped inmunocompetente.
Conclusión: Se interpretó como hidatidosis pulmonar sin compromiso hepático con sobreinfección fúngica, con inoculación externa como probable punto de partida. La evidencia de invasión fúngica en la AP es de relevancia para determinar el rol patógeno de hongos ambientales y su tratamiento oportuno.

PE166 REPORTE DE CASO: NEUROTRIQUINOSIS

A Ciappina, L Urbina, J Iriart, S Aquilia
HIGA Dr O Alende, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La persistencia de la triquinosis está asociada a la pobreza, la falta de controles sanitarios y la alimentación que reciben los cerdos de la faena domiciliaria. En el 2015, en Argentina, hubo 441 casos confirmados, la mayor parte de estos en la provincia de Buenos Aires, y durante el 2016 se han presentado 258 casos confirmados, según el último boletín epidemiológico. El cuadro clínico en el ser humano es muy variable, puede presentarse desde una infección asintomática hasta una enfermedad fulminante y mortal, dependiendo del número de larvas ingeridas y del status inmunológico del huésped. Las manifestaciones neurológicas pueden aparecen en un 10-20 % de los pacientes con triquinosis, causadas por obstrucción de los vasos sanguíneos por larvas, quistes o granulomas, vasculitis tóxica con trombosis y hemorragias secundarias o inflamación granulomatosa del parénquima cerebral. La mortalidad sin tratamiento es del 50 %.
Resumen clinico y exámenes complementarios: Paciente de 44 años, sexo masculino. Consulta por cuadro de 14 a 21 días de evolución de dolor abdominal, diarrea no disentérica, vómitos e inyección conjuntival. Luego agrega edema bipalpebral bilateral, mialgias generalizadas, astenia y fiebre. En contexto de un brote de triquinosis, el paciente refiere consumo de chacinados de elaboración casera previo al inicio de los síntomas. A las 24 hs de la internación presenta desorientación temporoespacial y paresia braquial derecha. Laboratorio: Hematocrito 32 (VN:37-50) , Hb 11.8 (VN: 12.2-18.1), Leucocitos 14.400 (Eosinófilos 26 %), plaquetas 139 000 (VN: 150000-300000), CPK 517 U/L. (VN: 24-192 U/L). TAC de cráneo simple: múltiples imágenes hipodensas en centros semiovales bilaterales con respeto cortical. RMN de encéfalo con contraste: Múltiples imágenes hiperintensas en FLAIR con restricción de flujo en técnica de difusión a nivel de la sustancia blanca periventricular, subcortical y algunas corticales frontoparietooccipital bilateral sin refuerzo con contraste. PL: PrAP 18 cm H2O, cristal de roca, proteinorraquia 0.3, glucorraquia 0.8, GB 0. VIH negativo. Ecocardiograma: sin alteraciones. Con impresión diagnóstica de neurotriquinosis, se inició tratamiento con albendazol 400 mg cada 12 hs y meprednisona 60 mg cada 24 hs. Evolucionó favorablemente con normalización de signos clínicos y parámetros de laboratorio. Anticuerpos específicos antitrichinella (IFI): • Primera muestra al ingreso: negativo. • Segunda Muestra: positivo: 1/256.
Discusión: La neurotriquinosis es una manifestación infrecuente de esta zoonosis; presentandose con síntomas y signos clínicos de meningitis, encefalitis, polirradiculoneuritis, paresia y plejia. Debe considerarse en todo paciente con infartos cerebrales acompañados de fiebre, mialgias, edema periorbital y eosinofilia. La RNM muestra lesiones iso o hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y que pueden reforzar con gadolinio.
Conclusión: Si bien la neurotriquinosis es una etiología poco frecuente de déficit neurológico focal en pacientes jóvenes, la misma debe sospecharse ante un fuerte contexto epidemiológico como en este caso.

PE167 ENFERMEDAD DE POTT. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS. REPORTE DE 20 CASOS

R Gregori Sabelli, E Cunto, C Dominguez, M Nano, L Gonzalez, P Velasquez Lopez, S Caceres, E Cortez, P Saul, O Franze, V Chediack
Hospital de Infecciosas F J Muñiz, Argentina.

Introducción: Incidencia y prevalencia exactas de Enfermedad de Pott (EP) no se conocen. El 10 % de los pacientes con tuberculosis extrapulmonar tiene afectación ósea. La localización más común de tuberculosis osteo-articular, es la espinal (50 %) y de esta la más afectada es la región dorsal. La progresión es lenta e insidiosa. El dolor es el síntoma más frecuente de EP. La resonancia magnética nuclear (RMN), la histopatología del sitio afectado y el cultivo son métodos de referencia para diagnóstico. Los medicamentos son la piedra angular del manejo de la enfermedad. La cirugía puede contemplarse cuando hay abscesos de gran tamaño, cifosis grave, aparición de déficit neurológico o falta de mejoría con tratamiento médico.
Objetivo: describir características clínicas y terapéutica clínica-quirúrgica de pacientes con EP

Material y Métodos: Estudio longitudinal, observacional, retrospectivo. Se revisaron 20 historias clínicas de pacientes ingresados, entre 2012-2017, con diagnóstico de EP, recogiéndose datos clínicos, microbiológicos y anatomopatológicos. Se realizó estadística descriptiva obteniendo porcentaje (%), media (M), mediana (Me) y rango (Min-Max).
Resultados: Edad M 40/Me 42 (17-72) años, 70 % hombres. Tiempo de evolución-diagnóstico: Me 201 días (20-470). 8/20 pacientes (40 %) eran VIH positivos (Cd4 M119/ Me160 (30-590) celulas/µl y 50 % recibían tratamiento antirretroviral). Síntomas más frecuentes de presentación: Dolor lumbar 65 % y dolor dorsal 50 %, la fiebre y síndrome de impregnación 65 % y todos ellos con tuberculosis pulmonar asociada. Localización espinal dorsal 80 %, lumbar 60 % y cervical 40 %. Tuberculosis pulmonar asociada en 14 casos (70 %), de estos, 4 tuvieron otra localización (1 meníngea 1 abdominal 1 peripleura, 1 médula ósea) todos ellos VIH positivos. En 16 casos (80 %) la baciloscopía y/o el cultivo fueron positivos, mediante punción aspiración de hueso, material quirúrgico o de otras localizaciones tuberculosa. La tomografía axial computada (TAC) y RMN proporcionaron métodos de diagnóstico eficaz (8/20). La discitis estuvo presente en 100 %. Abscesos de partes blandas en 9 pacientes (40 %), 4 pacientes (20 %) colecciones epidurales y 2 pacientes (10 %) con absceso del psoas. Tratamiento médico antibacilar recibió el 80 % (16/20). En 12 casos (60 %) fue necesario realizar una intervención quirúrgica: corporectomía, laminectomía, drenaje de colecciones y artrodesis. La mortalidad fue del 20 % todos VIH positivos.
Conclusiones: En nuestra serie localización dorsal y lumbar se evidencia con más frecuencia. La dorso-lumbalgia fue el síntoma cardinal en la mayoría de los casos, sugerimos descartar la EP ante el dolor crónico. El síndrome de impregnación y la fiebre estuvo presente acompañando a las formas diseminadas con localización pulmonar. La RMN es el examen complementario más sensible para la detección de casos con EP, pero en nuestro medio la TAC fue determinante en gran parte de los pacientes, por la accesibilidad e interpretacion. La mortalidad se asoció a formas diseminadas de tuberculosis y coexistencia de VIH.

PE168 INFECCIONES URINARIAS POR ESTREPTOCOCOS DEL GRUPO B (EGB) EN ADULTOS

L Vigliarolo[1], B Arias[2], M Suárez[1], E van Haute[2 3], V Kovacec[2], H Lopardo[1], L Bonofiglio[2 4], M Mollerach[2 4], EGB Grupo[5]
[1] Facultad de Ciencias Exactas, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina. [2] Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, CABA, Argentina. [3] Universidad de Amberes, Bélgica. [4] CONICET, Argentina. [5] Grupo colaborativo de estudio de infecciones de estreptococos del grupo B, Argentina.

Introducción: En el marco de un estudio multicéntrico que abarcó 87 centros de todo el país (01/07/2014 – 30/06/2015), se decidió estudiar la epidemiología de las infecciones urinarias causadas por *Streptococcus agalactiae* (EGB) en pacientes adultos.
Metodología: Se recogieron 701 aislamientos de EGB procedentes de muestras de orina tomadas por chorro medio de pacientes adultos sintomáticos (> 15 años) hombres y mujeres no embarazadas (MNE) y embarazadas (ME), estas últimas con y sin síntomas. Se excluyeron aquellos casos que no venían acompañados de los datos de edad, sexo y recuento de colonias. Se determinó la sensibilidad antimicrobiana por difusión a oxacilina, ceftibutén, ceftizoxima (*screening* de Kimura para determinar la sensibilidad a penicilina), levofloxacina y norfloxacina (propuestos como posibles indicadores de mutaciones en parC), según la técnica recomendada por el CLSI. La determinación del serotipo fue realizada mediante Strep B latex kit (Statens Serum Institut).
Resultados: Se incluyeron 253 EGB aislados como germen único y en recuentos mayores o iguales a 105 UFC/ml de varones (n = 28) y mujeres embarazadas (n = 121) y no embarazadas (n = 104) (edad 16 – 96 años, mediana 58 años excluidas ME). Trece de los veinte varones (65 %) y 22/71 (31 %) de las MNE presentaban alguna enfermedad de base relacionada. *Diabetes mellitus* fue la más frecuente: 6 (30 %) y 9 (12,7 %) casos respectivamente. En 8 de los varones y 33 de las MNE no se dispuso de esta información. Tres varones y dos mujeres habían sufrido algún tipo de instrumentación urológica. Las pruebas de sensibilidad antibiótica se realizaron en los 190 EGB viables: 25 recuperados de hombres, 85 de MNE y 80 de ME. Todos los aislamientos probados fueron sensibles a penicilina, mientras que 24 (12,6 %) fueron resistentes a ambas quinolonas (Q), 16 de ellos provenientes de MNE (16/85; 18,8 %) y 3 de ME (3/80; 3,7 %). El serotipo prevalente entre todos los aislamientos fue la (41 %).
Conclusiones: Es notable el porcentaje de resistencia a Q en los aislamientos de mujeres no embarazadas. Además es destacable, aún con las limitaciones de este estudio (sesgo por falta de información), que estos grupos de pacientes presenten con frecuencia alguna enfermedad de base, especialmente *Diabetes mellitus* y que un porcentaje elevado de los EGB obtenidos de MNE sean resistentes a Q ($p < 0,0077$) vs ME (Test de Fisher), antibióticos frecuentemente utilizados en el tratamiento empírico de las infecciones urinarias en este grupo de pacientes.

PE169 BACTERIEMIA POR *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS. EXPERIENCIA CLÍNICA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

H Racca, J Marin, C Ricco, F Lipovetsky, C Galia, V Sanguineri, F Rotryng
Hospital de la UAI, Argentina.

Introducción: En las últimas décadas, *Klesiella p.* (KP) dió un drástico cambio en el ambiente hospitalario con aparición de infecciones severas asociadas al desarrollo de resistencia antimicrobiana. A principios de este siglo, desarrolló multirresistencia, entre otros mecanismos por la adquisición de carbapenemasas (KPC), problema epidemiológico mundial, sin precedentes, de rápida diseminación.
Materiales y métodos: se evaluaron los hemocultivos (HC) de pacientes internados en 2016 en Htal de la UAI. Se revisaron historias clìnicas de pacientes con HC+ para KPC. Consignamos: Edad, sexo, scores de gravedad (SOFA y APACHEII), comorbilidades, colonización por KPC, foco de la bacteriemia, procedimientos para control de la misma, presencia de dispositivos (catéteres, otros), sensibiliadad de KPC (colistin, CIM a meropenem, tigeciclina, minociclina, AKN) , días de atb, toxicidad asociada a atb, estadìa hospitalaria. mortalidad al alta.
Resultados: Año 2016: 4558 admisiones en el Hospital, total de HC: 957, positivos 184, 124 descartados por contaminantes. Del total de HC +, 10 con KPC. Edad: Media ± ES 68.80 ± 4.57 IC 95 % 58.44; 79.15 Mediana ± MAD 68.50 ± 12.00, SOFA: Media ± ES 6.00 ± 1.30, IC 95 %3.04, 8.95 Mediana ± MAD 4.50 ± 1.00 , APACHE II: Media ± ES20.20 ± 2.94 IC 95 %13.85, 26.81 Mediana ± MAD17.50 ± 1.50. Comorbilidades: DBT, neoplasias, corticoides sistémicos (cada una en 20 % de los pacientes). Colonizaciòn por KPC de pacientes con bacteriemia: 90 %, Focos de bacteriemia: catéter 50 %, ITU 30 %, NAV 10 % y PPB 10 %. Sensibilidad atb: Col 100 %, Meropenem: 70 % apto sinergia (CIM< o = a 4 ug/ ml), AKN 100 % S, mino y tige: datos insuficientes. Días de atb: global : Media ± ES 12.00 ± IC 95 % 9.21, 14.78 Mediana ± MAD 14.00 ± 0.00 Vivos (n = 6): Media ± ES 13.33 ± 0.66 IC 95 11.62, 15.04 Mediana ± MAD 14.00 ± 0.00 Fallecidos (n = 4) : Media ± ES 10.00 ± 2.82 IC 950.99, 19.01. Mediana ± MAD 12.00 ± 2.00. Toxicidad por atb: nefropatía 10 %, Medidas para control de foco: No procedimientos 50 %, retiro de catéter 40 %, drenaje de foco:10 %. La presencia de cepas de KPC con CIM a meropenem apta para sinergia mostró una tendencia (no significativa) de mayor mortalidad en el grupo de pacientes fallecidos (100 % eran aptas para sinergia) vs los pacientes vivos (en estos últimos solo la mitad de las cepas mostraron este patrón fenotípico). Mortalidad global: 40 %.
Discusión: Las KPC ocasionan infecciones con alta morbilidad y mortalidad, especialmente en pacientes en las UCI. En Argentina la primera detección fue en el año 2006, con rápida diseminación posterior. en 2010 se había incremento un 800 % con respecto a años anteriores. Observamos en nuestra serie una mortalidad similar a reportada, no pudiendo asociar ninguna variable analizada con mayor mortalidad. Es llamativa la mayor mayor mortalidad de nuestros pacientes donde KPC era apta para sinergia con carbapenemes , aunque son pocos pasos para poder realizar una conclusión al respecto..

PE170 EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE PIE DIABÉTICO

C Miranda, A Morales, R Frias, G Jayat, R Rius, J Ramos, M Cubile, G Tissera, E Cabrera, N Tralma
Hospital Provincial Neuquen, Argentina.

Las amputaciones en los pacientes diabéticos representan más de la mitad de las amputaciones no traumáticas de las extremidades inferiores en el mundo. En Argentina la diabetes es responsable del 48 % de las amputaciones no traumáticas de miembros inferiores. En nuestro hospital la cifra se eleva al 74 %. La mortalidad después de la amputación del pie diabético es de 39-80 % después de 5 años. Las infecciones de "pie diabético" son poli microbiana en más de 70 % de los casos y de difícil manejo con tratamiento antibiótico. Distintos estudios demuestran que la evaluación por parte de un equipo interdisciplinario mejora la atención de los pacientes logrando disminuir la tasa de las amputaciones. Por este motivo implementamos esta modalidad en nuestra institución.

Objetivo: evaluar el desempeño del equipo de pie diabético durante el primer año de atención.
Materiales y métodos: En abril de 2016, se conformó el equipo de pie diabético compuesto por: 2 especialistas en diabetes, 3 traumatólogos, 2 infectólogos, 2 enfermeros capacitados en curaciones y un cirujano vascular. Se fijó como meta disminuir las amputaciones. Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes atendidos en consultorio de pie diabético en el primer año y comparamos las amputaciones de miembros inferiores contra el mismo periodo del año anterior. Fueron atendidos 47 pacientes, edad media 60 años y tiempo de evolución medio de diabetes, 13.3 años. Total de amputaciones en ambos periodos 51, donde 39 (76 %) corresponde a pacientes diabéticos.

	Amputaciones totales	Amputaciones en DM	Amputaciones mayores DM	Revascularizaciones En DM	Toma de cultivos
2015	65 % (33)	47 % (24)	23.5 % (12)	17 % (3)	70 % (17)
2016	35 % (18)	29.5 % (15)	15.7 % (8)	24 % (4)	87 % (13)

El rescate microbiológico fue: monomicrobiano 30 % siendo *Staphylococcus aureus* meticilino resistente y *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad, los aislamientos bacterianos mas frecuentes. Polimicrobiano 53 % siendo *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, *E. cloacae* y *E. coli* productora de beta lactamasa de espectro extendido los gérmenes frecuentemente aislados.
Conclusión: A pesar de contar con una muestra pequeña de pacientes los resultados del primer año del consultorio de "pie diabético" mostraron: Disminuir las amputaciones de miembros inferiores en general. Disminuir las amputaciones mayores. Mejorar la documentación microbiológica facilitando el manejo antibiótico. Estos logros iniciales alentaron a continuar con un trabajo en equipo y a conformar la "unidad de atención de diabetes" en nuestro hospital.

PE171 BACTERIEMIA POR *Staphylococcus coagulasa* NEGATIVO ¿SON TODAS IGUALES?

M Scaglia, S Kogan, R Musante, L Bottinelli, A Macchiavello, C Salgueira, J Altclas
Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN) son comensales de piel, narinas y conductos auditivos. Por mucho tiempo fueron considerados como no patógenos, sin embargo, actualmente, son responsables de infecciones severas. A su vez, son los gérmenes que se aíslan con mayor frecuencia en los hemocultivos y su sensibilidad a glicopéptidos ha ido disminuyendo. Por lo cual su jerarquía es un desafío clínico.
Objetivo: Analizar las diferencias entre las bacteriemias por *S.epidermidis* meticilino resistente (SeMR) y SCN meticilino resistente restantes (ScnMR).
Método: Entre junio de 2014 y diciembre de 2016, en un centro de 280 camas de CABA se realizó un análisis prospectivo observacional descriptivo comparativo de todas las bacteriemias por cocos gram positivo en racimo, seleccionándose el subgrupo de SCN meticilino resistente para su estudio. Se evaluaron parámetros epidemiológicos, sensibilidad del germen, valores de CIM y mortalidad relacionada con la bacteriemia.
Resultados: Se registraron 107 episodios, 68 bacteriemias por S. aureus, que se excluyeron del estudio, y 39 bacteriemias continuas por SCN (34 MR y 5 MS). Se estudiaron comparativamente SeMR y ScnMR. Analizando 34 episodios en 31 pacientes (pts). SeMR en 14 (6 hombres y 8 mujeres); y 20 ScnMR: *S.hominis*(7), *S.haemolyticus*(6), *S.capitis*(4), *S. lugdunensis*(1) y SCN no tipificado(2); 9 hombres y 11 mujeres. La mediana de edad fue de 51.5 años (rango 32-92) para SeMR y 57.5 (rango 40-83) para los SCNMR. El 86 % (12/14) de las bacteriemias por SeMR fueron asociadas al cuidado de la salud. Nueve pts presentaban comorbilidades al momento de la bacteriemia. La bacteriemia fue primaria en menos de la mitad de los episodios (6/14, 43 %) y asociada a catéter en 36 % de los casos (5/14). Todos los aislamientos fueron sensibles a vancomicina (VAN) con CIM = 2mcg/mL en 86 % (12/24) de las cepas. Solo un pte falleció (7 %), portador de 3 comorbilidades, con bacteriemia complicada por foco osteoarticular, asociada a los cuidados de la salud, con CIM a VAN de 2 mcg/mL. Respecto de ScnMR, el 85 % (17/20) de los episodios se asoció a los cuidados de la salud. Presentaban alguna comorbilidad, 19. La bacteriemia fue primaria en 2/3 de los episodios (13/20). Mientras que la bacteriemia asociada a catéter se diagnosticó en el 25 %. Respecto a los valores de CIM para VAN hubo una distribución equitativa entre 0.5 y 2mcg/mL (19 aislamientos). Los 2 pts que fallecen (10 %) presentaban bacteriemia por *S.hominis* (CIM 0.5 y 1mcg/mL), tenían EPOC (uno era HIC), eran asociadas a los cuidados de la salud, y no presentaban bacteriemia complicada.
Conclusión: Las bacteriemias por SeMR y ScnMR fueron, en su mayoría, asociadas a los cuidados de la salud (85 % 29/34). En nuestra población sólo un evento presentó CIM = 4mcg/mL, por lo cual la VAN continua siendo el antimicrobiano de elección. La mortalidad global por SCNMR resultó baja (3/34, 9 %), por SeMR 7 % y ScnMR 10 %.

PE172 ROMBOENCEFALITIS POR *Listeria monocytogenes* EN UNA MUJER INMUNOCOMPETENTE: DILEMAS TERAPÉUTICOS

M Duran[1], F Herrera[1], E Temporiti[1], F Nicola[2], C Salgado[3], R Viceconte[1], S Zerboni[1], P Bonvehí[1]
[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiologia, CEMIC, Argentina. [3] Departamento de Medicina, CEMIC, Argentina.

L. monocytogenes es causa de bacteriemia y meningitis en neonatos, mujeres gestantes, ancianos e inmunocomprometidos. La romboencefalitis es una variante rara de meningoencefalitis que puede afectar a personas inmunocompetentes. El tratamiento óptimo no está claramente establecido. resentamos una mujer de 42 años sin antecedentes patológicos que consultó por cuadro de 5 días de evolución de cefalea intensa holocraneana, fiebre y vómitos. La paciente había participado en un triatlón en la costa argentina 3 semanas previas al comienzo de la enfermedad. Ingresa febril, lúcida y con rigidez de nuca. El laboratorio se encontraba dentro de valores normales y el VIH y los hemocultivos fueron negativos. Se realizó punción lumbar con LCR: células 498/ mm3 con 35 % de polimorfonucleares y glucorraquia 21 mg/ dl. Se obtuvo desarrollo de *L. monocytogenes* y las PCR para virus de Herpes simplex, Varicela Zóster y Enterovirus fueron negativas, al igual que la antigenorraquia para *C. neoformans* y la VDRL. La Resonancia Nuclear Magnética (RNM) evidenció imagen hiperintensa en T2 en pedúnculo cerebeloso medio e inferior izquierdos. Inició tratamiento empírico con ceftriaxona y aciclovir, y con los hallazgos de la RNM se agregó ampicilina y gentamicina. Luego de seis días persistía febril, con náuseas y parestesias en el rostro. Se repititieron RNM de cerebro que no mostró cambios respecto de la previa y punción lumbar con parámetros en mejoría, y cuyo cultivo posteriormente finalizó negativo. Se decide cambiar el tratamiento antibiótico, reemplazando gentamicina por trimetoprima –sulfametoxasol (TMS). La paciente evoluciona afebril, con mejoría de los síntomas neurológicos completando seis semanas de tratamiento. Si bien el compromiso del SNC y la bacteriemia son frecuentes en el inmunocomprometido, la romboencefalitis es una presentación neurológica rara y que afecta usualmente a adultos sanos. No existen trabajos randomizados ni consensos para guiar el tratamiento, pero según recomendaciones de expertos el tratamiento siempre debe ser combinado y prolongado. Teniendo en cuenta que *L. monocytogenes* es una bacteria intracelular los antibióticos elegidos para el tratamiento deberían tener alto gradiente de penetración intracelular. La asociación comúnmente utilizada es ampicilina mas aminoglucósidos; sin embargo, algunos trabajos cuestionan el uso de estos últimos ya que no atraviesan la barrera hematoencefálica (BHE), en modelos animales no se pudo comprobar la sinergia y en algunos estudios clínicos no randomizados no mejoraron o empeoraron la evolución . TMS se sugiere como alternativa, especialmente en pacientes alérgicos a penicilina. Tiene buena penetración en BHE, alcanza buenos niveles intracelulares y posee adecuada actividad microbiológica contra *L. monocytogenes*. La romboencefalitis por *L. monocytogenes* debe sospecharse en pacientes inmunocompetentes y sin factores de riesgo para este patógeno que presenten aislamiento del mismo en LCR. El tratamiento debe incluir siempre ampicilina y considerar la combinación con TMS.

PE173 DESCRIPCIÓN DE BACTERIEMIAS POR *Ochrobactrum* GRUPO *anthropi* EN UN HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS

M Gañete[1], C Sampere[1], P Santillan[1], D Serra[1], E Dinerstein[1], M Perez[1], L Racero[2], M Prieto[2], A Togneri[1]
[1] HIGA EVITA (Lanús), Argentina. [2] INEI ANLIS Dr. C. G. Malbrán, Bacteriología especial (CABA), Argentina.

Introducción: El grupo taxonómico *Ochrobactrum anthropi* (OGA) incluye bacilos gram negativos aeróbicos, móviles, no fermentadores de glucosa, oxidasa y ureasa positivos, anteriormente denominado Achromobacter spp o CDC grupo Vd. Coloniza suelo, fuentes de agua, productos biológicos, etc. El género Ochrobactrum comprende 9 especies; sólo O. grupo anthropi, O. intermedium y *O. pseudintermedium* han sido reportados en muestras clínicas. OGA está reconocido como patógeno nosocomial oportunista, responsable de bacteriemia relacionada a catéteres

y con menor frecuencia endoftalmitis, meningitis, endocarditis, absceso hepático, osteocondritis, absceso pelviano y absceso pancreático.
Objetivo: Describir los aspectos clínico-microbiológicos de las bacteriemias por OGA en un Hospital del Conurbano Bonaerense.
Material y Métodos: Estudio, retrospectivo: reporte de casos. Se realizó una revisión clínico-microbiológica de la información disponible de los pacientes con bacteriemia por OGA, en el período 3/2013 - 03/2017. Los Hemocultivos (HC) se procesaron en el Sistema Bactec; los aislados se estudiaron por métodos fenotípicos y el Sistema Phoenix (V6.01A) con posterior confirmación en el Laboratorio Nacional de Referencia. Se realizó la CIM a 10 antimicrobianos (ATM).
Resultados: Se documentaron 13 episodios de bacteriemias (EB) por OGA, en 12 pacientes. La frecuencia de los EB fue (n°/año):1/13; 1/14; 1/15; 7/16; 3/a marzo de 17. La edad media (rango/mediana) de los pacientes fue 65 años (41-84/66,5); 62 %(8/13) eran varones. 25 %(3) de los pacientes padecían HIV/SIDA, 16,7 %(2), IRC 16,7 %(2), DBT 16,7 %(2), hiperplasia prostática benigna 8,3 %(1), tumor sólido 8,3 %(1) y asociación de IRC/DBT 8,3 %(1). En 10/13(77 %) EB se había practicado al menos un procedimiento invasivo previo(n): 46 %(6) CVC; 7,8 %(1) traqueostomía + craneotomía + CVC; 7,8 % (1) laparomomía exploradora; vía periférica 15,4 %(2). Previos al EB, 9 pacientes (69 %) habían recibido ATM (3 meses antes) y 6(46 %) fueron hospitalizados por más de 48 hs, 11/12 pacientes compartieron facilidades hospitalarias. Cuatro pacientes fueron dados de alta y 8 fallecieron, sin poder establecer relación directa con EB. Al momento de la positivización de los HC la media de días de internación (mediana) fue 27,3(18,5). En 6/13(46 %) EB, OGA se rescató en los dos viales de HC; los aislados fueron identificados como OGA (12) y *O. intermedium* (1). Los valores de CIM50/CIM90 (mg/l) resultaron: AKN: 8/16; GEN: 2/4; CAZ:32/32; FEP:2/8; PTZ:128/128; IMI:1/4; MERO:1/1; ERTA:0,25/0,25; TMS:0,5/0,5; CIP:0,12/4. Carbapenemes, TMS y Cipro resultaron los ATM más activos.
Conclusiones: Al igual que en la literatura consultada, *O. anthropi* ha emergido en nuestro medio como como patógeno asociado al cuidado de la salud, en pacientes debilitados y con importante compromiso del estado general. Esto debe alentar a identificar a nivel de especie y monitorear la resistencia antimicrobiana en bacilos no fermentadores no habituales, y jerarquizar su potencial rol patógeno.

PE174 ROL DE LA CONVIVENCIA CON CANINOS Y FELINOS EN LAS INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS HUMANAS POR *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A METICILINA DE LA COMUNIDAD

P Favier, M Gismondi, F Piñeiro, I Rodriguez Villegas, G Blugerman, M Erbin, M Rolon, S Kaufman, H Perez
Hospital Fernandez, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina de la comunidad (SAMRc) es un colonizante de la piel y mucosas humanas. La colonización por SAMRc es un factor de riesgo para infecciones por este microorganismo. Desconocemos el papel que los caninos y/o felinos (CF) domésticos cumplen como facilitadores de la colonización humana y el impacto clínico en nuestro medio.
Objetivos: Evaluar la relación entre las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) por SAMRc en adultos y la convivencia con CF.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de casos (IPPB con aislamiento de SAMRc) y controles (IPPB sin aislamiento de SAMRc), que incluyó 98 episodios de IPPB atendidos por infectología en un hospital general de CABA entre 10/2014 y 02/2017. Se tomó muestra de la lesión mediante punción por piel sana y se sembró el material en medios de cultivo habituales. La identificación bacteriana se realizó por espectrometría de masas, y se confirmó la meticilino-resistencia por método de Kirby-Bauer con discos de cefoxitina. Se recabaron datos sobre los hábitos de convivencia con lo/s CF y los factores de riesgo clásicos para IPPB por SAMRc. El análisis estadístico se realizó con Epi Info™ 7.2.1.0.
Resultados: Los pacientes con IPPB por SAMRc conviven más con CF (ORcrudo 3,7; IC95 % 1,4-9,4), son más jóvenes, con mayor frecuencia de IPPB a repetición, puerta de entrada y tipo de IPPB actual supurada (Tabla1). Al ajustar por las otras variables, los que conviven con CF presentan casi 2 veces más chances de IPPB por SAMRc (ORajustado 2,97; IC95 % 1,10-8,06). A su vez, por cada año que aumenta la edad disminuye un 4 % la chance de IPPB por SAMRc, y el hecho de que la IPPB sea supurada aumenta 2,7 veces las oportunidades de rescatar SAMRc (Tabla2).

T1. Características demográficas de casos y controles, análisis univariable. Se reportan sólo los factores de riesgo asociados con SAMRc.

	IPPB por SAMRc (n = 56)	IPPB NO por SAMRc (n = 42)	p valor
Edad en años, mediana (RIC)	34,5 (21,5)	45,5 (28)	0,0059*
Sexo masculino, n(%)	37 (66,1)	27 (64,3)	0,854
Presencia de al menos 1 factor de riesgo clásico para IPPB por SAMRc, n(%)	49 (87,5)	31 (73,8)	0,083
IPPB a repetición, n(%)	22 (39,3)	7 (16,7)	0,015*
Puerta de entrada para IPPB, n(%)	20 (47,6)	11 (19,6)	0,003*
IPPB actual supurada, n(%)	48 (85,7)	20 (47,6)	<0,0001*
Convivencia con CF, n(%)	40 (71,4)	17 (40,5)	0,002*
Colecho con CF, n(%)	20 (60)	10 (58,8)	0,934
Número de CF, mediana (RIC)	2 (1)	2 (1)	0,798

T2. Modelo multivariable. Regresión logística, n = 98, LR Chi²(5) = 36,08, p<0,00001, Pseudo R2 = 0.2696

	OR IPPB por samRc ($IC_{95\ \%}$)	p valor
Edad en años	0,96 (0,93-0,99)	0,009*
IPPB a repetición	2,84 (0,87-9,32)	0,085
Puerta de entrada para IPPB	0,41 (0,14-1,21)	0,105
IPPB actual supurada	3,69 (1,23-11,07)	0,020*
Convivencia con CF	2,97 (1,10-8,06)	0,032*

Conclusiones: Convivir con caninos y/o felinos aumenta en forma independiente la chance de IPPB por SAMRc. La edad y el tipo de IPPB también se asociaron al aislamiento de SAMRc. Sería útil evaluar si la portación de SAMRc en los CF predice la infección en humanos.

PE175 INFECCIONES BACTERIANAS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS: ETIOLOGÍA, PREVALENCIA Y RESISTENCIA A LOS ANTIMICROBIANOS

L Keller, L Guerriero, V Elorza, M Iglesias, B Lizarraga
Instituto de Análisis Fares Taie, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Las infecciones de piel y tejidos blandos (IPTB) son un motivo de consulta frecuente y originan gran parte de las prescripciones de antibióticos en la práctica clínica diaria. El espectro clínico abarca procesos leves hasta letales.

Objetivo: Conocer la etiología, prevalencia y mecanismos de resistencia de los microorganismos aislados en las IPTB.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de 359 muestras de piel y tejidos blandos (TB) obtenidas en quirófano o por punción durante 3 años. La identificación se realizó por métodos convencionales y las pruebas de sensibilidad por difusión según normas del CLSI.
Resultados: La positividad de los cultivos fue 50 % en TB, 71 % en úlceras, 69 % en heridas y 67 % en abscesos.

Microorganismo (N = 224)	N (%)	Tejidos blandos (N = 237)	Heridas quirurgicas (N = 55)	Úlceras (N = 49)	Abscesos (N = 18)
S. aureus	80 (35,7 %)	49 (38,3 %)	14 (34,1 %)	14 (37,8 %)	3 (17,6 %)
S. coagulasa negativa (SCN)	38 (17 %)	29 (22,7 %)	7 (17,1 %)	2 (5,4 %)	0
Enterobacterias	48 (21,4 %)	24 (18,8 %)	10 (24,4 %)	4 (10,8 %)	10 (58,8 %)
P. aeruginosa	23 (10,3 %)	8 (6,3 %)	3 (7,3 %)	12 (32,4 %)	0
Enterococcus sp.	13 (5,8 %)	9 (7 %)	3 (7,3 %)	1 (2,7 %)	0
Acinetobacter sp.	5 (2,2 %)	3 (2,3 %)	1 (2,4 %)	1 (2,7 %)	0
BNNF	2 (0,9 %)	0	1 (2,4 %)	1 (2,7 %)	0
Estreptococos betahemoliticos	5 (2,2 %)	3 (2,3 %)	1 (2,4 %)	1 (2,7 %)	0
S. Grupo viridans (SGV)	5 (2,2 %)	3 (2,3 %)	1 (2,4 %)	0	1 (5,9 %)
Candida sp.	4 (1,8 %)	1 (0,8 %)	0	1 (2,7 %)	2 (11,8 %)
Corynebacterium sp	1 (0,4 %)	0	0	0	1 (5,9 %)

Obtuvimos cultivos polimicrobianos: 16,8 % en TB, 7,9 % en heridas, 14,3 % en úlceras y 33,3 % en abscesos. La meticilino resistencia fue 37,5 % en *S. aureus* y 44,7 % en SCN. La resistencia a macrólidos, ciprofloxacina, TMS y rifampicina fue 33,7 %, 28,9 % 1,3 % y 7,6 % en *S. aureus* y 60 %, 16 %, 55,8 % y 25 % en SCN respectivamente. No hallamos resistencia a minociclina ni a linezolid. Aislamos 12 enterobacterias portadoras de BLEE (25 %) y ninguna portadora de KPC. En *P. aeruginosa* obtuvimos una resistencia de 8,7 % a cefalosporinas y carbapenemes, y 34,7 % a ciprofloxacina.
Conclusiones: En todos los materiales *S. aureus* fue el microorganismo más aislado, excepto en abscesos, superado por las enterobacterias. Esto podría deberse a la localización perirrectal, anal o abdominal de la mayoría de los abscesos. Además en éstos obtuvimos mayor frecuencia de aislamientos de Candida, SGV y de cultivos polimicrobianos, probablemente también asociados a su procedencia. La mayoría de las cepas de *P. aeruginosa* provenían de úlceras, siendo interpretadas como colonizaciones, dado que no se observó reacción inflamatoria. En estafilococos la meticilino resistencia y la resistencia a macrólidos coinciden con lo reportado. Destacamos la alta resistencia a fluorquinolonas en *S. aureus* y la baja resistencia a TMS y rifampicina, que hace a estos últimos opciones válidas para el tratamiento empírico inicial. *P. aeruginosa* presenta alta resistencia a ciprofloxacina, única opción oral de tratamiento. Creemos que conocer la etiología de las IPTB y sus perfiles de sensibilidad a los antimicrobianos es de gran importancia a la hora de instaurar un adecuado tratamiento empírico inicial, ya que estas infecciones pueden en muchos casos comprometer la vida del paciente.

PE176 PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA POSTRICHINELLOSIS

J Stagnaro[1], M Cresci[2], M Foressi[2], M Simonetti[2], J Bolpe[3], M Greco[1], S González Ayala[1]
[1] Cátedra de Infectología. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. [2] Municipalidad de Florentino Ameghino, Argentina. [3] Departamento Zoonosis Rurales, Azul, Argentina.

Introducción. La trichinellosis es una zoonosis que se presenta en epidemias o brotes familiares/comunitarios en el período en el cual se faena para la producción de chacinados en el área rural (fin otoño-invierno). Las manifestaciones clínicas están relacionadas con la dosis inóculo. Cursa con manifestaciones gastroenterales en la primera semana postingesta y 2-8 semanas después las alteraciones sistémicas (fiebre, mialgias, exantema, hemorragia conjuntival/subungueal, edema periorbitario, etc.). No es frecuente el hallazgo de manifestaciones clínicas un año después.
Objetivo: Describir los hallazgos clínicos 13-15 meses después en pacientes con trichinellosis.
Material y métodos: Estudio de corte transversal, descriptivo, observacional, directo de las características clínicas y de métodos auxiliares del diagnóstico de los pacientes que padecieron la enfermedad en agosto-setiembre 2015 y en octubre 2016 referían síntomas. Se realizaron visitas para la evaluación de los afectados en los meses de octubre 2016 y marzo 2017. Se completó una base de datos desarrollada para tal fin en SPSS© versión19. Los datos perdidos no se consideran en el análisis. Se evaluaron: edad, sexo, sintomatología durante la fase aguda y en octubre 2016, resultados de los estudios complementarios requeridos ante la persistencia de algunos síntomas (electromiograma con velocidad de conducción, resonancia nuclear magnética, electrocardiograma, ecocardiograma, evaluación oftamológica/neurológica).
Resultados: Fueron asistidos 69 pacientes en la primera visita (octubre 2016). El 53,6 % (37/69) varones. El promedio de edad fue de 38,6 años (3-71 años). El 95,6 % (66/67) residentes en la localidad. Las características clínicas en la fase aguda fueron: fiebre, 90,5 %; diarrea, 86,5 %; mialgias, 96,7 %; edema bipalpebral, 94,3 %; cefalea, 91,5 %; vómitos, 60 %; arritmia grave, 2,9 %; y, meningoencefalitis, 1,4 %. En la evaluación al año, el 43,5 % refería mialgias discapacitantes, y el 43,3 % astenia intensa. Todos presentaron mejoría sintomática en la segunda visita (marzo 2017). Los exámenes complementarios realizados brindaron datos variables. En diez pacientes se realizó electromiograma y velocidad de conducción con resultado normal. De cinco pacientes evaluados por trastornos visuales, uno presentó retinopatía y tres, disminución de la agudeza visual. En los cuatro pacientes estudiados el electroencefalograma normal. A cuatro pacientes se realizó electrocardiograma y sólo uno tenía trastorno de repolarización. De dos pacientes a quienes se realizó resonancia nuclear magnética de encéfalo y columna uno presentó un quiste de sistema nervioso central.
Comentario: La sospecha diagnóstica, el reconocimiento oportuno de la situación, las estrategias de comunicación a la comunidad, el manejo clínico, el tratamiento específico, las acciones de intervención son los pilares fundamentales durante el brote. La atención personalizada y el acompañamiento son de interés para evaluar la evolución de las manifestaciones clínicas.

PE177 *Streptococcus lutetiensis* Y *Streptoccoccus gallolyticus* (GRUPO *Streptococcus bovis*): UNA NUEVA EVALUACIÓN DE SU IMPACTO CLÍNICO

M Almuzara[1 2], S de Gregorio[3], AE Flores[1], M Bentancourt[1], E Cohen[2], R Cittadini[4], S García[1], M del Castillo[4], A Famiglietti[1], M Foccoli[3], C Vera Ocampo[4], C Vay[1 4]
[1] Universidad de Buenos Aires. Facultad de Farmacia y Bioquímica. Laboratorio de Bacteriología. Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [2] Hospital Interzonal de Agudos Eva Perón. San Martín. Provincia de Buenos Aires, Argentina. [3] División Infectología. Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [4] Sanatorio Mater Dei. Ciudad Autónoma de Buenos Aires., Argentina.

En las últimas décadas el grupo *Streptococcus bovis* (GSB) ha sufrido importantes cambios taxonómicos. El advenimiento de nuevos métodos de identificación con mayor poder discriminatorio nos ha permitido conocer la epidemiología y su impacto clínico con especial referencia a su asociación con la enfermedad infecciosa y no infecciosa.
Objetivo: Describir las características clínicas, microbiológicas y la evolución de pacientes con infección por GSB
Materiales y métodos: Es un estudio retrospectivo observacional de pacientes con infecciones por GSB (*Streptococcus gallolyticus* subsp *gallolyticus* (Sb-1); *Streptococcus lutetiensis* (SbII-1) y *Streptococcus gallolyticus* subsp *pasteurianus* (SbII-2) atendidos en 3 centros de salud de Buenos Aires durante el periodo 2009-2016. Se recabó información de las historias clínicas sobre: edad, sexo, comorbilidades, tipo de infección, estudio endoscópico realizado y evolución clínica. La identificación de los aislados se llevó a cabo por metodología convencional y por Espectrometría de masa (MALDI TOF) y fue confirmada por la amplificación y posterior secuenciación del gen SodA; la sensibilidad antibiótica por el sistema automatizado Phoenix (Beckton Dickinson).
Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con infección por GSB. Promedio de edad: 72 años (37- 90). Femeninos 14. Comorbilidades conocidas en 24/27 pacientes. Comorbilidades: Neoplasia: SbII-1: 5; SbII-2: 4 y Sb-1: 2. Tracto gastrointestinal/páncreas 4. Genito-urinarias 4. Oncohematológicas (Linfoma intestinal) 2. Laringe/pulmón 1. Otras patologias: Cardiovasculares: (enfer-

medad valvular) 7. Tracto gastrointestinal 6. Insuficiencia renal crónica 2. Urológica 1. Se aislaron en hemocultivos 15 GSB: Sb-1 (7); SbII-1 (7) y SbII-2 (1); orina 3, tejidos blandos (escroto y perianal) 3, líquidos de punción (pleural, biliar, mediastinal) 3, colección abdominal 2 y hueso 1. Se identificaron: Sb-II1 12; Sb-II2 8 y Sb-1 7. Todos los aislados conservaron sensibilidad a penicilina, cefalosporinas de tercera generación y vancomicina mientras que la sensibilidad a tetraciclinas, macrolidos, lincosaminas fue variable. Relación entre el tipo de infección y la subespecie: Sb-1 Endocarditis (EB) 5, Artritis séptica 1, Peritonitis bacteriana espontánea 1. SbII-1 Bacteriemia sin foco 4, Bacteriemia asociada a catéter endovascular 1, Peritonitis secundaria 2, Colecistitis 1, EB 1, empiema 1, infección sitio quirúrgico (ISQ) abdominal 1, infección urinaria (ITU) 1. SbII-2: ITU 4, abscesos (perianal y escrotal) 3, ISQ de cadera 1. Entre los 15 pacientes con bacteriemia sólo se realizó colonoscopía en 3/7 con cepas Sb-1, en 3/7 con SbII-1 y no se realizó en el episodio por SBII-2. Se detectó SbII-2 como agente etiológico de ITU en pacientes con neoplasia urogenital. Fallecieron 7/26 (27 %), en 1 se desconoce su evolución. Nuestros resultados demuestran que la identificación del grupo *Streptococcus bovis* a nivel de subespecie realiza un aporte al conocimiento, permite relacionarla con patologías neoplásicas no solo del tracto gastrointestinal, ya previamente descripto, sino también del tracto urinario. Esto debe motivar su identificación, así como, a la búsqueda minuciosa de enfermedad oncológica subyacente.

PE178 CANDIDEMIA: ESPECIES AISLADAS Y SENSIBILIDAD ANTIFÚNGICA

L Spadaccini[1], L Lopez Moral[1], J Nuñez[2], C Rodriguez[1]
[1] Hospital Cosme Argerich, Argentina. [2] Sanatorio Guemes, Argentina.

Introducción: La candidemia (Ca) es una entidad con alta mortalidad. El diagnóstico precoz continua siendo un desafío debido a la baja sensibilidad de los hemocultivos y la poca disponibilidad de biomarcadores. El tratamiento empírico basado en *scores* clínicos constituye la principal herramienta médica para disminuir la mortalidad. Conocer las especies de *Candida* más frecuentes así como su sensibilidad antifúngica permite optimizar los esquemas empíricos de tratamiento y de esta manera mejorar la sobrevida.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo realizado en un Hospital general de agudos durante el período enero 2015- diciembre 2016. Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes adultos no neutropénicos que presentaron hemocultivos positivos para *Candida*. Se obtuvieron datos demográficos, sitio de internación, comorbilidades a través del Indice de Comorbilidad de Charlson (ICC),presencia de factores de riesgo como ser catéter venosos central (CVC), asistencia respiratoria mecánica (ARM), diálisis, cirugía, inmunosupresión (IS), uso de corticoides (GC), pancreatitis, antibiótico de amplio espectro (AAE) y nutrición parenteral (NTP). Se analizó exposición a antifúngicos previo al episodio de Ca. Se evaluaron tratamientos empíricos, dirigidos (cultivo positivo), especies encontradas y sensibilidad antifúngica. Se analizó la mortalidad global y la asociada.
Resultados: 16 episodios de Ca, 15 pacientes.73 % hombres, la media de edad fue de 66.6 años. La media del ICC: 4.6; el tiempo promedio desde la internación hasta la Ca fue de 25.6 días. Con respecto al sitio de internación: el 53.3 % se encontraba en UTI, el 20 % en clínica médica y el 26.6 % en Cirugía. Con respecto a los factores de riesgo: 40 % tenía ARM; 20 % diálisis; 93.3 % AAE; 100 % CVC; 13.3 % NTP; 33.3 % antecedente de cirugía; 6.6 % pancreatitis; 33.3 % GC y 33.3 % IS. 46.6 % pacientes presentaban inestabilidad hemodinámica al momento de la Ca. El 13 % de los pacientes había estado expuesto a antifúngicos previamente. Solo un paciente recibió tratamiento empírico. El tiempo medio de positivización de los hemocultivos fue 2.46 días. El tratamiento dirigido fue fluconazol 42.85 %, anfotericina 21.43 % y 35.71 % caspofungina. Las especies de *Candida* encontradas fueron 43.75 % *albicans*, 6.25 % *krusei*, 18.75 % *tropicalis*, 18.75 % *glabrata* y 12.5 % *parapsilosis*. Excepto el aislamiento por *Candida krusei*, ninguna otra especie mostró resistencia a fluconazol. No hubo resistencia a micafungina, caspofungina y anfotericina. La mortalidad global fue del 73.33 % y la atribuible de 18.18 %.
Conclusiones: Las especies de *Candida* no *albicans* fueron las prevalentes (56.25 %). La resistencia a fluconazol fue baja. La sospecha clínica de Ca fue tardía y sólo un paciente recibió tratamiento empírico. La alta mortalidad global se asoció a la presencia de edad avanzada, comorbilidades y pacientes críticamente enfermos. En nuestra serie el fluconazol fue el tratamiento dirigido más utilizado sin impacto en la mortalidad atribuible, por lo que podría ser considerado una opción de tratamiento valida en pacientes estables hemodinámicamente.

PE179 SÍFILIS EN ADULTAS JÓVENES EMBARAZADAS

E Torrente[1 2], M Litrenta[1], PL Franco[1], S Redaelli[1], J Stagnaro[1 2], S González Ayala[2]
[1] Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo, Florencio Varela, Provincia Buenos Aires, Argentina. [2] Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

Introducción. La sífilis es una enfermedad cuya frecuencia continúa en aumento. Aunque la metodología diagnóstica y el tratamiento son simples, de bajo costo y accesibles en cualquier complejidad, no se ha logrado una cobertura adecuada en el tamizaje serológico en cada trimestre del embarazo. Es por ello que, en nuestro país, no se ha alcanzado la meta de menos de 1 caso de sífilis congénita/1.000 nacidos vivos establecida por la Organización Panamericana de la Salud.
Objetivo: Determinar la prevalencia de sífilis en las gestantes adultas jóvenes atendidas.
Material y métodos: Estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y de carácter exploratorio. Muestra no probabilística: total de adultas jóvenes (20-34 años) que recibieron asistencia durante el primer semestre del año 2016 en el Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo" de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires.
Resultados: Fueron asistidas 1.885 gestantes adultas jóvenes (20-34 años) de las cuales 1.428 (75,8 %) fueron estudiadas con al menos una prueba serológica para sífilis. La prevalencia alcanzó el 3,22 %. (46/1.428). Los resultados del estudio serológico, la realización del tratamiento y el tratamiento en las parejas se presentan a continuación en la Tabla.

Sífilis gestacional	<20 SG		>20 SG	
Pruebas diagnósticas	total	%	total	%
Total	1.129	59,8	299	15,9
Positivo	33	1,75	13	4,3
Tratamiento	11	33,3	5	38,5
Tratamiento de la pareja	7	21,2	4	30,8

Comentario: La prevalencia en este grupo es elevada comparada con la prevalencia global en gestantes en el país; pero, está acorde con otros Hospitales del Área Metropolitana. Es necesario: asegurar la diseminación de las Guías de Prevención de las Infecciones Perinatales; reforzar la capacitación del equipo de salud en el primer nivel de atención; mejorar la calidad de las prestaciones para cumplir con la medida más importante para la prevención de la transmisión vertical de la sífilis que es el adecuado control prenatal que resulta en la identificación de las embarazadas infectadas para el tratamiento oportuno y la intervención con la pareja sexual. El estudio serológico debe realizarse en la primera consulta prenatal y reiterarse en cada trimestre del embarazo y en el posparto. Los resultados estarán disponibles para que el profesional actuante realice las indicaciones que correspondan. La consejería en salud sexual y reproductiva es una medida que, con el control prenatal, reducirán el número de casos de sífilis para mejorar la salud en la comunidad y propender al logro de la meta establecida.

PE180 HIPOFISITIS SIFILÍTICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

S Zerboni[1], V Duran[1], J Chevel Mejía[1], D Torres[1], E Temporiti[1], F Herrera[1], MI Gagliardi[2], P Bonvehi[1]
[1] Seccion Infectología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina. [2] Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

Introducción: La incidencia de sífilis se encuentra en aumento a nivel mundial. La neurosífilis (NS) puede manifestarse en distintos estadíos de la enfermedad, siendo la hipofisitis una presentación muy infrecuente.
Resumen clínico: Hombre de 69 años sin antecedentes que consultó por síncope postmiccional asociado a cefalea holocraneana y acúfenos de 1 semana de evolución. Un mes antes había presentado registros febriles vespertinos intermitentes con sudoración nocturna profusa, astenia, pérdida de 6 kg de peso, odinofagia y lesiones cutáneas no pruriginosas en miembros

y dorso. Al ingreso presentaba ortostatismo, somnoliencia y confusión. Sin déficit neurológico, con rigidez de nuca. Fondo de ojo normal. Lesiones papulares eritemato-escamosas no pruriginosas en miembros, sin lesiones palmoplantares o mucosas. Exámenes complementarios: El laboratorio evidenció anemia leve, recuento leucocitario normal, natremia 130mEq/L, glucemia 104mg/dL, FAL 216UI/L, VSG>120 y PCR 5.8. La TC de cerebro sin contraste no demostró lesiones ni signos de hipertensión endocraneana. La punción lumbar presentó presión de apertura normal, fisicoquímico de LCR claro, proteinorrquia 1.28g/L, glucorraquia 35mg/dL, 40 células (60 % neutrófilos). Tinciones de Gram, Ziehl-Neelsen y tinta china, antigenorraquia para *C. neoformans* negativos. Se solicitó cultivo para gérmenes comunes, micológico, BAAR, PCR para HSV, VDRL en sangre y LCR y serología para HIV.
Se inició tratamiento con aciclovir, ampicilina y ceftriaxona. A las 24 hs se obtuvo VDRL plasmática positiva con título 1/512 y en LCR, 1/8. Resto de estudios negativos. Se rotó tratamiento a penicilina G sódica 24 millones de UI/día. Se solicitaron cortisol y perfil tiroideo, siendo todos los resultados inferiores al rango normal. En la RM de cerebro y región selar se observó hipófisis de forma normal con áreas de realce no homogéneo en parénquima tras la inyección de contraste. Se inició suplementación con levotiroxina e hidrotisona, con evolución favorable.
Discusión: La neuroinvasión por Treponema pallidum se presenta en los estadíos iniciales de la primoinfección. Sin embargo, se produce su eliminación del sistema nervioso central en un 80 % de los casos. Del 20 % restante, hasta un 6 % puede presentar meningitis temprana, manifestada generalmente dentro del año de la infección. El compromiso hipofisario sintomático es raro y sus manifestaciones clínicas comprenden desde cefalea intensa hasta compromiso funcional glandular (hipopituitarismo). El diagnóstico de NS es dificultoso debido a la baja sospecha etiológica y a la poca sensibilidad de las pruebas confirmatorias. Una VDRL positiva en LCR en cualquier estadío de la sífilis confirma el diagnóstico; no obstante, la sensibilidad es de hasta un 50 %. La administración de penicilina G sódica endovenosa por 10 a 14 días continúa siendo el tratamiento de elección. Se recomienda nueva punción lumbar a los 6 meses de tratamiento con indicación de retratamiento si persistiera la hiperproteinorraquia o pleocitosis.
Conclusión: La NS debería considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de meningitis y compromiso hipofisario, aun en pacientes inmunocompetentes.

PE181 ARTRITIS SÉPTICA POR *Streptococcus pneumoniae*

M Tristán[1], G Camusso[2], M Papini[3]
[1] Hospital Francisco J. Muñiz, CABA, Argentina. [2] Laboratorio de Análisis Clínicos Camusso, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina. [3] Clínica del Oeste, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La bacteriemia y la meningitis son las manifestaciones clínicas más frecuentes en la infección invasiva por *Streptococcus pneumoniae* (Spn). La artritis séptica causada por este germen presenta baja incidencia en pacientes adultos (<1 %), mucho menor que en la población pediátrica (5,5-9,7 %). Se describe un caso de artritis séptica por Spn en un paciente adulto con enfermedad crónica subyacente.
Caso: Paciente de 64 años de edad, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se presenta febril, con dolor, tumefacción e impotencia funcional en rodilla derecha de 5 de días de evolución. En la exploración física TA 130/80, temperatura de 38,5°C, 110 latidos por minuto. Ante sospecha de artritis séptica, se obtuvieron muestras de sangre para análisis de laboratorio; además de hemocultivos y líquido articular para estudios bacteriológicos. Se inicia el tratamiento empírico con vancomicina (15mg/kg IV c/8hs) y ciprofloxacina (400mg IV c/12hs). Examenes complementarios: El análisis de laboratorio reveló marcada leucocitosis (19600/µl) con desviación a la izquierda. Líquido articular purulento (26500 leucocitos/µl, predominio neutrófilos) con diplococos gram positivos en examen directo, se obtuvo desarrollo de Streptococcus pneumoniae sensible a penicilina (CIM≤ 0,06µg/ml), cefotaxima, eritromicina, clindamicina y levofloxacina (CLSI 2016). Hemocultivos fueron negativos. Se rotó el tratamiento a penicilina G sódica 18 MU/día durante 1 mes. Se procedió a drenaje quirúrgico con evolución favorable.
Discusión: La artritis séptica por Spn presenta baja incidencia, siendo la afectación monoarticular de rodilla o codo la más frecuente. Esta entidad suele aparecer en pacientes con edad avanzada y/o con enfermedades crónicas subyacentes como artritis reumatoide, neoplasias, alcoholismo, uso crónico de corticoides, EPOC y diabetes. En más del 50 % de los casos hay un foco de infección respiratoria o meníngea previo, sin embargo alrededor del 30 % de los casos se desconoce.
Conclusión: En pacientes con sospecha de artritis séptica con foco respiratorio y/o meníngeo asociado, aumenta la incidencia de este microorganismo. En pacientes adultos, se aconseja el tratamiento empírico de cuatro semanas con betalactámicos de amplio espectro combinado con un aminoglucósido hasta tener el antibiograma. No se recomienda la terapia antibiótica intra-articular pero si la artrocentesis o en su defecto la limpieza quirúrgica, que mejora el pronóstico y reduce la lesión articular.

PE182 LÚES COMO CAUSA DE HEPATITIS COLESTÁSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S Bauer Silvero[1], RA Gomez[1], JL García[1], SE Echazarreta[1 2], S Paz[3], TA Orduna[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Hepatopatías Infecciosas, Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: Es conocida la gran variedad de presentaciones clínicas de la sífilis dentro del curso evolutivo de la enfermedad. El compromiso hepático con manifestaciones clínicas de colestasis tiene baja incidencia, y por ende un bajo índice de sospecha. Presentamos un caso de hepatitis colestásica de etiología luética.
Resumen clínico: Mujer de 23 años que consultó por fiebre, rash maculopapular en miembros superiores e inferiores, e ictericia de un mes de evolución. Presentó lesión ulcerada no dolorosa en cavidad oral y adenopatías cervicales indoloras cuatro meses antes con resolución espontánea. El laboratorio evidenció patrón de daño hepatocelular y colestasis, sin alteración del coagulograma. La evolución de los parámetros de laboratorio se adjunta en la tabla 1. La ecografía abdominal mostró hepatoesplenomegalia homogénea con vía biliar intra y extrahepática no dilatadas. Se solicitaron serologías para virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis A, B, C y E, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, carga viral de hepatitis C y perfil de autoinmunidad hepática resultando negativos. Se realizó VDRL informándose un título de 256 dils. Completó tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica. La paciente evolucionó con mejoría de los parámetros clínicos y de laboratorio. Se constató descenso de título de VDRL a 2 dils al quinto mes de seguimiento.

Tabla 1- Evolución de análisis de laboratorio.

	28/06	05/07	13/07	22/07	08/08	14/12
BT(mg/dl)	8,4	13	14	5,6	1,9	No ictérico
BD(mg/dl)	5,6	5,8	9	4,1	1,6	No ictérico
TGO(UI/L)	190	1169	2191	827	57	6
TGP(UI/L)	274	1417	1386	277	110	7
FAL(UI/L)	135	684		492	255	149

Discusión: La incidencia de sífilis ha aumentado considerablemente en los últimos años. En Argentina, según reportes del Ministerio de Salud de la Nación, el índice epidémico en 2016 fue de 9.996 % para lúes temprana en mujeres y 31.3 % para varones con respecto al 2015. El compromiso hepático por sífilis ocurre en menos del 1 % de los casos en la fase secundaria o terciaria de la enfermedad. Constituye una entidad potencialmente grave, pudiendo desencadenar falla hepática fulminante según revelan algunos reportes de casos. El patrón de afectación suele ser colestásico, aunque también se describe daño hepatocelular o mixto, siendo habitualmente un hallazgo de laboratorio, sin manifestación clínica. En el caso presentado, cabe destacar el valor francamente elevado de bilirrubina, hallazgo poco habitual. El diagnóstico puede realizarse por métodos serológicos (pruebas treponémicas y no treponémicas). Las lesiones mucocutáneas pueden orientar la sospecha clínica. La histopatología suele mostrar colangitis, pericolangitis y endotelitis, aunque no es imprescindible para el diagnóstico. El tratamiento no difiere del habitual para sífilis.
Conclusión: En el escenario actual de aumento de incidencia de sífilis remarcamos la importancia de la sospecha clínica ante formas de presentación poco frecuentes, como la hepatitis colestásica, principalmente en pacientes sexualmente activos.

PE183 EVALUACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN ACTIVA PARA MEJORAR LA ADHERENCIA DEL CONTROL DE FOCO DE TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS

V Rotllant[1], YL Paredes Falzone[2], J Zarra[1], C Falcone[1], M Romano[1], P Santamaría[3], G Saidman[3], F Ferreyra[3], L Cusmano[1]
[1] División Promoción y Protección de la Salud, Argentina. [2] Residencia de Infectología, Argentina. [3] Unidad 32 Pediatría y Adolescencia., Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) sigue representando una importante carga de morbimortalidad a nivel mundial. En la Argentina se notifica un promedio de 10.000 casos nuevos anuales. En los últimos años, al analizar por grupos de edad, se observó un aumento de notificación de casos nuevos a partir de los 15 años, constituyendo el adolescente en la familia un eslabón necesario, aunque no suficiente, para poner en riesgo de enfermedad a sus convivientes. La detección de nuevos casos para su activo tratamiento es una medida fundamental para controlar la cadena epidemiológica de la enfermedad, por lo que realizar el control de foco reviste un protagonismo indiscutible.
Objetivos: evaluar el impacto de una estrategia de intervención activa para mejorar la adherencia en la asistencia de convivientes para el control de foco de TB.
Materiales y Métodos: Estudio cuasi-experimental, caso-control. El grupo de intervención fue conformado por los niños y adolescentes internados por TB (casos índice - CI) en la sala de pediatría y adolescencia de la institución durante el período septiembre-diciembre de 2016. La estrategia de intervención activa constó de entrevistas grupales e individuales en la sala durante el horario de visita con participación también de familiares, donde se abordó de forma coloquial la enfermedad, su prevención y la importancia del control de salud de los convivientes. Se entregaron trípticos orientadores sobre TB y sobre cómo acceder a la consulta para la prevención. El grupo control (sin intervención activa) lo integraron los pacientes internados en la misma sala entre mayo y agosto de 2016. Se comparó la adherencia al control de foco de los contactos mayores de 18 años, entre los CI del grupo de intervención y del grupo control. Se analizaron los datos con la prueba de chi cuadrado y pruebas no paramétricas para comparación de medias, utilizando el paquete estadístico IBM SPSS, considerando los datos estadísticamente significativos con una $p<0.05$.
Resultados: Se incluyeron 34 CI en el grupo de intervención y 35 en el grupo control con una media de edad en ambos grupos de 14 años. Se analizó la variable "concurrencia a la consulta de 1 o más contactos por CI" con el siguiente resultado: 25/34 (73,5 %) en el grupo de intervención y 16/35 (46 %) en el grupo control, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,019$) con un Odds Ratio de 3,3 (IC 1,2-9,1). Se evaluó además la cantidad de contactos que asistieron por paciente, observándose una media de 2 contactos en el grupo de intervención y de 1.46 contactos en el grupo control. Sin embargo, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,105$).
Conclusión: Las intervenciones en educación para la salud sobre la población pediátrica y adolescente internada con diagnóstico de TB y su familia, tuvieron un impacto positivo en la cobertura del control de foco en los contactos adultos. Representa una medida costo-efectiva que además otorga una oportunidad para actuar sobre inquietudes en otros aspectos del cuidado de su salud.

PE184 *Legionella pneumophila* EN PACIENTES INTERNADOS POR INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN UN HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

N Garcia, M Medina, J Desse
Casa Hospital San Juan de Dios. Ramos Mejia. Prov Bs As, Argentina.

Objetivo: *Legionella pneumophila* es causa de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) reconocida en todo el mundo. En Argentina, su incidencia es desconocida. El propósito de este estudio es definir su incidencia y características que presentan los pacientes afectados por este agente.
Métodos: Estudio prospectivo descriptivo longitudinal en pacientes adultos internados por Infección respiratoria aguda en piso de Clínica Médica y/o Unidad de Terapia Intensiva desde Agosto de 2015 a Agosto de 2016.
Resultados: Se incluyeron 65 pacientes. Los agentes etiológicos aislados fueron: Neumococo: 20 %, H1N1:14 %, *Mycoplasma pneumoniae*:6 %, *Legionella pneumophila*:5 %), SAMR:3 %, *Chlamydia pneumoniae*: 2 %, *Haemophilus Influenzae*: 1 %, *Klebsiella Pneumoniae*: 1 %. Tres pacientes presentaron resultados positivo para *Legionella pneumofhila* serogrupo 1 (Inmunocromatografía de membrana -ICT- Binax-NOW). Todos eran mayores de 50 años y con comorbilidades, sin antecedentes de viajes al exterior en los últimos 30 dias.
Conclusiones: El hallazgo más relevante fue la confirmación de la presencia de *Legionella pneumophila* dentro de los agentes etiológicos de NAC en nuestro medio. La clínica predominante fue fiebre mayor o igual a 38 °C y tos seca.

PE185 MENINGOENCEFALITIS A LÍQUIDO CLARO, DETERMINACIÓN VIRAL

P Biglia, C Aicardi, S Moreno, S Penco
Hospital Rawson, Argentina.

Introducción: Las infecciones virales del sistema nervioso central (SNC) resultan en síndromes clínicos de meningitis aséptica o encefalitis1. El término meningitis aséptica (MAA) hace referencia a la ausencia de microorganismos en la tinción de Gram y negatividad de los cultivos habituales para agentes bacterianos en el líquido cefalorraquídeo (LCR). En Argentina las principales causas de MAA son el Enterovirus y virus de la Parotiditis. A partir del 2002 se manifestaron casos de meningitis aguda por flavivirus de la encefalitis de San Luis en la ciudad de Córdoba.
Objetivos: Determinar los agentes etiológicos más frecuentes productores de meningoencefalitis virales y las principales características clínicas y epidemiológicas de los afectados.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal, descriptivo, realizado desde enero de 2015 a junio del 2016, en pacientes mayores de 15 años con clínica compatible de meningoencefalitis aguda a los que se le realizó test de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus en LCR .Se excluyeron los pacientes con diagnóstico de infección por VIH. Las variables estudiadas fueron: datos filiatorios, características físico-químicas del LCR, antecedentes de enfermedad previa, síntomas y signos al ingreso, resultado de PCR y tratamiento. Para las variables mensurables se calcularon medidas de posición central y dispersión. Para las categóricas se utilizaron frecuencias.
Resultados: De los 23 pacientes analizados, el 70 % fueron de sexo masculino. El rango de edad fue de 15 a 59 años .El 74 % era oriundo de la ciudad de Córdoba. El 22 % tenía antecedentes de morbilidad previa, de los cuales el 40 % presentó parotiditis y el 20 % lesiones cutáneas compatibles con infección por Virus Herpes Zoster (VHZ). El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas y la consulta fue de 5 días. El 22 % recibió antibioticoterapia previo a la consulta, siendo el 80 % betalactámicos. Los síntomas más frecuentes fueron cefalea 96 %, fiebre 70 % y vómitos 65 %. Rigidez de nuca se presentó en el 43 % de los casos. El promedio de células en LCR fue de 222 cel/ml .a predominio linfocitos, con un rango de 1 a 1000 cel/mml. El 8 % presentó hipoglucorraquia e hiperproteinorraquia un 65 %. El 35 % de PCR fue positivo, detectándose en el 37.5 % Enterovirus y virus de San Luis en igual porcentaje, así como virus de Parotiditis y VHZ en un 12.5 % cada uno. El 56 % recibió solamente tratamiento de sostén y un 39,13 % tratamiento antiviral.
Conclusiones: Más frecuente en sexo masculino. La presentación clínica fue variable prevaleciendo la cefalea, fiebre, vómitos, y rigidez de nuca con una celularidad variable en LCR, bajo porcentaje de hipoglucorraquia en contraste con la hiperproteinorraquia. El rendimiento de la PCR fue bajo, predominando la amplificación de Enterovirus y virus de San Luis. Solo un tercio recibió tratamiento antiviral.

PE186 COMORBILIDADES Y USO DE DISPOSITIVOS PREDISPONENTES EN BACTERIEMIAS A BACILOS GRAM NEGATIVOS DEL ADULTO MAYOR

AV Bonifacio[1], OF Teglia[1], MG Nogueras[2]
[1] Infectología. Policlínico PAMI I INSSJP, Argentina. [2] Bacteriología. Policlínico PAMI II INSSJP, Argentina.

Introducción: las bacteriemias son causa de una importante morbi-mortalidad. En los últimos años se ha producido un significativo cambio en la etiología, la epidemiología y las caracte-

rísticas clínicas de los pacientes con episodios de bacteriemias. También se ha originado un aumento de la incidencia de las mismas, observándose un incremento de episodios en pacientes adultos mayores.
Objetivo: nos propusimos analizar los episodios de bacteriemia por bacilos Gram negativos en adultos mayores, así como la presencia comorbilidades y uso de dispositivos externos predisponentes.
Materiales y métodos: se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal. Se estudiaron episodios de bacteriemias a bacilos Gram negativos (BBGN) en adultos mayores de 65 años de ambos sexos, todos internados, en el período de un año. Se realizó seguimiento prospectivo para la obtención de los datos de episodios de BBGN mediante una ficha prediseñada.
Resultados: fueron incluídos 59 episodios de BBGN. Del total 51 correspondieron a enterobacterias y 8 a bacilos Gram negativos no fermentadores de la glucosa. Los episodios de BBGN ocurrieron en mayor número de mujeres 67.8 % (n: 40) que de hombres 32.2 % (n: 19). Un 62.7 % (n: 37) de los pacientes tenían más de 75 años y un 25.4 % (n: 22) eran mayores de 86 años. Un 69.5 % (n: 41) de los pacientes presentaron enfermedad de base, siendo las más frecuentes diabetes 28.8 % (n: 17) y neoplasias 25.4 % (n: 15), seguida de insuficiencia cardíaca 15.3 % (n: 9). La comorbilidad media fue 5,9 según el Índice de Charlson. Un 83 % (n: 49) de los pacientes presentaron un dispositivo predisponente para bacteriemia: sonda vesical al ingreso 62.7 % (n: 37) y el catéter intravascular 45.8 % (n: 27) fueron los más frecuentes. El foco de origen de la bacteriemia se presentó como más frecuente el urinario 33.9 % (n: 20) y el origen desconocido (n: 19). El microrganismo más prevalente fue E. coli (45.4 % n: 25). Del total de aislamientos 15.3 % (n: 9) presentó producción de enzimas betalactamasas como betalactamasas de expectro extendido (BLEE) y un 5.1 % (n: 3) de carbapenemasas. La mortalidad global fue del 27.11 %.
Conclusiones: por los datos obtenidos podemos concluir que las BBGN son más comunes como causa de bacteriemia que las bacterias Gram positivas en pacientes de edad avanzada. Los adultos mayores tienen un riesgo incrementado de colonización por bacilos Gram negativos como hospitalizaciones frecuentes, comorbilidades, mayor uso de procedimientos invasivos, residencias en hogares de ancianos y bajo *status performance*. Es prioritario disminuir el uso innecesario de dispositivos como catéteres urinarios y accesos vasculares centrales ya que representan un foco de infección, implementar estrategias para prevenir las infecciones asociadas al sistema de salud como así tambien conocer los patrones de resistencia local de antimicrobianos para poder elegir un tratamiento empírico correcto.

PE187 MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DE LABORATORIO DE UNA SERIE DE CASOS DE PACIENTES CON DENGUE, EN EL HOSPITAL CARRASCO DE LA CIUDAD DE ROSARIO

G Van de Casteele, C Bertaina, MC Capello Gardenal, N Sauro, V Alvarez, R David
Hospital Intendente Carrasco, Argentina.

Introducción: El dengue es una enfermedad viral causada por 5 serotipos del arbovirus Dengue, trasmitida por mosquitos de la especie *Aedes aegypti* principalmente. Produce un espectro clínico que va desde una infección asintomática, hasta una enfermedad grave pudiendo llevar a complicaciones hemorrágicas e incluso la muerte.
Objetivos: Describir las manifestaciones clínicas y hallazgos de laboratorio de una serie de pacientes con diagnóstico de dengue internados en el hospital Carrasco desde el 15/01/16 al 15/04/16.
Materiales y métodos: Es una serie de casos de tipo descriptivo, observacional y prospectivos donde se recolectaron datos de 19 pacientes mayores de 18 años, internados por dengue con signos de alarma u otros motivos, habiendo permanecido por mas de 48hs en la institución.
Resultados: Se analizaron 19 personas internadas en la sala de Clinica médica del Hospital Carrasco de Rosario, durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2016. Del total de pacientes, 10 fueron hombres y 9 mujeres, con una edad promedio de 40.7 años. La mayoría de los pacientes ingresaron a sala en el mes de marzo (9), seguido por el mes de febrero (6), primando los casos autóctonos (90%) por sobre los importados desde viajes al exterior. Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron HTA y etilismo, sin embargo la mayoría (57%) de los pacientes eran previamente sanos. El motivo de internación observado con mayor frecuencia fue la intolerancia oral (47% de los casos), encontrándose las hemorragias (26%) y la leucopenia extrema (25%) en segundo y tercer lugar respectivamente. Con respecto a la presentación clínica de la enfermedad, los signos y síntomas que se evidenciaron con mayor frecuencia fueron la fiebre (100%), las mialgias (78%), el dolor retroocular, los vómitos y el rash (igualados en un 47%), evidenciándose como principales alteraciones de laboratorio plaquetopenia (95%), elevación de la TGO (89%) y leucopenia (84%), seguidos por aumento de la TGP (68%). Se observó asimismo elevación de la VES en sólo el 15% de los casos analizados. El total de los pacientes evolucionaron favorablemente hacia el alta hospitalaria.
Conclusión: Se comunica esta serie de casos con el fin de facilitar la identificación temprana de los casos de Dengue y con ello orientar el manejo del sindrome febril agudo, primando la identificación de las cepas circulantes para conformar la verdadera vigilancia virológica, que unida con la vigilancia epidemiológica, clínica, serológica y entomológica sería la clave para el control de esta enfermedad.

PE188 EVALUACIÓN DE COMPLICACIONES DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES INSERTADOS PERIFÉRICAMENTE (PICC): ESTUDIO RETRO Y PROSPECTIVO DE 10 AÑOS

CV Rivero[1], JI Dapas[1], F Bocanegra[2], R Furnari[2], O Pardo[1], W Minatti[3], J Briggs[4], A Vila[1]
[1] Servicio de Infectología, Hospital Italiano de Mendoza, Argentina. [2] Servicio de Clínica Médica, Hospital Italiano de Mendoza, Argentina. [3] Servicio de Cirugía, Hospital Italiano de Mendoza, Argentina. [4] Servicio de Diagnóstico por Imagen, Hospital Italiano de Mendoza, Argentina.

Introducción: Reportamos una serie de pacientes en los que se utilizó PICC en una Institución Privada de Mendoza, Argentina.
Métodos: Se revisaron los datos de un total de 568 insertados entre los años 2003 y 2016. El estudio fue retrospectivo durante los años 2003 y 2006.A partir del año 2006 fue prospectivo. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes con datos incompletos.Se analizaron 389 episodios (366 pacientes). Cada inserción de PICC fue considerada un episodio. Las variables que presentaron un valor de p ≤ a 0.2 fueron analizadas en el modelo de regresión logística.
Resultados: Se incluyeron 389 episodios en 366 Pacientes. La edad promedio de los pacientes analizados fue de 51.35 años (rango de 16-94). El 43 % (n: 167) fueron mujeres y el 57 % hombres (n: 222). El tiempo promedio de permanencia del PICC fue de 44,02 días (rango de 1 a 313 días), con un total de 16759 días/PICC. Se colocaron por disección quirúrgica 11,6 % (n: 45), por punción a ciegas 19,7 % (n: 76), y por punción guiada por radioscopía el 68,9 % (n: 268). Se evaluaron las comorbilidades: 18,25 % (n: 71) presentaba neoplasia, de las cuales el 80.3 % se encontraba en progresión. El 83.1 % presentaba tumor sólido (n: 59) y el 16.9 % neoplasia hematológica(n: 12). La indicación más frecuente de inserción de PICC fue infección osteoarticular (68,12 %) (n: 265), seguido por infección abdominal 11,31 % (n: 44), foco endovascular 4,88 % (n: 19), infección de piel y partes blandas (n:16) , otras indicaciones fueron los focos: urinario,SNC, respiratorio, etc. (n:45). Se observaron complicaciones el 22,87 % (n: 89) de los PICC, de las cuales el 60.67 % (n: 54) fueron infecciosas. Las complicaciones infecciosas fueron 66.66 % infección del sitio de salida (ISS) (n: 36), bacteremia relacionada a PICC(BRC)18.51 % (n: 10), colonización del PICC 14.81 % (n:8). La tasa de incidencia de complicaciones fue de 5.31, infección de catéter de 2.8; BRC 0.59, ISS 2.14 y colonización de catéter 0.47/1000 días- PICC respectivamente. Entre las complicaciones no infecciosas se observaron oclusión, trombosis y malposición. Las complicaciones potencialmente fatales fueron 11(12.36 %) correspondientes 10 a bacteremias relacionada a catéter y 1 mal posición arterial. Las causas de remoción de PICC fueron 78.1 % por completar tratamiento; 13.7 % Infección de catéter; 2.7 % mal higiene del catéter; 1.7 % efecto adverso del tratamiento antibioticoterápico; 1.5 % muerte por otras causas; 1.7 % trombosis; 0.1 % decisión del paciente, 0.5 % otras causas. El análisis multivariado mostró como factores de riesgo de infección la edad de 30 a 39 años (RR 2,3385), la higiene inadecuada del PICC (RR 14,36), la presencia de neoplasia en progresión (RR 2), y la presencia de infección urinaria (RR 5,89).
Conclusiones: Reportamos la colocación de 389 PICC en 366 pacientes. La tasa de BRC fue de 0.59 /10000 días-PICC. Ningún paciente falleció por complicaciones del PICC. La tasa de complicaciones infecciosas fue de 2.8 /1000 días-PICC. El análisis multivariado mostró como factores de riesgo de complicaciones infecciosas, la edad de 30 a 39 años, la mala higiene del PICC, la presencia de neoplasia en progresión, y la presencia de foco urinario.

PE189 INFECCIONES MAMARIAS EN PACIENTES ATENDIDAS EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS

A Kunst[1], RV Bakai[2], A Tuduri[2], S Palombarani[2], K Asef[1], C Molinari[2], E Pallone[1], M Almuzara[2]
[1] Unidad de Infectologia HIGA Eva Perón(ex Castex) San Martin , Provincia de Bs As, Argentina. [2] Laboratorio de Bacteriología. HIGA Eva Perón. (Ex Castex.) San Martín. Provincia de Bs As., Argentina.

Introducción: Aunque las infecciones mamarias (abscesos y mastitis) habitualmente son ocasionadas por microorganismos que forman parte de la microbiota habitual de la piel, representados en su mayoría por *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), en los últimos tiempos hemos asistido a la recuperación de gérmenes infrecuentes para dicha localización infecciosa.
Objetivo: Describir las características clínicas y conocer la etiología y el perfil de sensibilidad antibiótica de los microorganismos aislados a partir de infecciones mamarias (IM) de pacientes atendidas en un Hospital Interzonal de Agudos de la Provincia de Buenos Aires.
Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo sobre muestras procedentes de pacientes con diagnóstico de infección mamaria recolectadas durante el período enero 2010 a marzo 2017. Se evaluaron las historias clínicas de las pacientes a fin de recabar información sobre el tipo y origen de la infección: asociada o no a lactancia, quirúrgica (protésica o no protésica) o no, y el tratamiento antibiótico instaurado. La identificación de los aislamientos se llevó a cabo por pruebas bioquímicas convencionales y/o por el sistema automatizado VITEK2. La sensibilidad antibiótica por éste último o por difusión siguiendo las recomendaciones del CLSI.
Resultados: Sobre un total de 76 infecciones mamarias *S. aureus* fue aislado en el 55 % (n = 42) y el 45 %(n = 34) restante estuvo representado por bacterias distintas de ésta. De los 42 aislamientos de *S. aureus* , el 12 % (n = 5) fueron meticilino sensible y el 88 % (n = 37) meticilino resistente. De los 34 casos por microorganismos distintos de *S aureus*, 21 % (n = 7) fueron *Enterobacterias*, 9 % (n = 3) bacilos gram- negativos no fermentadores de glucosa, 29 % (n = 10) bacilos gram- positivos (géneros *Mycobacterium spp.*, *Corynebacterium spp.*, *Actinomyces spp.* y *Propionibacterium spp.*),18 % (n = 6) bacterias anaerobias y 23 % (n = 8) cocos gram- positivos distintos de *S. aureus* (*Streptococcus spp.*,*estafilococos coagulasa negativa*). De las infecciones producidas por gérmenes diferentes de *S. aureus* ,97 %(n = 33) fueron no puerperales y 3 %(n = 1) puerperales; de las producidas por *S. aureus* 57 % (n = 24) de origen no quirúrgico, 10 % (n = 4) quirúrgico y 33 %(n = 14) se desconoce. De las producidas por gérmenes diferentes de *S aureus* ,56 %(n = 19) no quirúrgicos,38 %(n = 13) quirúrgicos y 6 %(n = 2) se desconoce; de las quirúrgicas el 77 %(n = 10) fue asociada a prótesis, 15 % (n = 2)no y 8 % (n = 1) se desconoce. Predominando *Mycobacterium fortuitum* , *Propionibacterium acnes*, *Propionibacterium avidum*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter cloacae* en las infecciones asociadas a prótesis.
Conclusiones: Aunque *S. aureus* sigue siendo el microorganismo aislado con mayor frecuencia a partir de infecciones mamarias, llama la atención la emergencia de aislamientos de bacilos Gram-positivos. La recuperación de micobacterias de rápido crecimiento, estrechamente relacionada a la colocación de prótesis así como el alto porcentaje de *S. aureus* resistente a meticilina exige un re planteo del tratamiento empírico.

PE190 CISTITIS INCRUSTADA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR *Corynebacterium urealyticum*

M Lahitte, M Rinaudo, L Flynn, E Nannini
Sanatorio Britanico.Rosario, Argentina.

Introducción: La cistitis incrustada es un proceso poco frecuente que se caracteriza por la precipitación de sales en la mucosa vesical. La presencia de orinas alcalinas es un factor fundamental para dicho depósito. Las infecciones urinarias por gérmenes urealíticos, como *Proteus*, *Morganella* o *Providencia* sp. también parece ser un factor importante. *Corynebacterium urealyticum* es un bacilo Gram positivo aerobio estricto de crecimiento lento, lipofílico, productor de ureasa y multirresistente. Suele causar infecciones nosocomiales como cistitis aguda, pielonefritis y cistitis alcalina incrustada, y bacteriemia en pacientes con procesos urológicos crónicos, particularmente en pacientes con exposición previa a antibióticos de amplio espectro.
Caso clínico / Discusión: Paciente femenina de 45 años, tabaquista, evaluada en otra institución por síntomas urinarios bajos y hematuria de 3 meses de evolución. Se realizó cistoscopia en 2 oportunidades con hallazgo de pólipos vesical (informe de anatomía patológica: tejido inflamatorio). La paciente continúa con síntomas urinarios agregando eliminación de litos de magnesio, fósforo y amonio, siendo el urocultivo y el cultivo del lito, negativos. De todas maneras, fue tratada con ciprofloxacina vía oral y en algunas oportunidades con amikacina con persistencia de síntomas. En nuestra institución se realiza TC observándose vejiga de paredes engrosadas de forma difusa, con edema del tejido adiposo, calcificaciones irregulares endoluminales, y dilatación uretero-pielocalicial izquierda. Se realizó una nueva cistoscopia, biopsia vesical, y urocultivo. Se sembró en medios CLDE y Agar Sangre. A las 24 horas de cultivo se obtuvo desarrollo de colonias muy pequeñas que luego de 48 horas de incubación en atmósfera de 5 % de CO2 se obtuvo desarrollo de colonias más grandes, entre 2 y 4 mm, blanquecinas, redondas y lisas, catalasa positivo, nitratasa negativo, ureasa positivo. Por coloración de Gram se observaron bacilos gram positivos, identificado como *Corynebacterium urealyticum* (recuento significativo) . El cultivo del lito tuvo el mismo rescate bacteriano. Se indicó vancomicina por vía EV durante 5 días y luego linezolida vía oral por 3 semanas con resolución de los síntomas y normalización del tejido vesical en cistoscopia de control. Tener cuenta que esta entidad suele observarse en pacientes con uso previo de antibióticos de amplio espectro, orinas con pH alcalino, antecedente de traumatismo y/o cateterismo vesical, manipulaciones urológicas e inmunosupresión. *C. urealyticum* suele ser altamente resistente y de difícil aislamiento y reconocimiento. El tratamiento se basa principalmente en glicopéptidos y más raramente en quinolonas, tetraciclinas y linezolida; la acidificación de la orina y en ocasiones la intervención quirúrgica, como en este caso, pueden ser necesarias.
Conclusión: destacamos la importancia de sospechar cistitis incrustada por *C. urealyticum* en pacientes con los factores de riesgo mencionados y la presencia de incrustaciones cálcicas en vejiga para poder alertar al microbiólogo, y así poder realizar un tratamiento antibiótico adecuado.

PE191 ESPONDILODISCITIS EN EL ADULTO MAYOR

B Levy, J Maurino, C Beltramo, M Aleman Urquiza, D Gill, O Teglia, G Tamagno
PAMI I, Argentina.

Introducción: La espondilodiscitis es una entidad infrecuente con una incidencia anual que varía de acuerdo a la edad siendo de 3,5 por cada 100.000 personas en adultos de 50-70 años a 6,5 cada 100.000 personas en mayores de 70 años. La clínica es inespecífica, presentando dolor subagudo como único síntoma constante, que sumado a la coexistencia de procesos degenerativos axiales en este grupo etario derivan en un diagnóstico tardío, requiriendo un alto nivel de sospecha y el apoyo en estudios complementarios.
Objetivo: describir características clínicas y microbiológicas de pacientes adultos mayores internados con diagnóstico de espondilodiscitis.
Materiales y métodos: estudio descriptivo observacional. Se realizó relevamiento de datos mediante fichas prediseñadas en una institución de tercer nivel con población predominante de adultos mayores, durante el período julio 2013 a agosto 2016.
Resultados: Se evaluaron 10 pacientes, siendo 6 mujeres. La edad media fue de 73 años (64-88). 7 pacientes presentaron fiebre al inicio del cuadro. Todos presentaron dolor raquídeo y aumento de reactantes de fase aguda. Se constató leucocitosis en 4 pacientes. 6 pacientes presentaron hemocultivos periféricos positivos. Los agentes etiológicos hallados fueron: *Staphylococcus aureus* (7 casos, 2 de ellos meticilino resistente), *Staphylococcus* coagulasa negativa (1), *Streptococcus agalactiae* (1), *Klebsiella pneumoniae* BLEE+ (1). 6 pacientes presentaron absceso epidural. En 2 casos se realizó tratamiento médico quirúrgico, en los demás tratamiento conservador. 3 pacientes evolucionaron favorablemente al tratamiento sin secuelas. 6 casos presentaron secuelas crónicas y un paciente falleció durante el tratamiento.
Conclusión: Los resultados obtenidos en la presente serie permiten destacar la sintomatología inespecífica con la que se presenta esta patología, que lleva a un diagnóstico tardío y la alta proporción de secuelas en los casos analizados. El médico debe tener un alto índice de sospecha en pacientes con dolor dorsal o lumbar que no ceden al tratamiento analgésico en especial en este grupo etario.

PE192 COINFECCIÓN POR *Neisseria meningitidis* Y *Streptococcus pneumoniae*

A Manzur[1], J Boccardo[1], L Bertoni[1], M Jofre[2], M Lopez[1], E Galdeano[1]
[1] Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, Argentina. [2] Ministerio de Salud, Argentina.

Introducción: El síndrome de Waterhouse-Friderichsen (SWF) es una insuficiencia de las glándulas suprarrenales debido a sangrado dentro de dichas glándulas y es causado por una infección meningocócica severa u otra infección bacteriana grave. Los síntomas abarcan insuficiencia suprarrenal aguda y shock profundo. Este síndrome es mortal si no se trata de inmediato.
Caso clínico: Mujer de 21 años sin antecedentes patológicos conocidos, una internación a los 9 años por neumonía, hija única y sin antecedentes familiares relevantes, estudiante y deportista. Traída a urgencia por familiar por deterioro súbito de la conciencia. Previo a esto refería mialgias de 12 hs de evolución, afebril. Se constata hipotensión arterial, oliguria, vómitos, coma, se intuba. Mientras es asistida se objetivan lesiones equimóticas en piel, livideces, hemorragia conjuntival y sangrado por sitios de punción. Paro respiratorio que responde a maniobras de RCP avanzadas. Se realiza punción lumbar previa tomografía de cerebro sin lesiones y se obtiene líquido cefalorraquídeo (LCR) purulento, se inicia dexametasona y ceftriaxona 2g. El análisis del LCR: turbio sanguinolento, Proteinorraquia 2,71g/l células 1.260 /mm3 65 % polimorfonucleares, glucorraquia 24,7 mg/dl. Coloración de Gram Diplococos Gram negativos. Serología positiva para *Neisseria meningitidis* (ACW153Y). La paciente fallece a las 5 hs. Orientación diagnóstica inicial, shock séptico, meningococcemia, SWF. Se realizó profilaxis con rifampicina al personal médico que asistió sin equipo de protección a la paciente. Posteriormente tanto en LCR como en hemocultivos desarrolla *N. meningitidis* (W135) y *Streptococcus pneumoniae*. Cinco días previos un varón de 15 años sano había consultado en un centro ambulatorio pediátrico de la provincia, por fiebre y dolor abdominal de horas de evolución progresando en la consulta con shock, lesiones hemorrágicas y muerte. En la autopsia se constataron lesiones hemorrágicas de cerebro que hicieron sospechar un cuadro de meningitis, si bien no se obtuvo etiología del mismo. Los pacientes no tenían nexo epidemiológico entre sí. Ninguno de los pacientes tenía indicación formal para la colocación de vacuna antimeningocócica. En ambos casos epidemiología realizó la quimioprofilaxis de los contactos.
Conclusiones: La coinfección por ambos patógenos es poco descrita en la literatura, solo hallamos el reporte de necropsia de un niño sano de 2 años que fallece rápidamente con SWF y se detectó por estudios de autopsia *N. meningitidis* serotipo C más *S. pneumoniae*. Varios ítems se destacan de este caso (a) infrecuencia de la coinfección por microorganismos capsulados en una paciente sin compromiso inmunológico diagnosticado previamente, (b) presentación con rápida progresión a la muerte y a pesar de la sospecha clínica y etiológica no se puede modificar la evolución de la misma (c) importante repercusión epidemiológica y social tanto en los contactos como en la población general.

PE193 *Alcaligenes faecalis*. SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL

P Ruiz, B Doña, J Lujan, J Boccardo, J Fernandez
Hospital Publico Descentralizado Dr. G. Rawson, Argentina.

Introducción: *Alcaligenes faecalis* es un bacilo gram negativo no fermentador, patógeno oportunista, relacionado con la contaminación de equipos o líquidos hospitalarios provocando infección o colonización humana.
Objetivo: Describir la emergencia de casos de *A. faecalis* en un hospital general.
Materiales y métodos: Análisis descriptivo, retrospectivo de 13 historias clínicas de pacientes con aislamiento de *A. faecalis* en alguna muestra clínica o de cribado entre enero 2015 y diciembre 2016, en un hospital general.
Resultados: De los 13 pacientes, 8 femeninos, con rango de edad de 1 a 71 años, mas de la mitad mayores de 50 años. Las comorbilidades mas frecuentes: insuficiencia renal crónica, trasplante renal, diabetes mellitus. La estancia hospitalaria media fue de 33 dias, aislándose el microorganismo con una media de 15,2 días desde el ingreso. Los focos de infección fueron, infección asociada a prótesis articular (1), neumonía asociada a ventilación mecánica (2), infección urinaria en paciente sondado (1), neumonía intrahospitalaria con bacteriemia (2), herida abdominal penetrante infectada (1). En 5 casos se detectó colonización. En dos pacientes se aisló en más de una muestra. Seis pacientes ingresaron al servicio de terapia intensiva, 6 a clínica médica y un paciente se manejó ambulatoriamente. Solo 1 paciente había recibido tratamiento antibiótico en el último mes. los dispositivos invasivos fueron sonda vesical, vía central y ventilación mecánica. Los perfiles de resistencia antimicrobiana fueron variables. En 4/8 pacientes en los cuales se registró infección se inició tratamiento antibiótico empírico adecuado, 3 con meropenem colistin y 1 con piperacilina-tazobactam. Del total de pacientes con infección documentada, en 5 se logró control del foco, con buena evolución clínica. Tres pacientes fallecieron durante la internación, 2 de ellos relacionados con la infección por *A. faecalis.*
Conclusión: En nuestra revisión se observó la emergencia de *A. faecalis* como patógeno. En el período de análisis destaca el número de casos respecto a años previos donde era un microorganismo infrecuente. Por no detectar relación física, temporal y ser un microorganismo relacionado a contaminación de equipos y fluidos no se lo consideró la presencia de un brote. La mayoría de los pacientes tuvieron internación prolongada en servicios críticos, con invasión e instrumentación de sitios estériles, lo que podría haber facilitado la invasión y colonización por *A. faecalis.* Los focos infecciosos documentados coinciden con los descritos en la bibliografía siendo las muestras respiratorias, sangre, y orina las más frecuentes. Con respecto a sensibilidad, los aislamientos mostraron el mismo patrón de resistencia referido en la bibliografía.

PE194 DESCRIPCIÓN DE UN BROTE ALIMENTARIO DE *Clostriduim botulinum*

J Lujan[1], B Doña[1], P Ruiz[1], I Temiño[1], F Pellice[2], A Manzur[1], S Ferrari[1]
[1] Hospital Público Descentralizado Dr. G. Rawson, Argentina. [2] Hospital Marcial Quiroga, Argentina.

Objetivo*:* Describir brote alimentario de *Clostridium botulinum*.
Materiales y métodos: revisión de historias clínicas de pacientes con botulismo alimentario junio 2016.
Resultados: Caso 1: Mujer 82 años hipertensión arterial, diabetes, obesidad, ingirió abundante cantidad de conserva casera de berenjena y a las 8hs presentó mareos, trastorno del sensorio, dificultad respiratoria. Fallece en emergencias. Caso 2: varón 51 años sano, ingresa por mareos, nauseas, vómitos y diplopía de 12hs de evolución, impotencia de miembros superiores y excitación psicomotriz. Tensión arterial 200/100mmHg, pupilas midriáticas hiporreactivas, ptosis palpebral unilateral. Progresa a hiperreflexia generalizada, ptosis palpebral bilateral, parálisis fláccida y ventilación mecánica (VM). Consumo de conserva casera 1 día previo al ingreso y comensales con admisión en distintos centros. Sospecha Botulismo, recibe antitoxina para *C.botulinum* trivalente. Muestra sérica, materia fecal y conserva positivas para toxina A. Recuperación motora lenta con cuadriparesia, apertura ocular parcial y pupilas reactivas. Al mes sostén cefálico y deambulación, apertura ocular total, tubo en T y destete al tercer mes, recupera reflejos deglutorios y progresa a semisólidos. Alta hospitalaria a los 105 días. Caso 3: mujer 58 años, diabetes, obesidad, hipertensión arterial. Ingresa a terapia intensiva por insuficiencia respiratoria progresiva, ptosis palpebral bilateral, midriasis, hipotensión arterial postural y parálisis flácida simétrica descendente. Consumo de conserva casera 2 días previos. Requirió VM. Recibe antitoxina botulínica trivalente. Muestra de sangre, lavado gástrico y materia fecal positivas para toxina A. Internación prolongada, traqueostomía y gastrostomía. Lenta recuperación neurológica a predominio facial, manos, pies y hemicuerpo derecho, apertura ocular parcial, escasa articulación de palabra y respuesta a órdenes simples. A los 45 días derivada a centro de rehabilitación neurológica. Caso 4: Varón 36 años sano, ingesta de conserva moderada cantidad, al tercer día disfagia y episodios de ahogo, progresa con leve ptosis palebral, sialorrea y astenia. Internación en sala común, recibe antitoxina. Muestra sérica y de materia fecal positivas. Buena evolución alta al día 7. Caso 5: Mujer 37 años sana, consumió conserva escasa cantidad. Al séptimo día presentó debilidad muscular progresiva en miembros superiores, leve ptosis palpebral y disfagia. Recibió antitoxina. Muestra sérica y materia fecal positivas para toxina A. Internación en sala común resolución de síntomas y alta al día 4.
Discusión: Los casos relacionados con ingesta de conserva casera de berenjena presentaron compromiso neurológico descendente simétrico con diferente grado de afectación; un caso fatal precoz, y dos con VM, un paciente presentó compromiso gastrointestinal al inicio ninguno presentó fiebre. Cabe resaltar la baja mortalidad, probablemente por sospecha etiológica rápida que permitió administrar antitoxina precozmente, conociendo que esta solo inactiva la toxina circulante no así la adherida a terminales nerviosas. La latencia, los síntomas y la gravedad se relacionaron con la cantidad de toxina consumida.

PE195 EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE INTERNACIÓN Y SEVERIDAD EN PACIENTES INTERNADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Y Yasuff, C Cabello, C Salvador
Servicio de Infecciosas. Hospital Teodoro J. Schestakow, Argentina.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una patología frecuente. Su evolución y pronóstico dependen del diagnóstico precoz y rápido inicio del tratamiento adecuado. Por estos motivos, se decidió evaluar las características de los pacientes internados en el servicio de Infectología de nuestro hospital con diagnóstico presuntivo de NAC.
Objetivo: Evaluar los criterios de internación y severidad de los pacientes internados con diagnóstico de NAC. Describir las características de la población, evaluar los criterios de CURB-65 y el rol de la saturometría.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico, en el que se analizaron las HC de los pacientes internados en el servicio de Infectología de enero a diciembre del 2016. NAC: 2 criterios sintomáticos: tos con o sin expectoración, fiebre o disnea, taquipnea, dolor torácico; más: saturometria de pulso(SpO2) < 95 %, alteración de auscultación; y confirmación radiológica. Criterios de internación y gravedad: 1) CURB-65 2) saturometría de pulso 3) factores socioeconómicos. Evolución desfavorable: 1) fiebre luego de 48 hs 2) SpO2 <94 % a 72hs de tratamiento 3) leucocitosis 4) derrame pleural. Se utilizó EpiInfo versión 3.5.4. Como medida de asociación se utilizó OR con IC95 % y se consideró significativo una P<0,001
Resultados: Se analizaron 143 casos, confirmándose el diagnóstico en 96 (67.1 %). De los pacientes con NAC, eran mujeres el 53,1 %. Edad: 40-59 años 26 %; 20-39 años 25 %; 60-69 años 22,90 %;>70 años 18,8 %; 13-19 años 7,3 %. El 68,8 % presentó comórbidas: HTA 26 %; tabaquismo 18,8. Según CURB-65: 0 = 45,8 %; 1 = 28,1 %; 2 = 17,7 %; 3 = 8,3 % 4-5:0 %. Por SpO2: <85 = 7,3 %; 89-85 = 14,6 %; 94-90 = 44,8 %; 99-95 = 33,3 %. Criterio de internación: sala común 70,8 % y 29,2 % seguimiento ambulatorio. Evolución favorable 62,5 %. El 37,5 % evolución desfavorable: 1) SpO2<94 % a 72hs:60,5 % 2) fiebre > 48hs:10,5 % 3) derrame pleural:7,9 %; 4) leucocitosis:2,6 % 5) Obito:13,2 %. Relación entre CURB-65-evolución: CURB-65 2-3 presentan 5,81 veces chance significativa de evolución desfavorable que los valores 0-1 (OR = 5,8CI95 %[2,1-15,5]P<0,001). Relación CURB-65-otras afecciones respiratorias no EPOC: sin chance significativa de evolución desfavorable. (OR = 0,18CI95 %[0,04-0,8]P<0,025). SpO2-evolución, SpO2<89 % tenían 11,3 veces chance significativa de evolución desfavorable que valores >90 %. (OR = 11,3CI95 %[4,2-30,3]P< 0,001). Edad-evolución: >60 años vs <59 años: este último tiene 0,22 veces chance significativas de evolución favorable que los de mayor edad. (OR = 0,22 CI 95 % [0,09-0,54] P<0,001).
Conclusiones: Si se utilizaran criterios clínicos sumado al CURB-65 y SpO2 se reduciría un 42 % la internación. Los valores de CURB-65 2-3 presentan más chances de evolución desfavorable, igual que los pacientes con SpO2<89 %, mientras que CURB-65 0-1 tienen igual chance de evolución desfavorable que pacientes con otras afecciones respiratorias no EPOC, de manejo ambulatorio.

PE196 *Fusobacterium mortiferum*: INUSUAL CAUSA DE ABSCESO GLÚTEO Y OSTEOMIELITIS ASOCIADA A INFECCIÓN DISEMINADA POR *Staphylococcus aureus* MR EN UN PACIENTE HIV+.

GF Arevalo Calderon[1], C Legaria[2], C Barberis[2], GE Martinez[1], AMR Famiglietti[2], D Stecher[1], CA Vay[2]
[1] División Infectología, Hospital de Clínicas José de San Martín. UBA, Argentina. [2] Departamento de Bioquímica Clínica. INFIBIOC. Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA., Argentina.

El género Fusobacterium está compuesto por bacilos gramnegativos anaerobios que forman parte de la microbiota oral, intestinal y genital. *F. nucleatum* y *F. necrophorum* son las especies más frecuentes, aunque rara vez causan osteomielitis e infecciones invasivas de partes blandas (IIPB). Describimos un caso inusual de osteomielitis por *F. mortiferum* en un paciente HIV+ asociado a infección invasiva por SAMR.
Resumen clínico: hombre de 30 años que consultó por dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 48 hs. de evolución. Veinte días antes había presentado laceración e infección de codo derecho que resolvió con antibióticos. Evoluciona en pocas horas con impotencia funcional del miembro inferior izquierdo (IFMII). TC abdomen: derrame pleural y ocupación alveolar derecha, probable infarto renal derecho, absceso con burbuja aérea en músculo piramidal izquierdo. Se tomaron hemocultivos (HC) (*S. aureus* 2:2 CIM (< = µg/ml), S: TMS 0,5/9,5; CLIN 0,5; MIN 1; RIF 0,5; LEV 1; MOX 0,5; TETRA 0,5; MIN 1, LZD 2; ERI 0,5; DAPTO 1, VAN = 1 y R: OXA 2 y GEN 8). Inició tratamiento con VAN y PTZ. Se diagnosticó infección de la comunidad por SAMR en paciente HIV+. HC control: 3° y 6° días: SD. Evolucionó febril y con IFMII. Nueva TAC: absceso de músculo piramidal extendido a psoas y derrame pleural tabicado que se decorticó, drenó y cultivó. Abordaje por traumatología: hallazgo de absceso glúteo, pélvico, resección muscular y biopsia ósea. Las muestras se cultivaron en aerobiosis y anaerobiosis: 1-líquido pleural, 2-fascia, 3-fosa glútea, 4-hueso ilíaco, 5-fosa ilíaca, 6-absceso glúteo: *S. aureus*. En los medios selectivos incubados en anaerobiosis (4-5-6) desarrollaron bacilos gram negativos pleomórficos con cuerpos redondos que fueron identificados por espectrometría de masa (MALDI-TOF, Bruker BioTyper 3.1) como *F. mortiferum* (S a clindamicina y metronidazol (MTZ). El paciente recibió MTZ 14 días y VAN 20 días. Evolucionó afebril, con recuperación de la motilidad del MII. Pasó a VO: TMS+MTZ e inició tratamiento antirretroviral con buena evolución. Exámenes complementarios: Laboratorio: GB 23600/ mm3, PMN 76 %, LDH 423 UI, VSG 53 mm/1ª. h, PCR: 35.8 mg/ dl. HIV (Elisa de 4° generación): positivo, CD4: 294 células/mm3 (27 %) CV: 271763 copias/ml (log 5.43). ECTT y ECTE sin vegetaciones. Anatomía patológica: osteomielitis aguda de hueso sacro e iliaco.
Discusión y conclusiones: las IIPBs y las osteomielitis por anaerobios pueden ser graves. Suelen originarse en un sitio contiguo posterior a un traumatismo o injuria que interrumpe la barrera mucosa. Las infecciones por *F. mortiferum* son muy infrecuentes. Su hallazgo en esta localización no ha sido reportado hasta el momento y resulta clínicamente significativo. La sospecha de bacterias anaerobias se fundamentó en la presencia de gas detectada en la TAC. El éxito del diagnóstico y tratamiento se basó en el cultivo anaerobio en medios selectivos, en la identificación rápida y precisa por espectrometría de masa MALDITOF y en el drenaje de las colecciones. A pesar de la elevada mortalidad asociada a estos microorganismos en infecciones graves, el paciente mostró buena recuperación clínica.

PE197 NEURORETINITIS EN ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO

P Machuca[1], J Carranza[1], J Monroig[1], E Dodds[2], R Armitano[3], S Lloveras[1]
[1] Hospital de Enfermedades Infecciosas F. J. Muñiz, Argentina. [2] Hospital J. A. Fernandez, Argentina. [3] INEI - ANLIS Dr. C. G. Malbrán, Argentina.

Introducción: La Enfermedad por Arañazo de Gato (EAG) es una infección bacteriana causada por *Bartonella henselae*, aunque puede ser producida por otras especies de *Bartonella*. Se presenta generalmente como linfadenitis regional asociada o no a fiebre y en menor frecuencia con compromiso sistémico u órgano específico. A nivel ocular produce una neuroretinitis (NR), que según las escasas publicaciones en la literatura científica, es la causa infecciosa más común de NR.
Objetivo: Reportar un caso clínico con diagnóstico de NR por *Bartonella* sp.
Caso clínico: Paciente de 33 años que consultó por disminución súbita de la agudeza visual en ojo derecho (OD) sin otro síntoma acompañante. En los 15 días previos al compromiso ocular presentó registros febriles aislados por lo que consultó en centro de salud. Ante la sospecha de infección urinaria recibió tratamiento con ciprofloxacina por 5 días. En el examen físico presentaba visión bulto en OD y en la evaluación oftalmológica: papilitis, hemorragias y estrella macular; lesión sugestiva de NR por *Bartonella* sp. Como antecedente, la paciente refirió tenencia de gato cachorro. El oftalmólogo inició tratamiento con corticoides vía oral (VO) y la derivó a infectología para diagnóstico etiológico y tratamiento antibiótico. Se le solicitaron los siguientes exámenes complementarios: recuento de glóbulos blancos 17400/mm3 (78.6 % de neutrófilos); serología para HIV, HBV, HCV, VHS, toxoplasmosis y VDRL negativos. Se solicitó al Servicio Bacteriología Especial, INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán" serología (IFI) para *Bartonella sp.* pre tratamiento y a las 4 semanas. Inició tratamiento empírico con rifampicina + doxiciclina VO. Serología para *Bartonella* sp. primera muestra: IgM >1/20 (VR <1/20 indica que no hubo exposición reciente) e Ig G 1/128 (VR < 1/64 sugieren que el paciente no tiene infección presente). Segunda muestra: Ig M <1/20 e Ig G 1/64. Luego de cumplir 6 semanas de tratamiento con buena tolerancia, presentó recuperación *ad integrum* de la visión en OD y el recuento de glóbulos blancos descendió a valores normales.
Conclusión: De los pacientes con EAG, 1-2 % desarrolla NR. La NR es un síndrome con pérdida aguda de la visión secundaria a edema del nervio óptico y exudados maculares. El diagnóstico confirmatorio se realiza por PCR o conversión serológica en humor vítreo y/o en suero dependiendo del tiempo evolutivo del cuadro. En este caso se realizó serología, obteniendo primera muestra positiva para *Bartonella* sp. y en la segunda se observó una caída de títulos. Ésto se debe al inicio precoz del tratamiento etiológico. Hasta el momento no se cuenta con un consenso

de manejo del compromiso ocular en EAG, por lo que la elección del tratamiento instaurado y el tiempo de duración del mismo se realizó según las distintas publicaciones disponibles en la literatura. Se destaca la importancia del trabajo multidisciplinario y ante la presencia de este cuadro clínico, asociado al nexo epidemiológico, es fundamental incluir a *Bartonella* sp. dentro de los diagnósticos diferenciales.

PE198 EPIDEMIOLOGÍA Y MORTALIDAD DE BACTERIEMIA POR ESTREPTOCOCO BETA HEMOLÍTICO EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD. PERÍODO 2012-2016.

MA Salmeron Olsina, MS Martinez, L de Wouters, M Gordovil, M Vallejo
Hospital Privado de Comunidad, Argentina.

Introducción: Los estreptococos β hemolíticos(EBH) forman parte de la flora habitual. Son responsables de enfermedades graves como fascitis necrotizante, síndrome de shock tóxico (SSTE) y complicaciones post- infecciosas. El EBHA por sus factores y virulencia puede cursar con manifestaciones fulminantes al igual que algunos subtipos de EBH C y G, que expresan proteínas homólogas. Se describe mayor mortalidad en edad avanzada y con factores de riesgo.
Objetivos: Caracterizar las bacteriemias por EBH en adultos (BEBH), factores de riesgo, presentación, subtipos, sensibilidad y mortalidad en un período de 5 años en un hospital privado.
Material y métodos: Estudio clínico descriptivo, retrospectivo. Se revisó la base de datos de Microbiología del hospital, identificando cultivos positivos en sangre durante período 01/01/2012-31/12/2016. Se incluyeron pacientes internados y ambulatorios mayores de 18 años de edad. Se definió BEBH al aislamiento de EBHA, B, C, F, G, a partir de sangre. Los hemocultivos se realizaron por sistema de detección BACT/ALERT, con siembra en medio agar sangre de carnero y tipificación mediante aglutinación de partículas de látex. La sensibilidad se realizó mediante difusión con discos y la CIM mediante tira reactivas (E-test). Los datos obtenidos fueron analizados mediante Epi Info 7. Se consideró estadísticamente significativo p 2 α < 0.05.
Resultados: Durante el período mencionado, 3667 hemocultivos fueron positivos, 1.93 % de ellos fueron EBH. Se revisaron las historias clínicas de 50 pacientes que cumplían criterios de inclusión, la media de edad 76 años (41-93) y la mediana de 79. Sexo feminino 68 %. El 100 % de los casos ocurrieron en pacientes internados. Media de días de internación: 16.63. El 68 % presentó foco clínico: IPPB 15; Endocarditis 8; Meningitis 5; NAC 4; Absceso profundo, Artritis, Osteomielitis, Peritonitis 1. La bacteriemia sin foco se presentó en 16 casos, el 50 % por EBHB. Mortalidad: se observó en 44 % de los pacientes (22/50); el 31.8 % ocurrió dentro de las 72hs. En 87.5 % de los fallecidos se identificó EBH B y G. El 77.27 % (17/22) presentó comorbilidades: tabaquismo, insuficiencia renal, tumores sólidos, oncohematológicos e inmunosupresion arrojaron RR elevado en el análisis de mortalidad con p no significativa. Presentaron SSTE 40 % (20/50). El 75 % (15/20) de aquellos con SSTE fallecieron (p < 0.001). Serotipos: A 13 (26 %) B 16 (32 %); C 7 (14 %); F 1; G 10 (20 %) y no agrupados 3 (6 %). Flora polimicrobiana 5 (10 %). Todas las cepas fueron sensibles a penicilina. De las cepas testeadas a eritromicina y clindamicina solo 10/43 fueron resistentes a los mismos.Tratamiento antibiótico: El 81.63 % (40/49) recibieron betalactámicos, 12.29 %(6/49) biterapia con clindamicina (ninguno de ellos falleció).
Conclusión: Si bien las infecciones por EBH son prevalentes en la población adulta, las bacteriemias son infrecuentes. Sin embargo, su presentación impacta en la sobrevida de los pacientes que la padecen, a pesar de contar con buenas alternativas terapéuticas. Cabe mencionar, en nuestra serie, la presentación fue en pacientes mayores de 70 años y la mortalidad se asoció con grupos B y G.

PE199 TUBERCULOSIS MONORRESISTENTE A RIFAMPICINA: ASPECTOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

D Mijalovsky[1], JL García[1], SE Echazarreta[1], GM Bruni[2], MJ Matteo[3], C Latini[3], S Poggi[3]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Sala 16, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Laboratorio de Micobacterias "Dr. Abel Cetrángolo", Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La cepa de *Mycobacterium tuberculosis* monorresistente a rifampicina (TBC-RR) es la principal determinante del fallo terapéutico y predispone al desarrollo de cepas multirresistentes (TBC-MDR). La TBC-RR representa el 0 % al 1,3 % de los nuevos casos de tuberculosis (TBC) diagnosticados a nivel mundial. No hemos encontrado publicaciones realizadas en Argentina que describan la importancia clínica y epidemiológica de la TBC-RR.
Objetivo: Describir las características clínicas y epidemiológicas de la TBC-RR en pacientes diagnosticados en hospital de referencia.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron las historias clínicas de pacientes mayores de 18 años durante el período 2010-2015 con rescate de TBC-RR, sensible a estreptomicina, isoniacida, etambutol y pirazinamida. Se excluyeron pacientes con aislamiento previo de TBC-RR. Las variables cualitativas se expresan en porcentajes y proporciones. Las variables cuantitativas se expresan en media, mediana y rango. Las variables categóricas se calcularon mediante el test de chi cuadrado y el análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 23.
Resultados: De las 5311 muestras con cultivo positivo para *Mycobacterium tuberculosis* analizadas, se encontraron 41 pacientes con TBC-RR (0,77 %). El 67,4 % era de sexo masculino, con una media de 35 años (rango: 20-48 años). El 75.6 % eran pacientes coinfectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH+), con una mediana de CD4+ de 24,5 células/ml (rango: 0-130 células/ml). De estos, sólo el 16 % recibía tratamiento antirretroviral, ninguno con supresión virológica. La incidencia de TBC-RR en pacientes VIH+ fue del 3,15 % (31 de 982), mientras que en los VIH negativos (VIH-) fue del 0,23 % (10 de 4329) (p<0,001). En lo que respecta a los antecedentes epidemiológicos: 27 de los 41 pacientes (65,8 %) con TBC-RR habían presentado uno o más episodios de TBC sensible a las drogas testeadas y el 96,3 % abandonó el tratamiento. Sólo 4 pacientes referían contacto epidemiológico. De los 41 pacientes con TBC-RR, se obtuvieron 46 cultivos positivos; 39 provenientes de muestras pulmonares (84,7 %) y 7 de muestras extrapulmonares (15,3 %), siendo 4 muestras ganglionares, 2 LCR y una punción-aspiración de médula ósea. Todos los pacientes con rescate de muestras extrapulmonares eran VIH+, mientras que todos los pacientes VIH- presentaron únicamente rescate de muestras pulmonares. Trece pacientes con rescate de TBC-RR fallecieron, de los cuales 12 (92,3 %) habían abandonado el tratamiento. Todos los pacientes fallecidos presentaban serología positiva para VIH, representando una mortalidad del 41,3 % para esta población, 1 de ellos con TBC-MDR. Se obtuvieron datos del seguimiento al alta de 20 pacientes, de los cuales sólo 4 (20 %) completaron el tratamiento.
Conclusión: La incidencia global de TBC-RR fue similar a la descripta en la literatura. Los pacientes VIH+ presentaron una incidencia mayor (3,15 %) que aquellos con serología negativa (0,23 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Los altos índices de abandono del tratamiento antifímico y la elevada mortalidad en la población VIH+ muestran una realidad preocupante.

PE200 TÉTANOS GENERALIZADO. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, M Jacobo, E Kidd, L Cabaleiro, F Sola, D Sousa
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas, Argentina.

Introducción: El tétanos es una enfermedad infecciosa, producida por la toxina del agente infeccioso *Clostridium tetani*, bacilo grampositivo, anaerobio estricto, esporulado que se distribuye en forma universal en todos los suelos; sus esporas son altamente resistentes a agentes externos.
Caso: Paciente de 66 años, proveniente de la localidad de Caseros, criador de aves de corral con antecedente de herida traumática en palma de mano derecha de 15 días de evolución. Ingresa por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por contractura muscular con trismus y rigidez generalizada descendente agregando en las últimas horas disfagia, espasmos musculares generalizados y dificultad a la marcha. Al interrogatorio dirigido niega vacunación. Tomografía y resonancia de cerebro sin particularidades. Es ingresado a terapia intensiva con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica y posterior traqueotomía, Se administra Gamma globulina antitetánica, toxoide antitetánico, metronidazol y sulfato de magnesio. Se realiza debridación de herida palmar con extracción de cuerpo extraño (astilla de madera). Evoluciona con crisis tetánicas, episodios de disautonomía, rabdomiolisis sin falla renal. A los 30 días pasa a sala general con rehabilitación por fisiatría y fonoaudiología.
Discusion: El tétanos es una enfermedad aguda causada por una toxina producida por *Clostridium tetani*. En condiciones anaeróbicas favorables, como las heridas sucias con necrosis, este bacilo ubicuo puede producir una neurotoxina extremadamente potente, denominada tetanospasmina o toxina tetánica, que bloquea los neurotransmisores inhibitorios del sistema nervioso central, produciendo la rigidez y los espasmos musculares típicos del tétanos. La mayoría de los pacientes afectados no reciben la inmunización completa o una adecuada profilaxis ante heridas de riesgo. El 75 % de los pacientes con tétanos presentan antecedente de una herida previo al inicio de sus síntomas.

Conclusión: Se presenta un paciente quien había consultado previamente por una herida sucia en mano a un centro de salud, no constatándose la vacunación y no realizando la profilaxis adecuada. Siendo esto un dato alarmante, que refleja la falta de adecuada vacunación en la población adulta y la alerta en el personal de salud.

PE201 ESPONDILODISCITIS AGUDA ¿ES UNA PATOLOGÍA POCO FRECUENTE?

S Arriola, W Cox, S Andino, M de Souza, J Rébora, N Zugasti, L Cusmano, J Farina, A Terusi, A Viteri, MC Ezcurra
UA Dr. Cesar Milstein, Argentina.

Introducción: la espondilodiscitis (ED) representa un desafío diagnóstico, ya que el dolor lumbar, su principal manifestación clínica, es un motivo de consulta frecuente en adultos mayores. Se cuenta con pocos datos de incidencia nacional. Debido a un aumento del número de casos esperados en la Institución durante el año 2016 se analizó el perfil de la población.
Objetivos: analizar el perfil clínico epidemiológico de pacientes con diagnóstico de ED aguda.
Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de serie de casos. Se recolectaron los datos de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ED durante el año 2016. Se tabularon variables demográficas, comorbilidades, síntomas más frecuentes, recuento leucocitario y eritrosedimentación (ERS), aislamiento microbiológico y complicaciones.
Resultados: de los 7 pacientes incluidos con diagnóstico de ED, 5 fueron hombres y 2 mujeres con una media de edad de 69.85 años (rango 59-85 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes, obesidad y hemodiálisis. En dos pacientes fue complicación post quirúrgica de colposacropexia. Al ingreso, todos los pacientes presentaron dolor persistente y fiebre. La mediana desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue 90 días. El sitio de afectación más frecuente fue: lumbar (n = 3), dorsal (n = 2) y lumbosacra (n = 2). En el laboratorio, todos presentaron ERS elevada mayor a 60 mm/h; sólo 42.85 % presentaron leucocitosis. La TC y/o RM fueron compatibles con signos de ED en los 7 pacientes. En muestras óseas se aisló 2 casos con *E. coli,* 1 *E. cloacae* y *S. aureus* meticilino resistente, 1 *S. epidermidis* meticilino resistente, 1 *E. faecalis* sensible a ampicilina y dos pacientes con cultivo negativo. Hubo hemocultivos positivos en 5 pacientes; se descartó endocarditis infecciosa. La complicación más frecuente fueron colecciones que requirieron intervención quirúrgica. El tratamiento fue médico quirúrgico en 4/7 casos. Sólo uno falleció como consecuencia de su patología renal crónica.
Conclusión: se observó un diagnóstico tardío de espondilodiscitis, con los consecuentes gastos en salud pública que ello ocasiona. Consideramos que la sospecha clínica debe ser elevada en pacientes con dolor dorsolumbar insidioso y comorbilidades asociadas para realizar un diagnóstico temprano y eficiente de esta patología.

PE202 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON BACTERIEMIAS POR *Stafilococcus aureus* EN UN HOSPITAL GENERAL

M Bravo, S Altamirano, S Alvarez, J Maresca, M Adra, N Carrion, R Soloaga, A Margari
Hospital Naval Dr Pedro Mallo, Argentina.

Introducción: La bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, es una patología frecuente, con elevada morbimortalidad, aùn con los avances diagnòsticos y terapèuticos actuales.
Objetivo: Describir las características clínicas y hallazgos microbiológicos de pacientes internados con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* en un hospital general
Material y metodos: Estudio prospectivo descriptivo en el cual se incluyeron todos los pacientes adultos internados con bacteriemia por *Staphylococcus aureus* desde enero 2016 a marzo2017 Se diseñó una ficha para recolección de datos que se obtuvieron mediante revisión de historias clínicas y base de datos de bacteriología.
Resultados: e evaluaron 71 pacientes: 43 (60 %) varones. Mediana de edad:76 años. El 69 % (49) tuvieron bacteriemia por *Stafilococcus aureus* Meticilino Sensible. (SAMS) 19 infecciones provenian de la comunidad (ICOM) y 49 fueron asociadas al cuidado de la salud, (IACS) ambas con predominio de SAMS. 14 /19 y 35/49 respectivamente. En las ICOM las presentaciones mas frecuentes fueron: bacteriemia primaria (7/19), infección de piel y partes blandas (4/19) e infecciones osteoarticulares (3/19). Las IACS se presentaron como: infección asociada a catéter (17/49) y en 14/17 aislamiento de SAMS, bacteriemia primaria (7/49), con 6/7 SAMS, infección de piel y partes blandas (5/49) con 3/5 SAMS, infección de sitio quirúrgico (5/49) y 3/5 SAMS, endocarditis (3/49) y 1/3 SAMS y tromboflebitis supurada (3/49) todos SAMS. El 86 % de los pacientes tuvieron tratamiento antibiótico inicial adecuado. Se documento bacteriemia persistente a las 72 horas de tratamiento antibiótico adecuado en12 pacientes. Todos los pacientes con bacteriemia persistente tuvieron como diagnòstico de origen de la bacteriemia foco endovascular. Dentro del primer mes de internacion fallecieron el 55 % de los pacientes (39/71). En el 65 % (25/39) se documentó SAMS. Evolucionaron al óbito el 37 % (7/19), con ICOM y el 60 % (30/49) con IACS. Fallecieron en igual proporción aquellos con bacteriemia por *Stafilococcus aureus* Meticilino Resistente (SAMR 11/21) así como aquellos con SAMS (25/49). De aquellos pacientes con bacteriemia persistente, fallecieron el 58 % (7/12).
Conclusión: El análisis de los pacientes internados en nuestro hospital con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*, mostró una elevada mortalidad al mes, todavía mas marcada en los pacientes con infecciones asociadas al cuidado de la salud y en los que presentaron en su evolución bacteriemia persistente con tratamiento antibiótico adecuado. Existió una prevalencia clara en nuestro centro de eventos por SAMS, incluso con un notorio predominio en las infecciones asociadas a catéter en los pacientes con infecciones asociadas al cuidado de la salud; sin embargo la mortalidad fue similar y elevada tanto en los pacientes con bacteriemia por SAMS, como por SAMR.

PE203 NEUMONÍA POR *Neisseria meningitidis*: A PROPÓSITO DE UN CASO

N Costanzo, M Terzano, C Peloc, S Corbella, A Aguilera, M Schijman
Hospital General de Agudos Teodoro Alvarez, Argentina.

Introducción: La infección por *Neisseria meningitidis* (Nm) se manifiesta principalmente como meningitis y septicemia. Las neumonías producidas por Nm son muy poco frecuentes y son escasos los reportes en la literatura. Reportamos un caso de un paciente inmunocompetente con evolución favorable.
Resumen clínico: Paciente masculino de 56 años, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, tabaquista, adicto a drogas ilícitas, portador de miocardiopatía dilatada de etiología tóxica (cocaínica), fibrilación auricular crónica paroxística, historia de internación en 2014 por trombosis de vena yugular y subclavia y derrame pleural de etiología no neoplásica. En tratamiento con anticoagulantes orales, furosemida y bisopropol. Ingresa el 4/5/16 al Htal. Alvarez con dolor precordial y disnea CFIII, interpretándose como angina inestable. Evoluciona con deterioro severo hemodinámico y respiratorio requiriendo ARM y soporte con drogas inotrópicas y vasoactivas. Ingresa a Unidad Coronaria el 5/5/16. El control evolutivo de enzimas cardíacas fue negativo y en el ecocardiograma se evidenció dilatación ventricular izquierda con deterioro severo de la función, hipertensión pulmonar leve sin alteraciones pericárdicas. Se reinterpreta el diagnóstico como insuficiencia cardiaca crónica reagudizada secundaria a sepsis severa sin foco, con fallo multiorgánico. Se realizan urocultivo, hemocultivo y BAL y se inicia tratamiento antibiótico empírico con vancomicina e imipenem. El 7/5/16 se rescata del BAL con recuento mayor de 105 UFC/ml: Neisseria meningitidis serogrupo B confirmada por pruebas bioquímicas , sistema automatizado y aglutinación por latex. Se tomaron medidas de control y profilaxis para contactos cercanos. En la interconsulta con infectología el 9/5/16 se rota el esquema a cefotaxima 2gr/día por 14 días. El paciente evoluciona favorablemente lográndose su extubación el 14/05/16, pasando a clínica médica el 27/05/16. Exámenes complementarios: Laboratorio de ingreso:EAB: pH: 7.29 Hto 46 % GB: 11.600/mm3 Urea: 91mg/dl Creatinina: 2.32 mg/dl proBNP: 5700pg/ml CK:40U/l CK-mb:11 U/l Troponinal <0.01ug/l. Rx de tórax: Indice cardiorespiratorio aumentado, infiltrado instersticio-alveolar difuso. Hipotensión venocapilar.
Discusión: Nm es un diplococo Gram negativo que puede ser colonizante de mucosas nasofaríngeas. Produce habitualmente meningitis y sepsis. En el caso descripto, se presentó como rescate de enfermedad no invasiva que evolucionó favorablemente con el tratamiento adecuado. La presencia de Nm en infecciones del tracto respiratorio podría estar siendo subestimada, debido a las dificultades que supone el aislamiento de este microorganismo y la baja frecuencia como agente causal de neumonía. No hay reportes de prevalencia de neumonía por Nm en adictos a cocaína, sin embargo el daño alveolar es una manifestación común de lesión pulmonar inducida por esta droga, que sumado a la enfermedad de base de nuestro paciente y la probable colonización podrían haber favorecido la infección.
Conclusión: Destacamos este caso por la baja frecuencia de presentación sobre todo en pacientes inmunocompetentes.

PE204 BACTERIEMIAS POR *Staphylococcus aureus* EN UN CENTRO DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES

A Rechimont[1], F del Rio[1], V Campana[1], S Colasanti[1], V Sequeira[1,2], S Melgin[1], M Gianello[1], F Ferrer[1]
[1] Servicio de Infectología del Policlinico Dr. Marcelino Freyre PAMI II ROSARIO, Argentina. [2] Servicio de Clínica Medica del Policlinico Dr. Marcelino Freyre PAMI II ROSARIO, Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (SAU) es uno de los principales microorganismos causantes de bacteriemia, tanto intrahospitalarias como adquiridas en la comunidad o asociadas a cuidados de la salud y a se asocia a mayor morbimortalidad independientemente de otras comorbilidades que se encuentran frecuentemente en la población de adultos mayores (definido por OMS como aquellas personas mayores de 65 años).
Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y microbiológicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de bacteriemia a SAU.
Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, observacional y descriptivo en pacientes internados en un efector de adultos mayores de la ciudad de Rosario, durante el periodo de 1 de diciembre de 2015 al 31 de marzo de 2017 con diagnóstico de bacteriemia a SAU definida como la presencia de 1 o más hemocultivos (HC) con aislamiento de dicho germen. Los datos se obtuvieron a través de las historias clínicas y del sistema informático del Servicio de Bacteriología de dicho efector. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y su asociación con mortalidad (P significativa < a 0,05).
Resultados: Se estudiaron 24 pacientes. Género: femenino 66,7 % (16), masculino 33,3 % (8). Media para la edad: 77 (+ 8) años. Comorbilidades: Diabetes: 45,8 % (11), insuficiencia renal crónica (IRC): 20,8 % (5), IRC en Hemodiálisis: 12,5 % (3), internación en Unidad Crítica por más de 48hs: 16,7 % (4), cirugía en los últimos 3 meses: 20,8 % (5), institucionalizados: 12,5 % (3), internación previa: 20,8 % (5). Sensibilidad: 75 % (18) SAU meticilino sensible (SAMS) y 25 % (6) SAU meticilino resistente (SAMR). CIM a Vancomicina (Etest): 78 % (14/18) < a 1,5mcg/ml; 22 % (4/18) > a 1,5 mcg/ml. Vancocinemia en pacientes con SAMR (5/6) con niveles 15-20 mgr/ml: 60 % (3/5). Origen: primarias 33,3 % (8/24), secundarias 66,7 % (16/24). Lugar de adquisición: comunidad 20,8 % (5/24), intrahospitalaria 62,5 % (15/24), asociada a cuidados de la salud 16,7 % (4/24). Focos secundarios: Infección asociada a catéter (IAC): 29,2 % (7/24), IAC diálisis: 12,5 % (3/24), infección asociada a material de osteosíntesis: 4,2 % (1/24), infección de piel y partes blandas: 16,7 % (4/24), infección de sitio quirúrgico: 4,2 % (1/24). HC de control (21/24): 19 % (4/21) fueron positivos. Ecocardiograma transtorácico: 79,2 % (19/24) todos sin vegetaciones. Ecocardiograma transesofágico: 42 % (10/24), con vegetaciones: 20 % (3/10). Tratamiento empírico adecuado (TEA): 66,7 % (16/24). Complicaciones: endocarditis 8,3 % (2/24), endocarditis y abscesos: 4,1 % (1/24). Mortalidad global a los 90 días: 41,7 % (10/24). No se observó asociación significativa entre mortalidad y las variables estudiadas.
Conclusión: Las bacteriemias a SAU se presentaron con mayor frecuencia en mujeres y diabéticos. El 75 % correspondió a SAMS. Las infecciones adquiridas en el hospital prevalecieron sobre las adquiridas en la comunidad. El foco secundario predominante fue la IAC. Cerca de la mitad de los pacientes fallecieron, sin embargo no se observo asociación estadísticamente significativa con otras variables.

PE205 INFECCIONES POR *Aeromonas* spp. EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

M Alonso Serena, A Franchi, K Asef, A Kunst, L De Aguilar, M Almuzara
HIGA Eva Peron, Argentina.

Introducción: *Aeromonas* spp. son bacilos gramnegativos, anaerobios facultativos y no forman esporas. Son habitantes ubicuos en aguas dulces e incluso en aguas potabilizadas, que pueden producir infecciones de partes blandas y sepsis en pacientes inmunocomprometidos, pero tambien síndromes diarreicos y otras infecciones en huéspedes inmunocompetentes. Su potencial patógeno se asocia a la producción de enterotoxinas y proteasas, así como a estructuras de la superficie como las fimbrias, la capa S y los flagelos laterales y polares que le permiten la penetración a llos tejidos y la unión con las células. En la mayoría de las infecciones de partes blandas puede identificarse una lesión que actúa como puerta de entrada y el posterior contacto con agua dulce y/o potable. Estas infecciones pueden variar en su extensión y gravedad, desde celulitis rápidamente progresivas a mionecrosis y fascitis.
Objetivos: Describir las características de la población con infecciones por *Aeromonas* spp. Realizar un relevamiento microbiológico y describir los patrones de resistencia hallados.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal. Población: pacientes en seguimiento por el área de infectología de un hospital general de agudos.
Desarrollo: Se incluyeron 6 pacientes, todos de sexo masculino. Se halló como comorbilidad en un caso a la enfermedad renal crónica Todos los casos fueron infecciones intrahospitalarias. Los sitios de infección fueron: 3 infecciones de sitio quirúrgico (2 colecciones en partes blandas, 1 colección subgaleal), 1 infección primaria de piel y partes blandas (IPPB), y 1 apendicitis (aislamiento en líquido abdominal). Se aislaron: 3 *Aeromonas hydrophila* (1 junto con *S. aureus* en la IPPB), 2 *A. dhakensis* y 1 *A. veronii* (asociada a *E. coli* en el líquido abdominal)
Conclusión: Es fundamental conocer la presencia de *Aeromonas spp.* en el contexto de infecciones intrahospitalarias, a modo de llevar a cabo un control de infecciones y un saneamiento extenso del suministro de agua potable. Los gérmenes hallados muestran resistencia a carbapenem lo que sugiere la presencia de metaloblactamasas. Los métodos automatizados y tradicionales no detectan la presencia de dicho gen, con lo cual no se recomienda el uso de carbapenemen a pesar de mostrar sensibilidad por estos métodos. Es clave, ademas, considerarlo como un patógeno probable de infecciones intrahospitalarias, para poder así tener un manejo rápido y agresivo de la patología y sus complicaciones.

PE206 ENCEFALOPATÍA ESPONGIFORME (EE): ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB (ECJ). PRESENTACIÓN DE SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL GENERAL

MF Pellice Aguilera, M Chumbita, M Bellantig, M Amaya, R Contreras
Hospital Marcial Vicente Quiroga, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Creutzfedlt-Jacob (ECJ) es una encefalopatía espongiforme (EE), desorden neurológico raro, caracterizado por demencia rápidamente progresiva. En su patogenia intervendrían los priones, responsables de la destrucción del tejido neuronal.
Casos clínicos: 1: 73 años. Deterioro cognitivo progresivo de 4 meses, vigil, anártrico, mutismo aquinetico, paratonia generalizada, mioclonias, Babinsky. Punción lumbar (PL): LCR normal, cultivo negativo, Resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro: lesiones hiperintensas en corteza en difusión e hiperintensidad en ganglios basales en difusión y flair. EEG: trazado basal bioeléctrico anormal. Descargas periódicas generalizadas de intervalos cortos con atenuación de la actividad de fondo. LCR con proteína 14-3-3 positivo. 2: 51 años. Bradispsiquia, debilidad en miembros y afasia de comprensión de un mes de evolución. Al mes lenguaje alterado e inestabilidad postural. EEG: trazado bioeléctrico de complejos de punta onda lenta típicas generalizadas y atípicas. Evoluciona con alucinaciones visuales, incontinencia de esfínteres, disbasia, afasia, postración, rigidez de flexión, reflejos de succión y aprehensión. RMN cerebro: zonas hiperintensas en corteza, tálamo, y ganglios de la base. PL normal, LCR con proteína 14-3-3 positiva. 3: 51 años. Síndrome confusional de 1 mes de evolución, bradipsiquia, movimientos tónico-clónicos y espasticidad generalizada. Evoluciona con trastornos en la conducta, tendencia al sueño, espasticidad severa, hiperreflexia, tendencia a opistotonos. PL: normal con proteína 14-3-3 positiva, RMN: lesiones hiperintensas en corteza y ganglios de la base.
Discusión: Se distinguen la forma esporádica, hereditaria y adquirida. La forma esporádica es la forma más frecuente, suele aparecer entre los 50 y 75 años de edad, incidencia de1 caso por 1.000.000 de habitantes. Afecta por igual a ambos sexos. En la forma hereditaria hay antecedentes familiares y/o test + para mutación del cromosoma 20, con una supervivencia más prolongada. La forma adquirida puede adquirirse por diferentes vías: ingestión de producto animal infectado, exposición a tejido cerebral o LCR infectado. Ninguno de nuestros pacientes tenía antecedentes familiares. El diagnóstico (Dx) es clínico y electroencefalográfico, ya que por el riesgo de transmisión se ha abandonado el uso de la biopsia para el mismo. Existen pruebas que pueden ser de ayuda en el Dx, incluyendo la proteína 14-3-3 en LCR y RMN. El único test confirmatorio es la biopsia cerebral que muestra los cambios espongiformes en el tejido cerebral, pero puede tener falso (-), por lo cual no es de rutina. La enfermedad es siempre fatal, con una sobrevida de un año desde el Dx y no tiene tratamiento específico.
Conclusiones: Dada la baja prevalencia de la enfermedad y los pocos casos reportados en la literatura es importante la sospecha diagnóstica en pacientes con clínica y estudios por imágenes compatibles, descartando otras causas tratables de encefalopatía con el objetivo de determinar la incidencia y pronóstico de la EE. En nuestros pacientes se realizó diagnóstico de ECJ probable con el estudio de la proteína 14-3-3 en LCR.

PE207 TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

A Franchi, K Asef, M Alonso Serena, L De Aguilar, A Kunst, E Cohen
HIGA Eva Peron, Argentina.

Introducción: La tuberculosis extrapulmonar (TBEP) en pacientes inmunocompetentes representa un 10-25 % de los casos de tuberculosis a nivel mundial. Las localizaciones más frecuentes son a nivel pleural y ganglionar, pudiendo encontrarse en mayor o menor medida en casi todos los órganos. Las manifestaciones clínicas suelen ser oligosintomáticas hasta etapas tardías, constituyendo un desafío diagnóstico. Sumando la dificultad para obtener muestras representativas de los tejidos afectados , el que suela presentarse como una enfermedad paucibacilar, la falta de estandarización de métodos moleculares para el diagnóstico y la baja sospecha diagnóstica por el tipo de población en la que se presenta, la vuelven un verdadero desafío clínico.
Objetivos: Describir las características de la población con diagnóstico de TBEP en un hospital general de agudos del conurbano bonaerense, así como describir las características de la infección y la evolución de dicha patología.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el hospital entre el 1/1/2000 y el 31/12/2016.
Resultados: Se registraron un total de 39 pacientes, un 54 % de hombres. El promedio de edad fue de 38 años. Un 58 % requirió internación para realizar el diagnóstico, mientras que un 38 % se realizó en forma ambulatoria. Las localizaciones más frecuentes fueron Ganglionar y Osteoarticular, ambas en un 40 %. Otras localización frecuente fue meníngea con un 12 %. Otras localizaciones fueron genitourinaria, intraabdominal (intestinal y peritoneal), pleural, laríngea y cutánea. En un 51 % de los casos se aisló y se tipificó *M. tuberculosis*. El diagnóstico se realizó mediante observación en el directo de secreciones en un 32 %, biopsia de tejido en un 27 %, cultivo en un 19 % y PCR en un 11 %. El tratamiento más utilizado fue Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol, con excepción de un caso en el que utilizó Levofloxacina + Estreptomicina + Rifampicina + Pirazinamida por hipersensibilidad a las drogas de primera línea.
Conclusión: Los resultados evidencian una casuística acorde con la estadística mundial. La TBEP es una enfermedad de gran repercusión clínica, que con un tratamiento adecuado y temprano evoluciona favorablemente sin secuelas. Se destaca el rol fundamental de la sospecha diagnóstica temprana y de la búsqueda exhaustiva a través de diversos métodos diagnósticos, incluyendo los métodos de biología molecular, aún teniendo en cuenta la baja sensibilidad de los mismos para evitar retardo en el inicio del tratamiento, asi como las posibles complicaciones de esta patología de alto impacto en la morbimortalidad en los países en vías de desarrollo.

PE208 AISLAMIENTO DE *Comamonas kerstersii* EN INFECCIÓN INTRA-ABDOMINAL

M Tristán[1], G Camusso[2], M Garcia[1], L Bautista[1]
[1] Hospital Francisco J. Muñiz, CABA., Argentina. [2] Laboratorio de Análisis Clínicos Camusso, Pehuajó. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El género *Comamonas* pertenece al grupo de bacilos gram negativos no fermentadores (BGNNF). *C. testosteroni*, *C. terrígena* y *C. kerstersii* son las especies aisladas en muestras clínicas, esta última asociada a infecciones abdominales. Se describe el caso de un paciente inmunocompetente con infección abdominal por *C. kerstersii*.
Resumen clínico: Paciente masculino de 25 años, inmunocompetente, ingresa a la guardia por dolor abdominal, fiebre, diarrea sin moco ni sangre y vómitos de 15 días de evolución. A la consulta presentó frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, TA 120/70, dolor abdominal generalizado a la palpación, RHA disminuidos, sin foco neurológico ni signos meníngeos. Se decide internación en terapia y se solicita estudios de laboratorio, radiografía de tórax y abdomen, TAC abdominal, hemocultivos, coprocultivo, toxina para *Clostridium difficile*(CD) y parasitológico. Se inicia tratamiento con ciprofloxacina (400mg IV c/12hs) y metronidazol (1g IV c/12hs). A las 24 horas del ingreso se realiza laparotomía exploradora demostrando peritonitis purulenta de 4 cuadrantes por perforación de íleon terminal, se envía muestra para cultivo bacteriológico, micobacterias y hongos de líquido abdominal, seguida de ileostomía más cecostomía, quedando el abdomen abierto y contenido con bolsa de Bogotá. Posteriormente se realizan lavados abdominales separados por un periodo de 48 horas. Examenes complementarios: Laboratorio 12300 leucocitos/µl, resto de los parámetros normales, test rápido de VIH no reactivo. La radiografía de tórax fue normal, TAC evidenció neumoperitoneo y líquido libre en cavidad abdominal. La serie de cultivos, parasitológico y toxina fueron negativos excepto el cultivo bacteriológico de líquido abdominal donde se aisló *Enterococcus faecalis* multisensible junto a un BGNNF identificado como *C. kerstersii* sensible a piperacilina-tazobactam, ceftazidima, cefepime, imipenem, meropenem, colistin, aminoglucósidos (AMG) y resistente sólo a ciprofloxacina. Se decide rotar el esquema a piperacilina-tazobactam (4,5g IV c/8hs) por 7 días con evolución favorable.
Discusion: La peritonitis secundaria (PS) se debe principalmente a la apendicitis aguda, colecistitis, úlcera gastroduodenal perforada, perforación colónica o de un divertículo, neoplasias abscedadas, estrangulación u obstrucción y compromiso vascular del intestino delgado. Los microorganismos aislados en las PS varían según el sitio de la contaminación dado por la perforación, debido que la flora difiere de un nivel a otro dentro del tracto digestivo. El aislamiento de *C. kerstersii* en muestras intra-abdominales suele sugerir, en la mayoría de los casos, apendicitis o perforación de divertículos. Este género presenta sensibilidad a múltiples clases de antibióticos, entre ellos AMG, cefalosporinas, colistin.
Conclusiones: *C. kerstersii* es un germen poco frecuente, su presencia debe sospecharse cada vez que se identifiquen BGNNF en muestras de líquido abdominal. Dado su resistencia a fluoroquinolonas, esquema utilizado con mayor frecuencia en infecciones de foco abdominal, se sugiere descartar o confirmar su presencia para la realización de un esquema antimicrobiano efectivo.

PE209 ESTREPTOCOCCO B-HEMOLÍTICO EN INFECCIONES OSTEOARTICULARES ASOCIADAS A IMPLANTES

M Gordóvil, MS Martinez, MA Salmeron, LM de Wouters, M Vallejos
Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Argentina.

Introducción: Los Estreptococcos son responsables del 9-20 % de las infecciones protésicas, según distintas series, siendo la segunda causa de infecciones por cocos G+, pero estarían asociados a mayores tasas de remisión que las infecciones estafilococcicas. Trabajos actuales recomiendan el abordaje conservador, con desbridamiento y retención de implante asociado a tratamiento prolongado con ATB B-lactamicos. Las infecciones por Estreptococcos B Hemolíticos(EBH) se asocian a factores de riesgo como edad avanzada y enfermedades crónicas. El EBH grupo B generaría cuadros de evolución mas tórpida.
Objetivos: Describir la epidemiología, características clínicas y factores de riesgo de las infecciones osteoarticulares asociadas a prótesis y osteosíntesis(OS) causadas por EBH en nuestro medio. Evaluar la respuesta al tratamiento médico-quirurgico en términos de remisión, recaída y perdida de implante.
Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de episodiós de infeccion osteoarticular asociada a prótesis y OS por EBH en población adulta en internación, durante el período 01/2012-12/2016. Los datos se obtuvieron por revisión de Historias Clínicas y base Microbiológica. Los cultivos se obtuvieron de muestras quirúrgicas. Se realizo tipificación por Aglutinacion en latex para EBH grupo A, B, C, G y F. Sensibilidad por Difusión en Disco y CIM por Etest. Se evaluaron características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, tratamiento antibiótico y quirúrgico y su respuesta. Los datos se evaluaron en base Epi Info7. Se considero $p<0.05$ estadisticamente significativa.
Resultados: Se estudiaron 14 pacientes. Mediana Edad 61 años. Mujeres 57.14 %. Infecciones Protesicas 7ptes(5 RTC/2 RTR) y OS 7 ptes. Las comorbilidades mas frecuentes fueron DBT, HTA e inmunocomprometidos. El 85.7 % de los pacientes presento sintomas locales de Inicio Agudo, con coleccion/inflamacion moerada-severa el 78 %. El EBH grupo B fue predominante(10ptes)71.4 %. El 100 % de las cepas fueron Sensibles a Penicilina y el 71.4 % resistentes a Clindamicina y Eritromicina. Se obtuvo cultivo polimicrobiano en 8 episodios, siendo Estafilococo Aureus el hallazgo mas frecuente. Tratamiento y Respuesta: el 100 % recibió tratamieno quirurgico. Se realizo desbridamiento y retención de implante con tratamiento ATB en 10 pacientes, presentando en seguimiento Perdida de Implante un paciente. Se obtuvo remisión post tratmiento en 100 % de este grupo. Recibieron ATB EV 92.8 % con tiempo medio de tratamiento 3 semanas. Ceftriaxona, cefazolina y vancomicina fueron los ATB mas utilizados. En ATB VO amox-Clavulanico y amoxicilina. Media tratamiento total 13 sem. Mediana de seguimiento 436 días. Analisis bivariado: Riesgo Relativo aumentado para perdida de implante en infeccion polimicrobiana, por EBHGB e inmunocoprometidos. Sin p significativa.
Conclusiones: Se observa predominio de infecciones por EBHGB en nuestra serie, que podría estar asociado a una menor respuesta al tratamiento, segun la literatura. El abordaje quirúrgico conservador con ATB Blactamico prolongado mostro un resultado favorable. Se necesitan estudios prospectivos,con seguimiento prolongado que determinen el tratamiento adecuado en este escenario.

PE210 PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN UNA INSTITUCIÓN DE 3ER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO.

J Maurino, B Levy, C Beltramo, MJ Aleman Urquiza, D Gill, G Tamagno, O Teglia
INSSJP Policlínico PAMI I, Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa es una patología 4,6 veces más frecuente en adultos mayores que en la población general. En este grupo etario muchas veces se presenta como infección asociada los cuidados de salud, y presenta dificultades diagnósticas adicionales debido a la variedad de presentaciones clínicas, desde fiebre sin foco hasta sepsis severa.
Objetivo: Describir características clínicas y epidemiológicas en una muestra de pacientes adultos mayores con endocarditis infecciosa (EI) en una Institución de tercer nivel.
Materiales y Métodos: Estudio observacional y prospectivo. Se incluyeron 50 pacientes asistidos durante el periodo 2009-2016 con diagnóstico de endocarditis infecciosa (según Criterios de Duke modificados) en una Institución de tercer nivel, mediante fichas prediseñadas de diagnóstico y evolución clínica.
Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, 58 % femeninos y 42 % masculinos, con una edad media de 73 años. Un 86 % de las EI presentaron un evento predisponente. El 98 % de los pacientes presentaron fiebre como parte del cuadro clínico. El tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnostico fue menor a 7 días en un 54 % de los casos. En un 24 % de los casos no se pudo identificar agente etiológico. El 76 % de los casos presentó hemocultivos positivos, de los cuales un 82 % correspondieron a cocos gram positivos, cultivándose *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en un 32,2 %, *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina en 22,5 %, *Streptococcus spp.* en 19,3 %, *Staphylococcus coagulasa* negativo en 12,9 % y *Enterococcus* en 12,9 % . En un 13 % se obtuvieron bacilos gram negativos, en su mayoría Escherichia coli, y en 5 % Cándida spp. El 90 % de los casos la infección asentó sobre válvulas nativas, siendo la válvula aórtica la más frecuentemente afectada en un 60 %. El 50 % de los casos de EI fueron asociadas a cuidados de la salud. El 42 % de los pacientes presentaron complicaciones. La mortalidad fue del 26 %.
Conclusiones: A pesar de las mejoras en métodos diagnósticos, manejo clínico y opciones terapéuticas, la endocarditis continúa presentando una alta mortalidad y sigue asociándose a complicaciones graves. La mitad de los casos analizados en esta serie cumplía criterios de infección asociada a los cuidados de la salud. Los agentes etiológicos predominantes fueron cocos gram positivos, particularmente *Staphylococcus*, aunque se destaca que el 13 % de los casos se debieron a bacilos gram negativos principalmente *E. coli*, siendo este resultado diferente a lo reportado en la literatura internacional. La posibilidad de contar con datos de epidemiología local nos permite plantear un esquema terapéutico antibiótico empírico ajustado a los rescates microbiológicos. La presente comunicación permite sugerir considerar el diagnóstico de EI en pacientes con fiebre sin foco y contacto con el sistema de salud.

PE211 ASPERGILOSIS INVASORA SINO-ORBITARIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

M Silva, L Mora, L Chevel, A Otero
CLINICA ITEBA, Argentina.

Introducción: Aspergilosis abarca las enfermedades causadas por las casi 35 especies patógenas de Aspergillus. A. fumigatus causa la mayoría de las formas invasoras, A. flavus es más común en ámbitos hospitalarios. Los factores de riesgo primarios para aspergilosis invasora son neutropenia grave, uso prolongado de corticoides, VIH, leucemia, receptores de transplantes, TBC. Es rara en pacientes inmunocompetentes.
Caso clínico: Masculino 58 años. Antecedentes: DM II (metformina), HTA (enalapril). Polipectomía nasal hace 7 años. Última internación desde 26/03/16 hasta 09/05/16 por extracción endoscópica de lesión polipoidea en seno maxilar izquierdo y región etmoidal. Disección de carótida interna derecha a nivel postbulbar durante procedimiento. ACV isquémico parietotemporal derecho secundario. Paresia BC izquierda que mejora con rehabilitación. Anatomía patológica y cultivo de lesión: aspergilosis nasal por A. flavus. Cumple tratamiento con votriconazol ev por 21 días. Dado de alta por evolución favorable. Internado por pérdida progresiva de agudeza visual derecha de 3 meses con dolor retroocular, cefalea hemicraneana derecha y deterioro del sensorio de 3 días de evolución. Al ef somnoliento, amaurosis derecha con parálisis del III par. Estudios al ingreso: Leuc 11.100, glu 105, hto 38, plaq 307000, urea 33, creatinina 0,7. Ionograma: 132/4.3/94. PL: lcr normal. Cultivo lcr negativo. Galactomananos negativo. Tac de tórax y ETE sin lesiones. VIH negativo. HMC x2 negativo. TAC cerebral con lesión hipointensa corticosubcortical parietooccipital derecha. IRM con extensa lesión expansiva que involucra órbita derecha, agujero óptico, músculos oculares extrínsecos y estructuras vasculares. Compromiso meníngeo. Extensión hasta celdas etmoidales y región celar bilateral. Múltiples lesiones isquémicas en territorio de ACP derecha con compromiso de región occipital, tálamo derecho y corticosubcorticales parietooccipitales derechas. Compromiso de silla turca y nervio óptico derecho. Se interpreta como aspergilosis invasora sino-orbitaria con extensión a estructuras vasculares y cerebrales. Inicia tratamiento con anfotericin B a 3mg/kg/día. Evoluciona con alteraciones en deglución, mayor deterioro del sensorio, diabetes insípida, inestabilidad hemodinámica que imposibilita la realización de manejo quirúrgico. Paciente muere a los 18 días de tratamiento.
Conclusión: Actualmente existen múltiples esquemas de tratamiento, ninguno con efectividad demostrada. Combinaciones de fármacos han sido estudiados en ensayos clínicos con resultados diversos. La mortalidad en pacientes con formas invasoras es mayor al 50 % aún con diagnóstico y tratamiento adecuados, y del 100 % sin él. El pronóstico sigue siendo sombrío. Bibliografía: Carlos Lumbreras: Aspergilosis invasora: diagnóstico y tratamiento, Rev Iberoam Micol 2003; 20: 79-89. / Longo et al, Harrison principios de medicina interna, 18 edición, vol1, cap 205, pag 1655-1660. Patterson *et al*: clinical practice guidelines of the infectious Diseases Society of America (IDSA). http://cid.oxfordjournals.org/ July 1, 2016.

PE212 INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN UNA POBLACIÓN INMUNOCOMPETENTE, EN UN HOSPITAL DE CÓRDOBA, ARGENTINA.

G Giordano, F Lipari, A Zárate, J Caeiro
Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

Introducción: La infección por Citomegalovirus (CMV) es muy frecuente, pudiendo afectar del 45 % al 100 % de la población mundial. Más usual en la niñez, pero hasta el 50 % de los adultos en los países desarrollados pueden presentar serología negativa. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres. En la mayoría de las personas inmunocompetentes la infección es asintomática, pero algunos casos pueden presentarse como síndrome mononucleosiforme. Incluye fiebre, astenia, mialgias, artralgias, tos, odinofagia, hepatoesplenomegalia y linfadenopatías. Las manifestaciones severas en pacientes inmunocompetentes son raras, incluyen en orden de frecuencia hepatitis, encefalitis, retinitis, pericarditis, anemia hemolítica.
Objetivo: Describir las características de la infección por CMV en una población sana, sin ningún tipo de enfermedad o condición médica que predisponga para adquirir algún tipo de infección.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, analítico, retrospectivo donde se evaluaron los pacientes atendidos en un hospital de alta complejidad, mediante el uso de historias clínicas electrónicas, desde el 1 de enero del año 2011 al 31 de diciembre del 2016 con serología IgM reactiva para CMV. Se eliminaron aquellos pacientes que tenían algún tipo de enfermedad o inmunosupresión (HIV, tumor de órgano sólido, enfermedad hematológica, enfermedad reumatológica, trasplante de órganos u otro tipo de inmunosupresión). Se evaluó el sexo, edad, características clínicas de presentación, las alteraciones en el laboratorio, el número de consultas, la necesidad de internación y tipo de tratamiento instaurado.
Resultados: En total se obtuvieron 472 pacientes con serologías Ig M reactiva para CMV, quedando solo 264 pacientes considerados sanos. Fueron hombres 205 pacientes (78 %), el promedio de edad fue de 29 años, el 74 % fueron mayores de 18 años al momento del diagnóstico. Al momento de la consulta 77 % de los pacientes tenían fiebre, 56 % astenia, 28 % odinofagia, 11 % esplenomegalia y 11 % rash cutáneo. En el laboratorio 68 % tenía linfocitos atípicos, 58 % alteración en transaminasas, 14 % trombocitopenia y 8 % leucopenia. Requirieron internación 10 % de los pacientes (27 casos), 36 % de los pacientes recibieron antibióticos en algún momento y 8 % recibieron esteroides. Ninguno falleció como consecuencia de la infección. El promedio de consultas fue de 3.9 (entre 1 y 18). Se solicitaron 8 carga virales, siendo 4 positivas.
Conclusiones: Se observó, al contrario que en otras series similares un predominio del sexo masculino, en general adultos jóvenes. El curso es benigno, pero con un porcentaje relevante de internaciones en pacientes considerados sanos. Es usual que el paciente realice varias consultas por esta infección. Además se observó un alto uso innecesario de antibióticos para una enfermedad viral autolimitada.

PE213 INFECCIONES GRAVES DE LA COMUNIDAD POR *Staphylococcus aureus* EN TERAPIA INTENSIVA: EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

L de Vedia, N Lista, E Di Virgilio, A Rodriguez, G Piovano, JC Cisneros, R Prieto
Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: En los últimos años se ha incrementado la incidencia de infecciones invasivas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) adquirido en la comunidad . Si bien no hay unanimidad, pareciera que la adquisición de nuevos factores de virulencia determinó que estas infecciones sean más graves en comparación con los cuadros de origen comunitario causados por *S. aureus* meticilino sensible (SAMS).
Objetivos: Describir y analizar diferencias en cuanto a factores predisponentes, presentación clínica y evolución entre las infecciones estafilocóccicas graves adquiridas en la comunidad causadas por SAMR y SAMS.
Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con infecciones por *Staphylococcus aureus* adquiridas en la comunidad e ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UTI) de adultos entre los años 2002 y 2017. Se compararon las características demográficas, epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los casos producidos por SAMR y SAMS, y se estableció la significancia estadíst ica de las diferencias entre ambas. Se utilizó estadística descriptiva, y las diferencias fueron sometidas al test de Fischer o t-test, según correspondiera, para valorar la significancia estadística.
Resultados: Se incluyeron 79 pacientes, 50 con infecciones por SAMR y 29 con SAMS. En el primer período predominaron las infecciones por SAMS (2002-2005, 10 casos, todos SAMS), en el segundo las frecuencias fueron similares (2006-2009, 14 casos, 50 % SAMS y 50 % SAMR), pero en el tercer y cuarto período se registró un franco predominio de SAMR (2010-2013, 29 casos con 79,3 % SAMR, y 2014-2017, 26 casos, 76,9 % SAMR). Si bien no se observaron diferencias en cuanto a características demográficas y antecedentes epidemiológicos, los pacientes con infecciones invasivas por SAMR tuvieron mayor frecuencia de foco primario cutáneo (62 % vs 20,7 %, p<0.01), foco pulmonar secundario (94 % vs 51,7 %, p<0.01), y mayor tasa de mortalidad (38 % vs 6,7 %, p<0.01).
Conclusión: Las infecciones invasivas por SAMR adquirido en la comunidad ingresadas en UTI comenzaron a presentarse a partir de 2006, y constituye actualmente más del 75 % de los casos. Tuvieron mayor proporción de foco primario cutáneo y foco secundario pulmonar en comparación con aquellas ocasionadas por SAMS y se asociaron significativamente con mayor mortalidad.

PE214 SHOCK TÓXICO ESTREPTOCÓCICO: SERIE DE CASOS

CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, C Paiva, M Ledesma, C Bergallo, F Riera.
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: El síndrome de Shock Tóxico Estreptococcico (STE) se define como una infección por estreptococos asociada a shock e insuficiencia orgánica. Es una entidad clínica con mortalidad alta (20-60 %). El 50 % de los pacientes tiene bacteriemia por *S. pyogenes*, y el 60 % padece fascitis necrotizante. Los pacientes suelen ser niños o adultos sanos. Las infecciones primarias de la piel y tejidos blandos son las más comunes. Los factores de riesgo incluyen traumatismos, ciruguas e infecciones virales (como varicela). El cuadro clínico se caracteriza por una aparición abrupta, con fiebre elevada, hipotensión, una eritrodermia macular difusa y compromiso al menos de otros 2 sistemas de órganos. El STE causa distress respiratorio, coagulopatías y daño hepático. La alteración de la función renal es frecuente. El síndrome puede progresar dentro de las 48 horas hasta la muerte.
Resumen clínico: A continuación, se exponen 3 casos de STE. PACIENTE A: Mujer de 39 años, sin antecedentes, ingresa por guardia y pasa a Unidad de Cuidados Intensivos debido a lesión en Muslo izquierdo, con signos de necrosis, hipotensión, e insuficiencia respiratoria. Evoluciona con distress respiratorio e insuficiencia renal aguda. Shock refractario a vasopresores. Presenta hemocultivos y cultivo de flictena de piel con desarrollo de Estreptococo pyogenes. Fallece a las 48hs, sin posibilidad de realizar apertura quirúrgica por su inestabilidad. PACIENTE B: Varón de 59 años, hipertenso, con lesión ampollar y violácea en planta de pie derechoy en MMSS, con fiebre alta e Insuficiencia renal aguda. Pasa a Unidad de cuidados críticos. Se realiza tratamiento quirúrgico. Aislamiento de Estreptococo Pyogenes en Hemocultivos y material quirúrgico Evoluciona con Shock y distress respiratorio. Buena evolución. Paciente C: Niña de 9 años que cursando cuadro de varicela-zoster presenta celulitis en región inguinal izquierda, con fiebre y dolor. Se procede a la apertura quirúrgica precoz con franca mejoría de su cuadro clínico y analítico posterior a la intervención. Aislamiento de Estreptococo Pyogenes en material quirúrgico. Buena evolución clínica.

Duración internación	2 Días	34 Días	12 Días
Aislamiento Bacteriologico	*S pyogenes* Hemocultivos Liquido de punción	*S pyogenes* Hemocultivos Material quirurgico	*S pyogenes* Material quirurgico
Proteina c reactiva	28.1	35.13	12.14
Leucocitos	2690 (N:92 %)	30600 (N96 %)	17300 (N76 %)
Fallo renal	Si	Si	Si
Asistencia respiratoria	Si	Si	No
Vasopresores	Si	Si	No
Coagulopatia	Si	Si	Si
Tratamiento quirurgico	No	Si	Si
Tratamiento antibiotico	Piperacilina/tazobactam Vancomicina	Penicilina g Gentamicina Clindamicina	Penicilina g Gentamicina Clindamicina
Fallecimiento	Si	No	No

Conclusiones: En los últimos años ha habido un incremento en el número de casos de STE. El curso de las infecciones es rápido y fatal. La incidencia de las enfermedades invasivas ha aumentado. Actualmente oscilan entre 0,4 y 5 casos/100.000 habitantes por año y es mayor en niños y ancianos.

PE215 BACTERIEMIA POR *Yersinia enterocolítica*: A PROPÓSITO DE UN CASO

C Peloc, M Terzano, N Costanzo, M Schijman
Hospital Gral. de Agudos Dr. T. Alvarez, Argentina.

Introducción: *Yersinia enterocolitica* es un enteropatógeno miembro de la familia Enterobacteriaceae transmitido a través de la vía fecal-oral en general afecta niños y jóvenes. Produce diarrea, fiebre y dolores abdominales. En algunos casos la infección compromete nódulos linfáticos mesentéricos y se presenta como un síndrome pseudoapendicular. La sepsis o infección sistémica por Y. enterocolitica, se asocia frecuentemente a condiciones subyacentes como diabetes, alcoholismo, malnutrición, sobrecarga de hierro, o terapia inmunosupresora.
Resumen clínico: Este caso se presentó en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Paciente varón de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial, hipotiroidismo, Leucemia Linfocítica Crónica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Cáncer de laringe con laringectomía en 2003, ex tabaquista. En cuidados paliativos por reactivación de su enfermedad de base. Ingresa al Servicio de Clínica Médica el 06/10/2016 derivado por el Servicio de Onco-Hematología por mal estado general, diarrea de 10 días de evolución, se decide internarlo por hipocalemia (2.8 mEq/L). El

día 24/10 comienza con negativismo a la ingesta, astenia, adinamia y mal manejo de secreciones respiratorias. El día 5/11/2016 se tomaron muestras para hemocultivos pareados, en donde desarrollaron bacilos Gram negativos. Se inicia tratamiento con piperacilina-tazobactam, 4.5 g cada 6 horas, pese a lo cual el paciente fallece el día 7/11/2016. Exámenes complementarios: Laboratorio de ingreso: Hto: 38.9 %, Hb: 11.4g/dL, GB: 37.700/mm3 (22.5 %PMN), Plaquetas: 105.000/mm3, Glucemia: 68 mg/dL, Urea: 59 mg/dL, Cratinina: 1.69 mg/dL, Ionograma: 135/2.8/94 mEq/L, LDH: 931 U/l, GOT: 17 U/l, GPT: 17 U/l, FAL: 132 U/l, BT: 1.19 mg/dL, BD: 0.6 mg/dL. Hemocultivos: *Yersinia enterocolitica*, en dos botellas (sistema automatizado Bact Alert). Identificada por sistema automatizado (Vitek 2-Biomerieux) y pruebas bioquímicas convencionales. La sensibilidad antimicrobiana realizada por método automatizado resultó sensible a: amikacina, gentamicina, cefepime, cefotaxima, ciprofloxacina, colistín, ceftazidima, imipenem, meropenem y resistente a: ampicilina, ampicilina-sulbactama, cefalotina. El aislado fue derivado al Laboratorio de Referencia del INEI- ANLIS Dr. Carlos Malbran para confirmar identificación. En el mismo fue identificado como *Y. enterocolitica* por técnica de espectrometría de masa (MALDI-TOF).
Discusión: Describimos un caso atípico y fatal de sepsis por *Yersinia enterocolítica*. Inicialmente los síntomas clínicos se relacionaron a efectos producidos por las drogas quimioterápicas que el paciente recibía habitualmente, en especial la diarrea. Se compensaron los parámetros relacionados a la mala ingesta pero el paciente no presentó mejoría. No se solicitaron cultivos de materia fecal. Tardíamente, a los 30 días de iniciados los síntomas, se tomaron muestras para hemocultivos.
Conclusiones: Se destaca la importancia de recordar esta etiología debido a la infrecuencia de su aislamiento. Y por otra parte, la importancia de solicitar estudios microbiológicos para el diagnóstico diferencial en pacientes inmunosuprimidos con diarrea.

PE216 EPIDEMIOLOGÍA DE BACTERIEMIAS E INFECCIONES ASOCIADAS DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES EN PACIENTES ADULTOS DE UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD

M Chumbita, F Pellice, R Contreras, M Bellantig, B Matus, AYE De Los Rios
Hospital Marcial Quiroga, Argentina.

Marco teórico: Las bacteriemias son la principal causa de morbimortalidad en el ambiente hospitalario; clasificándose en adquirida en la comunidad y asociadas al cuidado de la salud (IACS). Su etiología varía según la epidemiologia institucional. Hay un aumento en el uso de dispositivos intravasculares (DIV), se calcula que el 15- 30 % de las bacteriemias están relacionadas a estos, considerándose como infección asociada a catéter (IAC). La mortalidad varía según el microorganismo implicado y el tratamiento implementado.
Objetivos: Conocer la epidemiologia local de bacteriemias y la prevalencia de infecciones relacionadas a DIV. Los objetivos secundarios; conocer el origen de las bacteriemias, las comorbilidades de la población estudiada, y determinar si el tratamiento empírico inicial fue el adecuado.
Métodos: Estudio descriptivo transversal, retrospectivo desde 01 Julio 2015 a 28 de Febrero 2017. Se realizo una revisión de las historias clínicas para la recolección de datos. Las variables analizadas fueron, germen causante, IAC, IACS y complicaciones relacionadas a la infección. Los datos fueron analizados mediante método de estadística descriptiva con el software INFOSTSAT® utilizando Chi-Cuadrado como análisis estadístico y significativo p <0,05.
Resultados: Tuvimos 178 episodios de bacteriemias, 87 (49 %) por cocos gram positivos (CGP): 35.6 % *Stafilococcus* coagulasa negativo y 28,7 % *Stafilococcus aureus* sensible a meticilina; 85 (48 %) bacilos gram negativos (BGN): 45,8 % *Escherichia coli* y 28,2 % *Klebsiella pneumoniae* y 3 % fungemias. El 19 % de los casos fueron multirresistentes, los microorganismos con presencia de betalactamasas de espectro extendido fueron los más frecuentes. En total 66 % de los casos fueron IACS; 106 pacientes tenían colocado algún DIV al momento de la bacteriemia; 78 (73.5 %) catéter venoso central y 28 (26 %) otro tipo, de estos 40 (37 %) fueron IAC, el 85 % tardía. La prevalencia de complicaciones asociadas a la infección fue endocarditis infecciosa con 15 %, (73,34 % por CGP; 13,33 % por BGN y fungemias) y 28 (16 %) artritis séptica. Un dato relevante es que en 50 (50.57 %) de bacteriemias por CGP se realizó ecocardiograma. El origen de la bacteriemia fue; urinario 24 %, 20 % sin determinar y el resto abdominal, piel y respiratorio. El tratamiento inicial fue adecuado en el 62 %. Como antecedente 91 (51 %) fueron huésped inmunocomprometidos, 32 (35 %) diabéticos y 21 (23 %) con tumor de órgano sólido, el resto se distribuyó en enfermedades autoinmunes, enfermedad renal crónica.
Conclusión: Consideramos relevante el conocimiento de la epidemiología de las bacteriemias en cada institución ya que un retraso en el tratamiento antimicrobiano supone un aumento de la morbimortalidad y los costos sanitarios. Se conoce que la presencia de un dispositivo intravenoso es un factor importante, en nuestro trabajo la prevalencia de IAC tardía fue significativamente mayor, lo que advierte la necesidad de implementar programas para mejorar la adherencia a las recomendaciones en el cuidado de los DIV. Además en un porcentaje considerable no se realizó ecocardiograma, indicando la necesidad de insistir en la adherencia para la ejecución del mismo.

PE217 VIGILANCIA DE LA INFECCIÓN POR *Staphylococcus aureus*. EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO Y PERFIL DE RESISTENCIA EN UN HOSPITAL POLIVALENTE

C Rossanigo, S Pizzarro, L Ghietto, A Nahuelan, M Landa, M Sebastian, C Bartoli, R Brito, A Minguez
Hospital Misericordia, Argentina.

Introducción *Staphylococcus aureus* (SA) patógeno bacteriano de gran relevancia en la práctica médica , es considerado actualmente como un agente etiológico de alta prevalencia causal de infecciones diversas, tanto de origen comunitario como hospitalario. Recientemente se ha detectado aumento en la incidencia de infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (CA-MRSA) en pacientes ambulatorios y se han descripto factores de riesgo asociados ; sin embargo, en la actualidad se ha demostrado también su diseminación en el ámbito hospitalario, situación que ha generado altas tasas de morbi-mortalidad.
Objetivos: Caracterizar la epidemiología, factores de riesgo y perfil de resistencia de infecciones por SA en pacientes hospitalizados en un hospital público polivalente.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo, transversal, mediante revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años, hospitalizados, entre 01 de Julio de 2014 al 01 de Abril de 2017, con cultivos positivos para SA. Se excluyeron pacientes ambulatorios y con aislamientos de SA compatibles con colonización. Se evaluaron factores epidemiológicos al ingreso y durante la hospitalización (antibioticoterapia, procedimientos invasivos, comorbilidades, internaciones previas), y variables microbiológicas de aislamientos de SA (muestra clínica, tipificación y antibiograma). Las variables se estudiaron según la naturaleza de las mismas, usando estadística descriptiva.
Resultados: Se incluyeron 82 pacientes, 38 % mujeres y 62 % hombres. La edad media fue de 47 años± 16,5; 93 % Argentinos, y 95 % con residencia urbana. Las infecciones por SA fueron: 63 % de inicio intra-hospitalario, 21 % comunitario y 15 % asociadas al cuidado de la salud. Factores de riesgo extra-hospitalarios: internación previa 38 %; cirugía previa 28 %; antibiótico previo 33 %, en más del 60 % fueron betalactámicos. Antecedentes patológicos: diabetes, 14 %, tumor órgano sólido 12 %, etilismo 15 %; obesidad 17 %. Factores de riesgo intra-hospitalarios: catéter venoso central 46 %; sonda vesical 47 %; estadía en UTI 40 %. Los focos primarios de infección más frecuentes fueron: bacteriemia asociada a catéter (22 %), respiratorio (18 %), infección de prótesis (17 %), 86 % de ella tardías. De los aislamientos, 68 % fue meticilino sensible y 32 % meticilino resistente. De estos , 35 % adquirido en el hospital (HA-MRSA) y 65 % CA-MRSA. Entre estos últimos, 65 % mostró resistencia acompañante a un antibiótico no beta-lactámico ,predominando Clindamicina y Eritromicina. De la totalidad, 22 % poseia mecanismos de resistencia para macrólidos, lincosamidas y/o estreptogramina (MLS positivos). El 100 % de las cepas fue sensible a Tigeciclina ,Minociclina y Vancomicina con una mediana de CIM igual a 1.
Conclusión: La caracterización microbiológica y epidemiológica de la infección por SA es un desafío que requiere de vigilancia continua, debido a su variabilidad genética, diversidad fenotípica de resistencia antimicrobiana, distribución geográfica y diseminación de cepas CA-MRSA en el ámbito hospitalario. Este conocimiento permitirá adoptar medidas de control de infección e implementar tratamiento antibiótico precoz y adecuado.

PE218 SERIE DE CASOS DE URTICARIA ASOCIADA A INFECCIONES SEVERAS POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD

S Diaz, R Tibalt, M Becker, G Morera, A Gomez, H Freyre, L Gatti, A Gastaldi
Hospital JM Cullen, Argentina.

Introducción: Las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* Meticilin Resistente adquirido en la comunidad (SAMR-ac) son una importante causa de morbimortalidad. SAMR-ac produce lesiones dermatológicas, pero existen pocos casos reportados a nivel mundial que relacionan a este agente con rash urticariforme como manifestación clínica de infecciones severas en pacientes adultos.
Objetivos: Los objetivos de este trabajo es reportar características clínicas de pacientes con infección invasiva por SAMR-ac y rash urticariforme y alertar sobre una manifestación clínica infrecuente en pacientes que desarrollan formas graves de la enfermedad.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo, desde febrero de 2015 hasta abril 2017. Como criterio de inclusión, se evaluaron pacientes ingresados por rash urticariforme y diagnóstico microbiológico de infecciones invasivas por SAMR-ac. En todos se tomaron cultivos y se solicitaron métodos por imágenes para búsqueda del foco infeccioso o impactos sépticos. Además se evaluó aquellos con requerimiento de unidad intensiva e intervenciones quirúrgicas. Como criterios de exclusión aquellos que presentaron rash urticariforme atribuible a otra etiología.
Resultados: Se evaluaron 8 pacientes. La edad media fue de 39 años y la mediana de 37 años. 4 pacientes eran masculinos y 4 femeninos. 3 pacientes presentaban antecedente de forunculosis. Todos adquirieron la infección en la comunidad y como foco primario 5 presentaron infección piel y partes blandas y 2 foco respiratorio. 5 pacientes desarrollaron bacteriemia complicada, 4 pacientes compromiso pulmonar y 1 paciente endocarditis infecciosa y 4 pacientes requirieron cuidados críticos y evolucionaron al óbito. Presentaron urticaria como manifestación inicial en 6 pacientes y 2 durante el curso de la enfermedad. En todos los casos eran pruriginosos y en algunos fueron erróneamente interpretadas como farmacordermia y shock anafilactico.
Conclusión: El rash urticariforme se ha asociado con infecciones bacterianas; SAMR-ac ha sido poco mencionado entre los gérmenes con debut urticariforme. A pesar de que el mecanismo de producción es desconocido, se postulan distintos mecanismos mediados por hipersensibilidad y se ha vinculado a la leucocidina de Panton – Valentine por asociarse a manifestaciones cutáneas severas, pero con un papel controversial en infecciones invasivas. Es por esto que creemos importante considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial de la urticaria febril, para brindar un tratamiento oportuno.

PE219 INFECCIÓN SEVERA Y RECURRENTE A BACILO GRAM NEGATIVO EN PACIENTE ADULTO JOVEN CON DIAGNÓSTICO *A POSTERIORI* DE INMUNODEFICIENCIA PRIMARIA

E Basilotta, M Burgos, A Camelli, V Figueroa, E Pozzo, P Vega
Clínica del Buen Pastor, Argentina.

Introducción: La inmudeficiencia primaria constituyen un grupo raro de enfermedades producidas por un defecto intrínseco del sistema inmune que requieren un alto indice de sospecha Estas favorecen algunos síndromes infecciosos y también alteraciones en la defensas especificas para ciertos patógenos, que en general se diagnostican en edad pediátrica. Se decide presentar este caso debido a las complicaciones graves que el paciente presentó en un corto plazo.
Resumen clínico: Paciente masculino, de 24 años de edad, con un único antecedente patológico un herpes zoster diseminado a la edad de 8 años. Ingresa por primera vez en 01/2015 por presentar absceso en muñeca derecha, secundario a traumatismo, el cual fue drenado. Se aisló *E. coli* sensible a ciprofloxacina, tratamiento que recibió. A las 48 hs presenta episodio compatible con bacteriemia más insuficiencia respiratoria, requiriendo IOT , por lo que pasa a UTI. Se aisla en HMC 2/2 y BAL *E. coli.* TC que evidencia infiltrado intesticial bilateral. AL 9 dia es extubado. Refiere intenso dolor en clávicula derecha. Por sospecha de osteomielitis, se solicita centellograma, que confirma dicho diagnóstico. Se realiza toilette de clavícula mas toma de muestra para cultivo óseo, obteniéndose aislamiento de *E. coli.* Cumple tratamiento con piperacilina tazobactam por tener sensibilidad solo a IMI – PTZ, hasta el 13/03/15, cuando se externa. El paciente presento un total de 9 internaciones, en las cuales , las siguientes a la primera, fueron por fiebre y abscesos a nivel abdominal, en tejido celular subcutáneo + absceso de clavícula derecha. SIEMPRE con aislamiento de Bacilo Gram Negativo. En todas las internaciones, entre 2015 y 2016 se solicito HIV, con resultado negativo en todas ellas. En todas las externaciones del paciente se derivaba a inmunología concretándose ésta en su última externación con servicio de Inmunología del hospital Posadas, donde se estudia al paciente, llegando a la conclusión del que paciente presenta un déficit de la inmunidad primaria, relacionado al déficit de linfocitos, por lo que actualmente se encuentra en seguimiento por el servicio de Inmunología de otra institución, recibiendo tratamiento con vitamina D, Vitamina B12, Gammaglobulina cada 15 dias y corticoides. En la actualidad, lleva mas de un año libre de infecciones.
Discusión y diagnósticos diferenciales: En pacientes que han presentado infeciones graves, que han supuesto amenaza para su vida, debería pensarse la alteración en la inmunidad, como en el caso que nos compete. En el caso de deficit de linfocitos B el cual presenta infecciones como: septicemia, sinusitis, neumonía, abscesos, osteomielitis.)
Conclusiones: La importancia del diagnostico radica en que , el déficit de la inmunidad primaria, es muy poco frecuente en la población adulta y debería ser considerada un diagnostico ante un paciente, con las características clínicas del caso que hemos presentado, habiendo sido descartadas otras causas.

PE220 AORTITIS SIFILÍTICA

S Diaz, L Macagno, R Tibalt, A Gastaldi, G Morera, A Gomez, H Freyre, M Becker
Hospital JM Cullen, Argentina.

Introducción: La sifilis cardiovascular es una patología infrecuente en la actualidad. Aparece luego de un periodo de 10 a 30 años de haber contraído la infección primaria y se manifiesta solo en el 10 al 15 % de los pacientes no tratados. Gracias a la accesibilidad al diagnóstico y tratamiento pocos evolucionan al terciarismo. Debido a la rareza de esta entidad decidimos reportar el siguiente caso.
Caso clínico: Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes patológicos, ingresa a cardiología por insuficiencia cardiaca. Se realiza ETE al ingreso donde se evidencia insuficiencia aortica severa y a nivel de pared posterior de aorta imagen sacular con disrupción de la pared compatible con pseudoaneurisma, sin vegetaciones. Por sospecha de endocarditis infecciosa se toman hemocultivos e inicia tratamiento con vancomicina-ceftriaxona. Se solicitan serologías, constatándose VDRL →+ 1/265 dils, y TPHA +, resto negativas (VIH, HbsAg y Ac anti VHC) por lo que con hemocultivos negativos y luego de descartar neurosífilis, con sospecha de sífilis terciaria se decide suspender tratamiento antibiótico empírico e iniciar terapéutica con penicilina . Se realiza cirugía de reemplazo valvular aórtico y porción ascendente de aorta con tubo valvulado, enviándose muestra de pared de aorta a anatomía patológica donde se observa pared arterial con focos de supuración y necrosis de la íntima, colagenización de la media, acúmulos de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y calcificaciones distróficas, hallazgos compatibles con aortitis sifilítica. El paciente evoluciona favorablemente por lo que se otorga alta hospitalaria con controles por ambulatorio.
Conclusión: La sifilis cardiovascular compromete a la aorta ascendente en el 50 % de los casos, pudiendo afectar también arco aórtico y aorta descendente, generando insuficiencia aortica como hallazgo clínico más frecuente. La lesión característica es la endarteritis obliterante, que afecta la vasa vasorum de la aorta provocando necrosis de la capa media y destrucción del tejido elástico, con la consiguiente aortitis, formación de aneurismas y debilidad del anillo valvular aórtico. Se postula que existe mayor afectación de la aorta ascendente dado el tropismo que Treponema Pallidum presenta por los vasos linfáticos presentes a este nivel. El tratamiento de esta entidad combina la terapéutica antimicrobiana con la cirugía de recambio valvular en pacientes con insuficiencia aortica severa. A pesar de ser en la actualidad una entidad infrecuente, debe sospecharse en todo paciente con insuficiencia aórtica severa sin causa aparente que presenta dilatación del anillo valvular y la aorta, solicitando en todos los casos las pruebas serológicas pertinentes para efectuar diagnóstico y tratamiento oportuno.

PE221 REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS DE INFECCIONES INVASIVAS POR UN PATÓGENO PRODUCTOR DE ZOONOSIS

M Chumbita, F Pellice, AYE De Los Rios, M Bellantig, R Contreras, N Vega
Hospital Marcial Quiroga, Argentina.

Introducción: El grupo *Staphylococcus intermedius*; conformado por *S. intermedius*, *S. pseudointermedius* y *S. delphini*; componen un grupo de zoonosis en animales domésticos y causan principalmente infecciones de piel y partes blandas. Ocasionalmente producen enfermedades en humanos por transmisión a través de los perros. Sólo a través de métodos moleculares se pueden diferenciar ya que presentan similitudes fenotípicas. Este grupo se caracteriza por dar la prueba de la coagulasa positiva al igual *S. aureus*. En los últimos años hay una emergencia de *S. pseudointermedius* meticilino resistente, lo que implica un desafío para el tratamiento en las áreas de veterinaria y salud pública.
Presentacion de casos clinicos: CASO 1. Varón de 40 años, antecedente de infección por retrovirus, consulta por cefalea y fiebre. Se descarta compromiso neurológico infeccioso relacionado a retrovirus. Colocamos catéter venoso central (CVC) y a los 17 días de internación presenta registros febriles; sitio de puerta de entrada de CVC sin flogosis. Se realizan dos hemocultivos periféricos y un cultivo transcatéter, positivos con *S. pseudointermedius* sensible a meticilina. Cumple tratamiento con cefalotina. Se realiza ecocardiograma transtorácico que se informa imagen móvil en válvula aortica. Realiza antibioticoterapia y se da alta hospitalaria con buena respuesta. El paciente tiene como antecedente laboral ser recolector de basura y limpieza de calles, por esto contacto frecuente con perros. CASO 2. Varón de 19 años con enfermedad renal crónica, en hemodiálisis por catéter percutáneo transitorio. Ingresa al servicio de clínica con diagnóstico inicial de neumonía asociada a los cuidados de la salud. Se realizan hemocultivos y cultivo transcatéter que son positivos por *Staphylococcus pseudointermedius* meticilino sensible. Comienza tratamiento antimicrobiano con cefalotina. Se realiza ecocardiograma transtorácico y transesofágico que no informa vegetaciones, y tomografía de tórax que muestra lesiones pulmonares múltiples compatibles con abscesos. Presenta evolución favorable y se indica alta hospitalaria. El paciente relata que es dueño de cuatro perros que conviven junto a él en el interior del domicilio.
Discusión: *S. pseudintermedius* y *S.intermedius* son los agentes más comúnmente aislados en la pioderma canina. La transmisión zoonótica ha sido descrita y parece que el contacto diario intensivo entre los perros y sus dueños incrementa la probabilidad de colonización. En estos casos se presentaron infecciones, de pacientes en contacto estrecho con perros. Consideramos de importancia epidemiológica el reporte de estas infecciones invasivas en humanos, ya que existen en la literatura pocos reportes con estas características. Asimismo consideramos importante el *screening* de la prueba coagulasa pero también trascendente distinguir estas especies de *S. aureus* debido a la diferencia epidemiológica, si bien ambos deberán ser considerados microorganismos de alta virulencia. Las muestras son procesadas e identificadas por el sistema automatizado VITEK®; por lo que estimamos de interés la identificación de patógenos por este método, para que no sean subdiagnosticados como *S. aureus*.

PE222 EFECTO INÓCULO A CEFAZOLINA EN INFECCIONES SEVERAS POR *Staphylococcus aureus* SENSIBLES A METICILINA

MF Ferrer[1], I Toresani[2], E Nannini[3]
[1] Sanatorio de la Mujer, Rosario, Argentina. [2] Fac. Bioquimica, Rosario, Argentina. [3] Sanatorio Británico, Rosario, Argentina.

Introduccción: Las infecciones por *Staphylococcus aureus* sensibles a meticilina (SAMS) son causa de importante morbimortalidad. La mayoría de las cepas SAMS son productoras de alguna de las 4 β-lactamasas (Bla) (A, B, C o D), observandose ocasionalmente cepas con aumento de la CIM de cefazolina (CFZ) cuando son probadas con alto inóculo (107 UFC/mL), denominandose el mismo como efecto inóculo (EI). Fallas terapéuticas de CFZ debido a este fenómeno han sido descriptas. Estudios con correlación clínica-microbiológicas son escasos.
Objetivos: Determinar la frecuencia de EI a CFZ en cepas SAMS en infecciones severas y correlacionarlo con la respuesta terapéutica.
Materiales y métodos: se estudiaron 78 cepas SAMS aisladas de infecciones severas (endovasculares, osteoarticulares, abscesos profundos, infecciones tejidos blandos complicadas) de 08/2015 a 02/2017. Se definió EI como cuando la CIM a alto inóculo fue ≥ 16 µg/mL o >4 veces mayora la CIM con inóculo estándar (5 x 105 UFC/mL). La CIM fue establecida por microdilución de caldo. Se utilizaron controles: *S. aureus* TX0117 (productora alto nivel de Bla tipo A), *S. aureus* ATCC 29213 (productora bajo nivel Bla tipo A) y *S. aureus* ATCC 25923 (Bla negativa). Se estudiaron variables microbiológicas y de respuesta terapéutica (falla clínica, mortalidad intra-tratamiento, mortalidad global al día 90, recaídas).
Resultados: CIM de cefazolina en cepas SAMS (n = 78). Inoculo estándar Inoculo alto. Media geométrica (g/ml) 0,60 3.34. CIM90 g/ml 1 32. CIM50 g/ml 0,5 2. Cepas con EI (n/ %) 22/78(28 %). Se realizó CIM a CFZ en 78 cepas. El 28 % (22/78) tuvo EI. De las 78 cepas, en 60 se obtuvieron datos clínicos. Las cepas con EI a CFZ fueron 18: hombres 67 % con una edad. promedio de 57 años (+17). Sitios de infección: infección de piel y partes blandas complicadas 28 %, bacteriemia asociada a catéter 17 %, bacteriemia primaria 11 %, endocarditis infecciosa 11 %, artritis séptica 11 %, neumonía 11 %, endocarditis nativa y asociada a prótesis: 16 %, espondilodiscitis 6 %. Tratamiento dirigido: Cefazolina 9/18, Daptomicina 2/18, Cefalotina 1/18, Vancomicina 1/18 y otros 5/18. Características Cepas EI (N = 18) Cepas sin EI (n = 42) Chi cuadrado (p). Origen asociada a cuidados de salud 50 % (9/18) 21 % (9/42) 0,027. Mortalidad al final del tratamiento antibiótico 22 % (4/18) 12 % (5/42) 0,30.
Mortalidad a los 90 días 33 % (6/18) 2,4 % (10/42) 0,44. Reinternación por cualquier causa 39 % (7/18) 15 % (6/40) 0,042. Recaída 11 % (2/18) 4 % (1/25) 0,34.
Conclusión: Se observó EI a CFZ en 28 % de las cepas estudiadas. La mortalidad global en fue del 33 %, sin diferencia entre cepas con EI y sin EI. Las infecciones por SAMS se relacionaron estadisticamente a infecciones asociadas a cuidado de la salud y a re-hospitalización.

5 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

PE223 INFECCIONES POR BACILOS GRAM NEGATIVOS MULTIRRESISTENTES EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

M Brizuela, G Berberian, MT Rosanova, M Travaglianti, A Mastroiani, V Reijtman, G Fiorili, D Santa Cruz, G Castro
Hospital de Pediatría "Prof Dr Juan P Garrahan", Argentina.

Introducción: las infecciones por bacterias multirresistentes son un problema emergente en neonatología con el consiguiente aumento de la morbimortalidad y la necesidad de nuevos tratamientos.
Objetivo: describir las variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de pacientes con infección por bacilos Gram negativos multiresistentes (BGN- MR) en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron pacientes (p) internados en UCIN con infección por BGN-MR desde el 25/4/13 al 29/4/2015. Se evaluaron: edad gestacional, peso al nacer, edad cronológica al momento de la infección, patología de base, tratamiento antibiótico previo, aislamiento microbiológico, mortalidad y factores de riesgo asociados. Las variables continuas fueron informadas como media o mediana y rango. Las variables categóricas se expresaron como número y porcentaje y la $p \leq 0,05$ fue considerada como significativa.
Resultados: 21 p presentaron infección por BGN-MR. La mediana de edad fue de 28 días (R: 8-90 días), 14 p (67 %) fueron varones. La media de edad gestacional fue de 35 semanas (R: 28-39 semanas) y la mediana de peso al nacer fue de 2.070 g (R: 920-3850 g). Doce pacientes (57 %) fueron prematuros y 6/12p (50 %) tenían un peso de nacimiento menor de 1500 g. Todos los pacientes tenían enfermedad de base, 14p (67 %) tenían patología gastrointestinal y en 12/14 (86 %) eran malformaciones congénitas quirúrgicas. La bacteriemia se presentó en 18 p (86 %). Los microorganismos aislados fueron: *Acinetobacter baumanii* en 17p (81 %), *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (KPC) 3p (14 %) y *Enterobacter cloacae* 1p (5 %). Todos los pacientes tenían factores de riesgo para la infección por BGN-MR: cirugía previa 18 p (86 %), asistencia respiratoria mecánica y nutrición parenteral 20 p (95 %), catéter venoso central (CVC) y antibióticos previos 21 p (100 %). La mediana de duración de tratamiento antibiótico previo fue de 14 días (R: 4-46 días). Trece pacientes (63 %) habían recibido carbapenem. Doce pacientes (57 %) tuvieron infecciones previas con documentación microbiológica. El tratamiento antibiótico definitivo fue colistín en 19 p (90 %), en 16/19 p (84 %) se empleó combinado con otro antibiótico. De 5 p que recibieron monoterapia, 2 p recibieron carbapenem como tratamiento empírico inadecuado. Los otros 3 p recibieron colistín en monoterapia con buena evolución. La letalidad fue de 24 % (5 p), 2 pacientes no habían recibido tratamiento antibiótico adecuado. Entre los fallecidos, 4 p (80 %) eran de sexo masculino y con patología gastrointestinal previa. El 100 % de los fallecidos (5 p) fueron prematuros con una media de edad gestacional de 31 semanas y una media de peso de nacimiento de 1.521 gramos. La prematurez y el peso < 2000 g fueron factores de riesgo asociados a mortalidad en forma estadísticamente significativa ($p = 0,03$ y $0,01$) respectivamente.
Conclusión: en este estudio las infecciones por BGN-MR se presentaron en pacientes internados con factores de riesgo, principalmente con CVC y antibióticos previos. La letalidad se asoció a prematurez y bajo peso al nacer.

PE224 BACTERIEMIA EN EMBARAZADA POR *Haemophilus influenzae* Y SU TRASMISIÓN VERTICAL.

LC Morvay, MM Cortazar, L Tomassini
Hospital Materno Infantil Don V Tetamanti, Argentina.

Introducción: El *Haemophilus influenzae* (Hin) es un cocobacilo gram negativo que se encuentra en el tracto respiratorio humano y forma parte de su flora normal. El aislamiento del mismo en muestras de hemocultivos de pacientes embarazadas se asocia con ruptura prematura de membrana, aborto séptico, nacimientos prematuros y otras complicaciones perinatales.
Caso clínico: Mujer de 38 años embarazada de 24 semanas (gesta 5) ingresa a la guardia, manifestando pérdida de líquido amniótico de más de 3 horas de evolución. Se decide su internación con sospecha de ruptura prematura de membranas y es tratada con ampicilina y azitromicina. Los controles de laboratorio de rutina resultaron dentro de parámetros normales. Urocultivo, hemocultivos (2 de 2), y cultivo de restos ovulares fueron positivos desarrollando colonias mucoides en Agar Chocolate y colonias satélites alrededor de la estría de *Staphylococcus aureus* (ATCC 25923) en Agar Sangre, compatibles con el Género *Haemophilus*. En el gram se observaron cocobacilos gram negativo y los aislamientos fueron oxidasa positiva, catalasa positiva, nutricionalmente dependiente de factores X y V, con lo cual se lo tipifica como Hin. Se realizó la detección de beta-lactamasa resultando negativa. En la muestra de hisopado anal vaginal se aisló *Streptococcus agalactiae*. Se rota el esquema antibiótico a gentamicina y clindamicina. La paciente es derivada al hospital de adultos, por malas condiciones hemodinámicas y falta de respuesta al tratamiento. Allí evoluciona favorablemente y es dada de alta en dos semanas. El recién nacido pesó 700 gramos, fue catalogado de 27 semanas de edad gestacional El resto del examen fue sin particularidades. Se le toman muestras de hemocultivos que resultan positivos para Hin. El recién nacido no tubo evidencias radiológicas de neumonía. El cultivo de LCR fue negativo. Tanto la cepa materna como la del recién nacido fueron derivadas para su serotipificación, dando como resultado Hin no capsulado.
Conclusión: En un estudio previo en una población de embarazadas se observó que, si bien el porcentaje de enfermedad invasiva por Hin era muy bajo, 0,5 por 100.000 mujeres en edad reproductiva, la forma de presentación más común fue la bacteriemia (53,8 %). El 43,9 % de los aislamientos fueron por Hin no tipable. Se considera que las bacteriemias ocasionadas por Hin no son de alto riesgo para la embarazada, pero la presencia de este patógeno está asociada a casos de abortos, muerte fetal y partos prematuros. Nuestro caso es un claro ejemplo de esta situación, con lo cual se asume como de vital importancia que el personal tanto médico como de laboratorio pueda sospechar la presencia de este germen en pacientes embarazadas con rotura prematura de membranas. También se desprende de este caso la importancia de realizar aislamiento de Hin en muestras vaginales de mujeres embarazada, restos ovulares o de líquido amniótico, ya que a pesar de la baja prevalencia la tasa de transmisión vertical y sepsis neonatal es alta.

PE225 MICOSIS CUTÁNEAS POR AGENTES POCO FRECUENTES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

B Fox[1], MR Gremes Cordero[2], G Hernandez[2], L Fernández Canigia[1], I Maldonado[1]
[1] Laboratorio Central, Hospital Alemán, Argentina. [2] Servicio de Pediatria, Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: Las micosis cutáneas y subcutáneas se asocian a una alta morbilidad. En los últimos años, se ha observado un aumento en el reporte de infecciones por hongos filamentosos distintos de *Aspergillus* spp. debido entre otros factores, a una mejora en el diagnóstico. La importancia de estos patógenos reside en la agresividad de su comportamiento y en que la resistencia a la mayoría de los antifúngicos es impredecible. Se dispone de pocos datos con respecto a enfermedades fúngicas (EF) en la población pediátrica, por lo que se presentan dos casos clínicos de infección de piel y partes blandas.
Caso clínico 1: Paciente de 11 años de edad, sexo masculino, con Leucemia Linfoblástica Aguda tipo B en inducción, sin profilaxis antifúngica, consultó por úlcera en dorso de pie izquierdo. Recibió tratamiento local y evolucionó desfavorablemente. Ante la falta de respuesta al tratamiento antibiótico sistémico, se realizó resección quirúrgica de la lesión, con envío de material

a cultivo. Examen directo negativo con cultivo positivo para *Exserohylum rostratum*, identificado por MALDI-TOF MS. Inicia tratamiento con voriconazol 400 mg/día vía oral. Resolvió la infección tras 14 semanas de tratamiento.
Caso clínico 2: Paciente masculino de 14 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, consultó por quemadura en miembro inferior derecho 2 % tipo B de 2 semanas de evolución, secundaria a accidente vehicular. Se realizó escarectomía de la quemadura con envío de muestra a cultivo. En el examen directo se observan hifas hialinas. Por lo tanto se solicitó cultivo para hongos, en el cual desarrolló *Mucor spp.*, identificado por MALDI-TOF MS. El paciente cumplió tratamiento con anfotericina b liposomal 5 mg/kg/día, por 19 días, luego itraconazol acorde a sensibilidad. Ambos aislamientos se enviaron al Departamento Micología del INEI. ANLIS "Dr. C. Malbrán" para estudio de sensibilidad antifúngica. El resultado de la concentración inhibitoria mínima en mg/L, según el Método de Referencia M38-A2 del CLSI fue: para *Exserophylum rostratum*, anfotericina b 0.13 y voriconazol 0.13; para *Mucor spp.* anfotericina b 0.25, voriconazol 4 e itraconazol 1.
Discusión y conclusión: Las micosis cutáneas suelen presentarse como infecciones oportunistas ya sea en HIC o en inmunocompetetentes con factores predisponentes como los dos casos que se presentan. Por ello es importante considerarlas al momento de plantear diagnósticos diferenciales. Los estudios micológicos deben solicitarse para descartarlas ya que los exámenes bacteriológicos pueden ser insuficientes. La identificación a nivel de género/especie y la determinación de la sensibilidad a antifúngicos son fundamentales para conocer la epidemiología de estas infecciones y dirigir los esquemas empíricos. En estas patologías el tratamiento combinado médico – quirúrgico es la base de la curación.

PE226 MENINGOENCEFALITIS HERPÉTICA EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA DESDE LA INCORPORACIÓN DE LA PCR (*POLYMERASE CHAIN REACTION*)

SO González, GR Berberian, CL Sarkis, AN Varela Baino, DI Viale, DA Borgnia
Hospital de Pediatria JP Garrahan, Argentina.

Introducción: El virus herpes simple (VHS) es la causa identificable más frecuente de encefalitis grave esporádica, de la que existe tratamiento específico. La incorporación de las técnicas moleculares para el diagnóstico y el uso de aciclovir, han mejorado la sobrevida, aunque las secuelas continúan siendo elevadas.
Objetivo: Describir las características clínicas, microbiológicas, de imágenes y evolutivas de los niños con encefalitis por VHS.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que incluyó pacientes (p) menores de 15 años con clínica de encefalitis y PCR-VHS positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR) entre el 20/02/09 y 28/02/17.
Resultados: Se incluyeron 18 p, la mitad de sexo masculino con una mediana de edad de 6.5 meses (r: 1-144). Catorce p (77 %) fueron menores de 2 años y 2 p (11 %) menores de 2 meses. Tres p (17 %) tenían alguna enfermedad de base. El tiempo de evolución hasta la consulta fue de 3 días. Las convulsiones 17 p (95 %) y la fiebre 15 p (83 %) fueron los síntomas más frecuentes, seguidos por el deterioro del sensorio 6 p (33 %) y la hemiparesia 3 p (17 %). Once p (65 %) presentaron convulsiones focales, 6 p (35 %) generalizadas y 3 p status convulsivo. Durante la evolución 50 % presentó deterioro del sensorio. El citoquímico del LCR al ingreso fue patológico en 15 p (83 %), con una mediana de celularidad y proteínas de 17 células/mm3 (r: 0-250) y 65 mg/dl (r: 14-540) respectivamente. Dieciseis p (89 %) presentaron PCR-VHS positiva al ingreso, 2 se positivizaron a las 48 hs y 1 p requirió para el diagnóstico biopsia cerebral. Nueve de los 10 aislamientos (90 %) correspondieron a VHS tipo 1. Diez de 13 p (77 %) negativizaron la PCR-VHS dentro de los 21 días de tratamiento antiviral. Al ingreso se evidenciaron alteraciones compatibles con encefalitis por VHS por tomografía axial computada en 11/17p (65 %), por resonancia magnética nuclear (RMN) en 15/16 p (94 %) y la mitad presentó alteraciones electroencefalográficas. En cuanto a la localización 11 p (65 %) presentaron compromiso extra-temporal: 4 p frontal, 4 p parietal y 3 p bulbo talámicas. El 60 % tuvo compromiso bilateral. La media de tratamiento con aciclovir fue de 23 días (r: 21-35). Ningún paciente falleció a causa de la enfermedad, pero 14 p (78 %) presentaron secuela neurológica: epilepsia 12 p (85 %) y retraso madurativo 9 p (53 %) con una mediana de seguimiento de 12 meses (r: 1-50).
Conclusiones: El 77 % de las encefalitis herpéticas fueron en menores de 2 años. La fiebre y convulsiones focales fueron las formas más frecuentes de presentación. La PCR VHS fue útil para el diagnóstico y seguimiento terapéutico. La presencia de citoquímico normal y/o la PCR-VHS negativa al ingreso no fueron suficientes para descartar el total de las encefalitis VHS. La RMN fue el método complementario por imágenes que mostró mayor sensibilidad diagnóstica. El índice de secuelas neurológicas fue elevado representado principalmente por la epilepsia y el retraso madurativo. Resulta fundamental mantener un alto índice de sospecha para iniciar un tratamiento adecuado y repetir los estudios en función de la sospecha clínica en aquellos con LCR normal y/o PCR-VHS de inicio negativas.

PE227 INFECCIONES INTRAABDOMINALES EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

M Hojman[1], Z Perez Amador[2], A Medina[2], F Castro[2], S Pellegrini[2]
[1] Infectología- Hospital Privado "Nuestra Señora de la Merced", Argentina. [2] Pediatría - Hospital Privado "Nuestra Señora de la Merced", Argentina.

Introducción: Las infecciones intraabdominales (IA) en niños son comunes y comprenden un amplio rango de entidades que varían en su severidad. Las investigaciones microbiológicas de las infecciones intra-abdominales en niños son limitadas.
Objetivos: Analizar la población pediátrica con IA de nuestra institución.
Material y Métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, de pacientes pediátricos internados con infecciones intraabdominales en nuestra institución durante 2016. Se recabaron datos sobre edad, sexo, diagnóstico, esquema antibiótico inicial, relevamiento bacteriológico y evolución.
Resultados: Se relevaron 96 casos de IA, 55 varones y 41 mujeres. La edad media de los pacientes fue de 9 años (2-14) Varones 8,46 y mujeres 9,75 (p = ns) Los diagnósticos fueron: apendicitis aguda 90 casos (93,75 %), peritonitis de otras causas 5 (5,2 %) y perforación de divertículo de Meckel 1 (1,04 %) La media de días de internación previos a la cirugía fue de2,21 (0-10). Se tomaron cultivos en 46 de 96 (47,9 %) casos (46,6 % de apendicitis aguda y 66,6 % de otros) El 58,7 % (27) fueron positivos. Los gérmenes aislados fueron: *E. coli* 16 (59,3 %), *Klebsiella pneumoniae* 5 (18,5 %), *Pseudomonas aeriginosa* 5 (18,5 %), *Staphylococcus coagulasa* negativo 1 (3,7 %). La sensibilidad antibiótica de los gérmenes aislados fueron:

	Carbapenems	Colistín	Aminoglucósidos	Piper/Tazo	Cefalosporinas de 3ra	Ciprofloxacina	TMS	AMS
E.coli	100	100	100	100	92,3	66,6	100	12,5
K. pneumoniae	80	100	100	75	75	50	0	20
P. aeruginosa	50	100	100	75	100	100	0	

Las terapias antibióticas iniciales fueron ampicilina/sulbactam (AMS) 55 (57,3 %), ceftriaxona/metronidazol 40 (41,7 %), clindamicina/amikacina 1 (1,04 %). De acuerdo a resultados de cultivos, fue necesario rotar el esquema antibiótico inicial en 19 casos (19,8 %). La terapia inicial utilizada era AMS en un principio, luego cambiada a ceftriaxona/metronidazol dado el resultado de cultivos: de los 55p que empezaron con AMS, se tomaron cultivos en 26, 19 fueron positivos y en 17 se rotó a: ceftriaxona/metronidazol: 12, vancomicina/imipenem 1, ciprofloxacina 2 y piperacilina/tazobactam 1. De los 40 que iniciaron con ceftriaxona/metronidazol, se tomaron cultivo en 21, 8 fueron positivos y se rotaron 2: 1 a imipenem/colistin y 1 a ciprofloxacina. Los días promedio de internación de los pacientes que no requirieron rotación de ATB según cultivos fue de 9,8, mientras que los que se rotaron tuvieron promedio de internación de 17,89. 5 (5,2 %) casos tuvieron mala evolución y requirieron una nueva intercención quirúrgica; todos medicados inicalmente con AMS y sin toma de cultivos iniciales.
Conclusiones: Al igual que en el resto de la literatura, *E.coli* fue la bacteria aerobia más frecuentemente aislada. Los aminoglucósidos parecen ser una opción útil para el tratamiento de las IA en pediatría. Dado el hallazgo de gérmenes en casi el 60 % de los cultivos tomados y el cambio de tratamiento empírico motivado por esto, la toma de cultivos en forma rutinaria fue útil. En nuestros pacientes, además, fue importante el inicio con esquemas antibióticos adecuados ya que la necesidad de rotación de medicación aumentó considerablemente los días de internación.

PE228 EVALUACIÓN Y ANÁLISIS DE LAS CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS Y MICROBIOLÓGICAS DE LECHES DE BIBERONES PREPARADOS EN LACTARIOS

E Soto, A Solito, G Melito
Universidad Maimonides, Argentina.

Introducción: La alimentación en los primeros años de vida es importante para garantizar un crecimiento sano. La leche materna, fuente de anticuerpos indispensable, a veces debe suplantarse por leche de fórmula, por eso es imprescindible saber cómo se preparan cuando no son las propias madres quienes están a cargo de esta tarea.
Objetivo: Verificar que las leches listas para consumir sean aptas para su uso, corroborando el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) en diferentes lactarios y asegurando su preparación mediante el control de análisis microbiológicos.
Materiales y métodos: Se visitaron 64 comedores de jardines maternales entre enero y diciembre de 2015 para tomar muestras de leche Crecer de La Serenísima 1 y 2 extraída de la mamadera lista para su consumo. Primero se observó el establecimiento, sus áreas y el trabajo del personal de la cocina, siguiendo las BPM. Luego se tomó la muestra de un biberón al azar del total preparados.
Resultados obtenidos: Se reunieron las muestras en cinco grupos en función de los diferentes concesionarios que trabajan en los jardines: X1: 14. X2: 13. X3: 16. X4: 10. X5: 11. Tomando como referencia el análisis de las leches según el artículo 156tris del Código Alimentario Argentino (C.A.A.), todas las muestras obtenidas fueron aptas para consumo, pero además se realizó la determinación de hongos, levaduras y bacterias aerobias mesófilas. En este punto, los resultados obtenidos no cumplieron con las expectativas. En el 36 % de los casos de X1 se encontraron cantidades significativas de hongos, levaduras y de bacterias aerobias mesófilas pero dentro de los rangos permitidos. X2: se obtuvo un 92 % de resultados positivos de presencia de hongos, levaduras y bacterias aerobias mesófilas y sólo un 8 % de ausencia de los mismos. X3: el 87 % de los casos arrojó resultados positivos. X4: en el 60 % se determinó la presencia de hongos, levaduras y bacterias aerobias mesófilas, mientras que en el 40 % restante los resultados fueron negativos. X5: en el 100 % se evidenció la presencia de dichos microorganismos. En líneas generales, de las 64 muestras totales que se analizaron, en el 84 % de ellas se encontraron hongos, levaduras y bacterias aerobias mesófilas. Teniendo en cuenta únicamente los recuentos de hongos y levaduras podemos observar que del total de muestras analizadas, el 14 % tuvo resultados en el límite máximo de los valores permitidos y el 11 % resultaron estar fuera de rango. Mediante el test de Student, se determina que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de ambas poblaciones muestrales ($p<0,05$), teniendo así, una varianza mayor en las muestras de bacterias aerobias mesófilas respecto de las de los hongos y levaduras.
Conclusión: Todas las muestras estudiadas cumplieron con los parámetros establecidos por el C.A.A., sin embargo, cuando se realizó el análisis de los microorganismos indicadores se observó que a pesar de que las muestras eran aptas para su consumo, su recuento difería de cero dentro del rango admisible, por lo que aquí es donde se debe hacer hincapié para disminuir los riesgos de contaminación a valores ínfimos o nulos. Se concluye que se logró el objetivo planteado.

PE229 INFECCIONES POR *Streptococcus pyogenes* EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO. PERÍODO 2012-2016

LE Margenet, ML Zurbriggen, MJ Blesa, GE Degiovanni, C Aro, L Velez, L Canuto, O Zalazar, ME Oliva, G Ezcurra, MR Baroni
Hospital de Niños Dr. O. Alassia, Argentina.

Introducción: *Streptococcus pyogenes* es agente etiológico de un amplio espectro de infecciones, desde leves hasta invasoras, con posibles consecuencias letales para los pacientes.
Objetivos: analizar a) la frecuencia de los distintos sitios de aislamiento de *Streptococcus pyogenes* en nuestro hospital en el período 2012-2016; b) las características microbiológicas de los aislamientos y su perfil de sensibilidad; y c) el diagnóstico clínico al ingreso de los pacientes cuyos aislamientos provenían de sitios estériles.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los aislamientos de *Streptococcus pyogenes*. Se realizó identificación bioquímica y serológica de los aislamientos, y pruebas de sensibilidad por método de difusión con discos. Se utilizaron las solicitudes médicas de cultivo con el detalle del diagnóstico clínico de los pacientes al ingreso para tabular los datos.
Resultados: Se estudiaron 171 aislamientos. La frecuencia de sitios de aislamientos fueron: 143 de hisopado de fauces (85 %), 11 de sangre (6 %), 9 de abscesos (5 %), 4 osteo-articulares (2 %) y 4 de otros tipos de muestras (2 %). La totalidad de los aislamientos presentaron sensibilidad a los antimicrobianos útiles (penicilina, eritromicina, clindamicina y levofloxacina). De los 28 pacientes que presentaron infecciones invasoras, en solo 22 de ellos pudimos registrar el diagnostico al ingreso: 12 con infecciones de piel y partes blandas, 3 con artritis, 3 con osteomielitis, 2 con varicela sobre-infectada, 1 con meningitis, 1 con adenitis.
Conclusiones: El mayor número de aislamientos de *Streptococcus pyogenes* fue proveniente de muestras de exudados de fauces. Así mismo, el sitio estéril de aislamiento más frecuente fue sangre y en segundo lugar, las muestras provenientes de abscesos. Las infecciones de piel y partes blandas fue el diagnóstico clínico al ingreso más frecuente en los pacientes que presentaron infecciones invasoras por *Streptocuccus pyogenes*. Todos los aislamientos fueron sensibles a penicilina, siendo este el tratamiento de elección. De la misma manera, los macrólidos resultaron útiles en el caso de pacientes alérgicos al primero.

PE230 INFECCIONES ASOCIADAS A SISTEMAS DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO EN PEDIATRIA: ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y DE FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD

SO González, MI Carbonaro, AN Fedullo, MA Sormani, MA Ceinos, RO Gonzalez, MA Rosanova
Hospital Pediatría JP Garrahan, Argentina.

Introducción: La infección es una de las complicaciones más frecuentes de los sistemas de derivación ventricular de líquido cefalorraquídeo (SDV-LCR) ,asociada con una alta morbilidad. Hay pocos estudios en pediatría que evaluen los factores asociados a mortalidad.
Objetivo: Describir las características clínicas, microbiológicas y evolutivas de niños con infección asociada a SDV-LCR y analizar los factores de riesgo asociados a mortalidad.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional que incluyó pacientes (p) menores de 18 años con infección asociada a SDV LCR en el período 1/1/12 al 31/12/15. El análisis estadístico de los datos se realizó a través del programa Epi Info versión 6.04
Resultados: Se incluyeron 57 p con una mediana de edad de 62 meses (RIC: 1-192). Predominó el sexo masculino 40 p (70 %). Las enfermedades de base fueron: tumor de sistema nervioso central 22 p (39 %), hidrocefalia congénita 21p (36 %), mielomeningocele 7p (9 %), encefalopatía crónica no evolutiva 3p (5 %) y otros 6p (10 %). La mediana de edad de colocación del primer SDV- LCR fue de 12 meses (RIC; 1-168); requirieron recambio valvular previo 32p (56 %) y tenían antecedente de pioventriculitis previa 17p (30 %). En cuanto al tipo de SDV 52 p (91 %) poseía derivación ventrículo-peritoneal, 2 p (3.5 %) derivación ventrículo-atrial y 3p (4 %) otros. La disfunción valvular 44 p (77 %), la fiebre 27 p (47 %) y la celulitis del trayecto 6p (11 %) fueron las formas de presentación más frecuentes. El LCR al ingreso fue patológico en 42 p (78 %), con una mediana de glucosa, celularidad y proteínas de 45 mg/ml (r: 1-95), 255 células/mm3 (r: 0-2500) y 192 mg/dl (r: 7-2874) respectivamente. Los aislamientos microbiológicos en LCR fueron: *Staphylococcus coagulasa* negativo (SCN) en 26 p (45 %), *Staphylococcus aureus* meticilino resistente en 8p (14 %), *Staphylococcus aureus* meticilino sensible en 5 p (9 %), *Pseudomonas aeruginosa* en 3 p (5 %), *Enterobacter spp* en 2 p (3.5 %), *Pseudomonas stutzeri* en 2 p (3.5 %), *Candida albicans* 1 p (1.7 %), y otros en 7 p (10 %). Cinco p (9 %) presentaron bacteriemia concomitante. La mediana de días de internación fue de 35 días (RIC: 3-131). Recibieron tratamiento quirúrgico con retiro del SDV más antibioticoterapia 55 p (96.5 %). Requirieron SDV externa 54 p (94 %) con mediana de 1 recambio (RIC: 1-2d). Luego del tratamiento a 46 p (80 %), se les recolocó un SDV. La mediana de días hasta la recolocación del SDV fue de 23 días (RIC 1-88). Respecto a las complicaciones, 3p (5.2 %) presentaron sobreinfección por bacilos gran negativos y 5p (9 %) fallecieron a causa de la infección. Se encontraron como únicos factores asociados a mortalidad estadísticamente significativos la presencia de hemocultivos positivos (p 0.04) y fiebre al ingreso (p 0.04).
Conclusiones: La disfunción valvular, la fiebre y la celulitis del trayecto fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes de la infección de SDV- LCR. SCN fue el microorganismo más frecuente. El retiro de la válvula junto con antibioticoterapia fue el tratamiento más utilizado. La mortalidad fue baja. La presencia de fiebre al ingreso y hemocultivos positivos fueron predictores de mortalidad.

PE231 GENOTIPOS DE *Toxoplasma gondii* EN CASOS DE TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA EN ARGENTINA

M Bernstein[1 2], L Pardini[1 2], LA Carral[3], ML Gos[1 2], G Moré[1 2], FJ Kaufer[3], A Dellarupe[1 2], C Freuler[3], MT Messina[3], MV Schneider[3], RA Durlach[3], MC Venturini[1]
[1] Laboratorio de Inmunoparasitología, FCV, UNLP, Argentina. [2] CONICET, Argentina. [3] Centro de Toxoplasmosis y otras Zoonosis Hospital Alemán, CABA, Argentina.

Introducción: La genotipificación de *Toxoplasma gondii* (*T. gondii*) de los aislamientos en humanos es de gran importancia epidemiológica. Los genotipos atípicos podrían estar relacionados con mayor número y gravedad de secuelas.
Objetivo: Aislar y genotipificar *T. gondii* a partir de muestras de placenta y sangre de cordón umbilical de recién nacidos de madres con toxoplasmosis aguda durante el embarazo. En el Hospital Alemán se detectó infección aguda por serología en 4 mujeres en el último tercio de la gestación. Los casos se identificaron como 12/01 Hum, 14/04 Hum, 15/02 Hum y 16/01 Hum tomados en un lapso de 4 años. Para aislar al parásito se tomó muestra de placenta en 12/01 Hum y de sangre de cordón umbilical en los demás casos. Las muestras se inocularon en ratones NMRI y al sacrificio se realizó la serología mediante la reacción de Sabin Feldman y la búsqueda de quistes en sistema nervioso central (SNC). En los casos positivos se envió SNC y otros órganos al LAINPA-FCV-UNLP donde se cuantificaron quistes e inocularon ratones deficientes para IFNγ. Se obtuvieron parásitos del lavado peritoneal, se cultivaron en células Vero y se conservaron a -196°C. Se extrajo ADN de las muestras del SNC y pulmón de los ratones y de los parásitos en cultivo, se realizó PCR con los primers específicos TOX5-TOX8. La genotipificación se realizó por n-PCR para 9 marcadores (M) seguida por cortes con enzimas de restricción.
Resultados: El genotipo observado para 12/01 Hum (tipo II para todos los M) es similar al identificado en *T. gondii* Data Base (Toxo-DB) como #1 ó 3, y al genotipo ME49 característico de Europa y Norteamérica. El genotipo para 14/04 Hum (8 M tipo III y 1 tipo I) fue similar al identificado como #14 ó 138 y al obtenido a partir de wallabies y gallinas de Argentina y de animales domésticos y silvestres de Sudamérica y Estados Unidos. Los genotipos encontrados para 15/02 Hum (6 M tipo III y 3 tipo I) y 16/01 Hum (7 M tipo III, 1 tipo I y 1 tipo II) no registran homólogos alélicos en la Toxo-DB.
Conclusiones: El linaje tipo II es poco frecuente en Sudamérica, pero se encontró en Chile y en cerdos y gallinas de la provincia de Buenos Aires reforzando la hipótesis de la importación de cepas canónicas en las zonas cercanas a los puertos internacionales. Los demás aislamientos son esperables para Sudamérica donde aparece frecuentemente una amplia variedad de combinaciones alélicas con predominancia del tipo III sobre todo en Brasil y Argentina. Diferentes aislamientos identificados como atípicos han demostrado diferente virulencia en modelos animales. Es de importancia la caracterización biológica de los aislados detectados en humanos de Argentina a fin de relacionar los genotipos de *T. gondii* con rutinas diagnósticas de la mujer embarazada, con el seguimiento del recién nacido y así orientar planes de control.

PE232 COQUELUCHE: ANÁLISIS DE SITUACIÓN

ME Vidal[1], F Ruiz[1], R Moses[2], MJ Spoleti[1]
[1] Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosario, Argentina. [2] Servicio de Estadística- Hospital de Niños Zona Norte - Rosario, Argentina.

Objetivo: evaluar la relación entre casos notificados y casos confirmados. Analizar la distribución territorial de los casos de Coqueluche confirmados. Analizar la distribución de casos notificados con sospecha de Coqueluche en el año 2015 según semana epidemiológica utilizando corredores endémicos.
Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de notificaciones y confirmaciones de Coqueluche en pacientes atendidos desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2015. La distribución territorial se realizó mediante mapeo de las direcciones a través de Googlemap y su posterior edición gráfica. Se analizaron las notificaciones de casos sospechosos de Coqueluche de pacientes internados en el año 2015. Se realizó el corredor endémico semanal y el corredor endémico acumulado utilizando un histórico de 5 años (2010 -2014). Se utilizó para la construcción el método de la media geométrica de las tasas.
Resultados: En el año 2010 las confirmaciones no alcanzaron el 1 %. Se advierte que en 2011 y 2012 hubo un marcado incremento de notificaciones y de confirmaciones que estuvo en el orden de 7.8 % y 7.0 % respectivamente de los casos notificados. En los años 2013 a 2015 se observa que las confirmaciones no alcanzan el 1 % y en particular en 2014 no hubo ningún caso confirmado. Con respecto a la distribución territorial de los casos confirmados no se observó ningún patrón de agrupamiento que sugiera una correlación espacial. El corredor de notificaciones en general muestra franjas dentadas. Las franjas durante las semanas 1 a 20 y 43 a 52 tienen valores bajos, la zona de esperados oscila sobre la línea del 0. Para las semanas 21 a 42 se observan los picos de notificaciones, coincidentemente con los picos estacionales. En cuanto a las notificaciones del año 2015, se observa que la línea sigue la misma tendencia que el corredor, pero en las semanas correspondientes al pico estacional la curva se mantiene mayormente en la zona de alerta. Este hecho se corrobora en el corredor acumulado donde la a partir de la semana 21 la línea cae en la zona de alerta.
Conclusiones: El incremento en la notificación y confirmación en los años 2011 y 2012 coincide con la situación epidémica detectada en nuestro país. En los restantes años analizados se observó un porcentaje de confirmaciones respecto a las notificaciones inferior a los datos publicados de nuestro país. Tampoco sugiere asociaciones espaciales. Los datos observados tanto con el corredor epidemiológico semanal como con el corredor epidemiológico acumulado indican una sobrenotificación en el año 2015 con valores muy superiores a los esperados entre la semana 21 y 28.Es necesario ajustar las notificaciones de caso sospechoso de coqueluche a las definiciones de caso establecidas en los protocolos nacionales y provinciales de denuncia.

PE233 DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE DIARREAS AGUDAS POR *Shigella* spp

ME Vidal[1], F Ruiz[1], R Moses[2], MJ Spoleti[1]
[1] Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosarioo, Argentina. [2] Servicio de Estadística- Hospital de Niños Zona Norte - Rosario, Argentina.

Introducción: La infección por *Shigella* spp. es altamente contagiosa; se transmite predominantemente de persona a persona, a través de los alimentos, manos, heces y moscas. Aunque se presenta de manera endémica y epidémica, la baja dosis infectante es relevante ya que incide en el potencial de brotes epidémicos de importancia, sobre todo en condiciones de hacinamiento, mala higiene y manipulación de alimentos por personas infectadas. Georreferenciar nos permite además de tener los puntos espacial y correctamente posicionados, tener capas de información de diferente índole que pueden ser superpuestas a la hora de realizar las representaciones gráficas.
Objetivo: Analizar la distribución territorial de los casos de diarreas agudas por *Shigella* spp. según domicilio de residencia del paciente al momento del diagnostico. Caracterizar la zona donde viven estos pacientes.
Materiales y métodos: se realizó un estudio retrospectivo de diarreas agudas por *Shigella* spp. en pacientes atendidos desde el 1 de enero de 2011 hasta el 31 de diciembre de 2015. La distribución territorial se hizo a partir de las ubicaciones de los domicilios de los pacientes al momento de la detección. Dicho procedimiento se ejecutó buscando coordenadas planas en Google Map y convirtiéndolas a coordenadas geográficas, con el fin de ser procesado en QGis. Las capas de la Provincia de Santa Fe según distritos y radios censales fueron descargadas de la página oficial del IDESF (Instituto de Datos Espaciales de Santa Fe) y la información censal se trabajó desde REDATAM. Esta información se combinó con información censal considerando la variable "Calidad de conexión a servicios básicos (INCALSERV)", la cual refiere al tipo de instalaciones con que cuentan las viviendas para su saneamiento. Para la construcción de este indicador, se utilizaron las variables procedencia del agua y tipo de desagüe.
Resultados: Con respecto a la distribución territorial de los casos de diarreas agudas por *Shigella* spp. según domicilio del paciente no se observó ningún patrón de agrupamiento que sugiera una correlación espacial. De acuerdo a los mapas donde se grafican las capas según distritos y radios censales, respectivamente se observó que los casos de diarreas a *Shigellas* spp. se distribuyeron en la zona noroeste de la ciudad de Rosario y las localidades de Granadero Baigorria, Capitán Bermudez e Ibarlucea. Se observó además que la mayoría de los pacientes con casos confirmados vivían en zonas donde las viviendas no disponen de agua de red pública ni desagüe cloacal. Vivían además en condiciones de hacinamiento crítico (49 – 466).
Conclusiones: No se sugieren asociaciones espaciales. La persistencia a través de los años de diarreas agudas a *Shigella* spp. podría estar asociada a las malas condiciones de saneamiento que afectarían determinadas zonas en la viven familias de menores recursos socio económicos.

PE234 DIARREAS POR ROTAVIRUS

ME Vidal, F Ruiz, MJ Spoleti
Servicio de Bacteriología- Hospital de Niños Zona Norte- Rosarioo, Argentina.

Introducción: Rotavirus es la principal causa de diarrea severa en niños menores de 5 años, lo que lleva a la elevada morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Las infecciones por rotavirus ocurren durante todo el año tanto en climas templados como en climas tropicales y subtropicales, sin embargo, en los climas templados se ha observado una mayor prevalencia de rotavirus durante los meses más fríos del año.
Objetivo: Debido a que las diarreas por rotavirus representan un problema de salud pública, sobre todo en países subdesarrollados, se consideró necesario determinar la prevalencia de rotavirus en niños menores de 5 años atendidos en el Servicio de Bacteriología. Estudiar la distribución anual, etaria y por género. Evaluar la presencia de leucocitos.
Materiales y métodos: los años 2013, 2014 y 2015 se determinó la presencia de Rotavirus en materia fecal de 527 niños con diarrea aguda de 0 a 5 años. Se utilizaron técnicas inmunocromatograficas. Se consideraron los siguientes grupos para distribución etaria: menor a 1 año, 1 año, 2 años y de 3 a 5 años. Se evaluó la prevalencia anual y la distribución según el género. Los leucocitos se clasificaron en abundantes, regular cantidad y escasos, utilizando coloración azul de metileno.
Resultados: De los 527 pacientes estudiados el 28 % (137) presentó Rotavirus, 28 % (41) en el 2013, 33 % (50) en el 2014 y 20 % (46) en el 2015. La mayor incidencia ocurrió entre mayo y julio en el 2013, entre julio y agosto en el 2014 y en julio en el 2015. De los casos positivos el 68 % (93) fueron menores de un año. En el 85 % (116) de las muestras se observaron escasos leucocitos. Con respecto al género el 53 % (73) fueron niños y el 47 % (64) niñas.
Conclusiones: 28 % de los pacientes estudiados presentaron diarrea a Rotavirus sobre todo los niños menores de un año, con un claro predominio en invierno. La vacunación contra el rotavirus es prioritaria para poder disminuir el alto índice de morbilidad y mortalidad que ocasiona esta enfermedad. Es importante continuar con este estudio a fin de evaluar la prevalencia de Rotavirus en los 5 años posteriores a la inclusión de la vacuna como obligatoria en el calendario desde 2015.

PE235 INFECCIONES INTRAABDOMINALES SECUNDARIAS A PERITONITIS APENDICULAR EN PEDIATRÍA

P Canda, L Blanco, J Bellomo, M Murilla, I Cordido, A Di Diego, G Netri, R Casella, M Acerenza, F Garcia
Sanatorio Sagrado Corazon, Argentina.

Introducción: La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en pediatría. El adecuado conocimiento de la forma de presentación, las opciones de tratamiento, la etiología microbiológica y las complicaciones más habituales permiten una terapéutica integral disminuyendo días de internación, uso irracional de antibióticos y costos al sistema de salud.
Objetivo: describir la etiología, tratamiento y evolución de las infecciones intraabdominales secundarias a peritonitis apendicular (PA) en una población pediátrica.
Material y Métodos: revisión de las HC de los pacientes pediátricos internados por peritonitis apendicular de julio 2016 a febrero de 2017 en una sala de pediatría. Se tomaron como criterios de inclusión niños sanos de entre 1 y 14 años. Se describen microbiología, tratamiento quirúrgico-medico, evolución y complicaciones.
Resultados: Durante un período de 7 meses se registraron 49 casos de PA con un rango de edad de 2 a 14 años y un promedio de 8.7 años. El 63 % (n = 31) fueron de sexo masculino y el 37 % (n = 18) de sexo femenino. Como clínica al inicio de los síntomas el 100 % de los pacientes presento dolor, 65 % (n = 32) fiebre, 82 % (n = 40) vómitos y 33 % (n = 16) diarrea. El 6 % (n = 3) de los niños había recibido durante el mes previo ATB por cuadros virales. El cultivo de líquido peritoneal en este grupo fue polimicrobiano y el tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta la primera consulta fue en promedio de 3 días vs 2.1 días para el grupo que no había recibido ATB. El 61 % (n = 30) de los pacientes fueron operados por laparotomía dentro de este grupo la tasa de complicaciones fue del 30 % (n = 9) correspondiendo a infecciones de la herida quirúrgica(n = 7), colección intraabdominal (n = 1) y perforación intestinal(n = 1). El 39 % (n = 19) fueron operados por laparoscopía y presentaron complicaciones el 26 % (n = 5) correspondiendo a infección de herida quirúrgica (n = 1) y colección intraabdomminal (n = 4). El tratamiento empírico fue ampicilina sulbactam más gentamicina y el tiempo medio de internación 5 días siendo mayor en los casos que presentaron complicaciones. Los cultivos de líquidos peritoneales fueron polimicrobianos en el 85 % de los casos, en el 10 % se rescató *E.Coli* sensible a ampicilina sulbactam /gentamicina, en el 4 % *E.Coli* R a ampicilina sulbactam y en el 1 % se aisló *Pseudomona auriginosa*. El 80 % de los pacientes con IMC mayor a 25 presentó complicaciones vs el 3.6 % de los pacientes con IMC menor a 25.
Conclusiones: En nuestra población el uso de ampicilina sulbactam/ gentamicina resulto útil como tratamiento empírico de la PA al igual que en otras series reportadas en la bibliografía. En el grupo que había recibido ATB en el último mes el tiempo desde el inicio de síntomas hasta la primera consulta fue mayor. Los pacientes obesos presentaron más porcentaje de complicaciones. Creemos necesario destacar tanto la importancia de la atención primaria y la educación de la población en medidas de vida saludables como el uso adecuado de antibióticos en todos los niveles de atención. La vigilancia de los cultivos peritoneales nos permitió consolidar el esquema empírico y disminuir el uso irracional de ATB.

PE236 ENFERMEDAD POR ARAÑAZO DE GATO EN PEDIATRÍA: SERIE DE CASOS

XS Juárez, M Delgado, M Camiansqui, C Sáenz, P Glasman, ME Pasinovich, CI Echave, A Mónaco, P Dondoglio, AD Cancellara
Hospital Pedro de Elizalde, Argentina.

Introducción: La infección por *Bartonella henselae* (BH) adopta diversas formas clínicas en pediatría, generalmente causa adenitis de evolución subaguda, y en menor proporción síndrome febril prolongado con compromiso visceral-generalmente hepatoesplénico (CHE)- u ocular. La evolución es buena en inmunocompetentes, aún sin tratamiento.
Objetivos: Describir el espectro de entidades que causa BH en niños sanos y su evolución.
Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de los niños con diagnóstico de enfermedad por arañazo de gato (EAG) que se atendieron en el servicio de infectología desde el 1 de febrero del 2014 al 1 de septiembre del 2016.
Resultados: Presentaron infección por BH 45 niños. La edad en promedio fue de 7,2 años (1-16). El 51 % fueron varones. La forma más frecuente de presentación fue adenitis (73.3 % n = 33). En el 30 % la localización fue axilar, en 24 % cervical y 21 % inguinal. El 25 % restante presentó otras localizaciones: submandibular, preauricular, susupraclavicular, poplíteo. Dicha afectación tenía en promedio 34.4 días de evolución al diagnóstico. El 63 % de las adenitis se abscedó y sólo el 22 % tuvo fiebre en la evolución. Diez niños (22 %) tuvieron CHE, que se diagnosticó en el contexto de síndrome febril prolongado. Dos pacientes presentaron compromiso ocular (uno Síndrome de Parinaud y uno coriorretinitis). Requirieron internación 27 pacientes (60 %), durante una media de 12,2 días (rango 4 a 23). El diagnóstico se confirmó con serología por inmunofluoresecencia indirecta (IFI) con un punto de corte de 1/64. El 77.7 % recibió tratamiento antibiótico, el más usado fue trimetoprima-sulfametoxazol. Requirieron drenaje quirúrgico 6 pacientes con adenitis (18 %). La resolución del cuadro se produjo en promedio a los 39.1 días en las adenitis y a los 45 días en las formas viscerales. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre aquellos que recibieron tratamiento antibiótico y los que no. Tampoco hubo diferencias significativas entre los parámetros de laboratorio en las formas localizadas y sistémicas. En el 89 % se rescató el antecedente de contacto con gatos. Todos los pacientes curaron sin secuelas.
Conclusiones: La forma más frecuente de presentación fue la adenitis de localización axilar, seguida de cervical e inguinal. La mayoría recibió diversos esquemas de tratamiento antibiótico. La alta tasa de hospitalización se explica por la mala evolución con el tratamiento antibiótico ambulatorio en las formas localizadas y por la necesidad de ampliar estudios para descartar otros diagnósticos en ambas formas de presentación.

PE237 MANIFESTACIONES CUTÁNEAS DE TUBERCULOSIS: UNA FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN EN PEDIATRÍA

M De Bernardi, J Caccavo, P Scapellato, V Yernazian, A Marucco, M Rodriguez Brieschke
Hospital D. Francisco Santojanni, Argentina.

La tuberculosis en niños y adolescentes se presenta con síntomas variables, siendo las localizaciones más frecuentes la pulmonar y ganglionar. Las formas extrapulmonares representan el

15-20 % de las formas de tuberculosis. La tuberculosis cutánea (TC) es una presentación infrecuente de esta enfermedad. Presenta una gran variedad de formas clínicas que dependen de cómo llega el bacilo a la piel y del estado inmunológico del individuo. Principalmente es una tuberculosis de reactivación ya que la primoinfección cutánea es casi excepcional. Puede ser producto de la diseminación hematógena de micobacterias latentes, sin compromiso de los tejidos profundos, por contigüidad o inoculación directa en piel. A continuación, presentamos un caso clínico de un niño de 10 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia. Vacunas completas para la edad. Consulta por tumoración en región submaxilar derecha y occipital ipsilateral de 3 semanas de evolución. Con diagnóstico presuntivo de adenitis bacteriana supurada, se interna y se inicia tratamiento antibiótico. En la ecografía de la región se descarta adenitis y se informa como absceso subcutáneo. De los antecedentes, se rescata historia familiar de tuberculosis pericárdica. Se realiza PPD: 5mm. Eritrosedimentación: 22 mm/hora. VIH negativo. Rx del tórax: infiltrado intersticial a predominio derecho. Se toma muestra para observación directa y cultivo de gérmenes comunes y micobacterias. Tomografia axial computada de columna cérvico torácica y pulmón que informa fibrosis a nivel mediatinal derecho, sin otro dato positivo. Directo: Se observan bacilos ácido alcohol resistente. Cultivo: negativo para gérmenes comunes. Inició tratamiento con 3 drogas tuberculostáticas de 1ra línea. Con buena evolución clínica al mes de iniciado el tratamiento. Confirmación diagnóstica con cultivo positivo para complejo *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis cutánea representa menos del 5 % de las formas extrapulmonares de tuberculosis. Suele pasar desapercibida por mucho tiempo. Su diagnóstico debe ser considerado en aquellos pacientes que presenten lesiones en la piel, sin respuesta al tratamiento antibacteriano. Esta forma de tuberculosis puede ser con lesiones únicas o múltiples, de tamaño variable y su aparición no siempre es simultánea. La existencia de linfadenitis regional no se encuentra en todos los casos. Generalmente su desarrollo es insidioso e indoloro, con escasos signos inflamatorios locales. En los casos en los cuales se produce ulceración de la piel, con frecuencia se agrega una sobreinfección bacteriana. Esto debe tenerse presente, ya que puede desorientar al clínico respecto a la verdadera naturaleza etiológica del proceso. Es un desafío el diagnóstico y tratamiento temprano, debido al gran impacto epidemiológico que esta enfermedad conlleva. Por todo ello nos parece importante estar atentos a este tipo de presentaciones que pueden pasar inadvertidas si no se tiene un alto índice de sospecha.

PE238 PREVALENCIA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD POR *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* Y *Chlamydia psitacci* EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

M Cudmani[1], G Delgado[1], G Gonzalez[1], J Assa[2], M Luna[2], N Fernandez[3], N Cudmani[1]
[1] Laboratorio de Salud Pública, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología del Hospital del Niño Jesús, Argentina. [3] Servicio de Infectología del Hospital del Niño Jesús, Argentina.

Introducción: en la actualidad, las bacterias denominadas atípicas se consideran patógenos frecuentes causantes de gran número de neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), las que suelen manifestarse como leves o moderadas y que, en raras ocasiones, pueden cursar clínicamente hacia la gravedad y llevar a la muerte. En diferentes estudios *Mycoplasma pneumoniae* (Mp), *Chlamydia pneumoniae* (Cpn) y *Chlamydia psitacci* (Cps) son responsables de hasta un tercio de todos los casos de neumonía en la infancia, entre un 6-20 % en pacientes ambulatorios y hasta un 40 % en hospitalizados. Se presentan como únicos patógenos o participan en infecciones mixtas. El conocimiento de la prevalencia de estos microorganismos es importante a la hora de establecer la terapia antimicrobiana ya que, en la práctica diaria, en muchas oportunidades no se cuenta con la posibilidad de efectuar diagnóstico etiológico y por lo tanto se debe recurrir inicialmente a tratamientos empíricos. Estos se sustentan en la presunción de determinados microorganismos en base a las características epidemiológicas, clínicas, radiológicas o de laboratorio usualmente asociadas con ellos.
Objetivo: determinar la prevalencia de las NAC producidas por Mp, Cpn, Cps, en pacientes que presentan criterios de internación en una población pediátrica.
Materiales y métodos: estudio descriptivo de corte transversal. Período marzo 2016 a febrero de 2017. Se analizaron muestras de aspirados nasofaríngeos derivadas al Laboratorio de Salud Pública de la provincia que provenían de pacientes con cuadro clínico compatible con NAC internados en un hospital público pediátrico. Se utilizó para su traslado el medio de transporte UTM (Medio de Transporte Universal). Se realizó la extracción de ácidos nucleicos mediante columnas de extracción y posterior amplificación de ADN utilizando nested PCR con primers específicos para Mp (citoahesina p1), Cpn y Cps (ARN (ribosomal 16S) según protocolo de PCR recomendado por el Servicio de Bacteriología Clínica del INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Se utilizaron controles positivos provistos por dicha institución. A las muestras positivas se les realizó inmunofluorescencia directa para investigar infecciones mixtas con virus respiratorios.
Resultados: durante el período de estudio se procesaron 89 muestras, la media de edad fue de 5 años, con un rango de 0 a 16 años. Se obtuvo una prevalencia del 21,3 % (19/89): 16 Mp, 2 Cp, y 1 Cps. En 2 pacientes se documentó infecciones mixtas entre Mp y Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y en otro 1 Mp y Virus Parainfluenza (PI). Las 16 muestras restantes fueron negativas para estudios virológicos.
Conclusiones: de acuerdo a los resultados obtenidos, la neumonía atípica debería ser considerada en nuestro medio como un diagnóstico de sospecha inicial en la población pediátrica para la implementación posterior de una terapia antimicrobiana adecuada.

PE239 INFECCIONES POR *Staphyllococcus aureus* EN PEDIATRÍA

XS Juárez, M Delgado, C Sáenz, P Glasman, M Camiansqui, ME Pasinovich, CI Echave, A Mónaco, P Dondoglio, AD Cancellara
Hospital Pedro de Elizalde, Argentina.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de pacientes internados con infecciones por *Staphyllococcus aureus* (SA) en un hospital pediátrico.
Material y métodos: Estudio retrospectivo analítico y descriptivo. Se recolectaron los datos de la internación de las historias clínicas y se volcaron en una ficha destinada a tal fin. Los resultados se analizaron con Epi Info versión 7.2.
Resultados: Durante el período Enero 2016-Febrero 2017 se internaron 120 niños con infección documentada por SA. La mediana de edad fue de 24 meses (rango 1-204) y el 51.7 % fueron varones. Se rescató el antecedente de forunculosis familiar en el 15.8 % y personal en el 17.6 %. El 68.3 % fueron niños sanos. Las enfermedades subyacentes más frecuentes fueron cardiopatía congénita y enfermedad onco-hematológica. El 80 % de las infecciones tuvo origen en la comunidad. El 95 % de los pacientes presentó un foco único al ingreso, el más frecuente fue infección de piel y partes blandas (IPPB) en el 55.8 % de los casos, seguido por las infecciones osteoarticulares en el 18 %. Las restantes correspondieron a infecciones endovasculares y de sitio quirúrgico. La resistencia global a meticilina fue del 70 %; para las infecciones de la comunidad fue del 78.7 % y para las intrahospitalarias del 40 % con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,00603). En el 62,5 % (n = 15) de las infecciones adquiridas en el hospital (intrahospitalarias, IH) y en el 58 % de las comunitarias relacionadas al cuidado de la salud (RCS) se rescató SA meticilino sensible (SAMS). La resistencia a otros antibióticos fue baja: para clindamicina fue de 8,4 %, 10,8 % para eritromicina y 10 % para gentamicina. No se observó resistencia a trimetoprima-sulfametoxazol ni a vancomicina. El 37.5 % (n = 45) presentaron bacteriemia. Desarrollaron complicaciones el 21.6 % (n = 26) y éstas fueron más frecuentes aquellos con hemocultivos positivos con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,000057). Las complicación más frecuente fue la osteomielitis. La mediana de días de hospitalización fue de 14 (rango 3-75). El 35 % (n = 42) requirió cirugía. El 45.9 % (n = 39) de las infecciones producidas por SAMR y el 8.9 % (n = 3) de las causadas por SAMS requirieron drenaje quirúrgico, con una diferencia estadísticamente significativa (p = 0,000061). No hubo diferencias significativas entre SAMR y SAMS en la frecuencia de complicaciones, días de estadía hospitalaria ni ingreso a unidades de cuidados intensivos. Una paciente falleció (0.8 %) secundario a la infección diseminada por SAMR.
Conclusiones: La mayoría de los pacientes eran sanos y sin antecedentes de IPPB. El SAMR predomina en las infecciones provenientes de la comunidad; esto no ocurre en aquellas adquiridas en el ámbito hospitalario donde hay un leve predominio de infecciones causadas por SAMS. Los pacientes con bacteriemia tienen mayor riesgo de presentar complicaciones. Las infecciones por SAMR requieren drenaje con mayor frecuencia quelas producidad por SAMS. La clindamicina continúa siendo un antibiótico de primera línea para tratar infecciones por SA en nuestro medio.

PE240 MICROENCEFALIA Y SU ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN VIRUS ZIKA DURANTE EL EMBARAZO, UNA POTENCIAL AMENAZA

D Yahni[1], P Masi[2], MA Angiono[1], M Silva[2], MF Feler[3], C Siufi[3], D Pryluka[1], V Luppo[4], MA Morales[4]
[1] Grupo de trabajo en Infectologia, Hospital General de Agudos, Velez Sarsfield, CABA, Argentina. [2] Servicio de Neonatologia, Hospital General de Agudos, Velez Sarsfield, CABA, Argentina. [3] Servicio de Obstetricia, Hospital General de Agudos, Velez Sarsfield, CABA, Argentina. [4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH)"Dr. Julio I. Maiztegui" Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El ZIKA es un arbovirus (virus transmitidos por artrópodos) familia Flaviviridae. En los últimos años la infección por Virus ZIKA se ha expandido por varios países de latino América, en algunos de ellos, conformando verdaderas epidemia y demostrándose, además, la vía sexual como otra forma efectiva de trasmisión. Así mismo, se observó un incremento en los casos de alteraciones congénitas, justamente en países en donde hubo aumento en la circulación viral. La vinculación epidemiológica entre ZIKA y microcefalia se observó por primera vez en Brasil en 2015. También se habían reportado casos de microcefalia durante la epidemia de Zika registrada en la Polinesia Francesa en 2013. Se realizaron numerosos estudios para asociar estos dos fenómenos. En Argentina, durante 2016, se registró el primer caso de trasmisión local de virus zika por vía sexual, en la provincia de Córdoba, posteriormente tuvo lugar el primer brote de trasmisión vectorial en la provincia de Tucumán, con 25 casos, durante el mismo, se confirmó el primer caso de síndrome congénito asociado a la infección por virus ZIKA.
Caso clínico: Paciente Boliviana, de 26 años, cursando embarazo de 20 semanas, que en ecografía obstétrica de control se evidencian trastornos en el desarrollo del SNC. Se realizan estudios maternos, descartando infección por Dengue, Chagas, CMV, Toxoplasmosis, Sífilis, Herpes virus y Rubéola y anomalías genéticas. La paciente refiere que, cursando la semana 9 de embarazo y encontrándose en Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, presento episodio de erupción cutánea diseminada con edemas en manos y pies, que duró 48 hs, sin fiebre y sin consulta médica, dicho episodio no comprometió a ningún otro miembro de la familia. Se decidió iniciar estudios para flavivirus, se enviaron muestras al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH)"Dr. Julio I. Maiztegui" dando IgM ZIKA positiva (5.3). A las 38 semanas de gestación, se realiza cesárea electiva, RN (recién nacida) sexo femenino, peso 2.800 gr, 38 semanas, Apgar 9/10, perímetro cefálico 29 cm, talla 45cm, confirmando el diagnostico de microcefalia. En el centro de referencia, se realizan técnicas moleculares sobre muestras de sangre, orina y placenta, para virus ZIKA, siendo éstas negativas. Se repitió serología IgM ZIKA materna indeterminada (2.2) y RN positiva (5.03). La RN, evoluciona con parámetros vitales estables, se decide externación y control neurológico.
Conclusión: La circulación de virus ZIKA se ha incrementado en la región de Latinoamérica y el caribe, la infección esta determinada por un periodo febril, aunque el 20 % pueden no tener fiebre, se asocian a manifestaciones cutáneas y compromiso articular, no mayor a 2 semana y con restitución por completo. Sin embargo, la infección durante el embarazo, se asoció fuertemente con diferentes anomalías congénitas, fundamentalmente en el desarrollo del SNC, siendo la microcefalia la forma más severa. Hasta el momento, no habiendo tratamiento específico, ni vacuna activa, los sistemas de salud deben redoblar esfuerzos en el control vectorial y optimizar los mecanismos para el diagnóstico y seguimiento, en especial, durante el embarazo.

PE241 EMBARAZO ADOLESCENTE Y SÍFILIS: EN UNA POBLACIÓN VULNERABLE.¿COMO DEBEMOS ACTUAR?

M Barris[1 2], V Silenzi[1], A Conesa[1], J Daneri[2], L Figueras[2]
[1] Hospital Central" Dr Melchor Posse".San Isidro, Argentina. [2] Hospital Materno Infantil "Dr C Gianantonio". San Isidro, Argentina.

Introducción: Las consecuencias de la sífilis en el embarazo pueden ser desvastadoras sin un tratamiento adecuado. El seguimiento de las embarazadas y sus parejas es un desafío en nuestra práctica profesional. Sabemos que las condiciones socioeconómicas y educacionales desfavorables, sumado al inicio de la actividad sexual a edades tempranas, donde la planificación familiar es casi inexistente, conlleva al del riesgo de embarazo adolescente.
Objetivo: Caracterizar variables demográficas, clínicas y el acceso al testeo de las parejas sexuales, en una cohorte de adolescentes embarazadas con diagnóstico de sífilis asistidas en una Maternidad del Gran Buenos Aires.
Material y métodos: Diseño: estudio prospectivo observacional Lugar: Maternidad municipal que atiende aproximadamente 2000 partos anuales. Período: Diciembre 2013 a Diciembre 2016. Población: Gestantes con sífilis (VDRL positiva confirmada con una prueba treponémica), de 14 a 19 años de edad (definición de adolescencia según la OMS), derivadas a Infectología. A todas las pacientes se les facilito el testeo de forma rápida, para la/s pareja/s sexual/es. Análisis estadístico: las variables se analizaron con Microsoft Excel.
Resultados: Se diagnosticaron 119 embarazadas con sífilis, de las cuales casi el 40 % (47/119) pertenecía al grupo de adolescentes. La mediana de edad fue de 18 años (14-19). El 70 % completó la escuela primaria y menos del 10 % tenía estudios secundarios completos. Más del 60 % (29/47) de las adolescentes embarazadas iniciaron el control prenatal en el primer trimestre. El diagnóstico de sífilis fue confirmado en 36 % y 57 % durante el 1ro y 2do. trimestre respectivamente. Dos de ellas se presentaron a la consulta luego de un aborto espontáneo. Todas las pacientes fueron HIV negativas y 3 de ellas presentaban infección por trichomona y una por HPV. El título de VDRL (mediana) fue de 16 dils (1-256). En todos los casos presentaron un estadío latente. Todas las pacientes recibieron tratamiento según guías locales . El 20 % (10/47) abandonó el seguimiento. En el seguimiento post-tratamiento se detectaron 7/47 (15 %) casos de reinfecciones y/o fallo al tratamiento definidos como aumento de 2 diluciones en el título de VDRL. El 72 % de las adolescentes (34/47) refirió tener una pareja estable y el 60 % (28/47) concurrieron a un centro de salud para testearse, siendo el 57 % (16/28) positivos, de los cuales 2 no realizaron tratamiento indicado. En los casos definidos como re-infecciones (n = 7), la VDRL en las parejas sexuales fue positiva en 5, de los cuales se trataron sólo 3 y no concurrieron al control 2 de ellos.
Comentarios: En esta cohorte de gestantes con sífilis, casi la mitad son adolescentes, un tercio de ellas no tiene pareja estable, y menos del 10 % completan estudios secundarios. Fue posible realizar el testeo al 60 % de las parejas, similar a trabajos previos realizados en nuestro Hospital.
Creemos que es necesario un enfoque interdisciplinario, en el que tambien contemos con apoyo Social, para este subgrupo de embarazadas, que se presenta vulnerable y en el rango etario con mayor riesgo de contraer una infección de transmisión sexual.

PE242 COMPLICACIONES EN VARICELA DETERMINANTES DE INTERNACIÓN

MK Garcia, V Uriarte, JC Morales, SE Gonzalez Ayala, M Vinuesa, S Bastons, M Maydana
Hospital de Niños Sor Maria Ludovica, Argentina.

Introducción: La varicela fue una enfermedad endemoepidémica con epidemias cíclicas cada 3-5 años. La tasa de ataque secundario es > 80 % en susceptibles y la carga de enfermedad tiene impacto social y en el sistema de salud. Para los niños nacidos desde el 01 octubre 2013 la vacuna está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación en dosis única a los 15 meses.
Objetivo: Se presenta la frecuencia de las complicaciones y/o características del huésped que motivaron la internación.
Material y método. Estudio longitudinal prospectivo, observacional, directo de 2.607 niños ingresados por varicela con complicaciones en el Servicio Enfermedades Infecciosas, período 1998-2016.
Resultados: Varicela fue la primera causa de internación en la era prevacunal (1998-2014). La frecuencia porcentual en <12 meses fue 30 % (713/2.375) mientras que en el año 2015 fue de 16,1 % (24/149) y 8,4 % (7/83) en el año 2016.
En el período 1998-2014 el 8,3 % fueron niños inmunocomprometidos (enfermedad oncológica, reumatológica, Sida) y el 0,6 %, varicela pre/perinatal. La frecuencia porcentual de complicaciones por grupo de edad (años) fue; 0-4 (n = 1882): infecciones de piel y partes blandas, 33,3; escarlatina, 11,6; afectación del sistema nervioso central (SNC), 15,9; sepsis, 2,8; bacteriemia, 0,2; gastroenteritis, 2,4; púrpura trombocitopénica 1,1 ; 5-9 (n = 383), infecciones de piel y partes blandas, 42,3; neumonía, 12,5; escarlatina, 14,9; afectación SNC, 11,7; sepsis, 1,8; bacteriemia, 0,5; púrpura trombocitopénica 1,8; gastroenteritis, 0,5. En >10, (n = 110): infecciones de piel y partes blandas, 49,9; escarlatina, 11,8; afectación de SNC, 12,7; neumonía, 10,0. La letalidad global fue: 0,6 %; por grupo de edad: 0-4, 0, 6 %; 5-9, 0,9 %; y >10, 0 %. Considerando el año de transición por la introducción de la vacuna y el siguiente, el 3,0 % fueron inmunocomprometidos. La distribución por grupo de edad fue: 0-4 (n = 129); 5-9 (n = 92) y >10 (n = 11). La frecuencia de complicaciones/grupo de edad tuvo el mismo ordenamiento, pero no ocurrieron casos con sepsis, bacteriemia ni neumonía. Tampoco se registraron casos de varicela de transmisión vertical ni letalidad. La media de casos/año en la era prevacunal fue 140 y en los primeros 2 años de vacunación 116.

Comentario: La varicela fue una causa importante de morbilidad en <5 años, con alta carga en la internación en un servicio especializado. El costo/beneficio/efectividad de la estrategia de vacunación universal fue demostrado. La ley 14.285/2011 estableció la vacunación universal en la provincia de Buenos Aires (40 % de la población del país) que se implementó en el año 2012 de manera discontinua y sin impacto. Aunque deben aumentarse las coberturas vacunales, lo esperado es que continúe la reducción del número de casos.

PE243 PREVALENCIA DE ENFERMEDAD DE CHAGAS DETECTADO EN EMBARAZADAS SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD. INCIDENCIA DE ENFERMEDAD EN EL RECIÉN NACIDO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL MATERNO INFANTIL INTERZONAL 2016

MG Loizaga, RC Garcia, M Cepeda, M Ramadori, V Azqueta, A Rearte, A Guarino Barrutia, G Dagnino, A Ance, S Farias, D Rodriguez
HIEMI, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas se produce por la infección con el *Trypanosoma cruzi*. La prevalencia en embarazadas que se asisten en hospitales públicos varía entre un 3 % y un 17 % y se calcula que entre el 1 % y el 7 % de los hijos de madres con enfermedad de Chagas crónica, padecerán de infección congénita. Cuanto más temprano se inicie el tratamiento en los recién nacidos, mayor la probabilidad de eliminar el parásito, llegando tasas de curación del 100 %. Actualmente se cuenta con evidencia de que el tratamiento en niñas y mujeres en edad fértil disminuye la posibilidad de transmisión vertical.
Objetivos: Calcular la prevalencia de enfermedad de chagas en embarazadas sin antecedentes de la enfermedad. Calcular la incidencia de enfermedad de chagas en recién nacidos de madres diagnosticadas durante el embarazo. Describir las características de los recién nacidos con chagas congénito.
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo transversal. Se incluyeron a todas las embarazadas sin antecedentes de enfermedad de chagas, atendidas en un hospital público materno-infantil de referencia regional durante el año 2016. Se solicito serología para enfermedad de chagas a todas las embarazadas de más de 36 semanas de gestación, o aquellas con menos de 36 semanas pero con embarazo de riesgo, que no tuvieran antecedentes de enfermedad de chagas, atendidas en el hospital. Se realizo diagnostico serológico por ELISA y HAI en todas las muestras. Se consideró diagnóstico definitivo de chagas a aquella embarazada que tuviera serología positiva por ambos métodos diagnósticos.
A los recién nacidos de madre con diagnóstico de chagas, se les realizo 1 microhematocrito diario, durante 3 días. Se considero positivo a los niños con al menos 1 de los microhematocritos positivos. No se considero en este estudio la serología al niño a los 10 meses de vida, pudiendo esto dar lugar a una subestimación de la incidencia de esta enfermedad.
Resultados: Se estudiaron 5498 embarazadas sin antecedente de enfermedad de chagas durante el año 2016. La prevalencia de enfermedad, en el grupo estudiado fue del 0.93 % (51). La incidencia de chagas congénito en recién nacidos de madres recientemente diagnosticadas fue de 4 % (2 casos). Uno de los recién nacidos con chagas congénito fue asintomático, sin manifestaciones viscerales. Realizo tratamiento durante 60 días con Benznidazol. El segundo paciente nació prematuro, con hidrops fetal y falleció a los tres días de vida.
Conclusiones: Existe una importante proporción de mujeres embarazadas que desconocen tener enfermedad de chagas. La incidencia de enfermedad congénita fue similar a lo reportado en otros estudios. La transmisión congénita, y la morbilidad-mortalidad asociada a ella, justifican el esfuerzo necesario para detectar la infección por T. cruzi en las madres y sus bebes.

PE244 MENINGITIS POR *Leuconostoc* spp. EN RECIÉN NACIDO. REPORTE DE UN CASO

V Azqueta, G Loizaga, R Garcia, L Morvay, A Guarino Barrutia, A Rearte, M Cepeda, G Dagnino, N Parisi, A Ance, S Farias, D Rodriguez
HIEMI, Argentina.

Introducción: El género Leuconostoc, pertenece a la familia Streptococcaceae. Clásicamente considerado inocuo para la especie humana aunque en la actualidad se clasifica como patógeno oportunista emergente. La población pediátrica es especialmente vulnerable, sobre todo los recién nacidos prematuros, y los afectos de patología digestiva grave, como el síndrome de intesino corto.
Caso Clínico: Paciente de 4 días de vida que consulta por ictericia y rechazo al alimento de 18 horas de evolución. Embarazo controlado, nacido de término con peso adecuado para edad gestacional, apgar 9/10.Al ingreso paciente subfebril (37.7°C), ictericia en piel y mucosas, hiporeactivo, en posición de opistótonos con sensorio alternante, succión débil, fontanela normotensa. Se hospitaliza con diagnóstico presuntivo de Hiperbilirrubinemia sin incompatibilidad versus sepsis neonatal. Estudios complementarios: - Hemograma y hepatograma: leucocitos 24.900 cél/mm3 (NC:4 %, NS:78 %, L:10 %, M:6 %), hematocrito: 53 %, hemoglobina: 18.7 gr/dl, plaquetas: 299.000 cél/mm3, bilirrubina total: 183 mg/L predominio indirecta (178mg/L), glucemia:1.38 gr/dl - LCR: xantocrómico, hematíes 2 cél/mm3, leucocitos 1cel/mm3, glucosa 0.28 gr/L, proteínas 0.83 gr/L. - Hemocultivos X2 y urocultivo: negativos. - Cultivo de LCR: *Leuconostoc* spp. Sensibilidad intermedia a cefotaxima, sensible a ampicilina. - Ecografia abdominal, ecografía transfontanelar: dentro de límites normales. - Tac de cráneo: borramiento de surcos corticales con colapso parcial ventricular, signos compatibles con edema cerebral. - Se descartó inmunodeficiencia congénita. Tratamiento: Ampicilina 14 días, con evolución favorable. Hemocultivos y cultivo LCR control a 72 horas: negativos. Secuelas: A los 58 días de vida presentó episodios de convulsiones con diagnóstico de epilepsia secundaria se indicó tratamiento con ácido valproico y feniobarbital.
Discusión: El género Leuconostoc tiene una amplia distribución en la naturaleza, encontrándose en vegetales verdes y raíces, que son su nicho ecológico natural. Es utilizado en la producción de vinos, quesos, productos lácteos y azúcares. Es una Infección poco frecuente en niños. La mayoría de las publicaciones informan casos aislados, siendo la sepsis nosocomial la más frecuente, habiéndose aislado en infecciones del tracto urinario, neumonías, meningitis, abscesos, endocarditis, osteomielitis, etc. Existen varias especies patogénicas conocidas, siendo *L. mesenteroides* y *L. paramesenteroides* las más frecuentes en niños. En la mayoría de los casos los pacientes tenían alguna enfermedad de base o factor predisponente como: prematurez, desnutrición o inmunodeficiencia, catéter endovascular, uso previo de vancomicina, alimentación parenteral o enteral, síndrome de intestino corto, hemodiálisis o diálisis peritoneal. Se desconoce la vía por la cual Leuconostoc afecta a lactantes sanos.
Conclusión: *Leuconostoc* spp. es un patógeno poco frecuente que en la actualidad puede encontrarse en pacientes sin factor de riesgo alguno. Es importante su sospecha para realizar un diagnóstico precoz con un tratamiento oportuno.

PE245 PIOMIOSITIS EN PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

ME Pannunzio, ML Praino, C Carballo, A Medranda, S Schiavino, C Goncalves, S Esposto, C Vergara, C Campoverde, E Contreras, MM Contrini, EL López
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

Introducción: La piomiositis es causada principalmente por cocos gram positivos, siendo factores predisponentes el trauma muscular y las infecciones cutaneas. Dado que son escasas las publicaciones sobre esta patología en los últimos años, se decidio realizar un estudio en una institución pediátrica.
Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas, diagnóstico y manejo de la piomiositis en pediatría.
Materiales y métodos: Estudio prospectivo-analítico de los pacientes internados con diagnóstico de piomiositis en un hospital pediátrico entre 5/2016-3/2017. Se realizó el análisis con STATA V.13.
Resultados: Se identificaron 21 pacientes con una tasa de Hospitalización de 21.5/10.0000/año (IC 95 % 4.65- 71.43). Siendo, 1 paciente/2 semanas aproximadamente. La mediana de edad fue de 65 meses (rango 15-139), con una relación mujer: varón de 1,6: 1. El 90,4 % (19:21) presentaba algún factor predisponente: traumatismo cerrado 9/21 (42,2 %), el antecedente personal o familiar de forunculosis 8/21 (38 %), infección de piel y partes blandas 9.8 %. El retraso al diagnóstico tuvo una mediana de 3 días (rango 1 a 14). El compromiso más frecuente fue el de miembros inferiores con un 42,8 % (9/21) seguido por piomiositis en tronco (6/21; 28,5 %) y miembros superiores (5/21; 23,8 %). Los síntomas de presentación más frecuente fueron: fiebre 100 %, dolor local 81 %, tumefacción 57 % e impotencia funcional 52,4 %. El 57,14 % (12/21) de los pacientes presentaba otro foco comprometido por contigüidad al momento de la internación y el 9.5 % (2/21) impactos a distancia al ingreso. Al ingreso el 85,7 % de los pacientes mostró leucocitosis. La mediana de GB fue de 21.600 (rango 6.100 a 47.200). La PCR estuvo elevada en todos los pacientes con una media de 124 mg/L DS 96, siendo más elevada en los pacientes que tuvieron hemocultivos positivos, 98 DS 81 vs 206 DS 101 (p 0,02). De las 20 ecografías realizadas, 18 mostraron el diagnostico (90 %), mientras que las 2 restantes se llegó al diagnóstico por RMN. En un paciente el diagnóstico fue clínico- quirúrgico por síndrome

compartimental. Cuatro niños presentaron enfermedad complicada (2 sepsis severa y 2 impactos a distancia). Se obtuvo rescate microbiológico en 17 pacientes (80.9 %): 15 Staphylococcus aureus meticilino resistentes (SAMR) (71 %), y 2 Streptococcus pyogenes (14 %). Se presentó con bacteriemia el 23.8 % de los pacientes. Materiales: Purulento 11/21 (52.4 %), Purulento más HMC 4/21(19 %) y solo HMC 1 (4.8 %). El tratamiento empírico inicial fue dirigido frente a gérmenes gram positivos: % Clindamicina y %Vanco, % TMS, siendo no adecuado en 3 casos de SAMR resistente a clindamicina. El 81 % de los pacientes requirió drenaje quirúrgico. Se recuperaron 20/21 pacientes sin secuela. Ninguno falleció.
Conclusiones: La piomiositis representa una tasa de hospitalización de 21.4/10.000/año. Situaciones comunes como traumatismos o infecciones de piel representaron el 80 % de los factores predisponentes. El SAMR es el agente más frecuente en piomiositis (71 %). La tasa de bacteriemia fue de 23,8 % asociada a un mayor valor de PCR (p0.02). La ecografía resultó un adecuado método diagnóstico, identificando el 90 % de las lesiones.

PE246 PERICARDITIS AGUDA ASOCIADA AL VIRUS DE EPSTEIN BARR, EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO: UNA INUSUAL PRESENTACIÓN

E Anteliz, C Carballo, S Estévez, M Caetano, G Sheehan, ME Pannunzio, S Esposto, C Vergara, A Mistchenko, D Di Giovanni, C Cazes, EL López
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Argentina.

Introducción: La pericarditis aguda en pediatría es infrecuente, siendo la etiología viral la más común. Así mismo las complicaciones cardíacas causadas por la infección por virus de Epstein Barr (VEB) son excepcionales y generalmente se trata de una infección autolimitada en pacientes inmunocompetentes. Las manifestaciones cardíacas descriptas incluyen cambios electrocardiográficos no específicos, miocarditis y pericarditis; la asociación con el taponamiento cardíaco, es una presentación atípica y no se ha reportado en pacientes pediátricos, lo que motiva su presentación.
Resumen clínico: Se describe el caso de un niño de 7 años con antecedente de cardiopatía resuelta a los 18 meses de vida que se encontraba en seguimiento cardiológico por presentar los últimos tres meses episodios de síncopes. Ingresa febril, en contexto de catarro de vía aérea superior, con descompensación cardíaca. Se constata un taponamiento pericárdico con derrame pleural bilateral por lo que se realiza, de urgencia, pericardiocentesis y toracocentesis. Se extraen 600ml de líquido seroso. Dentro de las muestras solicitadas se incluye PCR VEB en líquido pericárdico y pleural que resultan positivas. En sangre presenta IgG VCA y EBNA positivos como marcadores de infección pasada. En este contexto se solicita, en la anatomía patológica de pericardio, hibridización para VEB, EBERS, con resultado positivo, con lo que se arriba al diagnóstico de taponamiento pericárdico por VEB. Se descartó oportunamente inmunodeficiencia. El paciente requirió tratamiento con inotrópicos y oxido nítrico durante 29 días, ARM durante 24 días y hemofiltración durante 4 días; recibió el alta a los 45 días con buena evolución clínica.
Discusión: La pericarditis y el taponamiento cardíaco responden a diversas etiologías en edad pediátrica, entre ellas se destacan las infecciosas, idiopáticas, síndrome post pericardiotomía, traumáticas, colagenopatías, fármacos y las neoplasias entre otras. El diagnóstico del caso se realizó en base a los antecedentes, examen físico, pruebas de laboratorio y el estudio histopatológico mediante la técnica de hibridación del tejido pericárdico para el virus de Epstein-Barr, EBERS. Asimismo, se descartaron otras etiologías: virales (PCR en plasma para CMV, adenovirus, enterovirus, picornavirus y mycoplasma negativos y líquido pleural para enterovirus, influenza A y B, parainfluenza y mycoplama negativos), HIV negativo; bacterianas (HMC y Cultivo líquido pericárdico negativos) y micobacterias (PCR TBC y cultivo purulento para micobacterias negativos, PPD 0).
Conclusiones: La pericarditis viral, especialmente debida al VEB, resulta de difícil diagnóstico en edad pediátrica, por lo que, en muchos casos, se asumen como idiopáticas. El estudio del líquido pericárdico mediante PCR viral, así como el aporte de la anatomía patológica, resultan fundamentales para arribar a un diagnóstico preciso. El VEB debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pericarditis y el líquido pericárdico debe examinarse mediante análisis de PCR. Palabras claves: Pericarditis por VEB, EBERS.

PE247 PARASITOSIS INTESTINALES EN POBLACIONES INFANTILES EN UN ZONA PERIFÉRICA

LE Kozubsky, ME Costas, F Canales, PN Magistrello, M Cardozo, M Avellaneda
Facultad de Ciencias Exactas UNLP, Argentina.

Introducción: Las parasitosis intestinales son particularmente prevalentes en poblaciones infantiles con diversas manifestaciones clínicas.
Objetivo: Estudiar el comportamiento de las parasitosis intestinales en una población infantil periférica de la ciudad de La Plata.
Materiales y métodos: Se analizaron muestras de heces e hisopados anales seriados de poblaciones infantiles de ambos sexos (1 a 14 años) de la periferia de La Plata asistentes a un jardín de infantes y sus hermanos, en 2009 (n = 88), 2011 (n = 70), 2014 (n = 27), 2015 (n = 57), 2016 (n = 45). El 100 % tenía agua corriente y el 14 % cloacas. Los estudios fueron acompañados con talleres de prevención y educación con padres y docentes. Para el análisis de las muestras fecales se efectuaron métodos de enriquecimiento por sedimentación y flotación. Se realizó la prueba de X2 para comparación de proporaciones utilizando el paquete de programas R con Intervalo de Confianza de 95 %.
Resultados: Los porcentajes respectivos de parasitados en cada año fueron: 63,6 %; 51,4 %; 29,6 %; 71,9 % y 60,0 %. Efectuando el análisis estadísticos entre los hallazgos de distintos años, se encontró que entre 2009 y 2014 hubo descenso significativo ($p<0,05$) y un ascenso significativo entre 2014 y 2015, y una variación no significativa entre 2015 y 2016. Globalmente entre los años extremos no hubo diferencias significativas. El parásito prevalente fue *Blastocystis* spp. con un promedio global de 31 %. Los porcentajes interanuales fueron fluctuantes con y sin diferencias significativas. Entre otros parásitos se hallaron en promedios generales *Giardia lamblia* (29 %) y *Enterobius vermicularis* (28,9 %).
Conclusiones: A pesar de las actividades de prevención, las parasitosis intestinales siguen teniendo una alta prevalencia. Algún descenso observado podría deberse a las intervenciones educativas e implementación de desparasitaciones, pero persistiendo las deficiencias sanitarias y los inadecuados hábitos higiénicos, es dificultosa su erradicación.

PE248 SÍFILIS CONGÉNITA Y ADQUIRIDA. SEGUIMIENTO DE 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

C Vergara, G Moscatelli, C Carballo, FM Ferolla, S Moroni, C Cazes, N Gonzalez, G Ballerin, M Grobaporto, ML Praino, EL Lopez, J Altcheh
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: La sífilis es una patología antigua, que aún hoy tiene una alta incidencia, a pesar de su tratamiento económico y de fácil acceso.
Objetivos: Describir la clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y describir la cinética de anticuerpos como marcador de respuesta terapéutica.
Diseño: Estudio retrospectivo, analítico, observacional desde 01/2006 a 06/2016.
Resultados: Se registraron 28 pacientes (ptes), 18 con sífilis congénita (SC) y 10 con sífilis adquirida (SA). SC: La mediana (m) de edad 2m, rango intercuartilo (RI) 2-23m, sexo: relación m/f 2.6/1.Datos madre: edad: (m) 20 años, RI(20-34). Ninguna tuvo un adecuado control prenatal, 16 tuvieron parto institucional, 1 pte fue adoptado. Clínica al nacimiento: asintomático 11(61 %) Prematuro 3(16 %), BPEG 2(11 %), hiperbilirruibinemia 2(11 %), BPEG + hiperbilirruibinemia 1(5 %), fisura palatina 1(5 %). Clínica al diagnóstico: compromiso óseo 10(55 %), lesión en piel 7(38 %), hepatoesplenomegalia 6(33 %), fiebre 4(22 %),dolor y claudicación de la marcha 4(22 %), hematuria 3(16 %), pseudoparálisis de Parrot 2(11 %), desnutrición 2(11 %), rinorrea 2(11 %), petequias 1(5 %), dientes de Hutchinson 1(5 %), ictericia 1(5 %), adenopatías 1(5 %), pericarditis 1(5 %). Laboratorio: Hemograma: leucocitosis 7(38 %), anemia 6(33 %), plaquetopenia 3(16 %).Orina: hematuria 3(16 %), proteinuria 2(11 %), leucocituria 1(5 %), Piocitos 1(5 %). Serologías: Todas las madres presentaron RPR (+), 18/18 (100 %) niños presentaron RPR en suero (+), TPHA plasmática 15/18(83 %) (+), 2/8 (25 %) niños presentaron prueba no treponémicas (+) en LCR. Serologías (RPR) pareadas madre/hijo al momento del diagnóstico: 8(57 %) > 4 veces, 4(29 %) > 2 veces, 2 (14 %) < que el de la madre. Tratamiento: Todos recibieron penicilina. 3(16 %) presentaron Reacción de Jarish-Herxheimer, se observó caída significativa de los títulos en 4 dls a los 3 meses en 10/11 (90 %, $p<0.01$). SA: 10 ptes, (m) de edad al diagnóstico fue 60 m (RI 21-204), sexo: 1/1. En todos se descartó abuso sexual a través del comité de maltrato, los > de 17 años (4) adquirieron sífilis por relaciones sexuales. Clínica en (SA): lesiones en piel 10 (100 %), lesiones perianales 8 (80 %), lesiones orales 3 (30 %), compromiso óseo 1(10 %). Tratamiento: todos penicilina parenteral. Negativización anticuerpos (SA):2/5 (40 %) a 6 m, 3/4 (75 %) 9 m.
Conclusiones: (SC): La totalidad de las madres de nuestros ptes no se controló el embarazo, el 61 % nacieron asintomáticos, el compromiso óseo fue el signo más característico en un 55 %. Un resultado inferior en las muestras pareadas madre e hijo no descarta el diagnóstico, hubo caída de los títulos en 4 dls a los 3 meses 90 % en la cinética de anticuerpos como marcador de

respuesta terapéutica, no se observó negativización de la TPHA en el seguimiento, no hubo recaídas, no hubo modificación en el tratamiento en los ptes que tenían serologías positivas en el LCR. (SA): Las lesiones en piel fueron el signo más frecuente, la negativización de los anticuerpos fue más tardía que (SC), no hubo recaída ni reacciones adversas con el esquema antibiótico utilizado.

PE249 CORIORRETINITIS TUBERCULOSA EN PEDIATRÍA... ¿UNA PATOLOGÍA QUE EXISTE?. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

S Neyro, A Toledano, MC Cerqueiro, I Squassi
Hospital de Niños Dr Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel mundial. En nuestro país las tasas permanecen estables con tendencia leve al ascenso (2015: 24.8/100.000). La TB miliar (M) representa el 3,6 % de los casos en nuestra serie. Ésta se produce por la diseminación linfo-hemática del bacilo a partir de un foco primario hacia el pulmón y otros órganos. Ante pacientes con TBM es fundamental descartar localizaciones extrapulmonares (XP), las cuales están presentes en más del 60 % de los casos. La coriorretinitis es excepcional
Resumen clínico y exámenes complementarios: Caso 1: Sexo femenino (SF), 13 años, Síndrome (Sme) de Down. Internación 4 meses antes por neumonía (NMN). Consulta por sme febril prolongado (45 días de evolución). Se realiza PPD:0mm; serologías (toxoplasmosis, VDRL, HB AgS, CMV, Mycoplasma, Bartonella, HIV, EBV) negativas(neg).Cultivos de sangre y orina, ASTO, FAN, FR: neg. Rx tórax informe normal, TAC tórax (Tx), abdomen (Abd) y pelvis preinforme normal. Es derivada para evaluación por hematología y reumatología. Se interna en regular estado general, febril, con leve taquipnea, rales subcrepitantes diseminados. Laboratorio normal con PCR 92mg/L, ESD 48mm/1°hs. Se revaloran imágenes: patrón pulmonar bilateral reticulonodulillar compatible con TBM. Se completan estudios para descartar enfermedad XP: citoquímico LCR:158 cel/mm^3 (58 % PMN), glu:30 mg/dl (Glucemia:84), prot:42mg/dl; cultivos y PCR para TBC:LCR, sangre y contenidos gástricos (CG) neg; PCR TB en orina positiva, cultivo neg. Catastro negativo. Inicia tratamiento (tto) con 4 drogas y corticoides. Egresa afebril, sin efectos adversos. A los 4 meses reingresa por Sme febril inespecífico y autolimitado. TAC Tx mejorada con calcificaciones mediastinales; Abd:calcificaciones esplénicas; fondo de ojo (FO): imágenes puntiformes planas, periféricas bilaterales compatibles con coriorretinitis TB cicatrizal. Se realizan retinografía y tomografía de coherencia óptica: sin secuela en la visión. Diagnóstico(Dg): TBM con compromiso pulmonar, meníngeo, esplénico y oftálmico. **Caso 2:** SF, 4 meses de edad, consulta y se interna por NMN persistente, fiebre y dificultad respiratoria progresiva. Antecedente: 2 internaciones por NMN sin resolución radiológica. Se sospecha TB pulmonar por lo que se solicita: PPD:0mm, TAC Tx: patrón miliar, condensación basal posterior, adenopatías mediastinales. Se confirma por cultivo y PCR positivos de CG.VIH neg. Inicia tto con 4 drogas que continúa en la actualidad. Ante diagnóstico de TBM se descartan focos XP. FO: lesión perinodular en ojo izquierdo y lesión hipopigmentada en ojo derecho, compatibles con coriorretinitis activa. Catastro: madre TB pulmonar cavitaria. Hermanos (11 y 9 años) sanos, inician quimioprofilaxis(QMP). Dg:TBM con compromiso oftálmico.
Conclusión: La TB es una enfermedad proteifome en pediatría y debe sospecharse ante cuadros insidiosos que no responden al tto habitual. Ante la sospecha de TBM es imperioso descartar focos XP precozmente (incluyendo el oftálmico), ya que el dg temprano cambia el pronóstico y sus secuelas. El dg precoz del enfermo bacilífero y la QMP oportuna puede evitar que nuestros niños enfermen.

PE250 EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE BACTERIEMIA EN NIÑOS CON INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

ES Highton, SO Mussini, CA Cedillo, IN Sormani, GU Pérez, AD Isasmendi, JO Pinheiro, VA Reijtman, MO Taicz, AL Mastroianni, EV García, MA Rosanova
Hospital de Pediatría JP Garrahan, Argentina.

Introducción: Las infecciones osteoarticulares en pediatría son una importante causa de morbilidad. La prevalencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad, el uso de técnicas moleculares de diagnóstico y el uso universal de nuevas vacunas ha modificado la epidemiologia de estas infecciones en las últimas décadas.
Objetivos: Describir las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los niños con infecciones osteoarticulares provenientes de la comunidad. Comparar las características de los pacientes con bacteriemia (B) vs los que no la presentaron.
Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron pacientes menores de 18 años, admitidos en un hospital pediátrico de tercer nivel de atención desde 01/01/2016 al 31/12/2016 con sospecha de infección osteoarticular en los que se realizó procedimiento diagnóstico (biopsia y/ o artrocentesis). Se excluyeron los niños con antecedente reciente de internación, patología osteoarticular previa y/o inmunocompromiso. Se resumieron las variables continuas en mediana y rango intercuartilo (RIC) y las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se compararon las características clínicas y de laboratorio de los pacientes en el momento de la internación según tuvieran B o no. Se consideró estadísticamente significativo p<0.05. Se utilizó Stata 13.
Resultados: N = 62. La mediana de edad fue 59.5 meses (RIC 24-84). 34 pacientes eran de sexo masculino (55 %). Tenían al momento de la internación una mediana de 3 días de evolución (RIC 1-6). Habían presentado fiebre 44 pacientes (70 %). Al ingreso presentaban una mediana de 13.000 glóbulos blancos (RIC 10.400-16.600), proteína C reactiva 47 U/L (RIC 19-100) y eritrosedimentación 71 mm/H (RID 44-93). Predominaron las artritis (54 pacientes, 87 %). Se identificó un agente etiológico en 26 pacientes (42 %). Tuvieron bacteriemia 15 de ellos (24 %). Se identificó *Staphylococcus aureus* en 19 pacientes (31 %), siendo 14 resistentes a la meticilina y 5 sensibles. Además se documentó 1 caso de *Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Kingella sp, Moraxella sp, Pseudomonas aeruginosa y Neisseria meningitidis* respectivamente. Un paciente presentó coinfección *Streptococcus pyogenes y S. aureus*. Recibieron clindamicina como tratamiento empírico 56 pacientes (90 %), vancomicina 3 (4.8 %), ceftriaxona 2 (3 %) y uno de ellos no recibió tratamiento antibiótico empírico. La mediana de tratamiento endovenoso fue 7 días (RIC 5-11).La mediana de internación fue 7 días (RIC 4-12). Solo 1 paciente (2 %) presentó alguna complicación en la evaluación a 3 meses (fractura patológica). Los pacientes con B tuvieron menor edad (26 meses vs 60, p<0.05), mayor valor de proteína C reactiva inicial (101 vs 33 U/L, p <0.05) y mayor frecuencia de fiebre (100 % vs 57 %, p <0.05).
Conclusiones: En esta cohorte de niños con infecciones osteoarticulares predominaron ampliamente las infecciones por SAMR. Los niños con B tuvieron menor edad, mayor valor de Proteína C reactiva y más frecuentemente fiebre.

PE251 TUBERCULOSIS PLEURAL EN PEDIATRÍA. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

S Neyro[1], I Squassi[1], D Alvarez[2], P Garrido[1], A Martinez Burkett[1], A Caratozzolo[1], M Medin[1], MC Cerqueiro[1]
[1] Hospital de Niños Dr Ricardo Gutiérrez, CABA, Argentina. [2] Hospital Zonal "Virgen del Carmen", Zárate, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis (TB) es un problema sanitario a nivel mundial. En Argentina las tasas de notificación para el año 2015 permanecen relativamente estables respecto de años previos, pero con una leve tendencia al ascenso (2015: 24.8/100.000 habitantes). La TB pleural (TP) es la forma más frecuente de presentación de TB extrapulmonar (XP), seguida de la forma ganglionar periférica. En nuestro servicio la TP representa el 35 % de las formas XP.
Objetivo: Describir el comportamiento clínico-epidemiológico de los casos de TP en menores de 18 años, confirmados (por aislamiento del bacilo o histología compatible) y asistidos en nuestro centro.
Materiales y métodos: Análisis retrospectivo, descriptivo de las historias clínicas de los pacientes (ptes) con diagnóstico de TP confirmada asistidos en un centro pediátrico de 3° nivel entre los años 2006 y 2015. Análisis estadístico: Epi Info 7®
Resultados: Se diagnosticaron 965 casos de TB, 245 presentaban formas XP siendo 86 (35 %) TP. Se confirmaron 60 ptes (70 %): 57 % varones, 82 % del área metropolitana, edad media 11 años (rango[r] 0,9-18), 87 % eutróficos, 17 % con comorbilidades (inmunosupresión 9 %, desnutrición grave 3 %, respiratorias 3 %). El foco de contagio se confirmó en 29 % y sospechó en 24 %; 79 % convivientes. El 3 % recibió prevención incompleta, el 100 % BCGeizados, 44 % PPD reactiva inicial. El tiempo medio de evolución de los síntomas al inicio del tratamiento (Tto) 45,7 días (d) (r: 3-210) El 91 % recibió antibióticos previos. Sintomatología más frecuente: fiebre (77 %), tos/obstrucción bronquial (62 %), dolor pleurítico (45 %), pérdida de peso (25 %) y disnea (22 %). Las imágenes permitieron objetivar lesión pulmonar concomitante (neumonía 24, cavidad 5, miliar 1 y neumotórax 5). El derrame fue masivo en el 21 % de los casos, moderado el 39 % y mínimo el 40 %. Características del citoquímico de 43 líquidos pleurales (LP) analizados (en promedio): pH 7.25, proteínas 5,3g/dl, glucosa 62mg %, LDH 1225UI/L, células 2248/mm3, predominio mononuclear 81 %. La media de VSG 63mm/h, leucocitos 8950/mm3, hematocrito35 %. Se confirmó desarrollo de *Mycobacterium TB* en cultivos de 37 ptes (LP 21, muestras respiratorias 16). Se obtuvo PCR para TB positiva en 23/43 muestras analizadas e histología compatible en las 30/30 biopsias pleurales. Todos iniciaron tto antiTB previo a la confirmación diagnóstica. Media de tiempo de internación 19,2d (r:5-87), requerimiento de cuidados intensivos en el 13 %, uso de corticoides en 10 %, drenaje 51 % (promedio 5d), decorticación 22 %. Se observó toxicidad en 23 % de los casos. Un pte falleció; 10 ptes se derivaron para completar tratamiento en centros cercanos a su domicilio; 2 ptes abandonaron; 46 ptes curaron; 1 pte continúa en seguimiento.

Conclusiones: La TB siempre debe ser considerada entre los diagnósticos posibles frente a derrames pleurales de evolución subaguda. Ante un procedimiento invasivo es fundamental enviar material obtenido a cultivo de micobacterias, siendo además perentorio estudiar también las secreciones respiratorias. La TP es una enfermedad de presentación proteiforme, pero de buen pronóstico (aún con diagnóstico tardío).

PE252 TOXOPLASMOSIS CONGÉNITA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

M Delgado, XS Juárez, A Mónaco, C Echave, M Camiansqui, C Saenz, P Glasman, M Pasinovich, P Dondoglio, A Cancellara
Hospital de Niños Dr. Pedro de Elizalde, Argentina.

Introducción: La toxoplasmosis es una de las parasitosis más frecuentes en el ser humano. En Argentina la seroprevalencia en embarazadas es variable (hasta 50 % en algunas regiones). La prevalencia de toxoplasmosis congénita en América Latina es de 1/1000 recién nacidos vivos, lo que implicaría que en nuestro país nacen 6.900 niños con toxoplasmosis congénita al año.
Objetivos: Describir las características clínicas, de laboratorio y seguimiento de niños con diagnóstico de toxoplasmosis congénita que se asistieron en el servicio de infectología en el periodo enero 2011- enero 2017.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico. Se recolectaron los datos desde las historias clínicas de consultorio y se volcaron en una ficha confeccionada para tal fin.
Resultados: Presentaron diagnóstico de toxoplasmosis congénita 22 niños, con una relación mujer: varón de 1,2:1. La mediana de edad a la consulta fue de 183 días (6,1 meses). Se realizó diagnóstico de toxoplasmosis durante el embarazo en 12 pacientes. Presentaron serologías negativas 4 y no se realizaron estudios en 6. El seguimiento fue adecuado -serologías en cada trimestre- en 4 de ellas. Solo 3 recibieron tratamiento. 3/4 embarazadas seguidas con Hemaglutinación Indirecta tuvieron resultados negativos. El 90 % (N = 20) de los niños nacieron a término. Ninguno nació gravemente afectado ni requirió internación en el periodo neonatal, 2 presentaron examen físico patológico al nacer (microcefalia). En los estudios serológicos de los niños se observó IgM positiva en 6/15, IgG positiva en 21/21. En 16/22 se realizó IgG pareada madre/ hijo, 4 presentaron títulos superiores a los de la madre. En 1 paciente el diagnóstico fue por seroconversión materna en el embarazo y clínica compatible en el niño. Se constató compromiso oftalmológico 13/21 niños (coriorretinitis y vitreítis) con compromiso de sistema nervioso central (SNC) en 63 % de los pacientes (N = 14). El diagnóstico de éste último fue por ecografía en 11 y tomografía axial computada (TAC) en 3. En el 36 % (N = 8) el compromiso fue simultáneo. Los hallazgos ecográficos fueron: calcificaciones y perivasculitis de vasos lenticulares. En TAC fueron: calcificaciones y atrofia cortical. Iniciaron tratamiento 19 niños, con una mediana de edad de inicio de 94 días de vida (3 meses, rango 8 a 337 días), 3 no se trataron por diagnóstico tardío. Solo 1 presentó efectos adversos al tratamiento (cristaluria reversible). Evolucionaron con secuelas el 68 % (N = 15) de los pacientes: lesión ocular cicatrizal en 12, compromiso neurológico en 7 y microcefalia en 3.
Conclusiones: En esta serie de casos se observó un alto porcentaje de embarazos con inadecuado control y seguimiento para toxoplasmosis. HAI no constituye un método diagnostico de elección para el diagnóstico y seguimiento de la toxoplasmosis en el embarazo. Se observó una importante demora en la detección y derivación de los pacientes pediátricos al especialista. La IgM negativa no descartó infección congénita en los niños, tampoco los títulos menores de IgG en el niño comparado con su madre. Un alto porcentaje de pacientes evolucionó con secuelas a pesar del tratamiento.

PE253 INFECCIÓN POR *Clostridium difficile*. ESTUDIO DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD

ML Maldonado, S Gómez, MT Rosanova, G Perez, C Hernández, MR Litterio
Hospital de Pediatria Garrahan, Argentina.

Introducción: La infección por *C. difficile* (ICD) en niños es reportada con poca frecuencia aunque algunos estudios han demostrado que ha ido en aumento en pediatría.
Objetivo: Conocer la epidemiología y los factores de riesgo de ICD asociados a la población pediátrica de nuestro hospital.
Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de la población con ICD en un hospital de pediatría de alta complejidad. En el período junio 2016-febrero 2017 se procesaron 1267 materias fecales (MF) para detección de Toxinas A/B (AB) de CD. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, estado, enfermedad de base (EB), tiempo de internación, presencia de neutropenia (NTP), cirugía abdominal previa (CxAb), internación previa, tratamiento antibiótico(ATB) previo, quimioterapia (QMT), presentación, co-infecciones, tratamiento y evolución.
Resultados: Se detectaron 38 MF AB (+) en 32 pacientes, 72 % de sexo masculino. La distribución en edades fue: 1-2a (8) , 3-4a (2), 5-6a (5), 7-8a (5), 9-10a (6), 11-12a (1) y ≥13a (5). EB presente: 19 LLA, 4 enfermedades no tumorales, 3 tumores de las extremidades, 2 tumores abdominales, 2 LMA, 1 tumor del SNC. 1 paciente no presentó EB. Sólo 4 presentaron CxAb. Al diagnóstico, 22/38 MF correspondieron a pacientes internados. De los ambulatorios examinados 15 (94 %) tuvieron internación previa en los 30 días anteriores al diagnóstico. La media de internación fue de 39 días (2-150 días). El 26 % de los pacientes presentó NTP y un 60.5 % habían recibido o estaban recibiendo QMT. En el 84 % de los episodios de ICD recibieron ATB en las 8 semanas previas: meropenem (42 %), piperacilina-tazobactama (37 %), vancomicina (VAN) y amikacina (32 %), metronidazol (MTZ) (18 %), cefalosporinas III (16 %), trimetoprima sulfametoxazol (13 %), ciprofloxacina (8 %) y otros en menor proporción. El 71 % de los pacientes recibió más de un ATB. La presentaciones fueron leves (63 %) y moderadas o graves (10.5 %). Hubo un 16 % de recurrencias. El tratamiento de elección fue MTZ 30 mg/kg/día VO 14 días para las presentaciones leves y moderadas y se sumó VAN 40 mg/kg/día VO 14 días para las graves y las recurrencias. Las evoluciones fueron buenas a excepción de 1 óbito relacionado a la EB. Dos pacientes presentaron co-infecciones con *Campylobacter jejuni y Giardia* sp.
Conclusiones: La mayoría de los casos fueron en varones a diferencia de las ICD en adultos. La ICD presentó una distribución bimodal con un incremento entre 1a-2a y otro entre 5a-10a de edad. Casi un 66 % de los pacientes presentó algún tipo de tumor hematopoyético mientras que un 19 % tenía tumores sólidos. Un 12.5 % presentó patologías no tumorales. El uso de ATB, la internación previa, la estadía prolongada y la QMT fueron los factores más frecuentes. La mayoría de las presentaciones fueron leves. El porcentaje de recurrencia fue menor al esperado Diversos estudios refieren un aumento de los casos de ICD adquiridos en la comunidad. En nuestro caso sólo pudo detectarse un paciente sin EB, internación previa ni factor de riesgo asociado. Más estudios son importantes para comenzar a definir la epidemiología de las ICD en nuestro establecimiento.

PE254 SÍFILIS CONGÉNITA. PROGRAMA DE PESQUISA PERINATAL EN LA CLÍNICA Y MATERNIDAD SUIZO ARGENTINA

L Vazquez, S Anhel, V Parenti, A Pedraza
Clinica y Maternidad Suizo Argentina, Argentina.

Introducción: La sífilis gestacional sin tratamiento puede ocasionar entre el 50-85 % de afectación fetal (aborto, muerte fetal y neonatal, parto prematuro, bajo peso e infección congénita). Esta infección, es prevenible con adecuado control prenatal. A pesar de que la gran mayoría de nuestros recién nacidos son producto de embarazos controlados, teniendo en cuenta la alta prevalencia de sífilis en la población general, y siguiendo con las recomendaciones del MSAL desarrollamos un programa de pesquisa perinatal cuyos resultados vamos a comunicar.
Material y Métodos: Desarrollamos en conjunto con el servicio de hemoterapia (H) un programa de control perinatal de sífilis. En toda mujer que se interna para un parto, los técnicos de H realizan una toma de sangre para grupo, factor y bajo este programa se incluyó también la realización de un test no treponémico cualitativo (TNTc). En caso de ser positivo, se realiza un Test Treponémico, prueba rápida (TTPR), dentro de las 24 horas de la toma de la muestra de sangre. Todo resultado positivo se informa inmediatamente por mail al Servicio de Neonatología e Infectología.
Resultados: Durante el año 2016, nacieron 7198 niños, y se realizaron 7047 determinaciones de TNTc, que representa el 98 % de los nacimientos. La incidencia de Sífilis durante el embarazo fue del 1 ‰, RN evaluados (7/7047). Tuvimos 34 TNTc reactivos (0.48 % de los RN evaluados). • Falsos positivos de TNTc: 20/34 (58 %). • TTPR positiva: 16/34 (47 %). o Falsos positivos: 14 %, 2 casos confirmado por VDRL cuantitativa y FTA-ABS neg. o Sífilis durante el embarazo: 50 % (7/14), 2 casos fueron detectados en el puerperio. o Sífilis previa al actual embarazo: 50 % (7/14). Sólo 3 pacientes RN, recibieron tratamiento antibiótico (penicilina benzatínica). Comentarios: Sólo el 20 % (7/34) de los TNTc requirió una evaluación diagnóstica para el RN. Contar con TTPR nos permitió excluir falsos positivos de TNT, y seleccionar en las primeras horas de vida, los pacientes RN que verdaderamente requieran evaluación y tratamiento para descartar sífilis congénita.

6 - Enfermedades endémicas, emergentes y medicina del viajero

PE255 SINDROME CARDIOPULMONAR POR HANTAVIRUS ASOCIADO A PROBABLE LEPTOSPIROSIS

E Godoy, N Pozzi, A Coronel, L Saucedo, C Tosello
Instituto Medico de Alta Complejidad, Argentina.

Los cambios sociales, económicos, demográficos y ambientales favorecen la re-emergencia de ciertas enfermedades como la infección por hantavirus y la leptospirosis. Ambas zoonosis comparten aspectos clínicos y epidemiológicos, difíciles de diferenciar. Se presenta el caso de un paciente con síndrome cardio –pulmonar por hantavirus y probable leptospirosis asociada. Varón de 25 años que consulta por fiebre, tos y disnea progresiva de dos semanas de evolución. Presenta como datos epidemiológicos de relevancia ser asmático, tabaquista, etilista y trabajar como albañil en una estación de servicio abandonada en la ciudad de Navarro, en la provincia de Buenos Aires. Al ingreso se constata insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía adquirida en la comunidad por lo que pasa a unidad de cuidados intensivos (UCI), con asistencia respiratoria mecánica. Al ingreso su temperatura fue de 38,5 °C, TA de 110/ 60 mmHg; FR de 35 resp/min, FC: 150 lat/min y, a la auscultación pulmonar presentaba roncus y sibiliancias difusos bilaterales. La Rx de tórax mostraba un infiltrado intersticial bilateral y una imagen de condensación pulmonar para-cardíaca derecha. El laboratorio mostró: GB: 13.550 cél/mL (PMN: 85 %) Hto: 59 %; Hb: 20.2g/dL; plaquetas: 57.000 /mL; glucemia: 128 mg/dL; urea: 69 mg/dL; creatinina: 1,7 mg/dL; LDH: 693UI; BR total: 0,4mg/dL; TGO: 98U/L; TGP: 38 U/L; VSG: 30 mm; CPK: 1.842 U/L (MB: 60 U/L); troponina: negativa; TP: 11'' y KPTT 38''; EAB: pH de 7,35, pO2: 56 mmHg, pCO2: 30 mmHg, HCO3: 16,6 mmol/L, Sat O2: 86 % En el sedimento de orina se constató la presencia de proteínas y hematíes. Se inicia tratamiento con vasoactivos y, luego de la toma de cultivos, se indica vancomicina asociado a claritromicina, piperacilina-tazobactam y oseltamivir. Los cultivos de sangre, orina y lavado bronquioloalveolar (BAL) arrojaron resultados negativos para gérmenes comunes, hongos y micobacterias así como la PCR para virus Influenza en el BAL. Dentro de los estudios serológicos se obtuvo ELISA-IgM Hanta virus: positivo virus Maciel con IgG negativa y ELISA-IgM para leptospira interrogans positivo. El antígeno urinario para legionella fue negativo. Luego de 2 semanas, el paciente pudo extubarse y pasar a sala de clínica médica y por buena evolución clínica y radiológica, fue dado de alta. Si bien no se pudo confirmar la leptospirosis mediante MAT, aislamiento bacteriano ni detección del genoma bacteriano, los datos clínicos y epidemiológicos sumados a un resultado ELISA + hace al diagnóstico de una leptospirosis probable asociada a una infección confirmada por virus Maciel, ambas enfermedades de notificación obligatoria ante la sospecha clínica.

PE256 SINDROME GUILLAIN BARRÉ; ASOCIADO A INFECCIÓN POR VIRUS DENGUE. REPORTE DE UN CASO

E Godoy[1], MV Iannantuono[1], M Sabuqui[2], MJ Larrea[3], D Sturba[3], C Nosti[3], M Hojman[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clinica de los Virreyes, Argentina. [2] Servicio Inmunoserología CentraLab, Argentina. [3] Servicio Terapia Intensiva Clínica de los Virreyes, Argentina.

Introducción: El dengue es una enfermedad infecciosa endémica en países tropicales y subtropicales. A la fecha, cuatro serotipos del virus han sido bien caracterizados, siendo los tipos 2 y 3 los que principalmente se asocian a manifestaciones neurológicas. Dentro de la afectación al sistema nervioso central y periférico se incluyen la encefalitis, encefalomielitis aguda diseminada,mielitis transversa, neuropatía craneal, hemorragia meníngeo-cortical y el síndrome de Guillain-Barré.
Reporte de caso: Paciente masculino de 17 años sin antecedentes patológicos de jerarquía, oriundo de la ciudad de Berazategui, Provincia de Buenos Aires, refiere cuadro caracterizado por fiebre y cefalea de 5 días de evolución, que 72 horas antes de la consulta había presentado paresia de evolución rápida de ambos miembros superiores que progresa a tronco y miembro inferiores. Al examen físico afebril, mala mecánica respiratoria con buena entrada de aire bilateral sin ruidos agregados, lúcido, paresia severa de miembros superiores y plejía de miembros inferiores. Arreflexia en 4 miembros. Laboratorio: Hto: 29 % GB: 2910 Plaquetas: 130.000 Bilirrubina total: 1,5 mg/dl, TGO: 210 U/L, TGP: 161 U/L- LCR: Cristal deoca, Células: 2 linfocitos proteínas: 0,19 g/L, glucosa: 58 mg/dl. Anticuerpos Anti VIH, HBsAg, Anti HCV, VDRL, Mycoplasma y Chlamydia no reactivos. Serología Virus Dengue: IgM 1/20 Positivo. IgG Negativa; Virus Zika y Chickungunya: IgM/G Negativas PCR LCR: Varicela Zoster, Herpes Simple 1-2, Enterovirus, Citomegalovirus, West Nile, St Louis: No detectables. TAC SNC: sin lesiones. Electromiograma de 4 miembros: Polineuropatía mixta sensitivo- motora, axonal y desmielinizante compatible con Sindrome Guillain Barré. Durante la internación requiere ventilación mecánica, gammaglobulina endovenosa con mejoría clínica, sin secuelas.
Conclusión: Alrededor del 10 % de los pacientes con dengue, pueden presentar alteraciones neurológicas durante o después de la infección. El reciente incremento en la incidencia y diseminación territorial del dengue en Argentina, obliga al reconocimiento temprano y caracterización de las complicaciones neurológicas, tanto centrales como periféricas. Si bien el manejo y el pronóstico de los pacientes no es diferente al SGB asociado a otros procesos virales, es importante realizar el diagnóstico etiológico ya que tiene implicancias epidemiológicas.

PE257 NEUMONIA POR *Legionella pneumophila* EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

E Godoy[1], MV Iannantuono[1], I González[2], S Rasero[2], C Nosti[2], M Hojman[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clinica de los Virreyes, Argentina. [2] Servicio Terapia Intensiva Clínica de los Virreyes, Argentina.

Introducción: La enfermedad de los legionarios o legionelosis fue descripta luego de la presentación de un brote epidémico de neumonía durante la Convención de Legionarios de Filadelfia en el año 1976, en un hotel de esa ciudad. En Argentina y en la mayor parte de Latinoamérica la seroprevalencia es de hasta el 5 %. El último brote en nuestro país fue en 2013 en la Ciudad de San Antonio de Areco, Provincia de Buenos Aires.
Reporte de caso: Paciente de 24 años, tabaquista, oriundo de Paso del Rey, Provincia de Buenos Aires, consulta en Hospital de origen por registros febriles, cefalea, dolor retroocular y tos seca de 5 días evolución con diagnóstico de neumonía de la comunidad. Días previos al inicio de los síntomas concurrió a una pileta de natación. Sin mejoría clínica al tratamiento sintomático y amoxicilina clavulánico, decide consultar nuevamente a las 72 hs por disnea progresiva clase funcional III – IV. Ingresa a nuestro centro con insuficiencia respiratoria aguda. Al exámen físico febril, taquicardico, taquipneico, regular entrada aire bilateral abundantes roncus y sibilancias en ambos campos pulmonares. Mala mecánica respiratoria. Requiere ARM, vasoactivos. Inicia tratamiento con vancomicina, ceftriaxona claritromicina y oseltamivir.
Laboratorio: Hto: 39 %, GB: 15900, Plaquetas: 114.000 PCR: 41,6 mg/dl LDH 1528 UI, Bilirrubina total: 1,9 mg/dl, TGO: 211 U/L, TGP: 59 U/L CPK total: 2625U/L, CPK –MB: 60 U/l, Troponina: negativa. EAB: pH 7,35; PO2 56 mmHg; PCO2 30 mmHg; HCO3 16,2 mmol/L; Sat O2 86 %. Radiografía tórax: infiltrado intersticial bilateral e imagen de condensación paracardiaca derecha. Cultivos: Lavado broncoalveolar, hemocultivos, urocultivo: sin desarrollo microbiológico. PCR Influenza A H1 N1 en lavado bronquio alveolar: no detectable. Serología *Legionella pneumophila* (IFI). 25/1/2017: IgM positivo. Ig G 1/32. 15/2/2017 Ig M positivo. Ig G 1/256. Anticuerpos Anti-VIH, HBsAg, Anti HCV, Dengue, Mycoplasma y *Chlamydia pneumoniae,* Hantavirus y Leptospira interrogans: no reactivos. Con estos resultados, continua claritromicina por 21 días. Durante la internación el paciente intercurre con neumonía asociada a la ventilación. Realiza tratamiento, presentando franca mejoría clínico radiológica con extubación exitosa y término de tratamiento antibiótico al alta.
Conclusión: La real incidencia de *Legionella pneumophila* como causa de neumonía en nuestra comunidad continúa siendo un tema a esclarecer. Cuando la legionelosis cursa en forma de

brotes, difícilmente pasará inadvertida, sin embargo, cuando se presenta en casos aislados, como en nuestro paciente, se debe incluir dentro de las probables etiologías, sino jamás se llegará al diagnóstico. Algunos estudios remarcan que la incidencia de legionelosis depende del grado de contaminación de los reservorios acuáticos, la susceptibilidad de las personas expuestas al agua, y de la intensidad de la exposición, datos importantes a considerar durante la evaluación epidemiológica.

PE258 TRATAMIENTO PARASITICIDA EN PACIENTES ADULTOS EN FASE INDETERMINADA Y CRÓNICA EN LA ENFERMEDAD DE CHAGAS-MAZZA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

A Otreras[1], MT Rodriguez Brieschke[1], B Lauge[1], C Nieto[1], P Peyran[2], C Lopez Albizu[2], P Scapellato[1]
[1] Hospital Santojanni, Argentina. [2] Instituto Nacional De Parasitología Mario Fatala Chabén, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas-Mazza es una importante causa de morbimortalidad en América Latina y es considerada actualmente una enfermedad emergente en paises del primer mundo. Existe asentimiento universal en el tratamiento antiparasitario de las formas agudas de enfermedad, Chagas congénito y formas indeterminadas en población pediátrica. Si bien,no hay consenso en la utilidad de tratar a los adultos con formas crónicas, se especula, que considerar el mismo en adultos jóvenes podría evitar el progreso del compromiso cardiovascular. Del mismo modo, se teoriza que el tratamiento parasiticida de mujeres en edad fértil , disminuiría el riesgo de transmisión vertical. Si bien benznidazol y nifurtimox son bien tolerados en población pediátrica, los eventos adversos son una importante limitación para el tratamiento en adultos.
Objetivos: Describir nuestra experiencia en el tratamiento parasiticida de pacientes adultos chagásicos en fase indeterminada y crónica , en un hospital de área no endémica. Evaluar la tolerancia y efectos adversos del tratamiento.
Material y Métodos: Estudio de casos, prospectivo, realizado en un hospital público de la CABA realizado entre el 1/1/2014 al 31/12/2016. Inclusión: pacientes con diagnóstico de Chagas de entre 18 y 65 años de edad,sin enfermedad cardiovascular ni digestiva con Score de Kuschnir 0 y 1. Exclusión: mujeres embarazadas o en período de lactancia, mayores de 65 años, patología digestiva chagásica demostrada y pacientes con Kushnir 2 y 3. Todos los pacientes firmaron un cosentimiento informado acerca de los potenciales beneficios y riesgos del tratamiento. Recibieron benznidazol como droga antiparasitaria (dosis de 5 mg/kg/dia). A todos se les efectúo laboratorio basal y de seguridad semanal y se confeccionó una grilla de automonitoreo diario de efectos adversos. Se les realizó seguimiento semestral de serologías cuantitativas de todos los pacientes incluidos y se efectuó PCR para Chagas basal y post-tratamiento (15 a 60 dias de finalizado).
Resultados: Se incluyeron 23 pacientes siendo 21/23 (91.3 %) mujeres y 19 de ellas de edad fértil. La mediana de edad fué de 31 años .El origen fué16/23 (69 %) de nacionalidad boliviana, 5/23 (21.7 %) argentina y el resto paraguaya. 6/23 (26 %) presentaron eventos adversos a la medicación siendo todos leves (rash cutáneo). Solo 4/23 (17.3 %) discontinuó tratamiento, 3 de ellos por rash leve y 1 por vencimiento de la medicación intratratamiento. Solo 13/23 se le pudo realizar PCR para Chagas pretratamiento siendo 6 de ellas positivas de manera previa. De los 19 pacientes que terminaron tratamienton en su totalidad presentaron PCR para Chagas negativas en los controles semestrales post-tratamiento.
El 100 % de los pacientes presentaron títulos serológicos estables y ningunos de ellos presentó progresión en la clasificación de Kushnir.
Conclusiones: En esta experiencia no se hallaron eventos adversos graves relacionados con la medicación. Si bien no fué el objetivo principal del estudio y el seguimiento es corto ,consideramos que la negativización de la PCR en estos pacientes no deja de ser una situación alentadora a pensar en una eventual cura parasitológica.

PE259 MENINGOENCEFALITIS AMEBIANA PRIMARIA: REPORTE DE UN CASO EN EL NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

M Calvo Zarlenga[1], D Casati[2], ME Rosso[2], V Dematteis[2], F Gutierrez[2], A Serafini[2], G Martin[2], MI Eceizabarrena[2], C Saretto[2], M Fiori[1], A Tomaz[1], L Garcia Olveira[1], B Buceta[1], G Ciotti[1], J Campana[3], L Romano[3], M Giammaria[3], D Maspoli[1], M Cuitiño[4], C Garcia Rubio[4]
[1] Servicio de Clínica Medica, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [2] Servicio de Pediatría, Clínica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [3] Servicio de Microbiología, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina. [4] Servicio de Infectologia, Clinica La Pequeña Familia de Junin, Argentina.

Introducción: Las infecciones del sistema nervioso central por amebas de vida libre son poco frecuentes y con alta mortalidad. Durante muchos años, *Entamoeba histolítica* fue considerada como la única ameba patógena para los humanos; sin embargo, recientemente se han reconocido varias especies de amebas de vida libre que pueden infectar humanos y animales, ocasionando la muerte en la mayoría de los casos. En el año 1965 se reportó en Australia el primer caso de meningoencefalitis amebiana primaria por *Naegleria fowleri.*
Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 8 años de edad, que comenzó 24 horas antes de la internación con fiebre y cefalea. Fue evaluado por guardia, realizándose hemograma, Rx tórax y sedimento urinario, sin evidenciarse alteraciones. Por persistir con fiebre, cefalea y agregando vómitos, fue internado en nuestra Institución. Presentaba antecedente de cefaleas frecuentes, y había recibido 15 días antes 1 dosis de penicilina benzatinica por faringitis. No había realizado viajes ni recibido vacunas en el ultimo tiempo. Siete días antes de la internación refería haberse bañado en una laguna desbordada de la zona (localidad de Vedia). Al ingreso estaba afebril, con fotofobia y sonofobia, Glasgow 15/15, sin foco motor, con signos meníngeos. Se realizaron TAC de cerebro y Rx tórax normales. En laboratorio presentaba leucocitos 15300/mm3 (N90 % L8 %); plaquetas 204000/mm3; VSG 5 mm; HIV negativo. Se efectuaron hemocultivos, urocultivo y punción lumbar (320 leucocitos con 90 % MN; 30 hematíes/mm3; proteínas 1.5 g/L; glucosa 54 mg/dl). Gram sin germen. Se solicitó PCR para Herpes simplex virus. Se inicio tratamiento con ceftriaxona, dexametasona y aciclovir. Por deterioro respiratorio, hemodinámico, cuadro de encefalitis (deterioro progresivo del sensorio), hemiparesia braquio crural derecha y convulsiones a las 24 hs posteriores al ingreso, se efectuaron RMN cerebral (normal) y nueva punción lumbar (leucocitos 2600 con PMN 55 %; proteínas 2.38 g/L; glucosa 5 mg/dl). En fresco se observaron imágenes compatibles con amebas móviles. Gram sin germen. Con este resultado se interpretó el cuadro como posible meningoencefalitis amebiana, por lo que se inició tratamiento con anfotericina, fluconazol y rifampicina. Fue derivado a otra Institución, falleciendo a las 5 hs de su traslado.
Conclusiones: Varias amebas de vida libre pueden infectar al hombre causando distintos síndromes: meningoencefalitis amebiana primaria (*Naegleria fowleri*), encefalitis amebiana granulomatosa y queratitits (*Acantamoeba y Balamuthia mandrilaris*). *Naegleria fowleri* es de distribución mundial, en climas tropicales y subtropicales encontrándose en lagos, lagunas, estanques, piscinas y canales de agua dulce. La meningoencefalitis amebiana primaria es una patología poco frecuente, con alta mortalidad, y se presenta en niños y adolescentes sanos, con antecedentes de natación o juegos en fuentes de agua dulce. Debe sospecharse en los casos de meningoencefalitis en los que no se aíslen gérmenes. En esos casos es imperativo examinar el líquido cefalorraquídeo en fresco, para visualizar las amebas móviles. Se presenta este caso por ser una patología infrecuente y de difícil tratamiento.

PE260 CUADRO COMPATIBLE CON ENFERMEDAD DE CARRIÓN EN UN VIAJERO PROVENIENTE DE PERÚ: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

P Favier[1], J Barletta[1], M Rey[1], S Giamperetti[2], H Perez[1]
[1] Hospital Fernandez, Argentina. [2] Hospital Muñiz, Argentina.

La bartonellosis por *Bartonella bacilliformis* (Bb) es una enfermedad patrimonio de Sudamérica. El espectro de enfermedad varía desde cuadros hemolíticos (fase aguda, Enfermedad de Carrión), la portación y los cuadros eruptivos (fase crónica, Verruga Peruana).
Introducción: La Enfermedad de Carrión (EC) es un cuadro bacteriémico. Las causas de mortalidad principales son la anemia hemolítica y las infecciones oportunistas fruto de la leucopenia acompañante. Se describe un caso de síndrome febril por Bartonella spp (Bs) compatible con EC, en un viajero proveniente de Perú.
Caso clínico: Paciente de 22 años, inglés, sin antecedentes que consultó por fiebre nocturna de 15 días de evolución. El mes previo viajó por Perú, Bolivia y Argentina (en orden: Huaraz, Lima, Cusco, Copacabana, La Paz, Coroico, La Quiaca, Salta, San Miguel de Tucumán y Buenos Aires). El examen físico revela hepato-esplenomegalia, palidez y signos vitales conservados. La analítica mostró: leucopenia (3330/mm3), anemia (Hb11 g/dl), plaquetopenia (100.000/mm3), prueba de Coombs directa negativa y LDH 1380UI/ml. Dichas alteraciones se profundizaron los 5 días siguientes, luego y contra opinión médica, el paciente continuó viaje hacia Uruguay. Se obtiene resultado positivo de PCR en sangre para Bs. Este es revelado días después del egreso del paciente. Se toma contacto; y él mismo refiere estar espontáneamente afebril; y se sugiere contacto con el efector de salud más cercano. Exámenes complementarios: Los hemocultivos

para gérmenes comunes fueron negativos. Las serologías para HIV, HAV, HBV, HCV, VEB, CMV, PVB19, DENV, CHIKV, ZIKV Tripanosoma cruzi, Toxoplasma gondii y Treponema pallidum fueron no reactivas. Se tomaron muestras de gota gruesa y frotis de buffy coat informados con "granulaciones intra-eritrocitarias", interpretado como artefacto. La inmunocromatografía para Plasmodium spp resultó negativa. Las imágenes no arrojaron datos nuevos.
Discusión: La EC es una enfermedad vectorial transmitida por las hembras hematófagas de Lutzomya verrucarum, L. peruensis y L. serrana. Estas se encuentran en los valles interandinos de Perú, Ecuador y Colombia. Sin diagnóstico y tratamiento oportuno, la mortalidad puede llegar al 90 % en la fase aguda. La presentación clínica más habitual es fiebre y tricitopenia, donde el pronóstico depende de la anemia y las infecciones oportunistas. Un porcentaje desconocido de enfermos superan esta fase sin tratamiento, pasando a la portación o la cronicidad (similar a la angiomatosis bacilar). El diagnóstico de certeza es por hemocultivo a 25°C o por PCR para género y especie (no disponible en nuestro medio), siendo esta última de elección. En el frotis de sangre periférica se observan granulaciones o bacilos intra-eritrocitarios característicos. El tratamiento se basa en el sostén vital y los antimicrobianos (ciprofloxacina por 21 días en agudo o azitromicina por 28 días en fase crónica).
Conclusión: La EC es circunscrita desde lo geográfico. El inicio precoz del tratamiento, el adecuado manejo de la anemia y las infecciones oportunistas marcan el pronóstico. Las implicancias epidemiológicas de esta entidad siguen los principios generales del control vectorial.

PE261 EVALUACIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE 2016 ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE LA CABA

T Zitto, G Kuljis, C Silva, C Bomparola, P Puyó
Sanatorio de la Trinidad Palermo, Argentina.

Introducción: El dengue es un problema creciente para la Salud Pública mundial. En las primeras 26 semanas de 2016 -período "epidémico"- se registraron brotes de dengue en más de 15 jurisdicciones del país, con casos confirmados o probables autóctonos, por nexo epidemiológico o laboratorio.
Objetivos: Analizar los casos de dengue confirmados por laboratorio que fueron asistidos en la institución; evaluar los casos que requirieron internación y establecer las medidas de control y prevención a nivel institucional para las futuras situaciones de dengue.
Métodos: Durante el período febrero a mayo 2016, se evaluaron las fichas epidemiológicas con sospecha de dengue entregadas al Laboratorio General, se identificaron los casos confirmados por serología (IgM+) o PCR detectable y se evaluaron los datos demográficos, clínicos y de laboratorio de los casos.
Resultados: Entre febrero a mayo 2016, se documentaron 71 casos de dengue por serología (IgM+) o por PCR detectables (84,5 % ambulatorios (n60); 15,5 % internados (n11)). La edad media fue de 42,42 años (r: 3-84 a), mayores 65 años 12,7 % (9) y niños 7,04 % (5). No hubo diferencia entre géneros (H/M: 47,9 %/52,1 %). El 95,77 % de los casos fueron autóctonos, la mayoría de los pacientes residían en la CABA (87,32 %; n: 62). El promedio de días entre el comienzo de la fiebre y la consulta fue de 2,54d (r:1-10d; DS±1,76). El 8,45 % (6) formaban parte del grupo de riesgo (Embarazo 2; Obesidad 2; Diabetes 1; Inmunocompromiso 1). Tuvieron signos de alarma el 8,45 % casos (6). Los pacientes ambulatorios fueron recitados para controles clínicos y de laboratorio. De los 11 casos internados, la edad media 44,9 años (r: 21-67 a; DS±13,56), solo un mayor 65 años (9,09 %), en los internados hubo predominio de hombres 72,73 % (8). Grupo de riesgo: embarazo (1), inmunocomprometido (1), obesidad (1). Signos de Alarma: 45,45 % (5) y la principal causa fue el dolor abdominal. Promedio de internación: 4,09d (r: 1-10d; DS±2,54). La mayoría de los internados tuvieron leucopenia <4000/mm3 (72,73 %; 8/11), predominio de linfocitos con presencia de >15 % inmunocitos; el 54,56 % tuvo plaquetopenia entre 50-100 mil/mm3 (6/11) y 36,36 % (4/11) entre 20-50 mil/mm3. El promedio de aumento de las transaminasas fue de 4,4 veces el valor normal. Al inicio del cuadro, el predominio fue de GOT y con la desaparición de la fiebre predominó GPT. Un solo paciente tuvo transaminasas >1000UI. La mayoría de los pacientes tuvieron recuperación de los parámetros de laboratorio. Las medidas de prevención implementadas fueron uso de repelentes en aerosol y colocación en las habitaciones de aparatos para tabletas, mosquiteros en las camas durante el período febril, fumigación y saneamiento de las zonas al aire libre y alrededor de la institución.
Conclusión: no hubo casos de dengue grave, la principal causa de internación fue la plaquetopenia. Ningún paciente tuvo complicaciones por la infección. El uso de repelentes en aerosol fue indiscriminado y fue dificultoso la implementación de los mosquiteros (confección, cumplimiento, manejo durante la internación). Se refuerzan las medidas de saneamiento ambiental y fumigación de las áreas alrededor de la institución.

PE262 HANTAVIRUS Y SINDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO

M Ardito[1], M Ferriccioni[1], R Velez[1], I Garcia[2]
[1] Hospital Municipal "Dr Pedro Solanet" Ayacucho, Argentina. [2] Clínica Modelo, Tandil, Argentina.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré o poliradiculoneuropatía aguda es una enfermedad autoinmune desencadenada en general por un proceso infeccioso. Sin embargo, su asociación con el hantavirus es poco frecuente.
Caso clínico: Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes; mecánico de automóviles. Comienza el día 18/02 con mialgias en región dorsolumbar y miembros superiores. A las 48 hs agrega fiebre e inyección conjuntival.Continúa con mialgias, con franco dolor bilateral en gemelos. Consulta con su médico de cabecera, quien indica tratamiento sintomático y solicita laboratorios. El paciente refiere contacto reciente con roedores en su ámbito laboral. Laboratorio: hemograma normal,con GB 7400 mm3 (47 % linfocitos: linfocitos totales 3478); ERS 7mm ; PCR negativa; Hepatograma: GOT 146 U/l, GTP 219 U/l, FAL 396 U/l, Bilirrubina s/p, Cr s/p, CPK 64 U/l. HIV negativo ; HBV/HCV negativo; CMV IgM 4.4 e IG positiva. Orina completa s/p . Hemocultivos negativos. Serologías leptospirosis y hantavirus pendientes. El paciente presentó fiebre durante 7 días. Ya afebril, comienza con parestesias bilaterales en manos y pies y debilidad muscular distal con alteración en la marcha. Se decide su internación el día 01/03. Al examen físico: debilidad muscular distal simétrica en miembros superiores e inferiores. Arreflexia simétrica en 4 miembros. Sensibilidad superficial y profunda conservada; pares craneales conservados. Evoluciona con progresión de la debilidad en manos (imposibilidad de sostener elementos) y en miembros inferiores, con debilidad en muslos e incapacidad para deambular. Se realiza punción lumbar ante la sospecha de un Síndrome de Guillain-Barré y se repiten laboratorios: Hemograma normal GB 6800 (60 % linfocitos), FAL 518 U/l, GOT 160U/l, GTP 422 U/l, CPK 94 U/l. PL: liquido límpido, incoloro, cristal de roca. 5 elementos/mm3. glucorraquia 58 mg/dl (glucemia 100 mg/dl). Proteínas 75 mg/dl (VN: 15-45 mg/dl). Se inicia tratamiento con gammaglobulina humana ev ante el diagnóstico principal de Guillain-Barré secundario a cuadro infeccioso aún no definido y se comienza con ceftriaxona con sospecha de leptospirosis. El paciente mejora los síntomas neurológicos y el hepatograma; se indica el alta hospitalaria el día 10/03.No presentó nunca alteración de la función renal ni compromiso cardiopulmonar. Se reciben luego los laboratorios del Departamento Zoonosis Rurales (Azul, Prov. Bs.As): leptospirosis negativa (MAT) y Hantavirus IgM positiva e IgG negativa. Se iniciaron los estudios epidemiológicos en la región ya que no se han documentado casos de Hantavirus en el último tiempo. Si bien la enfermedad se manifestó como un síndrome febril inespecífico sin complicaciones (cardiopulmonar ni renales), es excepcional su asociación con el Síndrome de Guillain- Barré.
Conclusión: Consideramos que este caso clínico presenta un franco valor epidemiológico para la región, generando un estado de alerta en la población y en el equipo de salud , permitiendo reforzar las medidas preventivas. Asimismo, la asociación de un síndrome febril por Hantavirus seguido de un Guillain-Barré es un hecho excepcional y pocas veces descripto en la literatura médica.

PE263 DENGUE: EVALUACIÓN DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN HOSPITAL PRIVADO DE ZONA OESTE DEL GRAN BUENOS AIRES

T Fernández Gianotti, P Fontenla, C Herrera, G Figueredo, L Colecchia, C Lozano, D Bernatené, O Anzil
Casa Hospital San Juan de Dios, Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Dengue es una enfermedad infecciosa causada por el virus Dengue, transmitido a los humanos por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* infectado. En el primer semestre del año 2016 se presentó en nuestro país un gran brote de Dengue, mayor al del año 2009.
Objetivo: El propósito de este trabajo fue evaluar los parámetros bioquímicos de los pacientes con sospecha de esta enfermedad que concurrieron a nuestro hospital en el período de tiempo mencionado.

Materiales y Métodos: A nuestro hospital concurrieron 748 pacientes (399 hombres), edad media 38,6 años ± DE 16,3 años, con síntomas clínicos y sospecha de enfermedad de Dengue (presentaron al menos tres de los síntomas característicos de esta enfermedad: fiebre, cefalea, dolor retrocular, mialgias, artralgias, rash, petequias, nauseas y vómitos). La mayoría se presentó dentro de los primeros 7 días de iniciados los síntomas (etapa febril) y sin haber viajado a zonas endémicas en las 2 semanas previas. Se evaluaron hemograma completo con plaquetas, dosaje de transaminanas hepáticas (ALT y AST), serología para IgM e IgG antiDengue por ELISA, y detección del genoma viral ARN Dengue por RT-PCR en Tiempo Real.
Resultados: Se confirmó el diagnóstico de Dengue en 420 pacientes (56,1 % de los pacientes estudiados), por presentar al menos un resultado positivo de genoma viral ARN Dengue o IgM Dengue. Se realizaron 577 estudios de genoma viral ARN Dengue (41,9 % positivos); 714 estudios de IgM Dengue (36,6 % positivos); y 651 estudios de IgG Dengue (18,0 % positivos). Cabe destacar que 43 pacientes (5,7 % de los estudiados) resultaron positivos para genoma viral ARN Dengue e IgG Dengue, con IgM Dengue negativo, compatible con reinfección por este virus. El hematocrito de todos los pacientes evaluados se mantuvo dentro de los valores normales durante la evolución de la enfermedad. Se presentó plaquetopenia (plaquetas < 150000/mm3) en el 70,6 % de los pacientes en etapa febril, que evolucionó rápidamente a valores normales. Entre el día 3 y 7 de inicio de los síntomas se observó leucopenia (glóbulos blancos < 4000/mm3) en el 68,0 % de los pacientes, que se acompañó con linfocitosis (linfocitos > 40 %) en el 59,0 % de los mismos, presentando estos linfocitos una hiperbasofilia característica. Por último, el 57,6 % de los pacientes presentó un aumento de ALT y AST dentro de los primeros 7 días de inicio de los síntomas.
Conclusiones: El 56 % de los pacientes que concurrieron a nuestro hospital con sospecha clínica de Dengue confirmó el diagnóstico de la enfermedad, presentando un patrón de laboratorio característico, donde la leucopenia con linfocitosis fue el primer parámetro en aparecer luego del inicio de los síntomas. Esta elevada incidencia, sumado a que en su mayoría fueron casos autóctonos, concuerda con lo reportado por el Ministerio de Salud de la Nación. Esta primera experiencia con la enfermedad Dengue nos permitirá conocer mejor la evolución de esta infección para futuras epidemias de enfermedades transmitidas por el mosquito.

PE264 LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

G Poblete[1], S Begher[1], M Margan[1], A Dal Verme[1], M Etcheverry[1], D Siguelboim[1], A Chari[1], T Orduna[2]
[1] Sanatorio San José, Argentina. [2] Hospital Muñiz, Argentina.

Introducción: *Leishmania braziliensis* es la especie responsable de la casi totalidad de los casos de leishmaniasis cutánea en Argentina, con área endémica en las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero, Chaco, Formosa, Misiones y Corrientes. El 2-5 % de los pacientes presentará afectación mucosa meses o años después de que las lesiones cutáneas hayan curado. En general, lesiones ulceradas en nariz y boca. Describimos un caso de leishmaniasis mucocutánea y linfoma T/NK en paciente inmunosuprimido.
Resumen clínico: Varón de 50 años, de Santiago del Estero. Antecedentes: tabaquista, sinusitis crónica y diagnóstico de artritis reumatoidea en 2012, tratado con meprednisona y metotrexate. En 2015 presenta lesión ulcerada grave del tabique nasal con cirugía de reconstrucción y úlcera en laringe, tratado con antibióticos y corticoides. Evoluciona de manera tórpida con úlcera en paladar duro y blando, indolora, con destrucción del tabique nasal y nariz en tapir con trastornos deglutorios, asociado a impregnación de 4 meses de evolución. Se interna en diciembre 2016. Estudios complementarios: laboratorio con leucocitos 9.820/mm3 con neutrofilia, hematocrito 30.9 %, plaquetas 168.000/mm3, eritrosedimentación 60 mm/h, función renal y hepatograma normales. Factor reumatoideo 17 UI/ml, Ferritina 2.715 ng/ml, ANCA c y ANCA p (-), complementemia normal. Serología negativa para HIV, hepatitis C y B y VDRL. Tomografía Computada de macizo cráneo facial con alteración del maxilar superior, senos maxilares, fosas nasales y compromiso del paladar duro con imagen con densidad de partes blandas heterogénea con burbujas aéreas. Ocupación total de senos maxilares y celdillas etmoidales, ausencia parcial del tabique nasal y cornetes. Se realiza desbridamiento quirúrgico con biopsias para estudio. Frotis con amastigotes compatibles con *Leishmania* spp. (INP-F. Chaben). Cultivo gérmenes comunes: *Entobacter cloacae y Prouteus mirabilis* sensible a carbapenemes. Hongos y micobacterias (-). Histopatología inicial negativo para neoplasia. Inicia tratamiento con antimoniato de meglumina e imipenem. Evolución tórpida con intervención quirúrgica por hemorragia de arterias palatinas y nueva biopsia que informa proceso necrótico-inflamatorio con extensa apoptosis y linfocitos atípicos CD56, compatibles con linfoma T/NK. Óbito.
Discusión: En la leishmaniasis mucosa es común el compromiso del tabique cartilaginoso con perforación y ulceración en paladar duro o blando. Pueden presentarse como lesiones exofíticas, nodulares e induradas evocando una lesión maligna como linfoma. El diagnóstico simultáneo de ambas patologías es muy infrecuente, y se ha postulado la participación directa de Leishmania spp. en la patogenia de lesiones malignas. En nuestro reporte, los diagnósticos diferenciales incluyen causas de lesión destructiva de línea media: infecciosas (virales, bacterianas, micóticas y parasitarias), neoplásicas, inflamatorias, tóxicas y otras.
Conclusiones: La leishmaniasis puede afectar directa o indirectamente la presentación, diagnóstico y curso de diversos trastornos malignos y deben considerarse diagnósticos diferenciales ante presentaciones atípicas.

PE265 TRATAMIENTO TRIPANOCIDA DE LA MUJER CON INFECCIÓN CHAGÁSICA CRÓNICA: ESTUDIO PRELIMINAR

M Romano, G Villar, V Arreghini, R Cardone, G Benedetti, A Cassata, J Orlando, D Alvarado, E Quiroga, S Attorri
HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, Argentina.

Introducción: La transmisión congénita y vectorial son las principales vías de contagio de la Enfermedad de Chagas. El tratamiento tripanocida de la mujer en edad fértil ha demostrado utilidad en la prevención de la transmisión congénita de la infección, como así también, en la disminución de la morbimortalidad asociada. Se estima que sólo el 1 % de la población mundial infectada ha sido tratada.
Objetivo: Determinar qué porcentaje de pacientes puérperas con infección crónica chagásica completó el tratamiento tripanocida.
Material y Métodos: Análisis retrospectivo de las serologías de screening de enfermedades infecciosas transmisibles durante el embarazo, realizadas durante el período 2013 – 2016. Se incluyeron las pacientes que presentaban HAI y ELISA positivo para Chagas. Se determinó si las pacientes incluidas completaron el tratamiento tripanocida (al menos 30 días) a través de un análisis retrospectivo de la población chagásica crónica atendida por el Servicio de Infectología, durante el mismo período de tiempo. Se indicó el tratamiento tripanocida según las recomendaciones nacionales vigentes. Se analizaron variables demográficas, epidemiológicas y clínicas. Se evaluó también , la respuesta clínica al tratamiento tripanocida. El análisis estadístico se realizó a través del programa Epi Info7.
Resultados: 608 pacientes detectadas. Seroprevalencia anual 3 %. Edad promedio: 28,8 (15-45), 58 % (163/279) menor de 30 años. La nacionalidad argentina es la más frecuente, 64 % (174/270). 79 % (223/283) vive en zona urbana. 6 % (38/608) de la población accedió a la evaluación clínica necesaria para determinar el inicio del tratamiento tripanocida. 50 % (19/38) refirieró el antecedente de madre con infección crónica chagásica. No se registraron casos con cardiopatía chagásica avanzada. Benznidazol (5-7 mg/kg/día por 60 días), fue la droga indicada luego de al menos 6 meses de lactancia materna. 21/608 inició el tratamiento tripanocida. 1.4 % (9/608) lo completó. 7/21 perdieron el seguimiento y 5/21 lo suspendieron. 6/8 de las pacientes tratadas son menores de 30 años y refirió vivir en zona urbana. La mayoría extranjeras, 5/8. La adherencia al tratamiento no se asoció a la edad, domicilio ni a la nacionalidad de la población. 35 % (5/14) presentó toxicidad asociada a la droga y en un 21 % (3/14) debió ser suspendida. El rash cutáneo fue la reacción adversa medicamentosa más frecuente. 3/8 de las puérperas que finalizaron el tratamiento continuaron con los controles serológicas necesarios para determinar la cura de la infección chagásica crónica, registrandose sólo un caso de cura infectológica.
Conclusión: la población estudiada es menor a 30 años, de nacionalidad argentina y domiciliada en zona urbana en la mayoría de los casos. El antecedente de madre con Enfermedad de Chagas fue registrado en el 50 %. Un escaso porcentaje, 6 %, accedió a la evaluación clínica necesaria para determinar la indicación del tratamiento tripanocida y sólo un 1.4 % completó el mismo. Los porcentajes de toxicidad y suspensión del Benznidazol son similares a los reportados en la literatura. Se regsitró un caso de cura infectológica durante el corto período de seguimiento.

PE266 GENOTIPIFICACIÓN Y FRECUENCIA ALÉLICA DE LOS POLIMORFISMOS DEL PROMOTOR DE LA IL-10 Y PROTEÍNAS SOCS3 Y SU ASOCIACIÓN CON LA CARDIOPATÍA CHAGÁSICA CRÓNICA (CCC) EN PACIENTES CRÓNICAMENTE INFECTADOS CON *Trypanosoma cruzi*

A Grijalva Hinojos[1], A Toledano[2 3], L Gallo-Vaulet[3], R Agüero[4], A Pino Martínez[1], E Bogdanovich[5], H Repetto[4], P Ruybal[1], S Repetto[1 5], C Alba Soto[1]
[1] Facultad de Medicina. IMPAM (UBA-CONICET), Argentina. [2] Departamento de Hemoterapia e Inmunohematología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [3] Departamento de Bioquímica Clínica, Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [4] División de Cardiología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [5] División de Infectología, Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas es un problema relevante de salud pública en Latinoamérica. El 30 % de los individuos crónicamente infectados presentan daño cardiaco y/o digestivo. Se postula que la citocina IL-10 cumple un rol sustancial en la aparición de la cardiopatía. La disminución de sus niveles favorece el desarrollo de dicha patología por promover un estado proinflamatorio. La presencia de polimorfismos tanto en la secuencia promotora del gen de IL10 como en genes de sus proteínas reguladoras están asociados a los niveles de esta citocina.
Objetivo: Determinar si existe asociación entre los polimorfismos funcionales del promotor del gen de la IL-10 (-1082A<G, rs1800896; -819C<T, rs1800871; -592C<A, rs1800872) y del gen SOCS3 (+930 A<G rs4969168) y la presencia de patología en pacientes con infección crónica.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio transversal de enero 2015 a enero 2017. Se incluyeron pacientes con infección crónica por T. cruzi (presencia de anticuerpos anti T. cruzi confirmada con 3 técnicas serológicas diferentes) con y sin patología demostrable. Se realizó ECG, placa de tórax y ETT. Se excluyeron individuos con enfermedades cardiacas previas, DBT e inmunocomprometidos. La genotipificación de los polimorfismos del promotor del gen de la IL-10 se determinó por secuenciación convencional mientras que la del gen SOCS3 se realizó mediante PCR-RFLP. Las variables se expresaron en frecuencias y porcentajes. El nivel de significación se consideró con p<0,05. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante el test de Fisher y RR (riesgo relativo).
Resultados: Se estudiaron 39 pacientes con una mediana de edad de 51.5 (22-76) años de los cuales el 58,9 % eran de sexo femenino. Veintisiete pacientes eran oriundos de Argentina y 21 no presentaban patología. La frecuencia de cardiopatía fue de 41 % (56,3 % miocardiopatía dilatada, 43,8 % arritmias) y de megacolon el 5 %. La población estudiada presentó 8 genotipos distintos en el promotor de la IL-10 (ATA, ACC, GCC, RYM, RCM, RCC, AYA y AYM) con una frecuencia de heterocigosis de 71,79 %. Se detectó en 3 individuos un polimorfismo en la posición -851, poco frecuente en las secuencias de referencia. El genotipo RCC se asoció con ausencia de cardiopatía y presencia de megacolon (p<0.05). No se encontró asociación entre las 3 posibles variantes alélicas del polimorfismo de SOCS3 con la presencia de patología chagásica. La edad de >50 años se asoció con mayor riesgo de cardiopatía chagásica (RR 28, p< 0,05). Ésta fue independiente al género y lugar de procedencia.
Conclusiones: Los estudios de asociación entre los polimorfismos funcionales encontrados con respecto a la presencia de patología cardíaca y digestiva sugieren a los genotipos como posibles marcadores de daño de órgano blanco en pacientes con infección crónica. Esto permitiría la detección precoz de la patología en pacientes asintomáticos y así reforzar el control clínico. Asimismo la distribución de genotipos encontrada en nuestra cohorte difiere de la comunicada en las poblaciones del Cáucaso, Colombia y Brasil, por tanto, el genotipo marcador es aplicable solo en esta población.

PE267 TRATAMIENTO TRIPANOCIDA DE CHAGAS CRÓNICO DEL ADULTO: RESULTADOS PRELIMINARES

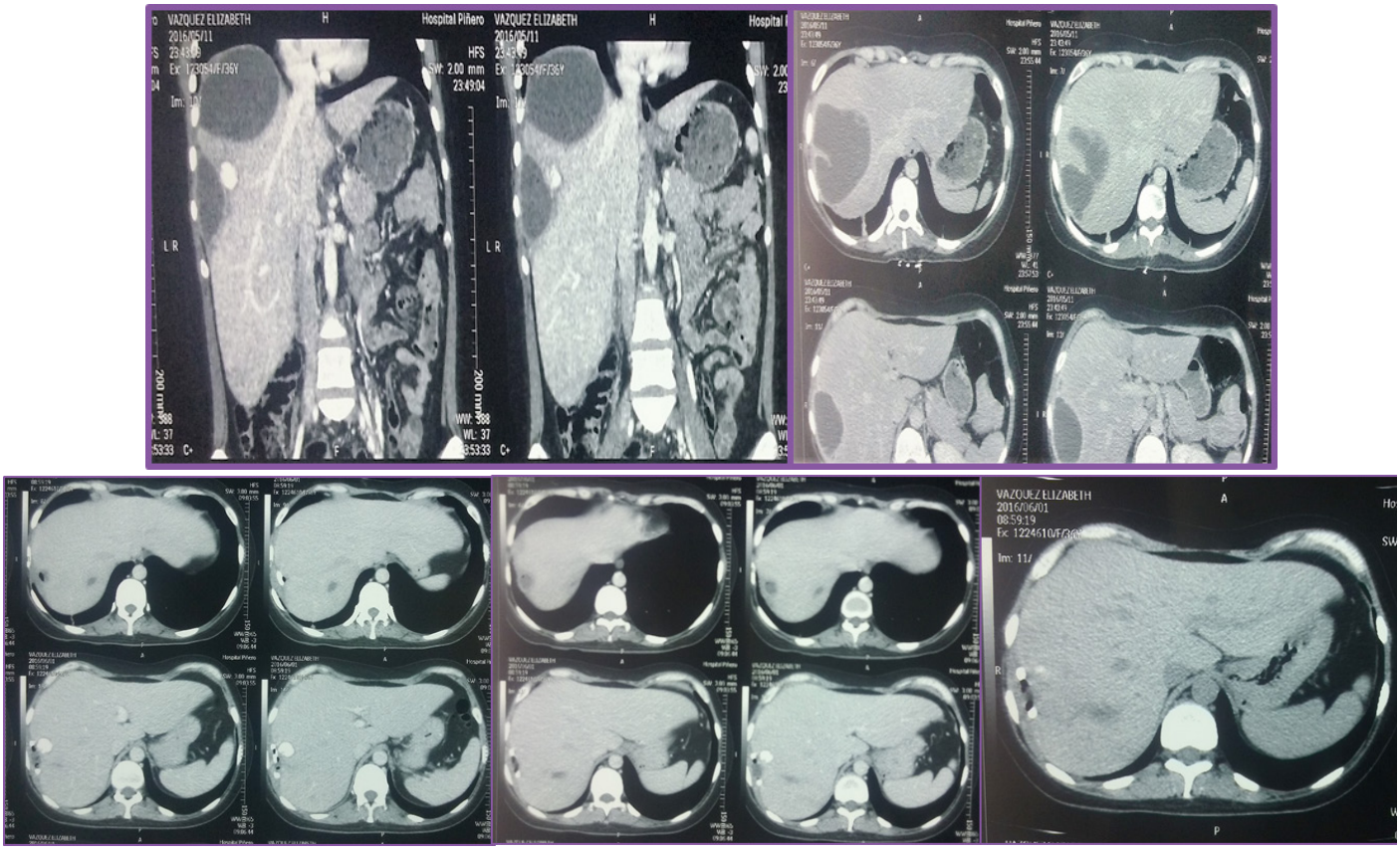
M Romano, V Arreghini, R Cardone, G Benedetti, J Orlando, A Cassata, D Alvarado, E Quiroga, S Attorri
HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE, Argentina.

Introducción: El tratamiento tripanocida disminuye la morbimortalidad asociada a la Enfermedad de Chagas crónica y evita grandes costos económicos asociados al tratamiento de la cardiopatía chagásica avanzada. Además, disminuye el riesgo de la transmisión vertical de la infección, controlando de esta manera una de las principales vías de contagio.
Objetivos: Describir la población de pacientes con Enfermedad de Chagas crónica atendidos en el consultorio de Infectología: características demográficas, epidemiológicas y clínicas. Evaluar la respuesta clínica al tratamiento tripanocida y determinar los casos de curación infectológica.
Material y métodos: Análisis prospectivo, longitudinal de los pacientes con Enfermedad de Chagas crónica mayores de 15 años, realizado durante el período de diciembre 2013 a marzo 2017. Se analizaron variables demográficas, epidemiológicas y clínicas. Se evaluó también, la respuesta clínica al tratamiento tripanocida. El análisis estadístico se realizó a través del programa Epi Info7. Las variable categóricas fueron informados en porcentajes y analizadas a través de la Prueba X2 de Pearson.
Resultados: 121 pacientes evaluados. Derivados por Obstetricia y Cardiología con más frecuencia. Edad media 36,9 años (15-62). Sexo femenino, 73 % (88/121). 48 % (42/113) bolivianos, 52 % (59/113) argentinos. 70 % (75/108) vive en zona urbana. Antecedentes de madre con Enfermedad de Chagas en el 50 % de los casos, asociado a la población boliviana, OR 4,5 (1,8-11 (p = 0,0006)). La evaluación clínica previa al tratamiento se completó en el 52 % (63/121), principalmente en la población boliviana , OR 2,5 (1,16-5,3 (p = 0,01)). Los estadios de cardiopatía chagásica 0 y I de Kuschnir fueron los prevalentes. Su presencia no se relacionó a la nacionalidad. Síntomas gastrointestinales, principalmente constipación, fueron referidos en un 37 % (20/54) y se relacionaron a la nacionalidad argentina, RR 2,28 (1,08-4,07 (p = 0,02)). El 92 % (109/119) presentó criterios de tratamiento tripanocida, 68 % (74/109) lo inició, mujeres mayoritariamente, 74 % (55/74), sin preferencia de nacionalidad. Benznidazol en todos los casos. El 56 % (51/72) cumplió al menos 30 días de tratamiento, 21 pacientes perdieron el seguimiento y 2 están bajo tratamiento. Reacciones adversas medicamentosas, principalmente rash cutáneo, se registraron en el 51 % (26/51), produciendo la suspensión del tratamiento en un 17 % (9/51) de los casos. Sin relación entre la nacionalidad y la toxicidad medicamentosa. Los controles serológicos posteriores se realizaron en el 19 % (14/72) de los casos. Se registró un caso de cura infectológica.
Conclusiones: Las mujeres en edad fértil domiciliadas en zona urbana fueron tratadas con mayor frecuencia. La población boliviana demostró mayor interés en iniciar el tratamiento tripanocida. La cardiopatía chagásica no se asoció a la nacionalidad mientras que los síntomas gastrointestinales, asociados a la Enfermedad de Chagas, fueron relacionados a la población argentina. La toxicidad medicamentosa se resgistró en el 51 % de los pacientes, siendo causales de suspensión del tratamiento en el 17 %. Se reportó un caso de cura infectológica.

PE268 ABSCESO HEPÁTICO POR *Salmonella typhi*. PRESENTACIÓN DE UN CASO

S Gonzalez, C Cabrera, P Angeleri, O Gear, G Lopez, F Amalfa, L Barredo, A Maranzana
Hospital Parmenio Piñero, Argentina.

La Salmonelosis es una patología endémica en países en desarrollo, que constituye un importante problema de salud pública. Frecuentemente se presenta como cuadro de gastroenteritis pudiendo afectarse el bazo y sistema hepatobiliar. En el contexto de las infecciones por Salmonella, el absceso hepático constituye una presentación poco habitual, con escasos reportes en la revisión de la literatura. Se presenta un caso de absceso hepático piógeno por *Salmonella* serotipo *Typhi* que no presentó manifestaciones clínicas de enfermedad tifoidea, implicando un rescate microbiológico no esperado. Paciente femenina de 36 años, inmunocompetente, oriunda de Bolivia que ingresa por dolor abdominal y fiebre. Antecedentes: trauma lumbar moderado, omalgia derecha de 2 meses previos y colecistectomía. Se evidencia colección única hepática de 97x73 mm por ecografía. Se realiza drenaje percutáneo bajo control tomográfico, obteniéndose el aislamiento de Salmonella Typhi en cultivo. Datos de relevancia: anemia, leucocitosis sin eosinofilia y alteración de función renal. Serología para Hidatidosis e VIH no reactivas. Parasitológico en materia fecal y hemocultivo negativos. Evoluciona con éxito luego del drenaje realizado y del tratamiento antibiótico (ciprofloxacina y metronidazol). Búsqueda de portadores asintomáticos en núcleo familiar, negativos. La Salmonelosis se diagnostica a menudo en hemocultivos y cultivo de heces. El absceso hepático piógeno es una presentación rara, que se diagnostica mediante estudios de imágenes y toma de muestra para cultivo y hemocultivos. Los abscesos hepáticos mayores a 3-5 cm requieren drenaje percutáneo más antibióticos endovenosos. El buen estado general de la paciente en contraste con el hallazgo microbiológico inusual obtenido a través del drenaje percutáneo, asociado a la instauración del tratamiento antibiótico precoz, permitió la resolución temprana del cuadro así como también la prevención de complicaciones y mortalidad.



PE269 MENINGITIS POR *Streptococcus suis*

C Hernández, F Bruggesser, J Gentile, M Sparo, S Lisarrague
Hospital Ramon Santamarina.Tandil, Provincia Bs As, Argentina.

Introducción: La meningitis aguda es una de las manifestaciones clínicas más frecuente de la infección por Streptococcus suis. Ocasionalmente, este germen puede producir artritis, neumonía y shock séptico. Si bien es un patógeno habitual del ganado porcino, accidentalmente puede afectar al hombre por contacto directo con animales o consumo de sus productos. La meningitis purulenta por *Streptococcus suis* (MSS) suele presentarse en huéspedes inmunocompetentes y tiene baja mortalidad (5 a 9 %). En 50 % persisten secuelas neurológicas (hipoacusia). Se comunica el caso de un paciente con MSS, enfermedad de baja incidencia y considerada una zoonosis emergente.
Resumen Clínico: Paciente masculino, de 56 años, hipoacúsico, etilista y tabaquista que es traído a la consulta por malestar general y deterioro del sensorio (somnolencia con episodios de excitación psicomotriz). A su ingreso se halla confuso , Glasgow 14/15 con rigidez de nuca, sin signos de foco, TA: 120/70 mmHg, FC: 83/min, T Ax 36,7°C. Exámenes complementarios: Hto 42 %, GB 29890/mm3, PMN 96 %, Plaquetas 179000/mm3, Glucemia 191 mg/dl, Creat 0.7mg/dl, Na 131 mEq/l, K 3.9 mEq/l, Cl 90 mEq/l. Test serológico rápido para HIV no reactivo. TAC de cerebro: sin hallazgos patológicos. LCR: turbio, glucosa no dosable, proteínas totales 2.96 g/l, reacción de Pandy ++, células 1053 (N98 %). En LCR se observan al directo diplococos gram positivos iniciando tratamiento empírico para meningitis bacteriana con ceftriaxona (2g/12 hs), ampicilina (3g/6 hs) y dexametasona (6 mg/ 8 hs). En el cultivo de LCR y en los hemocultivos 2/2, se aísla *Streptococcus suis* sensible a penicilina, ampicilina y ceftriaxona. Recibe 15 días de tratamiento con ceftriaxona, evolucionando en forma favorable, sin secuelas evidentes. En forma retrospectiva se constató la exposición a cerdos.
Discusión: La sospecha diagnóstica de infección por *Streptococcus suis* se basa en los hallazgos clínicos, los antecedentes epidemiológicos y los exámenes de laboratorio. Si bien en el caso descripto, no se pudo realizar un estudio apropiado de la presunta fuente de infección, el antecedente epidemiológico puede explicar la etiología de la MSS.
Conclusión: A pesar de ser una zoonosis infrecuente, la MSS debe agregarse al diagnóstico diferencial de las meningitis purulentas agudas, cuando existen datos epidemiológicos de contacto con porcinos.

PE270 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA EPIDEMIA DE DENGUE 2016

A Bianchi, S Penco, S Moreno
Hospital Rawson, Argentina.

Introducción: El Dengue es un problema creciente para la salud pública en todo el mundo. Es una enfermedad febril causada por un virus transmitido a través de la picadura del mosquito Aedes aegypti, que tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. Algunos casos pueden evolucionar a formas graves en las que hay manifestaciones hemorrágicas, pérdida de plasma y derrames serosos.
Objetivo: Analizar las características clínicas y epidemiológicas de la epidemia de Dengue del año 2016.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, en individuos mayores de 14 años con caso probable o confirmado de Dengue, en el período de brote del 2016. Variables: sexo, edad, lugar de residencia, síntomas y signos, leucocitos, plaquetas, hematocrito, IgM- PCR y antígeno NS1 específicos, genotipo viral, internación, mortalidad, semana epidemiológica de registro de casos, viajes en los últimos 15 días. Las variables se analizaron según la naturaleza de las mismas, utilizándose para las variables mensurables medidas centrales y de dispersión; para las variables categóricas se determinaron frecuencias expresadas en porcentajes.

Resultados: El número de casos de Dengue fue 377, registrándose el 72 % entre las semanas epidemiológicas 9 a 15. Correspondieron a Dengue confirmado 75 % (n: 284) de los casos y Dengue probable 25 % (n: 93). La distribución según sexo fue 58 % hombres. El rango etario fue de 15 a 80 años, predominando con un 32 % pacientes entre 20 y 29 años. El 93 % (n: 352) de los casos fueron autóctonos. De los casos importados, se adquirió el 64 % (n: 16) en Brasil, 8 % (n: 2) en Paraguay, igual porcentaje en Asia, 4 % (n: 1) en Uruguay, al igual que en Bolivia, Venezuela, Chile y Perú. El rango de tiempo entre la fecha de inicio de los síntomas y la primera consulta fue de 1-15 días, consultando el 88 % (n: 332) dentro de los primeros 6 días. Los síntomas predominantes fueron fiebre 98.4 % (n: 371), cefalea 88.9 % (n: 335) y mialgias 82.7 % (n: 312). Sólo el 10.34 % (n: 39) requirió internación. No se registraron fallecimientos por Dengue en este período. Presentó un recuento de leucocitos inferior a 4000 cél/ml el 52.78 % (n: 199) de los pacientes, el 44 % (n: 164) tuvo menos de 150000 plaquetas/ml; y el 8.75 % (n: 33) tuvo un valor de hematocrito superior a 50 %. El serotipo viral circulante que predominó fue Den-1 con el 74.53 % (n: 281), detectándose Den-4 en el 0.5 % (n: 2) y Den-2 en el 0.26 % (n: 1).
Conclusiones: La epidemia fue principalmente de casos autóctonos y con criterios de casos confirmados. De los casos importados, la mayoría se adquirió en Brasil. Predominó la presentación en adultos jóvenes. La mayoría consultó en los seis primeros días del inicio de la enfermedad. Los síntomas principales fueron fiebre, cefalea y mialgias. Prevaleció el serotipo viral Den-1. Bajo porcentaje de internación y sin mortalidad.

PE271 FIEBRE MANCHADA POR RICKETTSIAS. REPORTE DEL PRIMER CASO AUTÓCTONO EN BARKER, CENTRO ESTE DE LA PCIA. DE BS. AS.

J Gentile[1], J Brignone[2], C Sen[2], A Azpiroz[1], M Molina[1], G Menendez[1], F Carreras[1], M Marciante[1], S Quarleri[1]
[1] Sanatorio Tandil, Argentina. [2] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas INEVH Dr Julio Maiztegui, Argentina.

Introducción: Las fiebres manchadas (FM) son enfermedades zoonóticas de distribución mundial, producidas por el género Rickettsia, y transmitidas al humano por garrapatas. Su existencia depende de reservorios naturales, artrópodos vectores, variables ambientales y demográficas. En nuestro país se han reportado FM por R. rickettsii y R. parkeri, considerándose una zoonosis emergente. Se manifiestan habitualmente como exantema agudo febril, que según la especie, puede evolucionar en forma autolimitada o progresar a una enfermedad grave con falla multiorgánica y mortalidad elevada. Existe tratamiento efectivo. Se presenta un caso confirmado de FM por una especie de Rickettsia relacionada con *R. parkeri*, en una localidad de la Pcia de Bs As, fuera del área endémica conocida.
Resumen clínico: Paciente masculino de 73 años, derivado de la localidad de Barker, con fiebre, mialgias y tos, de 10 días de evolución, sin respuesta al tratamiento ATB. EF al ingreso: buen estado general, lúcido, normotenso, febril 40C°, rash máculo-papular no pruriginoso en tronco y raíz de miembros, que respeta palmas y plantas. Se destaca una lesión máculoescamosa con centro necrótico en región cervical posterior Izquierda.
Exámenes complementarios: Hto 43, plaquetas 154000/mm3, GB 4600/mm3, PMN 63 %, Creatinina 1.38 mg/dl. HC x2 negativos. El paciente refiere haber sido mordido por garrapatas en su peridomicilio ,3 días antes del inicio de su enfermedad. Ante la sospecha de FM por Rickettsias se extrae muestra para serología (par serológico) y se toma biopsia de la lesión maculo necrótica para estudios moleculares. Las muestras fueron enviadas al Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui".Se inicia tratamiento con doxiciclina (100mg c/12hs x 10 días), con evolución favorable a las 24 hs. El paciente es dado de alta 5 días más tarde sin secuelas. Se confirma el diagnóstico de FM por seroconversión serológica y PCR positiva para un fragmento del gen gltA y *OmpA* en la muestra de biopsia de piel con secuenciación nucleotídica para *R. parkeri*.10 garrapatas del género *Ripicephalus sanguineus* (vector no habitual para R.parkeri) capturadas en el peridomicilio del paciente, fueron analizadas en el INEVH siendo todas negativas para el gen gltA.
Discusión: Existe poca información sobre la frecuencia de FM en nuestro medio. Probablemente subdiagnosticada, debido a la variedad de sus manifestaciones y la baja sospecha clínica. En nuestro país se han reportado al menos dos zonas endémicas de FM, en el noroeste y en el delta del Paraná con agentes *(R. rickettsii, R. parkeri)* y vectores definidos (*A. cajennense y A. triste y A. tigrinum*), considerándose una zoonosis emergente.
Conclusiones: • En pacientes con fiebre y rash sin etiología determinada, el antecedente de contacto con garrapatas y la presencia de escara de inoculación son factores clave para la sospecha de FM. • La detección de FM en zona no endémica, obliga al médico a considerar esta entidad en el diagnóstico diferencial y continuar el estudio de casos, vectores y seroprevalencia a fin de conocer la epidemiologia local de la enfermedad.

PE272 HIDATIDOSIS PERITONEAL: REINFECCIÓN VERSUS MANIFESTACIÓN TARDÍA DE SECUNDARISMO

G Perez[1], L Vaello[1], C Barolin[1], C Migazzi[1], S Troiano[1], A Romani[1], M Viegas[1], F Salazar[2], S Frias Castillo[2], C Banzato[2]
[1] Servicio de Infectologia, Hospital Presidente Peron, Avellaneda, Argentina. [2] Servicio de Diagnostico por imagenes, Hospital Presidente Peron, Avellaneda, Argentina.

Introducción: La Hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por larvas de cestodos del genero Echinococcus, mayoritariamente granulosus. Se trata de un helminto que tiene un ciclo de transmisión localizado fundamentalmente en áreas rurales. El parásito requiere de diferentes hospederos para completar el ciclo de vida: los hospederos definitivos son el perro doméstico y otros cánidos silvestres donde desarrolla la forma adulta; y los hospederos intermediarios, son principalmente ovinos pero también, caprinos, cerdos, bovinos, guanacos, etc. en los cuales desarrolla la forma o fase larvaria. En el estado adulto, este cestodo parasita al perro, que se convierte en el agente principal de la infección en el ser humano. El hombre es un huésped accidental que contrae la infección por contacto directo con los perros infectados o en forma indirecta a través de alimentos, agua u objetos contaminados.
Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente masculino de 64 años, con antecedentes de hidatidosis hepática y renal en el año 1985 tratado mediante resección quirúrgica y dos años después con antiparasitarios por secundarismo peritoneal. Derivado a nuestro servicio con tomografía por presencia de múltiples quistes abdominales. Asintomático al momento de la consulta. Se realizaron dos pruebas serológicas (HAI y ELISA) con resultado reactivo para dicha enfermedad. Se realizó ecografía abdominal que describe quistes retrovesical, perihepatico y en espacio espleno-renal, de variables tamaños siendo el predominante de 82 x 65 mm aproximadamente; tipo Gharbi III. Se planteó diagnóstico diferencial con abscesos y metástasis así como la disquisición entre reinfección o secundarismo tardio. Debido a decisión del paciente de no aceptar tratamiento quirúrgico como primera instancia se inicia tratamiento médico con Albendazol 400 mg c/12 hs, a la espera de nuevo control imagenologico para decidir conducta posterior.
Conclusiones: Describimos un caso que podría corresponder tanto a un episodio de reinfección o infección secundaria a siembra peritoneal en el acto quirúrgico, décadas después del mismo. La bibliografía hallada al respecto describe, como máximo periodo desde la resección de un quiste hepático hasta el hallazgo de quistes peritoneales secundarios, 17 años. Creemos importante tener en cuenta, ante un paciente adulto con antecedente positivo, incluir este diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones quísticas , asi como también replantear el periodo de seguimiento de esta patología una vez finalizado el tratamiento, requiriendo controles extendidos en el tiempo.

PE273 CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PREVENTIVAS SOBRE DENGUE

M Quipildor, J Cotella
Hospital San Vicente de Paul, Argentina.

El dengue constituye una infección viral, de comportamiento endemo-epidémico, transmitida vectorialmente a través de mosquitos del género Aedes, relacionada con condiciones ambientales, y además con otros factores, como el comportamiento humano y las políticas sanitarias, determinantes en el control de la población sobre su salud. Los objetivos de este trabajo fueron: determinar el grado de conocimiento sobre dengue en San Ramón de la Nueva Orán, conocer las actitudes hacia la enfermedad y hacia el riesgo que poseen de contraer la infección y relacionar los conocimientos con las prácticas preventivas efectuadas. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal, que consistió en la realización de un análisis CAP (conocimientos, actitudes y prácticas). Se aplicó una encuesta validada a 169 individuos, obteniendo un promedio de edad de 35 años. La escuela primaria fue el nivel de instrucción más frecuente, 55 %. El 62 % demostró poseer conocimientos adecuados sobre dengue y prácticas preventivas, aunque 47 % no utilizó repelente y 70 % no utilizó tela mosquitera. El 67 % mostró actitud proactiva en cuanto a su responsabilidad en la prevención y 59 % demostró haber realizado prácticas preventivas adecuadas en los últimos 6 meses. Se encontró asociación significativa entre un mayor grado de conocimiento y prácticas adecuadas realizadas (p<0,0001), como así también entre grado de conocimientos adecuado y mayor nivel de instrucción (p = 0,0001), en la población estudiada.

PE274 MANIFESTACIONES CLÍNICAS ASOCIADAS A DENGUE

M Quipildor, J Palomino Bejarano
Hospital San Vicente de Paul, Argentina.

El dengue, enfermedad trasmitida por vectores. En los últimos años han aparecido manifestaciones que se presentan a largo plazo. Se la describió ampliamente en su periodo febril y crítico, no así en el de convalecencia. Por tal motivo se desarrolló este trabajo de investigación. Objetivos: conocer las manifestaciones clínicas que persistieron durante la fase de convalecencia después, determinar el estado de salud luego del episodio agudo y su probable asociación con la gravedad. Se realizó un estudio descriptivo. La población en estudio fueron las 70 planillas vigilancia de síndrome febril, de un centro de salud de la ciudad de San Ramón de la Nueva Oran, en el período Octubre 2016-abril 2017, que padecieron Dengue en el brote 2016. A los mismos se le realizó un cuestionario en su domicilio para determinar su estado de salud. El 61 % fueron mujeres. El 63 % se atendió ambulatorio y el 37 % hospitalizado. A las 48 semanas del cuadro agudo el 59 % persiste con cefalea, 46 % astenia y 32 % mialgias. Los pacientes con fatiga física, 98 % con falta de energía y 97 % debilidad. En la fatiga mental, 70 % con alteración de la memoria y 67 % alteración para concentrase. Con fatiga prolongada 78 % presenta dolor/malestar y 69 % problemas en la actividad cotidiana. En conclusión, la persistencia de la sintomatología durante la fase de convalecencia hasta 12 meses del cuadro agudo. El serotipo 1, genotipo 5, demostró el potencial patogénico manifestado por sus secuelas clínicas con las que quedaron los pacientes, hasta ahora muy poco estudiados.

PE275 SÍNDROME FEBRIL POST VIAJE: *Salmonella typhi* RESISTENTE A QUINOLONAS

MP Manuele[1], AP Seijo[1], JL García[1], SE Echazarreta[1 2], AG Benchetrit[3], RM Solari[3], TA Orduna[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [3] Sala 21, Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La fiebre tifoidea es una infección sistémica causada por *Salmonella entérica* serovariedad *typhi* y *paratyphi* A, B y C. La falta de higiene y condiciones sanitarias deficientes predisponen a su diseminación, siendo endémica en países de bajos recursos donde ocasiona un gran problema de salud pública. Se estima que se producen 11 millones de casos al año con 130.000 muertes en Asia y África. En América Latina se desconoce la prevalencia actual de la enfermedad. El tratamiento con quinolonas es efectivo, pero se ha observado un incremento de aislamientos resistentes que generó modificaciones en las recomendaciones terapéuticas. A continuación, presentamos un caso de fiebre tifoidea resistente a quinolonas.
Caso clínico: Mujer de 31 años de edad que entre mayo y julio de 2016 recorrió India y Nepal. No realizó consulta previaje. Durante su estadía en Pokhara (Nepal) cursó internación por síndrome febril agudo asociado a dolor abdominal y diarrea acuosa. Recibió múltiples antibióticos (quinolonas, azitromicina, betalactámicos) durante 11 días, evolucionando con remisión del cuadro. Tres semanas después, al regresar a nuestro país, consultó por fiebre de 5 días de evolución y dolor abdominal en fosa ilíaca derecha. En el laboratorio presentó anemia normocítica normocrómica, plaquetopenia leve, aumento de transaminasas y lactato deshidrogenasa. Se realizó ecografía de abdomen que evidenció hepatoesplenomegalia leve y múltiples adenopatías mesentéricas de hasta 19 mm. Se descartó malaria e infección por HIV. Se rescató en hemocultivos *Salmonella typhi* resistente a ciprofloxacina y cefalotina, sensible a ampicilina, ceftriaxona, imipenem y cotrimoxazol. Cumplió tratamiento con ampicilina por 14 días, con buena evolución. No presentó recaídas a la fecha.
Discusión: Fiebre tifoidea es una enfermedad infrecuente en Argentina, reportándose solo cuatro casos en el 2016, todos importados. Sin embargo, el incremento de viajes a países endémicos de Asia asociado a las corrientes migratorias de países limítrofes promueve un escenario epidemiológico posible para su introducción y diseminación. Los antibióticos utilizados para el tratamiento son betalactámicos, cloranfenicol, sulfonamidas, quinolonas y macrólidos. El tratamiento con quinolonas tiene baja tasa de recaídas y rápida respuesta clínica, pero su uso indiscriminado generó incremento de aislamientos resistentes, reportándose hasta un 37,9 % en el subcontinente indio. En cambio, en África Subsahariana prevalecen los aislamientos multirresistentes (resistencia a cloranfenicol, ampicilina, cotrimoxazol). La resistencia a ceftriaxona es baja globalmente y se mantiene estable, con una prevalencia estimada de 1,5 %. La recomendación actual es adecuar el tratamiento empírico según el patrón de resistencia local, utilizándose azitromicina para las formas leves y cefalosporinas de tercera generación para las formas graves en pacientes que provengan de India y otras regiones con resistencia a quinolonas.
Conclusión: La fiebre tifoidea debe considerarse como diagnóstico diferencial en el síndrome febril postviaje, y su tratamiento empírico debe adecuarse al patrón de resistencia de cada área endémica.

PE276 *Saksenaea vasiformis* EN PACIENTE INMUNOCOPETENTE, UNA MUCORMICOSIS RARA Y DEVASTADORA

SB Altabe, MF Tracogna, ME Cattana, RC Lopez, SV Fernandez Lugo, VR Arce, ML Lescano, C Vallejo
Hospital Dr. Julio C. Perrando, Argentina.

Introducción: Los Zygomicetos son hongos que generalmente causan infecciones en pacientes inmunocomprometidos. En general, el orden de los mucorales causan formas más severas de enfermedad, con compromiso rinocerebral, pulmonar, abdominal, pélvico, subcutáneo o diseminado. *Saksenaea vasiformis* se asocial frecuentemente con lesiones cutáneas o subcutáneas luego de traumas. Aún con el advenimiento de nuevos agentes antifúngicos, la mortalidad de estas infecciones se mantiene excesivamente alta, y a pesar del debridamiento quirúrgico y administración de agentes activos, no siempre puede ser curable.
Resumen: Varón de 16 años de edad, estudiante secundario, ayudante en taller mecánico. Dos semanas previas a su ingreso al hospital, consulta por lesión pustulosa en cara posterointerna de pierna izquierda, la cual es auto drenada, evoluciona con progresión de flogosis hasta región infrapatelar y áreas necróticas. Se realiza debridamiento de partes blandas en reiteradas oportunidades y antibióticoterapia con mala evolución, con peoría del cuadro. Es derivado, el día 27/04/16 con diagnóstico de Fascitis Necrotizante, realizan toilette quirúrgica y se incia Vancomicina – Ampicilina Sulbactam. Cultivos de partes blandas, hemocultivos y serología para HIV negativos, se descartaron enfermedades metabólicas, neoplasias, o inmunocompromiso. Ecocardiograma informa cardiopatía congénita de tipo CIA. Al 4° día de internación, presenta artritis séptica de rodilla derecha requiriendo artrocentesis evacuadora. Se evidencia Insuficiencia renal aguda. Se realiza TAC: uro-nefrosis leve, colección peri-renal izquierda, colecciones en musculo en miembro inferior derecho. Microbiologia informa hifas cenocíticas en líquido articular, por lo que se inicia anfotericina B desoxicolato 50 mg. Evolución desfavorable, con progresión local de las lesiones (aumento de necrosis de tejidos de rodilla, destrucción de cartílagos, meniscos y tibia) y aparición de lesiones a distancia (muslo izquierdo, brazo izquierdo, las cuales también se drenan reiteradamente), inestabilidad clínica y requerimiento de hemodiálisis, se realiza toilette de las lesiones, y punción y drenaje de colección peri-renal, en las cuyas muestras continúan aislándose hifas. Cultivo micológico positivo para *Saksenaea* sp. El día 18 de internación se aumenta dosis de anfotericina B desoxicolato a 1-1,5 mg/kg/día (dosis diaria 100 mg/día). Evoluciona con requerimiento de ARM, con NIH por Acinetobacter, y luego absceso corneal izquierdo. A los 50 días, inestabilidad hemodinámica, mal estado general y deceso. La identificación molecular por Laboratorio ANLIS-Malbran fue positiva para *Saksenaea vasiformis*.
Conclusión: *Saksenaea vasiformis* afecta a pacientes inmunocompetentes, y su evolución depende del diagnóstico precoz de la infección, lo cual se dificulta ya que se piensa en ella con muy poca frecuencia. Sumado a esto, la pobre respuesta a los antifúngicos hace que esta infección presente una mortalidad cercana al 100 %.

PE277 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS MULTIFOCAL SIMULANDO METÁSTASIS CEREBRALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

CR Daud, V Torres, L Fornasari, MJ Di Rado, G Farace, L Lopez, E Cordova, L Morganti
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina.

Introducción: La paracoccidioidomicosis es una enfermedad sistémica producida por Paracoccidioides brasiliensis, un hongo dimorfo que se encuentra en áreas tropicales y subtropicales de América Latina. La infección es por vía inhalatoria y en la mayoría de los casos es asintomática o leve autolimitada. Las formas progresivas predominan en hombres adultos, trabajadores rurales, con antecedentes de tabaquismo, enolismo y desnutrición. La forma crónica puede ser unifocal (pulmón); o multifocal (pulmón, orofaringe, laringe, piel, ganglios, suprarrenales, y SNC en un 10 % de los casos). El tratamiento de elección cuando existe compromiso de SNC es anfotericina deoxicolato o trimetoprima/sulfametoxazol (TMS).
Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Varón de 55 años de edad, paraguayo (zona rural), residente de Argentina hace 20 años, albañil, tabaquista, enolista. Consulta por debilidad en hemicuerpo izquierdo y trastornos visuales de 2 semanas de evolución. Examen físico: paresia braquiocrural izquierda leve. TC y RMN de SNC: 2 imágenes hipodensas con efecto de masa y edema vasogénico, una tálamo-mesencefálica derecha, y otra cortico-subcortical occipital derecha, con realce anular. HIV negativo. Fondo de ojo normal. TC tórax/abdomen/pelvis: enfisema pulmonar, nódulo adrenal izquierdo. Con sospecha de metástasis en SNC, inicia tratamiento con dexametasona 24 mg/día, con mejoría neurológica. PAAF adrenal no diagnóstica en 2 oportunidades. Al mes de internación, presenta dolor torácico en puntada de costado derecho. TC tórax: consolidaciones en LSD, en LM con broncograma aéreo y cavitación, y en LID. BAL negativo. PAAF lesión LM: negativa. PET/TC: imágenes hipermetabólicas en pulmón derecho, ganglios mediastinales, adrenal izquierda y próstata. PSA: ascenso de 1 a 3 ng/mL. Se realiza biopsia de próstata. Hemocultivos BAAR y hongos negativos. LCR negativo. Evoluciona con fiebre e hipoxemia, con progresión de las imágenes pulmonares. Directo de esputo: paracoccidioidomicosis. Inicia anfotericina deoxicolato y se recibe biopsia de próstata: prostatitis crónica granulomatosa, asociada a microorganismos vinculables a *Paracoccidioides* spp. El paciente presenta franca mejoría clínica y se rota esquema a TMS VO.
Conclusiones: Se presenta un caso de paracoccidioidomicosis crónica multifocal que debuta con síntomas neurológicos, sin otro compromiso inicialmente, con imágenes sugestivas de secundarismo. Esta micosis, así como la TBC, la nocardiosis y otras micosis, debería incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones en SNC que simulan neoplasias, más aún si existe un nexo epidemiológico. Para ello es esencial una anamnesis exhaustiva, ya que la infección pudo ocurrir años antes de la expresión clínica. Posiblemente, el corticoide recibido por edema cerebral haya recrudecido el compromiso pulmonar en su evolución, lo que inclinó la presunción hacia una TBC o micosis sistémica, y eventualmente permitió el diagnóstico. Por último, cabe resaltar la infrecuencia del compromiso prostático en la literatura, que también nos permitió el diagnóstico casi en simultáneo con el directo de esputo.

PE278 MIELITIS FLÁCIDA AGUDA POR ENTEROVIRUS NO POLIO: UNA NUEVA EPIDEMIA. REPORTE DE 4 CASOS

S Corbaz, S García, D Jauregui, S Pinciroli, B Barceló, C Ciriaci, L Marcón
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "V. Tetamanti", Argentina.

Introducción: Se describen cuatro casos pediátricos con hallazgos clínicos e imagenológicos compatibles con mielitis fláccida aguda con confirmación virológica a fin de ilustrar esta presentación emergente asociada a la virosis por enterovirus No Polio. Nuestros objetivos son comunicar 4 casos de Mielitis Fláccida por Enterovirus No Polio ocurridos en nuestro Hospital en el contexto de epidemia nacional por Enterovirus D68 y exponer diferentes presentaciones clínicas.
Descripción: Se exponen 4 pacientes de entre 18 meses y 7 años de edad con presentaciones clínicas diferentes: Monoparesia flácida, cuadriparesia distal, hemiparesia y paraparesia. Todos los pacientes presentaron pródromo febril asociado a cuadro respiratorio de vía aérea superior. Al examen físico, en 3 de 4 pacientes se constató hipo-arreflexia, en ninguno compromiso de la conciencia y solo en 1 dolor neuropático en miembros inferiores. En los exámenes complementarios la mitad evidenció pleocitosis leve en líquidocéfalo raquídeo (LCR) y todos los pacientes presentaron Resonancia Magnética Nuclear de cerebro y medula de características similares (mielitis longitudinal extensa con compromiso de sustancia gris); hallazgo que parece ser patognomónico de la entidad. En todos los casos se descartaron otros diagnósticos diferenciales por clínica y exámenes complementarios. En cuanto al rescate etiológico, en 1 de los casos de aisló enterovirus D68 en LCR y materia fecal (MF), en otro enterovirus no tipificable en LCR y MF; en uno de los casos no fueron enviadas muestras para virológico y en el último se obtiene LCR con virológico negativo sin remitirse muestra de materia fecal. En cuanto al tratamiento, en 3 de 4 se indicó un ciclo corto de corticoides y en 2 se utilizó gammaglobulina policlonal endovenosa; todos con poca respuesta. Todos los casos evolucionaron en el seguimiento a corto plazo con recuperación escasa y lenta.
Conclusión: Debido a la heterogeneidad de las presentaciones clínicas, debemos estar atentos a esta epidemia polio-like ante cualquier caso de parálisis fláccida con RMN compatible. Creemos importante el envío de muestras de LCR, MF y aspirado naso faríngeo de forma precoz a fin de certificar el diagnostico etiológico a pesar de no contar aún con tratamiento específico.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad-Sexo- Sintomas precedentes	5 años Masc Sme gripal 6 días	18 meses Masc BQL 7 días	4 años Masc CVAS febril 5 días	7 años Fem CVAS afebril 7 días
Compromiso	Monoparesia MSI Sin otros síntomas	Hemiparesia BC izquierda	Paraparesia con hiperalgasia de MMII	Cuadriparesia distal con nivel sensitivo alto
LCR	DLN* (a los 25 días del inicio del cuadro)	45 elementos Gluc y prot: DLN	99 y 150 elementos (90 %L) Gluc y prot: DLN	DLN
RMN Medula	Mielitis central cervical hasta cono	Mielitis central cervical hasta cono	Mielitis central cervical hasta cono	Mielitis central cervical hasta D2
Rescate Virologico	Negativo	Enterovirus D68 en ANF	Enterovirus B en MF y LCR	Negativo
Evolución	Mejoría importante en 4 meses con miembro funcional	Mejoría leve en un mes con marcha hemiparetica	Se desconoce evolución	Mejora en 15 días; persistia debilidad distal residual

*DLN: dentro de limites normales

PE279 MICETOMAS: ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO, MICROBIOLÓGICO Y CLÍNICO DE CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL PERÍODO 1991 – 2016

A Dorado, J Serrano, L Abdulajad
Hospital Independencia, Argentina.

Introducción: Los micetomas constituyen un síndrome anátomo-clínico de tipo crónico, granulomatoso y supurativo; que puede afectar todos los tejidos. Pueden ser ocasionados por bacterias filamentosas aerobias (Actinomicetoma), o por hongos filamentosos,(Eumicetomas). La infección se produce a través de traumatismos en zonas expuestas de la piel. Constituyen una de las enfermedades consideradas como desatendidas por la OMS en el año 2013, que afecta sobre todo a los trabajadores rurales.
Objetivo: describir las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los casos observados de Micetomas en un hospital del interior, durante el período de 1991 - 2016.
Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, se realizó con datos obtenidos en el laboratorio de micología, la población estuvo constituida por todos los pacientes con diagnóstico confirmado de Micetoma durante el período 1991 – 2016. Se consideraron variables: Epidemiológicas (sexo, edad, ocupación, procedencia: rural, urbana). Microbiológicas (agente etiológico) y Clínicas (localización de la lesión, tiempo de evolución al momento del diagnóstico, tratamiento y respuesta al mismo).

Resultados: Se diagnosticaron 26 casos de Micetomas, 14 de sexo masculino y 12 de sexo femenino (1,2:1), promedio de edad de 37 años, con un rango de 17 a 63 años, todos procedentes del medio rural y con el antecedente de traumatismo previo. En cuanto a las lesiones se localizaron en miembro inferior, el tiempo promedio de evolución al momento del diagnóstico fue de 10 años. Respecto al agente etiológico involucrado, en 21 casos se identificó Actinomicetomas (20 por Actinomadura Madurae, 1 caso por Streptomyces Somaliensis) y 5 por Eumicetomas (3 por Madurella Grisea, 1 por Madurella Micetomatis y 1 caso por Acremonium). De los pacientes con Actinomicetomas,14 tuvieron remisión clínica completa, 7 presentaron mejoría clínica. Fueron tratados en todos los casos con Trimetoprima/Sulfametoxazol, asociada en 7 pacientes con estreptomicina, 3 con amikacina, y 11 con ciprofloxacina. De los pacientes con Eumicetomas, 2 presentaron leve mejoría de las lesiones, 2 fueron amputados y un tercer paciente con indicación de amputación se negó a la misma, el tratamiento se realizó con Itraconazol.
Conclusión: no se comprobó una marcada predominancia del sexo masculino. El diagnóstico fue tardío, y el agente etiológico predominante fue Actinomadura Madurae. Los casos de Actinomicetomas se asociaron a mejor pronóstico y evolución de las lesiones. Palabras claves: Micetomas – Actinomicetomas - Eumicetomas

PE280 COMPORTAMIENTO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE ACCIDENTES OFÍDICOS POR GÉNERO BOTHROPS ASISTIDOS EN UN PERÍODO DE 5 AÑOS

D González, A Rivadero, A Barnes, S Moreno, S Penco
Hospital Rawson, Argentina.

Introducción: Se define como accidente ofídico (AO) al cuadro clínico producido por inoculación de venenos de distintos géneros de serpientes. Constituye una urgencia médica que requiere diagnóstico y tratamiento precoz y certero. En nuestro país el 97 % de los casos son secundarios al género Bothrops. En nuestra provincia se producen aproximadamente 60 AO por año. El veneno bothrópico es potencialmente grave y letal, con acción necrotizante, coagulante y vasculotóxica. El tratamiento consiste en la evaluación clínica y la administración de antiveneno específico de manera precoz.
Objetivo: Describir los factores clínicos y epidemiológicos de los AO por género Bothrops asistidos en nuestra institución.
Materiales y métodos: Trabajo retrospectivo, descriptivo, transversal realizado en pacientes mayores de 15 años con AO y cuadro clínico compatible con envenenamiento bothrópico. Período de estudio: 1 de julio de 2011 al 30 de junio de 2016. Variables estudiadas: edad, sexo, lugar geográfico, localización anatómica, horario del AO (considerando horario de penumbra/oscuridad de 17:00 a 05:00 hs), identificación del espécimen, tiempo desde el accidente hasta la primera consulta y de internación, descripción clínica, laboratorio y tratamiento. Método estadístico: Se utilizó media, mediana y rango para las variables mensurables y para las categóricas se midieron frecuencias relativas y absolutas.
Resultados: Se incluyeron 30 pacientes. El 67 % de los casos correspondieron a los últimos 3 semestres. El 70 % fueron masculinos, con una mediana de 33 años. El 86 % de casos ocurrió en el Gran Córdoba. El 79 % ocurrió en horas de penumbra/oscuridad. Se identificaron los ejemplares en el 13 % de los casos. El tiempo transcurrido desde el accidente hasta la primera consulta fue promedio de 5,51 horas. Clínicamente, el 73 % correspondió a formas leves y el resto a cuadros moderados, afectando el 53 % a los miembros inferiores. El 53 % presentó alteración constatada en el tiempo de protrombina (APP). El tiempo promedio de internación fue de 48 horas. Se administró antiveneno en el 90 %.
Conclusión: Más frecuentes en hombres jóvenes procedentes de localidades del Gran Córdoba, predominando el AO en horario de penumbra/oscuridad. Diagnóstico clínico correspondiendo en su mayoría a formas leves. La zona más afectada fueron los miembros inferiores, con alteración del APP en más de la mitad de los casos. La instauración del tratamiento específico se aplicó en casi la totalidad de los casos.

PE281 COINFECCIÓN LEISHMANIASIS Y PARACOCCIDIOIDOMICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

V Tudanca[1], M Sierra[1], L Cornet[1], L Paravano[1], N Fernandez[1], L Farias[1], G Lopez Daneri[3], C Iovannitti[3], D Stecher[1], S Repetto[1]
[1] Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [3] IMPaM. UBA-CONICET, Argentina.

Introducción: La leishmaniasis tegumentaria (LTA) y la paracoccidioidomicosis (PCM) son patologías granulomatosas crónicas. Ambas son endémicas en Latinoamérica y pueden comprometer, entre otros órganos, a la mucosa bucofaríngea. La PCM es causada por el hongo dimórfico *Paracoccidioides* spp., complejo compuesto por *P. brasiliensis y P. lutzii*. Produce más frecuentemente infecciones crónicas con compromiso de vías aéreas, pulmón, piel, mucosas y glándulas suprarrenales. La LTA es causada por diferentes especies de protozoarios que pertenecen al género *Leishmania* spp. y se caracteriza por el compromiso cutáneo y mucoso. Frente a pacientes con patología granulomatosa crónica y antecedentes epidemiológicos compatibles, es necesario considerar a ambos patógenos en el diagnóstico diferencial. Aunque se presenta con baja frecuencia, también debe contemplarse la posibilidad de coinfección.
Caso clínico: Paciente masculino de 72 años, oriundo de Paraguay, tabaquista severo. Presentaba un cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por disfonía, disfagia progresiva a sólidos y líquidos y pérdida de peso. Posteriormente, agregó lesión ulcerada en ala derecha de la nariz, motivo por el cual consultó a nuestra institución. Al examen físico se encontraba adelgazado, con persistencia de disfagia y disfonía. Se evidenció lesión ulcero- costrosa no dolorosa mencionada y otra hipocrómica circular cicatrizal en pierna derecha. En la tomografía axial computada de tórax y abdomen se observaron infiltrados intersticiales en ambos lóbulos superiores y aumento difuso del tamaño de ambas glándulas suprarrenales. Se realizó laringoscopia que evidenció lesión infiltrante en cuerda vocal izquierda, de la cual se realizó biopsia. Se efectuó el mismo procedimiento sobre la úlcera nasal. Ambas presentaron diagnóstico histopatológico compatible con lesión granulomatosa.
En la úlcera nasal se identificaron elementos compatibles con amastigotes de *Leishmania* spp. y en la mucosa laríngea levaduras con brote compatibles con *Paracoccidioides spp.* La inmunodifusión para *Paracoccidioides spp.* fue reactiva y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detección de ácidos nucleicos de *Leishmania* spp. resultó reactiva en lesión nasal y negativa en la muestra laríngea. Se inició tratamiento con anfotericina liposomal con buena respuesta clínica.
Conclusiones: Existen muy pocos casos reportados en la bibliografía acerca de la coinfección de LTA y PCM. Sin embargo, son enfermedades infecciosas que no solo comparten área endémica sino que además presentan cuadros clínicos similares. Es por eso que la sospecha clínica junto con un estudio minucioso de los antecedentes epidemiológicos del paciente y los hallazgos al examen físico, resultan fundamentales a la hora de encarar los estudios correspondientes que nos permitan arribar a un diagnóstico de certeza para la adecuada institución de un tratamiento.

PE282 EPIDEMIA DE DENGUE 2016 EN ARGENTINA: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UNA COHORTE DE ADULTOS MAYORES DE UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

M de Souza, M Ruiz, L Cusmano, S Arriola, JM Rebora, W Cox, N Diaz, S Andino, A Viteri, J Farina, A Terusi, P Fossati, MC Ezcurra
UA Dr. Cesar Milstein, Argentina.

Introducción: En 2016, durante las semanas epidemiológicas (SE) 1 a 16, Argentina registró una epidemia de Dengue (DENV1) que se extendió a zonas no endémicas como Ciudad de Buenos Aires-CABA.
Objetivo: Siendo la edad y las comorbilidades factores de riesgo de complicaciones, el objetivo del estudio fue analizar características clínicas y evolutivas de esta epidemia en adultos mayores.
Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se evaluaron las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Dengue confirmado (NS1positivo-IgM ELISA positivo), asistidos en consultorios de síndrome febril agudo inespecífico (SFAI), durante enero-abril de 2016 en un centro de adultos mayores de CABA. Se analizaron variables clínico-epidemiológicas y bioquímicas: edad, sexo, comorbilidades, signos clínicos de alarma, plaquetas y transaminasas. Los pacientes se agruparon en grupos: con criterio de internación y ambulatorios. Se analizaron variables bioquímicas de ambos grupos con test estadístico de asociación X2 ($p \leq 0.05$).
Resultados: De los 98 pacientes con criterio de inclusión: la mediana de edad fue 71 años, relación Hombre-Mujer 1,4. Las alteraciones cardiovasculares fueron las comorbilidades más frecuentes. Los síntomas prevalentes fueron: mioartralgias (89,4 %), fiebre (86,7 %) y cefalea (75,2 %). El 17 % de los pacientes fueron oligosintomático. 11 pacientes requirieron internación La trombocitopenia (<100.000 /µL) fue la única variable estadísticamente significativa entre los internados en relación con los ambulatorios (X2: 5.1; p: 0.02; IC 95). Tres pacientes presentaron formas graves (hepatitis severa, síndrome neurológico, dolor abdominal severo). No se presentaron casos fatales.
Conclusión: A pesar de la edad, esta cohorte presentó un mínimo de casos graves sin letalidad. De acuerdo a los escenarios epidemiológicos, son prioritarias las actividades de prevención y atención sanitaria integral.

PE283 SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SALUD. IMPORTANCIA DE COORDINAR LA NOTIFICACIÓN ON LINE Y EL REGISTRO DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS EN UN HOSPITAL DE INFECCIOSAS. PERÍODO 2009-2016

M Romano, J Zarra, C Falcone, N Rodriguez, V Rotllant, N Sardina, L Cusmano
H FJ Muñiz, Argentina.

Introducción: Desde el año 2007, el sistema nacional de vigilancia epidemiológica (SNVS) utiliza un software nacional on line. Esta metodología facilita el proceso sistemático y continuo de recolección, análisis e interpretación local de datos de las enfermedades de notificación obligatoria (ENO). La actividad propuesta para mejorar la calidad de información, fue combinar la base de egresos hospitalarios con los eventos notificados al SNVS.
Objetivo: describir los eventos notificados al SNVS y los datos de egresos hospitalarios para optimizar el análisis epidemiológico del período en estudio.
Material y métodos: Se analizaron las notificaciones al SNVS con la base de egresos hospitalarios, en el período 2009-2016. Se procesaron: eventos notificados, edad y lugar de residencia. Se tabularon eventos prevalentes como patologías respiratorias, infección de transmisión sexual y vectorial, según frecuencia. Se analizaron en forma individual los años epidémicos y pandémicos (2009: Gripe, 2016: Dengue).
Resultados: Se notificaron 29.895 eventos de ENO durante el período 2009-2016. El grupo de edad entre 35 a 44 años correspondió al de mayor frecuencia de patología notificada. El 67 % de los pacientes residieron en Provincia de Bs As. Las patologías más frecuentes fueron las Enfermedades respiratorias: 12271. La Tuberculosis fue la más frecuente con 3992 casos nuevos. La Enfermedad tipo influenza registró un total de 4352 casos, considerando solo el año pandémico 2009 con 2272 notificaciones. Las neumonías: 3807 y bronquiolitis: 302. La Tuberculosis representó un promedio anual de 384 internaciones y 332 ambulatorios. Las Infecciones de trasmisión sexual ocuparon el segundo lugar, siendo las más prevalentes infección VIH/SIDA: 4922 y sífilis con 3095. En tercer lugar, las enfermedades vectoriales: 2753 destacándose Dengue en el año 2016, epidémico para Argentina con 2437 casos notificados. Paludismo no autóctono 20 casos. Las enfermedades inmunoprevenibles notificadas más frecuentes fueron: Parotiditis: 80, Varicela71 y Tétanos 13. En las enfermedades zoonóticas, la Triquinosis fue la más frecuente de transmisión alimentaria: 122 casos, Leptospirosis: 54, Psitacosis: 37 y Hantavirus: 13. Del total de las Meningitis notificadas (n: 172), la más frecuente fue meningitis TBC (n: 50).
Conclusiones: Exceptuando los años epidémicos, las patologías prevalentes notificadas en el período 2009-2016 fueron la infección VIH/SIDA y la Tuberculosis. La información obtenida del análisis local on line del SNVS nos permitió notificar los casos asistidos en forma oportuna para el control de foco en la comunidad, garantizando una efectiva carga temprana. El uso de los datos de egresos hospitalarios fortaleció en forma retrospectiva el análisis de la información, siendo de utilidad en la mejora de la calidad del dato para una adecuada planificación local.

PE284 MALARIA EN VIAJERO QUE VISITA FAMILIARES EN LA FRONTERA BOLIVIA/ARGENTINA: LA IMPORTANCIA DE ESTAR ALERTA

ML Yantorno, F Arguello, V Angeletti, C Bergna, M Contte, G Pérez, G de la Parra, MB Lares, K Aguilera Constanzo, I Roccia Rossi, Y Nuccetelli, P Machado, P Vizcarra, D Santonato, N Lattour
HIGA "General José de San Martin" de La Plata, Argentina.

Introducción: La malaria es una de las principales causas de fiebre en el postviaje y constituye un desafío diagnóstico. En Argentina desde el año 2011 no se reportan casos autóctonos. Sin embargo la ocurrencia de casos en países limítrofes nos obliga a mantener el alerta. Describimos un caso de malaria en una viajera que visitó a sus familiares en Yacuiba (Bolivia), próxima a la frontera con Argentina.
Resumen clínico: Paciente femenina de 42 años que consulta por guardia el 19/3/17 por fiebre, escalofríos y cefalea de 4 días de evolución. Como antecedente epidemiológico realizó viaje para visitar a su familia a Yacuiba (Tarija, Bolivia) desde el 28/2/17 al 15/3/17, sin consulta previa. El laboratorio presentaba plaquetopenia (ver tabla 1). Por sospecha de dengue se solicita serología y se deriva al Servicio de Infectología. El 20/3/17 se evalúa a la paciente: regular estado general, lúcida, febril, ictericia cutáneo-mucosa. Laboratorio: 81.000 plaquetas, caída del hematocrito. Resultado negativo para dengue (AgNS1 e IgM). Por antecedente de viaje a área de riesgo de malaria se solicita extendido de sangre periférica donde se observan elementos compatibles con Plasmodium vivax. Inicia tratamiento con cloroquina 1500 mg dosis total, con mejoría clínica y parasitemia negativa a las 48 hs. Se descarta déficit de G6PDH e inicia primaquina.

Estudios complementarios

Laboratorio	19/03/17	20/03/17	21/03/17	27/03/17
Hematocrito	34 %	29 %	26.4 %	31 %
Leucocitos	5900/ul	6000/ul	5800/ul	8800/ul
Plaquetas	125.000/mm3	81.000/mm3	23.000/mm3	255.000/mm3
Tgo/tgp	86/85 UI/L	89/107 UI/L	78/92/ UI/L	94/171 UI/L
Glucemia	128 mg/dl	93 mg/dl	95 mg/dl	110 mg/dl
Bilirrubina total	1.02 mg %	1.52 mg %	2.88 mg %	0.72 mg %
Ldh	-	-	895 UI/L	450 UI/L

Discusión: Las personas que viajan a visitar a familiares y amigos presentan mayor riesgo de contraer enfermedades relacionadas al viaje incluyendo malaria. Esto se debe a que realizan viajes más prolongados, tienen mayor contacto con fuentes de agua y alimentos locales, su percepción del riesgo es menor ya que regresan a su lugar de origen y no realizan consulta previa al viaje. En Argentina los últimos casos autóctonos reportados de malaria fueron en el año 2010. La principal zona de riesgo es el norte de Salta (San Martín y Orán), fronterizos con Bolivia. Existen casos importados provenientes de áreas endémicas. En Bolivia, la incidencia más alta se encuentra en la zona amazónica al norte del país, principalmente en los departamentos de Pando y Beni. Yacuiba es un municipio de Tarija caracterizado por ser un importante centro de comercio. Se encuentra a 3 km de la frontera con Argentina, lo que implica un riesgo constante por la proximidad al área endémica.
Conclusiones: Consideramos de importancia epidemiologica el reporte de este caso por la presencia de casos de malaria en la frontera con Argentina, y el riesgo de personas que viajan a visitar a sus familiares, sin consulta previa y sin las medidas de proteccion adecuadas. Es importante mantener el alerta frente a los viajeros que regresan con fiebre y considerar al paludismo entre los diagnosticos diferenciales.

PE285 MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS EN EL CURSO DE LA EPIDEMIA DE DENGUE EN ARGENTINA

V Acosta, L Daciuk, S Roldán, G Cabral
Hospital Prof. A. Posadas, Argentina.

Introducción: El compromiso neurológico por dengue (DEN) puede presentarse durante el cuadro de fiebre por dengue, dengue grave y en casos asintomáticos. Las complicaciones del SNC pueden ser la manifestación primaria de la infección y son observadas con mayor frecuencia durante las epidemias.
Objetivo: Analizar la frecuencia de compromiso neurológico por DEN durante la epidemia del 2016, y la presencia de factores clínicos y de laboratorio asociados.
Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron para DEN los LCR de pacientes con manifestaciones neurológicas admitidos entre la SE 2 y 22 del 2016 por RT-PCR en tiempo real (RT-PCR) (CDC 2011) y MAC-ELISA (Burke 1987). La definición de caso, diagnóstico y manejo se efectuaron según directrices del Ministerio de Salud de la Nación. Se analizaron los parámetros del LCR utilizando U de Mann Whitney y los parámetros séricos y clínicos utilizando $\chi 2$.
Resultados: Se analizaron 101 LCR de pacientes con edades comprendidas entre 0 y 79 años (mediana: 22). Resultaron positivos para DEN 19 (18.8 %): 11 por RT-PCR, 6 por MAC-ELISA y 2 LCR negativos tenían diagnóstico sérico positivo. El serotipo detectado por RT-PCR fue DEN-1. Se confirmaron en suero durante ese período 640 casos de DEN. Se solicitó el diagnóstico en LCR en 7 pacientes: 5 tenían dengue grave y 2 dengue con signos de alarma. Se detectó genoma en 4/7 LCR, anticuerpos en 1/7, y en 2 se realizó el diagnóstico en suero. Los 12 LCR restantes surgieron del análisis retrospectivo. El promedio de días de inicio de fiebre hasta la aparición de los síntomas neurológicos fue 4 (rango 1-20). Los LCR en los que se detectó genoma fueron tomados dentro de los 7 días de inicio de la fiebre, en los que se detectó anticuerpos entre 5-20 días. Las presentaciones clínicas fueron: encefalitis (9), meningoencefalitis (4), meningitis (2), encefalopatía (1), stroke isquémico (1) y lactante febril (2). Tres pacientes fallecieron. Se observaron otras manifestaciones clínicas como miocarditis (1), rabdomiólisis (3), falla renal (2), derrame pleural (2) y pericárdico (1). Presentaron pleocitosis 6 LCR e hiperproteinorraquia 13, sin diferencia significativa con los LCR negativos para DEN. Diez presentaron imágenes patológicas en SNC. Si bien la proporción de pacientes con hiponatremia (12), plaquetopenia (8), leucopenia (6), enzimas hepáticas (10) y CK (7) aumentadas fue mayor en aquellos con diagnóstico de DEN en SNC comparado con otros virus neurotrópicos sólo fue significativa en los 3 últimos ($\chi 2$ $p<0,05$)
Conclusiones: La frecuencia de compromiso neurológico hallado 20/640 (3 %) coincide con la bibliografía. Los factores de laboratorio asociados a la complicación neurológica fueron: leucopenia (OR:4.6); CK elevada (OR:5.8) y enzimas hepáticas elevadas > 5 veces (OR:5). No se pudieron asociar características clínicas y otros parámetros de laboratorio debido a la baja prevalencia. El relevamiento usando ambas técnicas en todas las muestras permitió incrementar 3 veces el diagnóstico. Estos datos muestran la importancia de la vigilancia de DEN en LCR en especial durante una epidemia, aún en pacientes sin otros síntomas de la enfermedad.

PE286 AISLAMIENTOS DE *Leptospiras* spp. EN EL PERÍODO 2010-2016 MEDIANTE VIGILANCIA INTENSIFICADA

MF Schmeling[1], P Jacob[1 2], YT Chiani[1], NY Landolt[1], N Pujato[1 2], D Passaro[3], A Soncini[3], C Bonacalza[4], C Martinich[5], S Fusco[6], V Azogaray[6], NB Vanasco[1 2]
[1] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Dr. E. Coni" – ANLIS, Argentina. [2] Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB) – UNL, Argentina. [3] Departamento de Diagnóstico de Enfermedades Infectocontagiosas, Emergentes y Reemergentes. Dirección de Laboratorio y Control. Dirección Provincial Instituto Biológico Dr Tomás Perón, Argentina. [4] Epidemiología Región Sanitaria IV – Pergamino – Buenos Aires, Argentina. [5] Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR), Argentina. [6] Laboratorio Central de la Provincia de Santa Fe, Argentina.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis emergente o reemergente de distribución mundial causada por espiroquetas del género Leptospira. Se destaca por su diversidad clínica, desde infección subclínica hasta la enfermedad de Weil. En los últimos años, la presentación clínica con hemorragia pulmonar con altas tasas de mortalidad ha estimulado la vigilancia de la enfermedad y el cultivo de muestras para obtener aislamientos y conocer las variedades de Leptospira circulantes. El objetivo de este estudio es describir clínica y epidemiológicamente los casos confirmados con aislamientos, y conocer las variedades circulantes de *Leptospira* spp. entre 2010-2016.
Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Se aislaron 17 cepas de *Leptospira* spp. de sangre entera de pacientes con sospecha de leptospirosis. Dichos aislamientos fueron estudiados por secuenciación del gen 16SARNr para la identificación de especie y por MLST (*Multilocus Sequence Typing*). Del análisis de las fichas clínico-epidemiológicas, se obtuvo que 4 pacientes pertenecieron a Buenos Aires y 13 a Santa Fe; 94 % sexo masculino y edad promedio 37 años. Del análisis del 16SARNr resultaron: 15 aislamientos *L. interrogans* (patógenas) y *L. wolffii* y *L broomii* (intermedias). Estos últimos aislados en 2010 y 2011, respectivamente. Según el MLST, los serogrupos de los aislamientos *L. interrogans* fueron: 8 Canicola, 4 Icterohaemorragiae, 2 Australis y 1 Pomona. La siguiente tabla detalla serogrupos y su relación con los síntomas y actividades laborales.

Serogrupo	Canicola (n = 8)	Icterohaemorragiae (n = 4)	Australis (n = 2)	Pomona (n = 1)
Fallecido	0	2	0	0
Fiebre	8	4	2	1
Mialgias	7	4	1	0
Cefaleas	4	3	2	1
Inyección conjuntival	4	2	0	1
Sindrome respiratorio	1	2	0	1
Sindrome hepático	1	1	0	0
Sindrome renal	0	1	0	1
Sindrome hemorrágico	0	1	0	0
Acts. rurales	2	0	2	1
Pesca	0	3	0	0
Construcción	2	1	0	0

El paciente con *L. wolffii* (fallecido) presentó: fiebre, cefaleas, mialgias, síndromes respiratorio, hepático, renal y hemorrágico, y su actividad laboral vendedor ambulante. Mientras que el paciente infectado con *L. bromii* presentó síndrome respiratorio y desarrollaba actividades en caballeriza.
Conclusiones: La vigilancia permitió aumentar el número de aislamientos de *Leptospira* spp. a partir de casos humanos en Argentina, con respecto a años anteriores. Los aislamientos de cepas intermedias sugieren la necesidad de un estudio más exhaustivo de estas especies. La circulación predominante fue del serogrupo Canicola y los síntomas más severos se relacionaron a Icterohaemorragiae. Es prioritario continuar con este tipo de estudios para obtener más aislamientos que permitan correlacionar serogrupos con la clínica y epidemiología. De esta manera se podrán identificar fuentes de infección y reservorios para implementar estrategias de prevención y control adecuadas.

PE287 HIDATIDOSIS CEREBRAL, UNA PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE

G Giletto, M Patavino, S Pinciroli, M Ramadori, C Ortolani, G Ortolani
Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Don Victorio Tetamanti, Argentina.

Introducción: La Hidatidosis humana es la enfermedad parasitaria producida por implantación de hidátides de *Echinococcus* spp. en el hombre. El E. granulosus produce la hidatidosis quística en América Central y del Sur y las zonas rurales presentan la mayor prevalencia. Las localizaciones más frecuentes de los quistes son en hígado y en pulmón, mientras que el compromiso encefálico representa solo el 1-2 % de los casos. El daño que ocasiona el quiste es tanto mecánico, por compresión de órganos, como tóxico, en caso de ruptura del mismo, y en muchos pacientes es necesario el tratamiento quirúrgico.
Resumen clínico: Paciente masculino de 10 años de edad, proveniente de Benito Juárez, que como único antecedente patológico presentó episodios convulsivos a los 8 años en seguimiento por servicio de neurología. Como antecedente familiar, madre que requirió lobectomía pulmonar para extirpación de quiste hidatídico. Consulta por presentar hemiparesia braquiocrural izquierda leve, la cual es constatada en el examen físico. Se realiza TAC de cráneo donde se visualiza imagen redondeada quística frontotemporo parietal izquierdo, que comprime sistema ventricular y desplaza línea media. Se decide internar al paciente con diagnóstico de tumor cerebral y como diagnósticos diferenciales más probables: 1- Astrocitoma pilocítico 2- Hidatidosis cerebral. Durante la internación se le solicita radiografía de tórax y ecografía abdominal, ambas normales, y prueba de arco 5 en suero: negativa. Se amplió su estudio con RMN de SNC, la cual mostró una imagen redondeada de 10 cm de diámetro, a nivel paraventricularcórtico subcortical frontotemporo parietal izquierdo. El estudio electroencefalográfico resultó normal.
A los cinco días de internación se practica la exceresis de la tumoración quística cerebral, sin ruptura durante el procedimiento quirúrgico. El paciente recibió tratamiento con cefazolina pre quirúrgico y albendazol 15 mg/K/Dìa c/12 hs. • Exámen macroscópico: quiste de 8 cm de diámetro, liso, brillante y blanquecino en la superficie externa. Al corte sale líquido claro. La superficie interna es granular y de color blanco amarillenta. • Exámen microscópico: visualización de protoescólices, ganchos, vesículas hijas y restos membranales, todos ellos elementos parasitarios compatibles con *E. granulosus*. Cursando posoperatorio presenta episodio convulsivo, por lo que se realiza nueva TAC de cráneo, la cual evidenció un orificio residual, sin sangrado activo en el parénquima. Al octavo día, el paciente se mantiene estable, no repite convulsiones, por lo cual se decide el egreso hospitalario con diagnóstico de quiste hidatídico de SNC, con tratamiento antiparasitario vía oral y control con servicio de neurocirugía.
Conclusión: La alta incidencia de hidatidosis en nuestro país y las complicaciones que conlleva hacen de esta patología un importante problema de Salud Pública. Siendo una presentación poco frecuente y muchas veces sin pesquisarse quistes en otras localizaciones, la hidatidosis cerebral debe ser siempre considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de lesiones quísticas encefálicas, para lograr de esta manera un tratamiento precoz y adecuado manejo del paciente.

PE288 HANTAVIRUS AUTÓCTONO EN UN ÁREA NO ENDÉMICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES: REPORTE DE CASO

C Pfoh, M Alvarado, C Cuchetti, M Benvenutti, A DAmico
Hospital Interzonal Dr. José Penna, Argentina.

Introducción: El primer caso de Hantavirus en Argentina fue diagnosticado en 1995. Actualmente se establecen cuatro regiones endémicas de circulación viral (Central, Noreste, Noroeste y Sudoeste). En la Provincia de Buenos Aires las áreas más afectadas son el área periférica de La Plata, la región noroeste y el conurbano bonaerense. Presentamos un caso autóctono de Síndrome Pulmonar por Hantavirus (SPH) en el sur de dicha provincia.
Resumen: Mujer de 36 años sin antecedentes patológicos de relevancia que consultó el 30/1/2017 a las 9:15 hs en el Servicio de Emergencias por dificultad respiratoria de 2 días de evolución, asociada a tos seca. El cuadro clínico comenzó 7 días antes con marcada astenia, mialgias y fiebre por lo que recibió tratamiento sintomático. Antecedentes: Procedente de la ciudad de Mendoza, se mudó a fines de Diciembre de 2016 a la Localidad de Sauce Grande, Municipio de Monte Hermoso, donde vivía sola en una casa suburbana. Examen físico: FC 85 x min, FR 22 x min, TA 90/50 mmHg, T° 37,1°C y SO2 (0,21) 88 % (que corrigió a 98 % con oxígeno). Buena mecánica respiratoria, buena entrada de aire bilateral con escasos rales crepitantes en base izquierda. Sin signos de hipoperfusión periférica. Exámenes complementarios: Laboratorio (11:45) Leucocitos: 6.200 cel/mm3 (PMN: 68 %, Li: 15 %), Hto: 41 %, Hb: 13,7g/dl, Plaquetas: 23.000 xmm3, ERS: 32, Urea: 0,25 g/l, Creatinina: 9,3 mg/l, TGO: 123 UI/l, TGP: 37 UI/L, FAL: 113 UI/L, Bilirrubina total: normal, LDH: 837 UI/l, CPK: 46 UI/L. Radiografía de tórax: infiltrado intersticial bilateral. Con diagnóstico de neumonía bilateral se solicitaron hemocultivos y las siguientes serologías: ELISA VIH (test rápido negativo), Leptospirosis, Hantavirus, *C. pneumoniae* y *M. pneumoniae.* Se inicia tratamiento con ampicilina-sulbactam y claritromicina. Presenta mala evolución, FC: 99 x min, FR: 42 x min, TA: 75/50 mmHg, T°: 36,5°C y SO2 (mascara de reservorio) 97 %. Se inicia ARM y se expande con fluidos con mejoría de la TA. Laboratorio (20:00) Leucocitos: 15.300 cel/mm3 (PMN: 74 %), Hto: 51 %, Hb: 17,1 g/dl, LDH: 1155 UI/l. Evolucionó con refractariedad terapéutica a la ARM y progresó a paro cardiorespiratorio que no respondió a las maniobras de reanimación, falleció el 31/1/17 a las 7:05
El 2/2/17 se recibe resultado del Instituto Malbrán: ELISA IgM e IgG positivos para Hantavirus. La genotipificación reveló ser un virus AND-Buenos Aires. En la inspección realizada como medida de control de foco no se detectaron roedores ni excretas en el interior de la vivienda, pero se evidencio indicios de excretas en el lugar de trabajo. Se realizó serología a contacto asintomático con resultado negativo
Conclusión: En el SPH resulta fundamental la rápida sospecha clínica para la implementación temprana del tratamiento de sostén adecuado. Si bien la zona más afectada es el partido de La Plata y alrededores, estudios publicados revelan la presencia de Oligoryzomys flavescens en el Sur de la provincia, por lo que se determina un medio epidemiológico favorable para la aparición de nuevos casos de esta afección. Deberán estudiarse las variables ecológicas que intervienen en la aparición de casos en áreas donde antes no se presentaban.

PE289 SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO AL VIRUS ZIKA. DESCRIPCIÓN DE UN CASO AUTÓCTONO

MC Cudós[1], V Mugna[2], G Rompato[2], E Anchart[3], MA Morales[4], MA Uboldi[1]
[1] Ministerio de Salud de Santa Fe- Dirección Provincial de Promoción y Prevención de la Salud, Argentina. [2] Laboratorio central de Santa Fe, Argentina. [3] Dirección de laboratorios de la Provincia de Santa Fe, Argentina. [4] Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas- INEVH, Argentina.

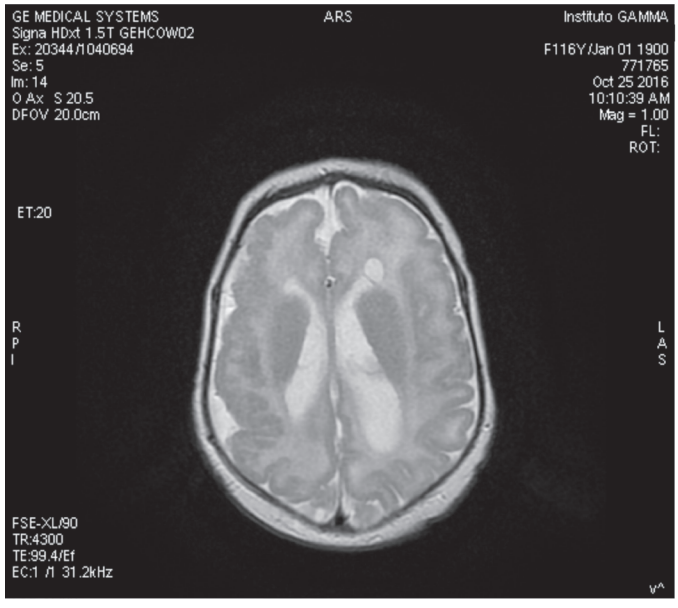
Introducción: La transmisión autóctona del virus Zika en Brasil en 2015 y su posterior vinculación a microcefalia y SGB hizo que la OMS declare la enfermedad como una emergencia de Salud Pública internacional. Esto llevó a una vigilancia intensificada de la enfermedad por virus Zika y sus complicaciones en Argentina. Se describe un caso autóctono de microcefalia asociado al virus Zika.
Resumen clínico: Se presenta en agosto de 2016 paciente de 32 años, a quien se detecta por ecografía obstétrica microcefalia en la 35.5 semana de gestación (diámetro biparietal 74.5 mm y perímetro cefálico 280 mm, -2 DS para edad gestacional). Estudios previos normales. No presenta antecedentes de viaje (tampoco su pareja) a áreas de transmisión de Zika durante el año previo. Refiere haber presentado en la semana 13 de embarazo rash maculopapular generalizado y mialgias, de 72 horas de duración, diagnosticado como cuadro alérgico. En la semana 38 de gestación nace un recién nacido (RN) a término, con microcefalia. Se realizan estudios neurológicos y microbiológicos correspondientes. A los 4 meses de vida se encuentra en rehabilitación neurológica. Se observa persistencia de algunos reflejos (MORO, prensión palmar, tónico cervical asimétrico), y presencia de temblores en MMSS. Exámenes complementarios: *Serologías maternas:* - VDRL no reactiva; Toxoplasmosis anticuerpos <1/16; CMV IgG positivo, IgM negativo; Rubeola Ac IgG positivo. - Los estudios de orina para PCR de Zika fueron no detectables en ambos pacientes.

Estudios serológicos para arbovirus en madre y RN:

Paciente	Fecha	ELISA IgM	DEN1	DEN2	DEN3	DEN4	FA	SLE	WN	ZIKA
Madre	30/8/16	borderline	10	20	10	<10	NR	NR	NR	>40
Madre	19/12/16	positivo	<20	40	20	<20	<20	40	40	>640
RN	19/12/16	positivo	<10	10	10	<10	<20	20	10	>320

RMN RN: Hipoplasia y desmielinización del cuerpo calloso. Desmielinizacion de región frontal, área motora. Aumento de tamaño de las cavidades ventriculares en forma global, indicando atrofia central y notable atrofia de lobulos temporales, parietales y frontales. Falta de operculizacion bilateral de lobulos temporales. Falta de desarrollo de la corteza cerebral. Trastornos microencefálicos de sustancia blanca.

Discusión: Teniendo en cuenta: el antecedente de exantema en el primer trimestre de embarazo, la microcefalia con malformaciones neurológicas del RN, las pruebas de neutralización positiva para ZIKA (títulos 4 o más veces mayores que para otros flavivirus) y la ausencia de antecedentes de viaje, consideramos que se trata de un caso confirmado de síndrome congénito asociado al Zika. Es el segundo caso identificado en el país, primero con RN vivo y en ausencia de detección de transmisión autóctona del virus en la región.



PE290 ENDOCARDITIS POR *Brucella*. SERIE DE CASOS

M Pace, F Manavella, P Serravalle
Hospital José María Cullen, Argentina.

La brucelosis es una enfermedad producida por bacterias del género *Brucella*. Existen diversas complicaciones, las más habituales son osteo-articulares. El compromiso cardiovascular es infrecuente, ocurre en menos del 2 % de ellas. Presentamos tres casos de endocarditis por *Brucella*.
Caso 1. Endocarditis por Brucella Abortus: Masculino de 57 años, trabajador rural. Ingresa por insuficiencia cardiaca descompensada, astenia y equivalentes febriles de 6 meses. Examen físico: Febril. Signos de insuficiencia cardiaca. Soplo diastólico 3/6 polifocal. Isquemia arterial aguda en pierna izquierda. Laboratorio: Glóbulos Blancos 3740/µl, Hb 9.3 mg/dl, Pq 40.000/µl, Cr 1.35 mg/dl, U 0.83 g/dl, KPTT >120 seg, RIN 1.57. Rosa de Bengala: positivo; Huddleson >1/320. Ecocardiograma transesofágico: Insuficiencia aórtica severa con vegetación de 9 x 17 mm. Evolución: Se inicia tratamiento antibiótico por sospecha de endocarditis infecciosa con impacto séptico en miembro inferior. Se toman Hemocultivos x3: positivos para Brucela Abortus Biovar 1. Complica con falla multiorganica y fallece.
Ccaso 2. Endocarditis por Brucella Canis: Masculino de 38 años, sin antecedentes patológicos. Ingresa por insuficiencia cardiaca y fiebre. Examen físico: Petequias en paladar duro, piso de boca y planta de pies. Soplo sistodiastólico 4/6 polifocal. Signos de insuficiencia cardiaca. Laboratorio: sin alteraciones, Rosa de Bengala y Huddleson negativas. RSAT positivo. Ecocardiograma transesofagico: Válvula aórtica bicúspide, 2 imágenes compatibles con vegetaciones de 28,4 mm x 9 mm y de 24 mm x 6 mm, respectivamente. Insuficiencia valvular aórtica severa. Evolución: Se interpreta como endocarditis infecciosa. Se inicia tratamiento. Se realiza cirugía de recambio valvular aórtico. Hemocultivos x4: Brucela sp. Cultivo de válvula negativo. Se rota esquema a Doxiciclina, Rifampicina, Cotrimoxazol. Buena evolución. Se otorga alta hospitalaria.
Caso 3. Endocarditis por Brucella Suis: Masculino de 45 años, hipertenso, ingresa por pérdida de peso, sudoración nocturna y equivalentes febriles de un año de evolución. Examen físico: esplenomegalia y soplo sistólico aórtico 2/6. Laboratorio: Hemoglobina 6.6, GB 3330, Pq 214000, Urea 0.64, Creatinina 2.04. Test de Hudlesson y Rosa de bengala positivos. Ecocardiograma transesofagico: válvula aórtica bicúspide, calcificada, estenosis aórtica moderada. Sin vegetaciones. Evolución: Hemocultivos por 2: Brucella Suis. Realiza tratamiento con Rifampicina y Doxicicilina por seis semanas,normalizando laboratorio. Se suspende el mismo. A los 15 días reingresa por insuficiencia cardiaca descompensada. Se realiza ETE: vegetación e insuficiencia aortica. Se realiza CRV. Hemocultivos y cultivo de válvula aortica negativos. Se interpreta como endocarditis por Brucella, se instaura tratamiento con buena evolución clínica.
Conclusión: La Endocarditis por *Brucella* puede afectar válvulas previamente enfermas o sanas, siendo más frecuente el compromiso de válvula aórtica. Sin tratamiento oportuno evoluciona hacia la insuficiencia cardíaca y muerte. La descripción de esta serie de casos, constituye una alerta para el personal médico.

PE291 MIOCARDITIS SECUNDARIA A TRIQUINOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, A López, R Alzola
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas, Argentina.

Introducción: La triquinosis es la infección por *Trichinella spiralis*. Por lo general, la gravedad depende del número de larvas invasoras, pudiendo manifestarse con diarrea, fiebre, mialgias, edema facial, miositís, encefalitis, artritis y neumonitis, siendo la eosinofilia el hallazgo característico que orienta al diagnóstico de esta entidad. La afectación cardiaca es infrecuente, dado que el parásito rara vez se enquista en el miocardio. La miocarditis por triquinosis suele ser pauci-sintomática e incluso inadvertida.
Caso: Paciente de 38 años con antecedente de consumo de carne de cerdo. Presenta cuadro de 15 días de evolución caracterizado por episodio de diarrea no disentérica, náuseas y vómitos que se auto limitan, evolucionando con fiebre, mialgia, edema palpebral e inyección conjuntival. Consulta a otros centros, sin mejoría al tratamiento sintomático y con una primera serología de triquinosis negativa. Por persistencia febril y malestar general es internado, presentando: leucocitosis, eosinofilia (32 %), CPK (5.621), LDH y transaminasas elevadas por 10. Intercurre con episodio de sobrecarga hídrica con elevación de troponina, sin dolor precordial, ni cambios electrocardiográficos. Se interpreta como Miocarditis secundaria a triquinosis, iniciándose balance negativo, tratamiento específico con Albendazol y corticoides vía oral. Se realizaron los siguientes estudios: Hemocultivox2 negativo, ecografía abdominal y tomografía de tórax sin particularidades, Ecocardiograma transtorácico con FEY 65 %, derrame pericárdico leve, y una Segunda muestra de Serología Elisa reactivo para *Trichinella spiralis*.
Discusión: La triquinosis aguda en el ser humano suele diagnosticarse sin dificultad en un brote agudo. Sin embargo debido a las numerosas y diversas manifestaciones clínicas de esta parasitosis puede confundirse con otros padecimientos si no se tiene la sospecha diagnostica. La sintomatología depende de la cantidad del inoculo ingerido. El compromiso cardíaco no es común, pero representa la causa más frecuente de muerte en triquinosis severa siendo la fisiopatología una elevada respuesta inflamatoria eosinofílica.
Conclusión: La infección humana por Trichinella sigue produciendo brotes esporádicos, debiéndose insistir en el cumplimiento de las normas sanitarias preventivas establecidas. La presencia de un cuadro clínico compatible junto con eosinofilia obliga a valorar la posibilidad de dicha infección como diagnóstico inicial y a realizar historia epidemiológica. El compromiso miocárdico es variable que va desde signos de insuficiencia cardiaca, enzimas cardiacas normales o aumentadas, electrocardiograma normal o inespecífico, con o sin bloqueos o arritmias; y ecocardiograma con disfunción segmentaria y global. Se debe correlacionar los hallazgos clínicos y epidemiológicos para una conducta adecuada.

PE292 ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO, CLÍNICO, DE ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS Y DE BIOMARCADORES DE UN BROTE DE TRIQUINOSIS EN LOCALIDADES DEL GRAN BUENOS AIRES, OBSERVADO EN AGOSTO - SEPTIEMBRE DE 2016.

PS Cardinali[1], CV Giomi[1], CM Siufi[1], AP Seijo[1], JL Garcia[1], SE Echazarreta[1], J Correa[2], S Giamperetti[2], B Deodato[2], BE Cernigoi[2], AC Seijo[2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Zoonosis, Hospital F.J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La triquinosis es una zoonosis transmitida por el consumo de alimentos contaminados por larvas de Trichinella spp. Es considerada la zoonosis de mayor incidencia en nuestra región y la mayoría de los casos provienen de alimentos derivados del cerdo (T. spiralis genotipo T1) sin controles bromatológicos.
Objetivos: Describir los aspectos epidemiológicos, clínicos, cambios electrocardiográficos y de biomarcadores de un brote de triquinosis.
Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se analizaron pacientes con diagnóstico de triquinosis confirmado por serología (IFI y Western Blot) durante los meses de agosto y septiembre de 2016. Las variables se expresaron en proporciones y porcentajes. El nivel de significación se consideró p <0,05. El análisis de las variables cuantitativas se realizó por pruebas paramétricas y no paramétricas según la distribución. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante el test de Fisher.
Resultados: Fueron confirmados 27 casos, la mediana de edad fue 39 años (12-61 años). Predomino de sexo masculino (17/27). Los 27 pacientes refirieron consumo de chorizo seco adquirido en comercios, distribuidos por una fuente en común . La mediana de inicio de síntomas fue de 18,5 días. Las manifestaciones clínicas correspondientes a la fase enteral y parenteral se observaron en un 33 % y 67 % de los casos, respectivamente. Los signos y síntomas más frecuentes en ambas fases fueron: mialgias (96,5 %), fiebre (86 %), edema bipalpebral (51 %). El 48 % de los pacientes consultó en otros centros; el 77 % de estos recibió un diagnóstico diferente. Los hallazgos de laboratorio más relevantes fueron: leucocitosis (17/27) (mediana: 11,900/uL (4800-23,800 u/L), eosinófilos elevados en el 100 % de los pacientes (mediana: 23,4 % (5,9 %-57,4 %), CPK elevada (20/27) (mediana: 579 U/l (78-2975)). Se observaron cambios electrocardiográficos en 29,6 % (8/27): trastornos de la repolarización (4/8), BCRD (3/8), taquicardia sinusal (1/8). Tres pacientes presentaron sintomatología cardiológica inespecífica (palpitaciones y náuseas) 2 de los cuales mostraron cambios en el ECG. En la fase de convalecencia 7/8 pacientes revirtieron los cambios en el ECG. Un paciente discontinuó seguimiento. Todos los pacientes recibieron tratamiento con AINES, 12/27 corticoterapia (metilprednisolona 1 mg/kg/día) y 18/27 tratamiento antihelmíntico. Se indicó tratamiento antiparasitario asociado a corticoterapia en 5/8 pacientes con alteraciones electrocardiográficas. No se registraron casos graves. No hubo asociación entre las variables estudiadas.
Conclusiones: En nuestra serie destacamos la eosinofilia en el 100 % de los casos Los diagnósticos alternativos en visitas previas fueron frecuentes (77 %). Las alteraciones electrocardiográficas, se observaron en un alto porcentaje (29,6 %), aunque sólo 2 pacientes relataron sintomatología cardiológica. Destacamos que la sospecha de esta entidad debe basarse en el antecedente del consumo del alimento, la sintomatología clásica, el hallazgo de biomarcadores afectados y es de especial relevancia el monitoreo cardiaco con ECG basal y de control post tratamiento antihelmíntico.

PE293 EMERGENCIA DE INFECCIONES INVASIVAS POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE NO TIPIFICABLE EN PEDIATRÍA.

W Yfran, S Schiavino, C Carballo, C Goncalves, E Anteliz, C Campoverde, A Medranda, E Contreras, ML Praino, C Cazes, MM Contrini, EL López
Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Argentina.

Introducción: *Haemophilus influenzae* no tipificable (HiNT) es un germen no capsulado que produce infecciones no invasivas habitualmente. Luego de la incorporación de vacunas conjugadas para HiB a calendario, la enfermedad invasiva por HiNT ha sido reportada en forma creciente
Objetivo: Estudiar características clínicas, de laboratorio y evolución de niños con enfermedad invasiva por HiNT, en un hospital pediátrico de alta complejidad
Material y métodos: Estudio de corte transversal; pacientes con diagnóstico de enfermedad invasiva por HiNT, internados en el Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", desde 01/01/2016 al 31/12/2016
Resultados: Fueron hospitalizados 7 niños con enfermedad invasiva por HiNT; 6/7 en invierno, y 1/7 en primavera. Edad: mediana: 7 meses (rango 3- 34); 85 % <1 año; relación hombre/mujer: 2.5:1. Presentaban condición patológica de base 4/7 pacientes: 2 Síndromes Genéticos, 1 Malformación adenomatoidea quística (MAQ), 1 cardiopatía congénita. Los restantes 3 pacientes sin enfermedad de base, presentaron coinfección por VSR. Cinco pacientes (71 %) habían recibido vacunacion completa para HiB acorde a edad; no obstante ello, 4/7 (57 %) pacientes lograron la protección de 3 dosis de vacuna. Síntomas clínicos al ingreso: fiebre: 7(100 %); CVAS: 6/7(85 %); Síndrome Bronco-Obstructivo (SBO) con hipoxemia: 3/7(42 %); supuración de herida quirúrgica post-corrección de cardiopatía: 1/7(14.3 %). Todos presentaron compromiso respiratorio: neumonía: 6/7; MAQ sobreinfectada: 1/7. Además, 1 paciente presentó infección post-quirúrgica de cardiopatía y consecuente osteomielitis esternal. Se observó leucocitosis neutrófila: 4/7 pacientes: leucocitos: mediana 15.300/mm3 (rango 4.300-29.600). Proteína C elevada en 71 % pacientes: mediana 68 mg/dl (rango 42-180). Valoración inmunológica normal en 5/7 pacientes en que se realizó. Diagnóstico microbiológico: hemocultivo positivo: 100 %, aunque sin descompensación hemodinámica. Otros materiales de cultivo positivo: material de herida quirúrgica y biopsia ósea de esternón. Las cepas aisladas fuero no tipificables aún por PCR (en Instituto ANLIS-Malbrán). Tratamiento antibiótico empírico: 100 % adecuado. Duración tratamiento antibiótico EV: mediana 14 días (rango 10-21); se continuó por VO en 2/7(33 %) casos. Tiempo total de tratamiento antibiótico: mediana 14 días (rango 10-63). Tres pacientes (42.9 %) requirieron asistencia en UCI con ARM. Toilette quirúrgica de mediastino y esternón: 1 paciente. Todos presentaron buena evolución.
Conclusiones: - Las infecciones invasivas por HiNT son predominantes en niños <1 año de edad, con enfermedad de base. - Los niños sin patología de base, presentaban co-infección por VRS en nuestra serie, aunque aún no se ha estudiado su rol en la fisiopatogenia de la enfermedad. - La enfermedad invasiva estuvo referida a Bacteriemia, infección pulmonar y osteomielitis.

PE294 TRIQUINOSIS: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UN BROTE EPIDÉMICO ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DEL CONURBANO BONAERENSE

R Torrico Caballero, L Daciuk, G Torales, V Roldan, M Jacobo, E Kidd, M Golikow, L Cabaleiro, R Alzola, A López, KM Lee, ME Borda, D Siciliani
Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas, Argentina.

Introducción: La triquinosis es zoonosis parasitaria producida por el nematodo *Trichinella spiralis*, la infección se produce por la ingesta de alimentos derivados de la carne de cerdo u otros animales infestada y poco cocida, sin control sanitario. En Argentina son frecuentes los brotes asociados al consumo de alimentos sin control bromatológico.
Objetivo: Se realizó un estudio descriptivo de 20 pacientes atendidos en el servicio de Infectología de un Hospital del conurbano bonaerense durante episodio de un brote.
Materiales y Métodos: Paciente atendidos en un brote epidémico. Analizándose 20 pacientes adultos, mes de Agosto 2016. Se analizaron y se utilizaron las variables: Laboratorio, clínica y epidemiológica.
Resultados: Fueron atendidos 20 pacientes, de los que se confirmó 45 % por Serología (Elisa/Westers Blot) *Trichinela Spiralis* y 55 % sospechosos por clínica y epidemiologia. Con antecedente de consumo de carne de cerdo y salamines. Mediana de edad fue 40 años, 75 % sexo masculino, provenientes en un 70 % del partido de Merlo, 20 % Moreno, resto de La matanza y Marcos Paz. Presentaron como clínica: fiebre 80 %, mialgias 75 %, diarrea 50 %, cefalea 50 %, edema periorbitario 45 %, astenia 40 %, inyección conjuntival 35 %, vómitos 20 %, diarrea 5 %, hemorragia conjuntival 5 % y artralgia 5 %. Presentando leucocitosis en un 65 %, eosinofilia 80 %, elevación de CPK 85 % y elevación de TGO 60 %. Se indicó tratamiento específico con Albendazol. Requiriendo internación un paciente por miocarditis.
Conclusiones: La triquinosis es un problema Salud Pública mundial. El diagnóstico de triquinosis depende de la sospecha clínica, identificación y correlación de los signos y síntomas clínicos, además de los hallazgos positivos del laboratorio. En la práctica clínica es recomendable tratar a pacientes con cuadro clínico sospechoso, antecedentes epidemiológicos de riesgo y presencia de eosinofilia y aumento de CPK y no esperar la detección de anticuerpos circulantes para certificar el diagnóstico. Se presenta el brote con el objetivo de fomentar la educación sobre triquinosis en la población.

PE295 ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR *Coxiella burnetii*. PRIMER REPORTE EN ARGENTINA

P Fernandez Oses[1], M Peninni[2], M Merkt[2], A Sucari[3], S Castillo[2], ME Zanella[2], A Iribarren[1], M Vivas[1], R Ronderos[1], F Piccinini[1], A Aranda[1], E Diaz Romero[1], F Nacinovich[1]
[1] Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina. [2] Stamboulian Laboratorio, Argentina. [3] Higiene y seguridad alimentaria y ambiental Stamboulian Laboratorio, Argentina.

Introducción: *C. burnetti* es una causa rara de EI. Debe sospecharse en especial en pacientes con HC negativos y factores epidemiológicos específicos como el contacto con ganado bovino, ovino y caprino.
Caso clínico: Hombre de 69 años. Antecedente de RVAo biológico 9 meses antes. Oriundo de CABA, sin antecedentes epidemiológicos de relevancia. Evaluado por fiebre y escalofríos intermitentes de 2 meses de evolución. Se tomaron muestras para HC que fueron reiteradamente negativos; ETE: imagen anecoica compatible con absceso drenado en territorio de fibrosa mitroaortica; PET-TC: hipercaptación a nivel perivalvular. Realizó tratamiento antibiótico empírico con Daptomicina 10 mg/kg/día + Ceftriaxona 2 gr/dia durante 6 semanas con diagnóstico de EIVP Ao temprana probable con HC negativos. Por evolucionar favorablemente, se decidió no realizar tratamiento quirúrgico durante dicha internación.
A los 2 meses de completado el tratamiento ATB, recurre con fiebre y escalofríos. HC nuevamente negativos y ETE con progresión de la lesión perivalvular Se decide su intervención quirúrgica. Se envió muestra perivalvular para cultivo, AP y PCR en la que se detecta *C. burnetti* por secuenciación de 16S DNA. Serología por IFI para Coxiella IgG 1/256. Inicio tratamiento con Doxiciclina 200 mg/día + Hidroxicloroquina 400 mg/día. Durante su evolución y sin nunca haber podido externarse, sufre múltiples complicaciones asociadas a los cuidados de la salud, que lo llevan al deceso 5 meses después de la cirugía.
Comentario: *Coxiella burnetii* es causante de numerosos casos de EI en Europa y Estados Unidos, y por tal motivo se lo considera criterio mayor en los criterios de Duke modificados (IgG x IFI>1:800 en las áreas endémicas). A la fecha desconocemos el reporte de casos en nuestro país y es extremadamente rara en VP, aun en zonas de alta endemicidad. Sí sabemos su participación en infecciones en ganado caprino a lo largo de todo el territorio argentino y en casos aislados de infecciones respiratoria en seres humanos. Más allá de la importancia de reconocer a la Coxiella como agente etiológico posible dentro de las EI, especialmente en aquellas con HC negativos, resulta fundamental para el estudio completo de estos pacientes, el empleo de estudios moleculares como la PCR tanto en material quirúrgico como en sangre. Es de destacar que en un estudio realizado por el instituto Pasteur en mascotas de la CABA se detectó un 15,4 % de seroprevalencia por *C. burnetti* en los caninos testeados. Por tal motivo su causalidad puede que esté sub reportada, lo cual exige incluirla dentro de los diagnósticos diferenciales de EI con HC negativos.

PE296 EL ENIGMA DE LA PIRÁMIDE

L de Vedia[1], MJ Lopez Furst[2], F Messina[1], F Barberis[2], G Piovano[1], F Landaburu[2], N De Grazia[1], C Torres[2], M Romero[1], L Zarlenga[2], A Benchetrich[1], G Fernandez[2], MT Mugica[2], E Cadario[2], T Puentes[2], G Santiso[1], JC Cisneros[1], R Prieto[1], R Negroni[1]
[1] Hospital Muñiz, Argentina. [2] Sanatorio Méndez, Argentina.

Introducción: La histoplasmosis es una afección granulomatosa de distribución amplia, con áreas de alta y baja endemicidad. Es producida por un hongo dimorfo y geófilo, sin transmisión interhumana, y puede manifestarse en forma de brote. Las personas cuyas tareas impliquen remoción de tierra en descomposición expuesta al guano de aves y murciélagos, tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad.
Resumen clínico: Se presentan dos pacientes con primoinfección sintomática por *Histoplasma capsulatum*. Ambos trabajaron en la restauración de la Pirámide de Mayo de la Ciudad de Buenos Aires. La actividad consistió en excavación y remoción de la tierra en la base de la pirámide, reparación y tomas de muestras de la pirámide original de madera. Paciente 1: Hombre de 38 años, con infección por HIV, bajo tratamiento antirretroviral, CV indetectable y CD4+ 240 cél/mm3. Comienza 15 días antes con fiebre y cefalea. Laboratorio sin alteraciones, TAC de tórax con imágenes nodulares múltiples, bilaterales. Se realizó BAL, intradermorreacción y serología para H. capsulatum. El cultivo del BAL fue positivo a los 17 días, tuvo viraje de la intradermoreacción y seroconversión para dicho hongo. Buena evolución. No obstante, se indicó terapia con itraconazol 200 mg diarios dado su situación inmunológica. Paciente 2: Mujer de 48 años, sin antecedentes patológicos. Comienza con fiebre, astenia, tos seca y malestar general, una semana de evolución. Examen físico: fiebre, resto sin particularidades. Laboratorio: normal. TAC de tórax: nódulos definidos, bilaterales, dispersos, HMC negativos, comenzó AMS + Claritromicina. Tuvo mejoría clínica, pero marcada astenia. BAL: cultivo negativo (hongos y gérmenes comunes). PCR *M. pneumoniae* y *C.pneumoniaelpsitacci* negativos; Galactomananos: 0,6. Serologías: IgM *C. pneumoniae* positiva, IgG negativa. Inmunodifusión Histoplasmosis: negativa, Contra inmunoelectroforesis positiva (3er semana). Tuvo mejoría tomográfica pero continuó con astenia. Se indicó itraconazol.
Discusión: La incidencia de Histoplasmosis en América es alta, especialmente en las grandes cuencas fluviales. En Argentina, predomina en el área del Río de la Plata y Pampa Húmeda. Es más frecuente la forma subaguda, ligada al SIDA, como reactivación de infección primaria. La primoinfección es en general asintomática o bien con manifestaciones leves que autoresuelven. La evolución depende de la carga fúngica inhalada y la respuesta inmunológica del huésped. En los casos con alto inóculo o en pacientes con déficit inmunológico, puede ser necesario el tratamiento antifúngico.
Conclusión: El diagnóstico de primoinfección por *H. capsulatum* es difícil, especialmente en las primeras dos semanas. Es muy importante considerar la exposición epidemiológica y el estado inmunitario del paciente para realizar la búsqueda exhaustiva en pacientes con alta sospecha clínica, que se presenten con neumopatía nodulillar bilateral.

PE297 ZIKA: REPORTE DE DOS CASOS IMPORTADOS DE INFECCIÓN POR VIRUS ZIKA

V Mugna[1], G Rompato[1], G Achkar[1], C Pastor[1], C Cudós[2], A Gomez[3], MA Morales[4]
[1] Laboratorio Central de Referencia. Dirección de Promoción y Protección de la Salud de Santa Fe, Argentina. [2] Dirección de Promoción y Protección de la Salud de Santa Fe,, Argentina. [3] Hospital Provincial José María Cullen de Santa Fe, Argentina. [4] INEVH. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas, Argentina.

Introducción: El virus de Zika es un flavivirus transmitido principalmente por mosquitos del género Aedes (especialmente Aegipty)). Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico. Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus. Consisten en fiebre, erupciones cutáneas, conjuntivitis, dolores musculares y articulares, malestar y cefaleas; suelen ser leves y durar entre 2 y 7 días. Las definiciones actuales de caso de zika por OMS y OPS son provisionales y fueron elaboradas en base a datos preliminares en el curso de la epidemia en la Región de las Américas; podrán ser objeto de modificación posterior, según avance el conocimiento de la enfermedad y del agente etiológico. Nuevas metodologías diagnósticas están en constante estudio y evaluación a fín de mejorar la sensibilidad y especificidad en el diagnónticode esta patología. Nuestro objetivo es realizar un aporte al manejo del diagnóstico virológico de la infección aguda por zika a partir de la experiencia de dos casos clínicos importados.
Descripción de los casos: Caso 1: Paciente masculino de 23 años. Viajó a México por 1 mes. Regresó el 21/8/2016. El 23/8 comienza con fiebre, odinofagia. 25/8: agrega mialgias, artralgias y rash morbiliforme en cara, cuello, tronco y miembros superiores, poco pruriginoso. Además presenta inyección conjuntival. 25/8 se le realiza laboratorio de rutina: normal. 26-8:PCR Real Time (qRT-PCR) para Zika en suero: no detectable. 1/9:qRT-PCR en orina para Zika: Detectable. Resultados serológicos informados por Instituto Maiztegui: Elisa IgM virus Zika Positivo. Caso 2: Paciente femenino (pareja del caso 1). Residió en México 6 meses. Regresó el 21/8/2016. El 27/8: presentó Rash morbiliforme diseminado, pruriginoso, odinofagia, rinorrea, inyección conjuntival. Nunca presentó fiebre. 28/8: q RT-PCR en suero negativa para Zika. 30/8: presenta dolor retroorbitario y artralgias. 1/9: qRT-PCR en orina para Zika: Detectable. Resultados serológicos informados por Instituto Maiztegui: Elisa IgM virus Zika Positivo. Ambos con buena evolución clínica en 72 horas.
Conclusiones: Dado que el período de viremia en la infección por virus Zika es corto y desciende bruscamente, las pruebas de q RT-PCR, si bien específicas, no siempre son porsibles de realizar en el período en que su sensibilidad es máxima. Esto puede llevar a un falso diagnóstico negativo. No obstante, se conoce que la excreción del virus en orina se extiende por más tiempo, lo que permite su detección y confirmación diagnóstica varios días después del inico de los síntomas.

PE298 PRESENTACIÓN DE HANTAVIRUS SIN COMPROMISO RESPIRATORIO Y CON COMPROMISO HEMATOLÓGICO PURPÚRICO

CB Ajalla, MV Ferro, MA Ojeda, CE Remondegui
Hospital San Roque de Jujuy, Argentina.

Introducción: Los Hantavirus se asocian a dos enfermedades febriles agudas severas: Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal (HFRS) y el Síndrome Cardiopulmonar por Hantavirus (HCPS). En Argentina circulan al menos 10 genotipos diferentes y 8 de ellos han sido asociados al HCPS.
Se describen 3 perfiles de incidencia de casos y prevalencia serológica: Región surandina escasa infección asintomática u oligosintomatica (<1 %) y clara expresión clínica; Centro baja o moderada infección asintomática u oligosintomatica, y expresión clínica; Noroeste elevada infección asintomática u oligosintomática y presencia de expresión clínica; y algunas regiones con aparente ausencia de expresión clínica en comunidades aborigen. Hipótesis:1) Mayor contacto histórico con el virus y tolerancia a la infección y menor expresión clínica en la población de origen autóctono del noroeste; 2) Diferente patogenicidad o antigenicidad del virus; 4) Coexistencia de más de una variante de virus con igual estímulo antigénico pero sólo algunos de ellos sean capaces de producir enfermedad, 5) Que exista una afinidad específica entre variantes de virus y especies de roedores con diferencias en la dosis infectiva según las regiones.
Resumen clínico: Masculino de 24 años, albañil, procedente de una ciudad del interior que colinda con una acequia, sin antecedentes de situacion de riesgo. Consulta por fiebre y cefalea de 7 días de evolución. Luego agrega un vomito con estrías de sangre, dolor abdominal localizado en epigastrio y petequias en tronco y los 4 miembros. Buen estado general, inyección conjuntival, fauces congestivas, ganglios axilares bilaterales de 1cm. Laboratorios con leve hemoconcentración, leucocitosis con desviación a la izquierda con algunos linfocitos reactivos, plaquetopenia, transaminitis y tiempo de protrombina alterado. Evoluciona con cefalea intermitente de intensidad 5/10, un episodio de epistaxis leve autolimitada, subfebril, hipoventilación de base izquierda y Rx de tórax con infiltrado intersticial leve en base izquierda. En el 5° día se inicia tratamiento con Doxiciclina y Ceftriaxona a fin de cubrir patologías endémicas. Al 7° día el paciente ya se encontraba afebril, continua estable, normalización de laboratorios por lo que se decide alta médica.
Exámenes complementarios: Serologías Hantavirus Anticuerpos IgM e IgG: Reactivos. Ecocardiograma, ecografía abdominal y orina completa normal.
Discusión y diagnósticos diferenciales: En nuestro país se han presentado casos de infecciones leves por Hantavirus, sin compromiso respiratorio. Algunos trabajos evidencian que la prevalencia de infección asintomática es mayor en el noroeste del país, que en otras regiones, lo cual podría estar asociado a factores vinculados a una variante del virus o especies de roedores aun no investigado. Por Síndrome febril agudo se plantearon como otros diagnósticos: Dengue, Chikungunya, Leptospira, Infección por HIV e Infección aguda por Hepatitis descartados con serologías negativas.
Conclusión: En nuestra experiencia la presentación de infección por Hantavirus con poca expresión clínica, buena evolución y la presencia de manifestaciones dermatológicas purpúricas es poco frecuente.

PE299 REACCIONES ADVERSAS POR DROGAS TRIPANOCIDAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS CRÓNICA: SERIE DE CASOS

J Carranza[1], P Machuca[1], J Monroig[1], M Ros[1], S Echazarreta[2], C Falcone[2], G Gonzalez[2], T Orduna[2], S Lloveras[1]
[1] Sección Zoopatología Médica, Hospital F. J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. [2] CEMPRA-MT, Hospital F. J. Muñiz, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas (ECh) es una hemohistoparasitosis producida por Trypanosoma cruzi. Se dispone de 2 drogas para el tratamiento: benznidazol (BNZ) y nifurtimox (NFX), desarrolladas hace más de 40 años, con poca información con respecto a sus perfiles farmacológicos. Las reacciones adversas (RA) se presentan hasta en 40 % de los pacientes tratados, lo que genera suspensión del tratamiento. La descripción de estos eventos es escasa, y extraída de series de casos.
Objetivos: Describir las RA (tiempos y formas de presentación) en una serie de pacientes con diagnóstico de ECh crónica.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional, descriptivo y transversal de 106 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de ECh tratados con BNZ o NTX asistidos en el hospital en el período 2009–2016. Se evaluaron variables epidemiológicas, formas clínicas, tiempo de aparición e intensidad de las RA.
Resultados: El 66 % (70/106) de los pacientes fueron mujeres. La mediana de edad fue 38.5 años (14 a 60). Oriundos de Bolivia 49 % (52), Argentina 41 % (44) y Paraguay 9 % (10). 94 % de los pacientes presentaban Chagas crónico sin patología demostrada y 6 % con patología. El tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el tratamiento fue una mediana de 9 meses, con una media de 2.2 años. 80 % de los pacientes iniciaron el tratamiento a los 2.6 años posteriores al diagnóstico. EL 91 % (97) fue tratado con BNZ, 1 % (2) con NFX y 6 % (7) con ambas drogas. El 62 % (66/106) presentó RA. El 42 % (28/66) requirió suspender el tratamiento. El 69 % (46/66) de los pacientes completaron tratamiento. Las RA fueron: - Dermatológicas: 46 eventos en 43 pacientes. 46 % (21/46) en la semana 2 (S2) de tratamiento. La intensidad fue leve (L) en 67 % (31/46) y moderada (M) en 33 % (15/46), no registrándose eventos graves (G). Se indicó antihistamínicos en 70 % (32/46), corticoides y antihistamínicos en 4 % (2/46). - Intolerancia digestiva: 26 eventos en 24 pacientes. El 35 % (9/26) en S1, 27 % (7/26) en S2 y 23 % (6/26) en S4. Intensidad L en 65 % (17/26) y M en 27 % (7/26). No se registraron eventos G. - Alteración de laboratorio: 18 eventos, 11 elevaron transaminasas hepáticas y 7 eosinofilias. 33 % (6/18) en S2, 22 % (4/18) en S4, y 17 % (3/18) en S8 de tratamiento. Intensidad L en 78 % (14/18).
Discusión: La mayoría de los pacientes tratados corresponden al estadio crónico sin patología demostrada, principal indicación sugerida por la guía nacional para la atención al paciente infectado con Trypanosoma cruzi, con énfasis en mujeres en edad fértil para disminuir la transmisión vertical. A diferencia de otras series publicadas, el 62 % de los pacientes presentó RA, pero 69 % de los pacientes completaron tratamiento, debido al seguimiento estricto que permitió detectar la aparición de RA e iniciar el tratamiento de la misma en forma precoz y garantizar la adherencia. Recientemente, la OMS publicó desde el Uppsala Monitoring Center un alerta por aumento de notificaciones de eventos graves dermatológicos no listados para el benznidazol, por lo cual la descripción y notificación de eventos graves son de vital importancia para el monitoreo de los pacientes con Chagas en tratamiento.

PE300 TUBERCULOSIS GENITAL. REPORTE DE UN CASO.

A Zárate, M Lerda, F Villarroel, F Manavella, MV Becker, A Gómez, A Gastaldi
Hospital José María Cullen, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa prevalente en nuestro medio, considerada un problema de salud a nivel mundial. El compromiso extrapulmonar comprende del 15 al 20 % de los casos, siendo la Tuberculosis urogenital, una forma rara de presentación. Presentamos una paciente puérpera con piosálpinx por Micobacteryum spp.
Caso clínico: Paciente de 20 años de edad, cursando puerperio alejado (40 días) de parto vaginal de primer gesta, con antecedente de embarazo con poca ganancia de peso y anemia. Ingresa a internación por cuadro de 7 días de evolución de dolor abdominal inespecífico y registros febriles. Examen físico: mal aspecto general, adelgazada, signos vitales conservados. Dolor a la palpación de hemiabdomen inferior, sin defensa ni despegue. Laboratorio: VES 15 mm/ 1°hora. GB 7270 (N84 %), Hb 8,2, ELISA VIH no reactivo, resto sin particularidades. Se toman hemocultivos por 2 (negativos) e inicia tratamiento con ampicilina sulbactám. Se efectúa TAC de tórax y abdomen observándose infiltrados nodulares en ambos vértices pulmonares con áreas de árbol en brote e imagen hipodensa en trompa uterina junto a líquido libre. La paciente persiste con registros febriles y evoluciona con compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM e inotrópicos, por lo que se decide realizar laparotomía exploradora donde se constata hemoperitoneo, plastrón utero-intestinal e implantes nodulares en intestino delgado. Se efectúa salpinguectomia izquierda, enviándose muestras a cultivo. Pasa a UTI en el post operatorio inmediato, donde se rota el esquema antibiótico a vancomicina meropenem. En el examen directo de muestras de trompa uterina se observan BAAR (pendiente cultivo de micobacterias), por lo que inicia tratamiento con cuádruple asociación antituberculosa (isoniacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol). Se efectúan tres aspirados traqueales, todos con baciloscopía negativa. Luego de 15 días de internación, se otorga alta hospitalaria con tratamiento supervisado y controles por ambulatorio.
Conclusiones: La tuberculosis ginecológica es una entidad infrecuente, cuyo diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha. Debe considerarse en todo paciente con sindrome constitucional y fiebre asociados a sintomas de cronicidad. A pesar de que el VIH es hoy la inmunosupresion mas frecuentemente asociada con esta enfermedad, no debemos olvidar otras causas como la desnutrición y el embarazo, como en el caso de nuestra paciente.

PE301 NEUMONÍA POR FIEBRE Q, UN DIAGNÓSTICO POCO SOSPECHADO.

CM Siufi[1], JL Garcia[1], TA Orduna[2], G Gozalez[2], SL Garro[2], SE Echazarreta[1 2]
[1] Residencia de Infectología, Hospital F. J. Muñiz, Argentina. [2] Servicio de Patologías Regionales y Medicina Tropical (CEMPRA-MT), Hospital F. J. Muñiz, Argentina.

Introducción: La fiebre Q es una zoonosis causada por Coxiella burnetii (C. burnetii). Los trabajadores rurales, veterinarios y ganaderos constituyen las principales poblaciones de riesgo. En Argentina se desconoce la prevalencia en humanos. Presentamos un caso de neumonía por fiebre Q.
Caso Clínico: Varón de 39 años, oriundo de la provincia de Buenos Aires, donde trabaja como tambero. Fue derivado de otra institución por toracodinia y síndrome de impregnación de un mes de evolución. Presentaba serología para virus de la inmunodeficiencia humana negativa y PPD negativa. Al examen físico se constató hipoventilación en base derecha y hepatomegalia indolora. El laboratorio informó anemia leve, leucocitos, plaquetas y marcadores de función renal y hepática normales y eritrosedimentación de 68 mm/1 hora. Se realizó ecografía de abdomen que visualizó pequeñas adenopatías isoecoicas en ligamento hepatoduodenal y retroperitoneo y líquido exudativo perihepático e interasas. En tomografía de tórax se evidenció infiltrado nodulillar en lóbulo superior derecho. Se realizó lavado broncoalveolar sin rescate microbiológico. No se obtuvo desarrollo en hemocultivos. Se realizó nueva PPD que viró a positiva. Se interpretó el cuadro como probable tuberculosis diseminada e inició tratamiento con tuberculostáticos de primera línea. Las pruebas de Wright y Huddleson fueron negativas. Se realizó inmunoflorescencia indirecta para fiebre Q que informó título de IgG para fase II de 1/256. Completó tratamiento con doxiciclina, manteniendo tratamiento tuberculostático. Las nueva serología realizada a los 28 días mostró títulos de IgG 1/128 para fase II y de 1/64 para fase I. El paciente evolucionó favorablemente.
Discusión: La fiebre Q es una patología de distribución mundial, reportándose brotes en animales, trabajadores expuestos a ganado y en poblaciones sin este antecedente. En Argentina, a pesar de ser una zoonosis de denuncia obligatoria, es poco estudiada. Cicuttin y col. evaluaron en 2013 una población de canes de CABA informando una prevalencia del 15.4 %. En nuestro conocimiento no hay datos de prevalencia en población de riesgo. En su fase aguda, la fiebre Q se manifiesta como síndrome febril con neumonía o hepatitis. El diagnóstico se realiza por métodos serológicos. C. burnetii presenta el fenómeno denominado variación de fase, mediante el cual cambian los antígenos de membrana y se generan diferentes tipos de anticuerpos. En las infecciones agudas se elevan los títulos de anticuerpos frente a antígenos en fase II y en las formas crónicas se elevan frente a antígenos en fase I. Por otra parte, la tuberculosis es endémica en Argentina. En este caso se decidió iniciar tratamiento empírico por cuadro clínico compatible y viraje tuberculínico. Los antecedentes epidemiológicos y los métodos serológicos nos permitieron diagnosticar fiebre Q e iniciar tratamiento específico.
Conclusión: La fiebre Q es una zoonosis poco reportada en nuestro país. La presencia de casos aislados pone de manifiesto la necesidad de realizar estudios de prevalencia en humanos y animales, principalmente en poblaciones de riesgo, a fin de definir la frecuencia y distribución de la enfermedad.

PE302 PARACOCCIDIOIDOMICOSIS JUVENIL: REPORTE DE UN CASO

L Lopez Moral[1], N Jacob[1], G Rios[1], G Santiso[2], G Giussiano[3]
[1] Hospital Argerich, Argentina. [2] Hospital Muñiz, Argentina. [3] Instituto de Medicina Regional.Universidad Nacional del Nordeste., Argentina.

Introducción: la Paracoccidioidomicosis (PCM) es una micosis sistémica endémica en Latinoamerica. Existen dos formas clínicas: la aguda/ subaguda o juvenil (5 %-10 %) y la crónica del adulto (90 %). Una única especie se asociaba a la PCM: Paracoccidioides brasiliensis (Pb). Se ha demostrado una alta variabilidad genética entre los aislamientos identificados fenotípicamente como Pb; reconociéndose especies cripticas que forman P. brasiliensis complex (S1, PS2, PS3, PS4) y una nueva especie biológica: *Paracoccidioides lutzii*. La detección de anticuerpos por inmunodifusión (IDR) es usada para diagnóstico y seguimiento en PCM; en los últimos años se ha observado un alto número de falsos negativos que podría estar relacionado a la infección con especies filogenéticamente diferentes. Describimos un caso de PCM juvenil con serología negativa.
Resumen clínico: paciente masculino de 18 años, procedente de Perú. Consulta en abril de 2016 por lesiones cutáneas, astenia, disminución de peso, disnea, constipación/diarrea y dolor abdominal en FID. Comenzó en 2012 con úlceras en el pie izquierdo y pápulas en la cara que remitieron espontáneamente. En 2013 aparece una placa eritematosa preauricular izquierda; en 2014 una placa en el hipocondrio derecho y en 2015 se diagnosticó abdomen agudo apendicular que requirió apendicetomía y luego aparece una úlcera dolorosa periumbilical. Examen físico: lúcido, adelgazado, afebril, peso: 53kg. Lesiones cutáneas: placa eritematosa de 3 x 4cm preauricular izquierda; ulcera frontoparietal izquierda; placa hiperpigmentada subcostal derecha; ulcera con secreción seropurulenta periumbilical; pápula supraescapular derecha. Roncus bilaterales. Aumento de la tensión, dolor y defensa en FID. Estudios complementarios 2015: biopsia cutánea: dermitis granulomatosa no caseosa tuberculoide; PAS, Giemsa y Ziehl-Neelsen: negativas. Cultivo de micobacterias y hongos: sin desarrollo. IDR PPD: negativo. Ac. HIV: negativo. Histología de apendicectomía: apendicitis granulomatosa. Exámenes complementarios 2016: Laboratorio: anemia microcítica, eosinofilia (650mm3), VSE: 13mm. PCR: 39,8mg/l. Serología: HIV, HTLV, sífilis, hepatitis B, A y C: negativos. TAC de tórax y abdomen: imágenes cavitadas en ambos vértices pulmonares. Múltiples ganglios mesentéricos <15mm. Engrosamiento parietal circunferencial de la pared del íleon terminal. Microbiología: esputo negativo para micobacterias y hongos. Biopsia y escarificación de lesiones cutáneas: presencia de levaduras multibrotantes, cultivo a 37° y 28°C desarrollo de fase levaduriforme y filamentosa de un hongo dimorfo con características de Pb. La detección de Ac. específicos de Pb por IDR fue negativa. Identificación molecular de la cepa aislada (PCR-RFLP αTUB-Msp1): *Paracoccidioides brasiliensis* S1. Tratamiento ambulatorio con itraconazol y trimetoprima-sulfametoxazol. Evolución favorable sin efectos adversos de la medicación.
Conclusiones: el caso corresponde a la forma aguda/subaguda juvenil de PCM. El resultado negativo de Ac. por IDR podría relacionarse con variantes genéticas de Pb que difieren en la expresión de Ags. P.b. S1 es la especie críptica de más amplia distribución en América del Sur.

PE303 APROXIMACIÓN A LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS: NOTIFICACIÓN DE CASOS EN UN MUNICIPIO DEL CONURBANO BOANERENSE

M Baldearena, SA Morúa, P Beveraggi, A Manco, ML Rossi
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPALIDAD DE QUILMES, Argentina.

Introducción: La tuberculosis sigue siendo una prioridad en muchos de los países en desarrollo. Su vigilancia y control requiere el esfuerzo conjunto de todo el personal sanitario.
Objetivo: Describir la información del módulo integrado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de la cohorte de tratamiento de pacientes con tuberculosis correspondiente a 2014 en el municipio.
Materiales y Métodos: Diseño descriptivo transversal. Población residente diagnosticada con esta patología. Variables: sexo, grupo etario, localización, motivo de consulta, modalidad de tratamiento, comorbilidades y factores de riesgo social, efectores de atención según niveles asistenciales.
Resultados: Se notificaron 241 casos (204 nuevos). La Tasa de Prevalencia de notificación fue 41,34/100.000 habitantes y Tasa de Incidencia de notificación fue 34,99/100.000 habitantes. El 86,3 % tenía entre 15 y 64 años (predominio de población económicamente activa), razón varones/mujeres de 1,5. El 84,23 % presentó localización pulmonar; el motivo de consulta predominante (94,6 %) fue la sintomatología respiratoria El 82,58 % realizó tratamiento autoadministrado y un 14,93 % estrictamente supervisado y/o mixto. Sólo para el 29,06 % de los pacientes se solicitó serología para HIV. Sólo en el 44 % de los casos se informó acerca de las comorbilidades, predominando el abuso de alcohol y de drogas y el tabaquismo. Sólo en el 30 % se informó sobre factores de riesgo social, siendo la desocupación y Necesidades Básicas Insatisfechas las más enumeradas. Los efectores del segundo y tercer nivel de atención registraron mayor atención y tratamiento.

Tabla 1. Indicadores Epidemiológicos:

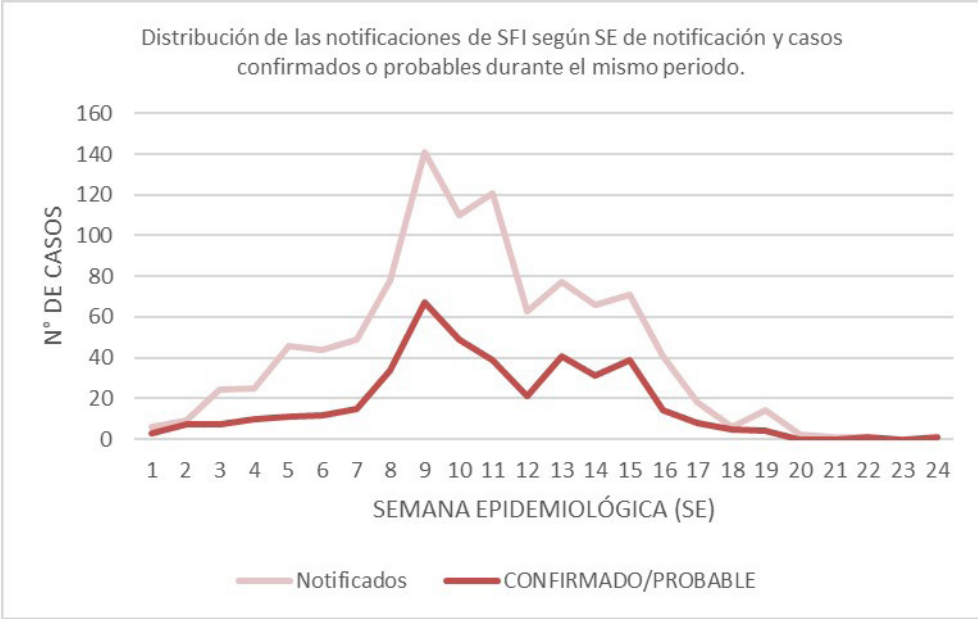
Indicadores Epidemiológicos	Porcentaje
Tasa de Éxito	40,86
Tasa de Abandono	37,39
Tasa de Letalidad	2,61
Tasa de Fracaso	1,73
Tasa de Traslado	6,95

Conclusiones: Los datos son alarmantes, pero coinciden con otras jurisdicciones. Debe insistirse con la importancia de la notificación oportuna y en la calidad de la información.

PE304 CARACTERIZACIÓN DE LOS CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS A LA DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA DE UN MUNICIPIO DEL CONURBANO BONAERENSE

SA Morúa, P Beveraggi, A Manco, ML Rossi, M Baldearena
Secretaria De Salud Municipalidad De Quilmes, Argentina.

Introducción: El dengue es una de las enfermedades trasmitidas por vectores que mayor impacto causa en la región. Las infraestructuras urbanas pobres y el uso irregular del espacio permiten la creación de hábitats favorables para el vector y su propagación.
Objetivos: Describir los casos notificados de síndrome febril inespecífico (SFI) reportados entre enero y junio de 2016 a la Dirección de Epidemiologia del municipio.
Materiales y Métodos: Diseño descriptivo en base a las notificaciones epidemiológicas de SFI.
Resultados: Se notificaron 1113 casos durante el primer semestre 2016, representando una tasa de notificación de 19,1/10.000 habitantes y siendo el máximo de notificaciones durante las S.E. 9, 10 y 11 con 141, 110 y 121 casos respectivamente (Grafico 1).



De los 418 casos confirmados o probables, solo el 15,5 % refirió haber viajado a alguna provincia del país o a algún país con posible circulación viral. El resto, se lo consideró autóctono. El rango de edad fue de 2 meses a 85 años, con una media de edad de 34,1 ±16,5 y el 75,6 % se encontraba entre los 18 y los 65 años de edad. El 50,4 % era de sexo femenino. La diferencia entre el inicio de síntomas y la fecha de notificación fue una media de 5 días ±4 días. Se contaron con escasos datos de laboratorio clínico (plaquetas, glóbulos blancos, enzimas hepáticas). Cuando pudo identificarse el serotipo siempre fue DEN-1. En dos casos descartados se diagnosticó virus Chikungunya. La notificación ha ido acompañada de la georreferenciación y de los estudios de foco con hincapié en la promoción de la salud para el control de reservorios en áreas de riesgo del municipio.
Conclusiones: Disminuir su carga de morbimortalidad involucra fortalecer estrategias: detección precoz, seguimiento clínico y epidemiológico, y caracterización de los casos, mejoramiento ambiental y estrategias de información permanente para la comunidad.

PE305 IMPACTO DE ZOONOSIS EMERGENTE EN HUMANOS - MENINGITIS POR *Streptococcus suis*

M Nano, L Bentosela, V Dominguez, J Caminos, R Maiola, D Perez Flores, E Berhongaray Kenny
Hospital San Jose - Capilla Del Señor, Argentina.

Introducción: El *Streptococcus Suis* es un coco gram positivo que coloniza el tracto respiratorio, digestivo y genital del ganado porcino, los animales adultos no muestran signos clinicos de enfermedad. Las crias se infectan por contacto directo con hembras portadoras o a traves del medio ambiente. La infección en humanos es accidental y poco frecuente y puede provocar meningitis, bacteriemias, endocarditis, neumonias. Se presenta caso de infección humana por S Suis en Exaltación de la Cruz, provincia de Buenos Aires, Argentina.
Caso: Paciente de 64 años que consulta por presentar cefalea, vómitos y sdme febril, de 48 hs de evolución , asociado a signos meningeos positivos, se interna y se realizan análisis clínicos de rutina y hemocultivos x 2(dos), punción lumbar y TAC. Los análisis mostraron: GB 16700/mm3, HTO 41 %, HB 13,7 gr/dl, ers,normales, VDRL,HIV,VHB y VHC eran no reactivos, tac de cerebro presenta imagen hipodensa en ganglios basales, LCR: turbio, glucorraquia 13, proteinas 3,97 gr, 200 elementos, a predominio 89 % PMN.Hemocultivos 2/2 positivos, se sembraron en agar tripteina de soja con agar chocolate, con identificacion preliminar compatible con: Streptococcus Sp. El cuadro se asumió como una meningitis de origen bacteriano y se inició tratamientio con ampicilina (3gr/6hs) y ceftriaxona (2 gr/12hs), el aislamiento se derivó al Servicio de Bacterias Especiales del INEI-ANLIS Dr Malbrán, donde se realizó la identificación de la cepa, y el aislamiento fue identificado como S SUIS. A los 15 días la paciente fue dada de alta, continua en seguimiento por neurología por consultorio externo, para descartar MOE cerebral, se realizó biopsia esteoatáxica, cuyo resultado arrojò Stroke isquémico. Actualmente la paciente se encuentra sin secuela neurológica.
Comentario: La paciente presentaba como antecedente epidemiológico que su vecina criaba porcinos con los cuales tenia contacto, cabe destacar la importancia de la anamnesis para alertar la sospecha de este agente etiológico en meningitis y bacteriemias.
Conclusión: la mortalidad del S SUIS es menor que la demostrada por otras meningitis bacterianas, se acerca al 7 % aproximadamente, se considera que la infeccion por S SUIS es de carácter ocupacional. Se rescata la importancia del antecedente epidemiológico para alertar al equipo de salud sobre la existencia de este agente, principalmente en meningitis y bacteriemias. Se vio el aumento creciente de esta patologia asociada a la manipulacion o a la cria de ganado porcino y sus derivados.

PE306 ARTITRITIS FÚNGICA POR HONGOS ENDÉMICOS: SERIE DE CASOS

CF Romero, B Palacio, M Marino, F Govedic, S Carrizo, F Riera, C Bergallo
Sanatorio Allende, Argentina.

Introducción: La artritis fúngica es la inflamación de una articulación producida por hongos invasores. La artritis por fúngica puede ser causada por la propagación de hongos a través del torrente sanguíneo o mediante la inserción directa de hongos en una articulación . Es rara en pacientes inmunocompetentes. Los síntomas de la artritis fúngica incluyen dolor, calor, hinchazón, calor, enrojecimiento y pérdida del rango de movimiento de la articulación afectada. Se diagnostica al analizar el líquido articular afectado con aislamiento micológico, histopatología y serología. El tratamiento antifúngico de elección dependerá del hongo aislado, siendo la anfotericina, común a todos los tratamientos.
Resumen de casos: Se describen 5 casos de artritis fúngica, 3 coccidioidomicosis y 2 histoplasmosis. Respecto de los casos de Coccidioidomicosis, los 3 pacientes habitan zonas endémicas, con serología positiva, cultivo micológico positivo, 2 de los casos con histopatología positiva. 2 de los paciente presentaban inmunocompromiso (Transplante Renal / HIV). Respecto de los casos de histoplasmosis, 1 presento inmunocompromiso (HIV), en ambos casos no se evidenció en la histopatología, solo en cultivo micológico y serología positiva. En los 5 casos descriptos, solo los casos de coccidioidomicosis presentaron comprimiso sistémico con cuadro febril y afección pulmonar. Ningún caso presentó mortalidad relacionada. El tratamiento supresivo antifúngico fue instaurado en todos los casos.

Paciente	A	B	C	D	E
Edad	26	26	40	44	37
Sexo	M	M	M	M	M
Inmunocompromiso	No	Si	No	Si	Si
Microorganismo	Coccidioides	Coccidioides	Histoplasma	Coccidioides	Histoplasma
Articulacion Comprometida	Vertebral Muñeca derecha	Muñeca izquierda	Muñeca derecha	Tobillo derecho	Muñeca derecha
Compromiso sistemico	Si	Si	No	Si	No
Histopatologia	Si	No	No	Si	No
Serologia	Ac coccidioides (+)	Ac coccidioides (+)	Ac histoplasma (+)	Ac coccidioides (+)	Ac histoplasma (+)
Cultivo micologico	Si	Si	Si	Si	Si
Antifungico	Anfotericina liposomal + Fluconazol	Voriconazol + Fluconazol	Itraconazol	Anfotericina liposomal + Fluconazol	Voriconaol + Fluconazol
Procedencia	Catamarca	Cordoba	Cordoba	Catamarca	Cordoba
Duracion de tratamiento	14 Dias + Supresion	21 Dias + Supresion	Supresion	21 Dias + Supresion	Supresion
Evolucion0	En resolucion	En resolucion	En resolucion	En resolucion	En resolucion

Conclusión: Las artritis fúngicas representan cuadros clínicos poco frecuentes. No está determinada la duración del tratamiento, especialmente en imnunocomprometidos. Ante la sospecha clínica debe intentar realizarse el aislamiento micológico a fines de realizar un tratamiento adecuado y de manera prolongada. El pronóstico está en directa relación con el grado de compromiso articular al momento del diagnóstico.

7. Inmunocompromtidos no HIV y trasplantes

PE307 CRITOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV- NEGATIVO

F Otermin, AR Cremona, JF Losinno, P Pessacq, SJ Ramirez Borga
Hospital Italiano la Plata, Argentina.

Introduccion: La criptococosis es una enfermedad causada por *Cryptococcus neoformans* una levadura encapsulada, frecuentemente asociada con la infección por el VIH, pero en los últimos años ha aumentado la incidencia en pacientes que están recibiendo agentes inmunosupresores.
Caso clínico: Paciente masculino de 43 años, con artritis reumatoidea en tratamiento con infliximab, ingresa por presentar síndrome coledociano. Resonanacia nuclear magnética (RNM): estenosis del conducto hepático común con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, líquido intraabdominal con esplenomegalia (Figura 1). Al examen físico se encontraba icterico, con abdomen distendido, ascitis, doloroso de forma difusa, hepatomegalia y esplenomegalia grado III. Laboratorio: Bilirrubina directa: 209 MG/L, Bilirrubina indirecta: 11 MG/L, FAL: 2100 U/L, TGP: 182 U/L, TGO: 183 UI/L. Estudio de Líquido ascítico: Recuento de elementos: 1200/MM3 con 85 % de linfocitos, GASA 0.6. Hemocultivos: colonias mucosas y brillantes, fenaloxidasa y ureasa positiva, tinta china positiva, que desarrollaban a 37° y 25°C que fueron identificadas como *Crytococcus neoformans*. Se inició Anfotericina B desoxicolato a dosis de 1 mgr/kgr por día. Serología para HIV negativa con CD4 428/mm3, punción lumbar y nueva paracentesis con cultivo micológico negativo. Completó 6 semanas de tratamiento antifúngico con Anfotericina B desoxicolato con mejoría de los parámetros del laboratorio (Bilirrubina directa:19 MG/L, Bilirrubina indirecta:5 MG/L, FAL: 279 U/L, TGP: 69 U/L; TGO: 36 UI/L) Se realizó nueva RNM a los 45 días de tratamiento: calibre de la vía biliar principal normal con persistencia de líquido intraabdominal y esplenomegalia (Figura 2). Se continuó el tratamiento con fluconazol 200 mgr por día como mantenimiento.
Discusión: Los agentes biológicos han cobrado relevancia en la actualidad debido a que utilizan al sistema inmunológico del organismo para combatir una enfermedad determinada, pero con esto conllevan a la inmunosupresión del paciente. El Infliximab es el agente anti-TNF que se asocia con más riesgo de infecciones, debido probablemente a que produce un bloqueo completo del TNF. En los individuos inmunocomprometidos, el hongo sigue su proliferación y diseminación, lo que provoca una enfermedad clínica. La criptococosis diseminada es tratada con anfotericina B (0.7-1 mgr/kgr/día) sola por 6 – 10 semanas o en combinación con flucitosina (100 mgr/kgr/días en 4 dosis) por 2 semanas seguidas de fluconazol 400 mgr/día por un mínimo de 10 semanas. Nuestro paciente realizó 6 semanas de tratamiento con anfotericina desoxicolato y luego realizó mantenimiento con fluconazol. Este caso ilustra la importancia de considerar la infección por *C. neoformans* en pacientes con enfermedades del colágeno que reciben terapias inmunomoduladoras. Muchos de éstos evolucionan rápidamente a la muerte, por lo tanto comprender los defectos inmunológicos que presentan y la sospecha rápida frente a una forma de presentación poco habitual puede ayudar a una identificación y terapéutica temprana.

PE308 INFECCIÓN DISEMINADA POR CURVULARIA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR METIMAZOL

C Cesar[1], G Echavarría[2], D Guevara Nuñez[3], A De Paulis[3], E Bertona[3], I Ciavarelli[2], L Romero[2], G Benchetrit[1]
[1] Infectología, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), Argentina. [2] Clínica Médica, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), Argentina. [3] Microbiología, Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari (UBA), Argentina.

Introducción: Las feohifomicosis, causadas por hongos negros o dematiáceos, causan diversos cuadros clínicos. Las infecciones diseminadas y letales son infrecuentes y oportunistas.
Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Se presenta el caso de un varón de 75 años con antecedentes de enfermedad coronaria e hipertiroidismo en tratamiento con metimazol 40 días antes de la internación. Ingresó por neutropenia febril. No presentaba datos positivos al examen físico. Laboratorio: Hto 19 %, leucocitos 500/mm^3, neutrófilos 2 %, plaquetas 154000/mm^3. Inició tratamiento antibiótico empírico con piperacilina/tazobactam y factor estimulante de colonias granulocito-macrófago. Al 3° día se agregó vancomicina por persistencia de la fiebre y aparición de lesión cutánea en rodilla derecha. Al 7° día esta lesión evolucionó con necrosis central. Se realizó biopsia de piel y se agregó anfotericina B por sospecha de infección micótica. El paciente evolucionó afebril. En tomografía (TAC) del 9° día de internación, coincidente con resolución de neutropenia, se observaron múltiples imágenes nodulares con áreas en vidrio esmerilado en ambos campos pulmonares. En TAC 6 días después se observó cavitación de las lesiones pulmonares y no se observaron lesiones cerebrales ni en senos paranasales. La biopsia de piel remitida a anatomía patológica mostró necrosis y se identificaron hifas tabicadas en la luz vascular. En la muestra enviada a microbiología (día 8 de anfotericina), no se obtuvo desarrollo para gérmenes comunes. En los medios de Saboraud miel (con y sin cicloheximida) y agar infusión cerebro corazón con sangre (con y sin cicloheximida), desarrolló a las 48-72 h de incubación un hongo dematiáceo, cuyo crecimiento también se observó en las placas de Agar sangre y Levine. El exámen directo del macrocultivo reveló la presencia de micelio tabicado y pigmentado, conidios curvados, de pared delgada con cuatro segmentos de color marrón, simpoidales y con septo verdadero compatibles con Curvularia sp. No se aislaron hongos en esputo. El paciente completó 35 días de tratamiento con anfotericina liposomal y luego continuó con voriconazol por vía oral presentando buena evolución a 2 meses del diagnóstico.
Conclusiones: La agranulocitosis sólo ocurre en 0,1 a 0,5 % de los pacientes tratados con metimazol. Retirado el fármaco y con tratamiento de las infecciones asociadas presentan buen pronóstico con una supervivencia mayor al 70 %. Curvularia sp produce abscesos subcutáneos por inoculación traumática en inmunocompetentes e infección diseminada en inmunocomprometidos luego de ingresar por vía inhalatoria o de diseminación hematógena. La mortalidad alcanza 50-70 % en los casos cerebrales y diseminados. Debido a que ambas son entidades raras no se encuentran comunicaciones de su asociación. Se requiere alta sospecha clínica para hacer una aproximación diagnóstica. En biopsias tisulares la necrosis y la ubicación intravascular de las hifas confirman la infección micótica. Consideramos que la evolución favorable de este caso corresponde al tratamiento precoz basado en la sospecha clínica de infección micótica y a la causa reversible de inmunosupresión.

PE309 MORTALIDAD EN ADULTOS CON LINFOMA ASOCIADO AL HIV

C Salgueira[1], B Rosales Ostriz[2], P Titanti[3], L Moya[3], R Campestri[4], A Abrate[5], M Tatta[5], J Altclas[1], G Diaz[3], M Vazquez[3], A Morales[3]
[1] Sanatorio Trinidad Mitre; Sanatorio Anchorena; Iptei, Argentina. [2] Sanatorio Anchorena, Argentina. [3] Hospital Provincial Neuquen, Argentina. [4] Sanatorio Trinidad Mitre; Sanatorio Anchorena, Argentina. [5] Sanatorio Trinidad Mitre, Argentina.

La introducción del TARV en 1996 transformó al VIH/SIDA de una enfermedad rapidamente fatal a una patología crónica. La infección por retrovirus se asocia con 70 veces más riesgo de linfoma No Hodkin (LNH) y 10 veces más de Linfoma Hodkin (LH). El linfoma es una de las principales causas de muerte por cáncer en personas que viven con VIH. El objetivo del estudio fué describir las caracteristicas clínicas y la mortalidad en pacientes con linfoma asociado al VIH.
Materiales y Metodos: estudio multicéntrico que incluyó en forma retrospectiva adultos VIH reactivos a quienes se les diagnosticó linfoma entre diciembre de 1997 y septiembre de 2015. Se registraron datos demográficos y clínicos. Se utilizó la definición de la OMS para estadío clínico y enfermedades marcadoras de la infección por VIH en adultos. Los resultados se presentan como mediana (rango) para variables numéricas y porcentaje para variables categóricas. Para comparar proporciones se utilizó test de chi2. Se consideró significativo un valor de p<0,05.
Resultados: Se analizaron 62 pacientes VIH positivos con diagnóstico de linfoma (57 hombres y 5 mujeres). La mediana de edad fue 45.5 años (rango 25-64 años). El estadío clínico al momento del diagnóstico del VIH fue A1 en 5; A2: 6; A3: 10; B3: 5; C2: 1; C3: 35. Al momento del diagnóstico del linfoma, las medianas fueron 170 cel./ mm3 (rango 3-725) para CD4 y 6.160 copias/ml (rango: < 20- 6.810.000) para carga viral (CV VIH). En el 37.1 % de los casos el diagnóstico de linfoma coincidió temporalmente con el diagnóstico de VIH. En 54 pacientes (87 %) se diagnosticó

LNH: 8 (13 %) Burkitt; 2 (3,23 %) anaplásicos, 11 (17,7 %) plasmoblásticos, 30 (48,4 %) LNH Difusos de células grandes tipo B (LNDCGB), 3 (4,8 %) Linfoma Primario del Sistema Nervioso Central (SNC). El LH se diagnóstico en 8 pacientes (13 %).
Al año del diagnóstico, 15 pacientes habían fallecido (24,19 %). Sin embargo de los que tenían linfoma plasmoblástico o anaplásico o primario del SNC falleció el 56,25 % y de quienes tenían otra histología el 13,04 % (OR = 8,57; IC 95 % = 2,31-31,71; p = 0.001). A los 2 años del diagnóstico de linfoma, habían fallecido 22 de los 61 pacientes con datos disponibles (36,07 %).
Conclusión: Similar a lo reportado en otras series, la frecuencia de linfoma fue mayor en hombres, el LNH fue la histología predominante y el LNDCGB el mas frecuente. En más de un tercio de los casos, el linfoma se diagnosticó en forma sincrónica con el VIH. El amplio rango de valores de CD4 y CV de VIH al diagnóstico oncológico sugiere que no se asocian a la presentación del linfoma. La mortalidad fue del 24,19 % al año y del 36,07 % a los 2 años. Presentar subtipo plasmoblástico, anaplásico o primario del SNC de LNH se asoció con mayor riesgo de muerte dentro del primer año.

PE310 IMPACTO DE CASOS DE MUCORMICOSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLOGICOS INTERNADOS EN UNIDAD DE TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA; DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

ML Pereyra[1], G Kremer[1], E Harispe[1], G Pineda[1], V Vilches[1], N Refojo[2], A Novau[1]
[1] hospital Austral, Argentina. [2] Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr C.Malbran, Argentina.

Introducción: En un hospital de alta complejidad, durante un perído de 21 meses, se describen en pacientes inmunocomprometidos oncohematológicos, casos de mucormicosis periodontal.
Objetivo: Estudiar la asociación entre mucormicosis periodontal y presencia del hongo en el ambiente evaluando su impacto en huésped inmunocomprometido.
Material y Método: Se realizo revision retrospectiva de Historias clinicas y base de datos durante perído 2011-2014 y Screening ambiental:se inspeccionó el area de preparacion de alimentos del hospital y se cultivaron: contenedores, refrigeradores de alimentos, polvo para preparar alimentos, agua, hielo, helados, condimentos, polvo para preparar infusiones
Resultados: En el período 2011-2012 se realizaron 41 trasplantes allogenicos y 83 trasplantes autologos. Se diagnosticaron 12 casos de enfermedad micotica invasiva, sin casos de mucormicosis. En el periodo 2013-2014 se realizaron 38 trasplantes allogenicos y 84 Trasplantes autólogos. Se detectaron 5 casos de mucormicosis periodontal y 1 rinocerebral y periodontal: 2 en pacientes con Trasplante allogenico no relacionado, 1 en Trasplante haploidentico (incidencia acumulada 7,89 % en trasplante), 3 durante quimioterapia de inducción de Leucemia aguda. Al momento del diagnóstico todos los pacientes se encontraban con neutropenia severa, duración promedio de 18 días. Recibieron corticoides 63 % y de ellos 50 % tenía hiperglucemia asociada. Se encontraban en ambiente protegido 4 pacientes. Todos los pacientes recibieron profilaxis antifúngica con azólicos. Aislamientos micro biológicos: 3 Mucor circinelliodes, 2 Rhizopus spp, y 1 Mucor spp; se obtuvo desarrollo de mucorales del genero Rhizopus en orégano y pimienta. El tratamiento médico indicado fue: en 4 casos, anfotericina liposomal y en 2 se asoció a caspofungina. Todos tuvieron tratamiento quirúrgico: 3 pacientes más de 2 intervenciones extensas, con resección de casi totalidad de piezas dentarias afectadas, paladar duro y mandíbula. La mortalidad fue de 66 % de los casos, 1 paciente falleció por progresión de enfermedad de base y 1 sobrevivio por salida de la neutropenia. Se evaluó cumplimiento de las normas hospitalarias de manejo del paciente neutropénico. , se documentó defectos de cocción de los alimentos condimentados y falta de adherencia a normas hospitalarias de preparación de dieta para neutropénicos. No se demostró la presencia de Mucor circinelloides en los materiales y comidas cultivados. Se detecto falta de adherencia a normas higiene dental hospitalaria en pacientes transplantados.
Conclusión: El Mucor circinelloides se reporta como especie menos patógena y con frecuente afección dérmica. En nuestra casuística las infecciones fueron profundas, con afección ósea y letal en algunos casos. No pudo demostrarse asociación directa de los patógenos y los cultivos ambientales. Se mejoró la adherencia a preparación de alimentos para neutropénicos, al igual que la higiene oral. La profilaxis en pacientes de alto riesgo se rotó a posaconazol.

PE311 CRIPTOCOCOSIS ÓSEA VERTEBRAL EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO.

G Poblete[1], C Frola[2], J Canciani[1], A Dal Verme[1], N Ausili[1], D Siguelboim[1], L Guelfand[2], S Begher[1]
[1] Sanatorio San José, Argentina. [2] Hospital Fernández, Argentina.

Introducción: La criptococosis es la tercer micosis invasiva en el receptor de trasplante de órgano sólido (TOS). La incidencia es de 2.8 % y el 68.5 % ocurre más allá del primer año del trasplante, con una mortalidad total de 15 %. El 25-54 % presenta compromiso pulmonar, el 52-61 % formas diseminadas y afección del sistema nervioso central (SNC), mientras que la afección ósea es infrecuente (5-10 %). Se describe un caso de criptococosis diseminada con impacto en SNC y óseo en TOS.
Resumen clínico y exámenes complementarios: Varón, 64 años. Ex tabaquista, hipertensión arterial, nefrectomía derecha por reflujo ureterovesical, diabetes mellitus tipo 2 con insuficiencia renal crónica y trasplante renal de donante cadavérico en octubre 2014. Inmunosupresión con meprednisona 10 mg/día, micofenolato 720 mg/día y tacrolimus 6 mg/día. Internación en diciembre 2016 por dorsalgia, fiebre e impregnación de 3 meses de evolución. Examen físico: absceso frío a nivel dorsal sin déficit neurológico. Laboratorio: leucocitos 6.460/mm3 (neutrófilos 76 %), hemoglobina 9.7 g/dL, plaquetas 247.000/mm3, urea 116 mg/dL, creatinina 2.00 mg/dL, eritrosedimentación 85 mm/h y proteína C reactiva 3.3 mg/dL. Resonancia magnética de columna dorsal y lumbosacra con compromiso vertebral D3 y señal hipointensa en la esponjosa. Tomografía computada de tórax y columna dorsolumbar con nódulo espiculado cavitado en vértice pulmonar izquierdo y gran masa de partes blandas con calcificaciones en D3-4 de aspecto neoformativo. Punción de absceso con cultivos para *Pseudomonas* spp. y *Cryptococcus neoformans var grubii* (absceso y hueso). Histopatología con levaduras (3-10 µm) no gemantes PAS (+) intramacrófagos y extracelular. LCR: turbio, 10 células predominio mononuclear, glucorraquia 74 mg % y proteínas 65 mg/dL con antigenemia, antigenorraquia y cultivo (+). Diagnóstico de criptococosis diseminada con impacto en SNC y óseo. Inducción con anfotericina B liposomal 3 mg/kg/día más fluconazol 800 mg/día y ciprofloxacina por Pseudomonas. Tacrolimus en rango, descenso de corticoides. Evolución favorable.
Discusión: La criptococosis es una infección fúngica cosmopolita por el género *Cryptococcus*. En el receptor de TOS se presenta como enfermedad pulmonar, extrapulmonar unifocal o diseminada, principalmente por reactivación. Las lesiones óseas son infrecuentes con mayor impacto en vértebras, cráneo y epífisis de huesos largos y costillas. Predominan lesiones osteolíticas que pueden tener un absceso contiguo y la espondilitis con epiduritis y meningomieloradiculitis. Los diagnósticos diferenciales abarcan otras micosis sistémicas, tuberculosis, sífilis, brucelosis y otras infecciones, además de sarcoidosis y neoplasias. En formas diseminadas y del SNC, se recomienda inducción con anfotericina B liposomal (o complejo lipídico) más flucitosina (no disponible en Argentina), seguido de consolidación y mantenimiento con fluconazol (B-III).
Conclusiones: La forma diseminada y la meningoencefalitis son las presentaciones frecuentes de la criptococosis en el receptor de TOS y es raro el impacto óseo. Una evaluación exhaustiva es mandatoria para definir la extensión de la infección y el tratamiento óptimo.

PE312 ASPERGILOSIS CEREBRAL REFRACTARIA AL TRATAMIENTO COMBINADO CON VORICONAZOL Y ANFOTERICINA B. A PROPÓSITO DE UN CASO

B Fox[1], N Garcia Allende[2], P Striebeck[1], L Fernández Canigia[1], I Maldonado[1]
[1] Laboratorio Central, Hospital Alemán, Argentina. [2] Servicio de Infectología, Hospital Alemán, Argentina.

Introducción: La incidencia de infección fúngica invasora probada o probable por hongos miceliales, en pacientes oncohematológicos, oscila entre el 4 al 22 %. La Aspergilosis Invasora es la más frecuente. La Aspergilosis cerebral (AC) constituye la forma de presentación más grave con una mortalidad del 90 %. La especie de Aspergillus más prevalente sigue siendo A. fumigatus. En pacientes con AC la combinación de terapia antifúngica más resección quirúrgica demostró ser la más eficaz. Presentamos un paciente con un cuadro de AC irresecable quirúrgicamente refractario al tratamiento combinado.
Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Varón de 65 años, de profesión agricultor, que completo último ciclo de RCHOP once meses previos a su admisión por linfoma no-Hodking. Consultó por neuralgia del trigémino izquierda e hipostesia facial con miosis. Al momento de ingreso, su recuento de glóbulos blancos era 2.79 x 103/mm3. Se solicitó resonancia magnética de encéfalo que mostró una lesión temporal izquierda con extensión al espacio masticatorio, cavidad de Meckel y seno cavernoso, y una segunda lesión occipital izquierda. Se

interpretó como recaída de su enfermedad de base. Se realizó punción-aspiración con aguja fina a través del músculo pterigoideo. La anatomía patológica reveló la presencia de hifas tabicadas. Se solicitó estudio micológico observándose la presencia de hifas hialinas, septadas. Desarrolló un hongo micelial que se identificó como *A. fumigatus* por MALDI-TOF MS. Se envió al Departamento Micología del INEI. ANLIS "Dr. C. Malbrán" para estudio de sensibilidad antifúngica. Inició tratamiento con anfotericina b liposomal, dosis de 5 mg/kg y voriconazol (dosis de carga: 6 mg/kg y mantenimiento: 4 mg/kg). Evolucionó con progresión de su enfermedad cerebral y pulmonar. El paciente falleció tras 17 días de tratamiento. El resultado de la concentración inhibitoria mínima en mg/L, según el Método de Referencia M38-A2 del CLSI fue: anfotericina b 2 y voriconazol 0,25.
Conclusiones: No existen hasta el momento estudios prospectivos controlados que demuestren la superioridad en el tratamiento de la AC entre un único antifúngico, la terapia combinada, la administración intratecal o intralesional o el uso de agentes inmunomoduladores. En el caso expuesto se utilizó una terapia de salvataje con anfotericina b liposomal y voriconazol debido a la condición crítica del paciente, el grado de extensión de la enfermedad y la imposibilidad de resección quirúrgica. Existen múltiples factores relacionados con la falta de respuesta: el tipo de enfermedad subyacente, el grado de inmunosupresión, la toxicidad, el retardo en el inicio del antifúngico, la susceptibilidad del patógeno y la concentraciónen el sitio de infección. Presentamos un paciente con AC sin respuesta a la terapia combinada de voriconazol mas anfotericina b, esta última con una CIM de 2 µg/ml, border line según los puntos de corte epidemiológicos. Nos planteamos la posibilidad de encontrarnos con un aislamiento clínico con sensibilidad disminuida a anfotericina b, donde las estrategias de tratamiento médico son escasas.

PE313 TUBERCULOSIS (TBC) PERITONEAL EN PACIENTE CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (AIJ) EN TRATAMIENTO CON ANTI FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (TNF ALFA) A PROPÓSITO DE UN CASO

ML Heer, M Chierichetti, C Ciriaci, C Deschiave, G Montes, J Garcia Marquez, P Lopez
HIEMI mar del plata, Argentina.

Objetivo: Presentación de caso clínico de TBC peritoneal en paciente con AIJ en tratamiento con Adalimumab.
Introducción: en los últimos años los AntiTNF han constituido un gran avance en el tratamiento de la AIJ. El TNF no solo tiene rol clave en la patogénesis de enfermedades autoinmunes, sino también como mediador principal de la respuesta inflamatoria aguda frente a microorganismos intracelulares, induciendo la formación del granuloma. Es por ello que su inhibición se asocia a un incremento del riesgo de infecciones severas, particularmente tuberculosis.
Descripción del caso clínico: niña de 4 años de edad con diagnóstico de AIJ y uveítis desde los 2 años en tratamiento con adalimumab y metotrexate ingresa por síndrome febril de 9 días de evolución y dolor abdominal. Al ingreso se solicita: Rx de tórax (normal), serologías (CMV, EVB, HIV, toxoplasmosis: negativas), hemocultivos x2 y urocultivo (negativos), PCR (150 mg/l), VSG (77 mm) y para descartar síndrome de activación macrofágica: hemograma (anemia), ferritina, triglicéridos, fibrinógeno (normales). Se indica tratamiento con ceftriaxona. Por persistir con fiebre, dolor abdominal y agregar distensión, se solicita ecografía abdominal (engrosamiento parietal del ciego, ascitis, adenopatías), con resultado patológico se realiza TAC de abdomen y tórax (ascitis, adenopatías, engrosamiento parietal del íleon, derrame pleural bilateral). A las 72 horas se recibe resultado de PPD: 10mm. Se decide realizar laparoscopía exploratoria donde se observa micropuntillado peritoneal, se toma muestra de líquido ascítico (BAAR positivo), y biopsia de peritoneo (múltiples granulomas con necrosis caseosa). Se interpreta TBC peritoneal, comienza tratamiento con tuberculostáticos con evolución favorable.
Conclusión: Los AntiTNF constituyen un importante avance en el pronóstico clínico de las enfermedades reumatológicas y autoinmunes sistémicas. Sin embargo, el TNF ejerce distintas funciones en el organismo, por lo que su inhibición puede causar infecciones graves. La TBC es una de las infecciones bacterianas oportunistas más asociadas a la terapia con AntiTNF . Es por ello que consideramos fundamental la sospecha clínica de la misma en estos pacientes y más aún en nuestro medio endémico.

PE314 INFECCIÓN ACTIVA POR *Trypanosoma cruzi* EN HUÉSPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS

S Repetto[1], V Tudanca[1], L Zubeldia Brenner[1], L Gallo Vaulet[1], A Toledano[1], C Alba Soto[2], M Rodriguez Fermepin[1], J Rey[1], M Bravo[1], D Stecher[1], M Sierra[1]
[1] Hospital de Clínicas José de San Martín, Argentina. [2] IMPaM. UBA-CONICET, Argentina.

Introducción: La infección por *T. cruzi* presenta una evolución crónica con un 30 % de daño de órgano blanco. La infección activa (IA) en el huésped inmunocomprometido (HIC) se produce por primoinfección o reactivación de la infección crónica cuando se altera la inmunidad. La inmunosupresión (IS) modifica su historia natural conduciendo a formas graves.
Objetivos: Describir las características clínicas y demográficas de una población de HIC en riesgo de IA por *T. cruzi.* Analizar la utilidad de los métodos moleculares y convencionales para su detección. Evaluar su evolución y respuesta al tratamiento.
Materiales y métodos: Estudio transversal desde 01/2011 a 01/2017. Se analizaron datos demográficos, enfermedad de base, drogas inmunosupresoras, coinfección con VIH, receptores trasplante autólogo médula ósea (TAMO), trasplante renal (Tx R serología donante/receptor D+R-/ D-R+), presentación clínica, tratamiento y evolución. Se definieron pacientes (P) con infección crónica a aquellos con anticuerpos mediante dos técnicas serológicas diferentes e IA a la detección de *T.cruzi* mediante su visualización por método de Strout o presencia de ADN parasitario en sangre periférica por qPCR en 2 muestras consecutivas. Los resultados se expresaron en frecuencias y porcentajes. El nivel de significación se consideró con p <0,05. Las asociaciones entre variables categóricas se analizaron mediante test de Fisher y RR (riesgo relativo).
Resultados: Se incluyeron 40 P: 55 % mujeres, media de edad 53,7 (17-74) años; 33 provenían de Argentina y 7 de Bolivia. El 37,5 % (15) presentaba patología autoinmune (PA) (73,3 % AR; 13,3 % esclerodermia y 13,3 % penfigoide ocular); 20 % (8) Tx R; 15 % (6) enfermedad hematológica (33,3 % aplasia medular, 33,3 % LMA; 16,7 % MM y 16,7 % linfoma); 10 % (4) IRC pre Tx; 10 % (4) coinfección con VIH y 7,5 % (3) TAMO.
El 90 % presentaban infección crónica, 95 % de ellos sin daño de órgano blanco y 5 % bloqueo rama derecha.
Diez P presentaron IA. Se diagnosticaron 7 reactivaciones: 2/4 coinfectados VIH (sin TARV, LTCD4 50 cel/ mm3); 2/6 hematológicos, 1/3 TAMO, 1/4 Tx R y 1/15 PA; y 3 primoinfecciones (3/4 TX D+R-). El Strout fue positivo en el 66,7 % de las primoinfecciones y en el 50 % de reactivaciones, y la qPCR en el 100 % de las IA. Durante la IA, 7 P no presentaron síntomas, 2 encefalitis y 1 miocarditis. El uso micofenolato y Tx D+/R- incrementaron el riesgo de IA (RR1, 67; p = 0.02) mientras que la PA, meprednisona y otras drogas no se asociaron a incremento (P>0,05). Seis P recibieron benznidazol (60 días) con cura parasitológica y buena evolución, 2 reactivaciones fallecieron antes de recibirlo y en 2 P se perdió el seguimiento. No se constató seroconversión en las primoinfecciones.
Conclusiones: En este estudio, los grupos con patología hematológica, TAMO, Tx R y VIH presentaron mayor IA, mientras que se observó una menor frecuencia en P con PA. Se pudo asociar la presencia de IA con el uso de micofenolato y en el Tx R D+/R-. El diagnóstico por métodos moleculares nos permitió realizar detección precoz en P asintomáticos, disminuyendo las infecciones severas. El tratamiento antiparasitario fue efectivo en la primoinfección y en la reactivación.

PE315 REGISTRO DE INTERNACIONES POR INFECCIONES EN PACIENTES CON TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: PREVALENCIA, CAUSAS, FACTORES DE RIESGO

ML Soler Puy[1], S Lezcano[1], L Peña[2], Y Calza[2], E Badaracco[2], JP Cimbaro[3], S Maurich[4], A Aguerre[4], M Bangher[1]
[1] Instituto de Cardiología Corrientes, División Infectología, Argentina. [2] Instituto de Cardiología Corrientes, Sección Microbiología., Argentina. [3] Instituto de Cardiología Corrientes, Unidad de Trasplante Cardíaco., Argentina. [4] Instituto de Cardiología Corrientes, Unidad de Trasplante Renal., Argentina.

La meta primaria en el trasplante de órgano sólido (TOS) es la prevención y el tratamiento efectivo de las infecciones, complicaciones más frecuentes de la inmunosupresión prolongada. Los desafíos para su manejo dependen de la amplia fuente de patógenos en la comunidad y en el ambiente hospitalario, cómo la latencia de otros patógenos en el huésped. Por sus características, algunas son resueltas favorablemente por ambulatorio; sin embargo otras conllevan riesgo de vida requiriendo internación. Hipótesis: Las infecciones que requieren internación dependen del tiempo post TOS, el ambiente que rodea al paciente y patógenos prevalentes. El objetivo fue describir episodios de infección en TOS que requirieron internación; evaluando prevalencia, factores de riesgo, causas y mortalidad por dicho episodio. Período estudiado diciembre 2006- Junio/ 2016. Estudio de análisis retrospectivo, observacional. Se recogieron

episodios de infecciones; datos filiatorios, fecha de TOS, infecciones en el donante (cadavérico), líquidos de conservación con cultivos positivos, fecha de infección, tipo de infección y agente causal. Se clasificaron en infecciones hospitalarias (IH) (D+1 a +30), oportunistas o intermedias (II) (D+31 a +180), infecciones tardías (IT) (D +181 en adelante) según el tiempo de aparición en el post TOS; factores de riesgo considerados: reactivación por citomegalovirus (CMV), intervenciones en la vía urinaria, reoperaciones, tiempo de isquemia, EPOC, diabetes, malformación de la vía urinaria. Mortalidad en la internación. Análisis de las variables cuantitativas se expresaron en porcentajes, media y desvío standard. Variables cualitativas: Chi cuadrado. Se consideró significativo una p < 0,05.
Resultados: Se registraron 236 episodios infecciosos entre 229 pacientes trasplantados. Sexo masculino158 (66 %), edad media 47, media días de internación: 11 +/- 8 días; 18 % infecciones intrahospitalarias (IH), 30 % oportunistas o intermedias (II) y 52 % tardías (IT). Las más frecuentes fueron infecciones urinarias (ITU) 33 % (p = NS), Neumonías (NEU) 17 % (p = 0.03) y diarreas 12 % (p = 0.01), con variaciones dentro de cada período; factores asociados de forma significativa: IRC, malformación renal y reoperaciones para infecciones del período de IH e II y reactivación del CMV y EPOC en período II. En subanálisis de ITU en TOS renal: reoperación (p = 0,007 [RR: 2,13 –IC95 %: 1,2-3,71]) y catéteres urinarios (p = 0,004 [RR: 2,47–IC 95 %:1.37-4.44]) fueron factores determinantes de su aparición; gérmenes multiresistentes predominaron en el período IH tanto en ITU cómo en NEU. En TOS cardíaco: Infecciones de Sitio Quirúrgico representaron 30 % en el período IH y las NEU 40 % en IT. Respecto a gérmenes causantes de NEU en período de IT, entre 2006-2013, previo a uso de vacuna antineumocóccica conjugada, prevaleció neumococo; tuberculosis cómo IT se presentó entre 1.02 a 3.7 años post TOS. Los agentes causantes de diarreas fueron en primer lugar parásitos, seguidos por Clostridium difficile y CMV.
Conclusión: Los agentes infecciosos difieren según el tiempo transcurrido post TOS. Las estrategias de prevención, especialmente aquellas dependiente de inmunización deben ser reforzadas.

PE316 BACTERIEMIAS EN PACIENTES NEUTROPÉNICOS FEBRILES CON ENFERMEDADES ONCOHEMATOLÓGICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

N Lattour, P Machado, G de la Parra, MB Lares, K Aguilera Constanzo, I Roccia Rossi, ML Yantorno, Y Nuccetelli, V Angeletti, F Arguello, D Santonato, P Vizcarra
HIGA "General Jose de San Martin" de La Plata, Argentina.

Introducción: El 10-38 % de los pacientes oncohematológicos (OH) presentará bacteriemia asociada a la neutropenia y fiebre (NF), con una letalidad del 30-40 %. Actualmente los BGN multirresistentes (BGN-MR) son los principales agentes causales.
Objetivo: Analizar los episodios de bacteriemia en pacientes OH cursando NF
Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo. Pacientes OH con NF bacteriémicos desde 1/11/2015-31/01/2017. Se recolectaron datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos. Se consideró BGN-MR a aquellos con resistencia a tres clases de antibióticos. Bacteriemia temprana a la ocurrida en las primeras 48hs y tardía luego de las 48hs de admisión. Se utilizó Software SPSS 19.0. Análisis univariado, considerándose estadísticamente significativo un valor de p≤0,05.
Resultados: En este periodo 37 pacientes desarrollaron 66 episodios de neutropenia febril. El 40,9 % (27/66) presentó bacteriemia (n = 19 pacientes). 52,63 % eran hombres. La mediana de edad fue de 34 años (15-78). Enfermedad de base: LLA 42,1 %, LMA 36,8 %, otras 21,1 %. En fase de consolidación: 44,4 %, en inducción: 18,51 %. Mediana de días desde el ingreso hospitalario hasta el desarrollo de bacteriemia: 15 días (8-45). Todas las bacteriemias fueron tardías. El principal foco clínico fue la infección asociada a catéter venoso central (tabla 1). Tratamiento antibiótico previo a la bacteriemia: 66,66 %. Aislamientos microbiológicos (tabla 2): CGP 9/27 (33,33 %); BGN 18/27 (66,67 %) correspondiendo a BGN-MR 14/18 (77,7 %). Mecanismos de resistencia: BLEE 8/14 (57,14 %), KPC 3/14 (21,42 %), probable OXA 1/14 (7,14 %), otros 2/14 (14,28 %). Tratamiento empírico inicial (TEI) inadecuado en 5/27 casos, todos por BGNMR. Tasa de letalidad 18,5 % (5/27).
Conclusiones: En relación a la bibliografía, se encontró una elevada tasa de bacteriemia en la población estudiada (40,9 %). La mayoría de los episodios fueron causados por BGN-MR (28,56 % productores de carbapenemasas) y todos de presentación tardía. Se evidenció un elevado porcentaje de infección asociada a CVC como foco clínico.

Tabla 1. Caracteristicas de las bacteriemias (n = 27)

Foco clínico	N (%)
Asociadas a cateter venoso central (CVC)	10/27 (37 %)
Abdominal	7/27 (26 %)
Desconocido	4/27 (14,7 %)
Piel y Partes Blandas	3/27 (11,2 %)
Respiratorio	2/27 (7,4 %)
Tromboflebitis	1/27 (3,7 %)

Tabla 2. Caracteristicas de los aislamientos microbiológicos (n = 27)

CGP	9/27 (33,33 %)
S. coagulasa negativa	4
S. aureus meticilino sensible	2
S. aureus meticilino resistente	2
E. faecium vancomicina resistente	1
BGN-S	4/27 (14,82 %)
K. pneumoniae	3
P. aeruginosa	1
BGN-MR	14/27(51,85 %)
K. pneumoniae	9
E. coli	3
A. baumanii	1
A. caviae	1

PE317 ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LOS EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL DE ORIGEN ONCOHEMATOLÓGICO EN UNA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE LA PATAGONIA.

R Alessandrini, L Moya, M Casullo, C Arnaiz, E Drexler
Hospital Castro Rendon, Argentina.

Introducción: La neutropenia febril es una complicación frecuente en pacientes que reciben quimioterapia por cáncer. Las recomendaciones nacionales e internacionales sugieren diferentes esquemas de tratamiento empírico inicial. Los mismos deben adaptarse a la etiología de los episodios en cada centro.
Objetivo: describir la etiología de los episodios de neutropenia febril; y valorar si la terapia empírica inicial es apropiada según los aislamientos de germen.
Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado entre enero de 2010 y marzo de 2017. Se incluyeron pacientes pediátricos menores de 14 años, con linfomas y leucemias; y al menos una internación en el Servicio de Pediatría por neutropenia febril. Variables medidas: diagnóstico, edad, estratificación de riesgo, recuento absoluto de neutrófilos al inicio de la fiebre, duración en días de la neutropenia, foco de infección, rescate microbiológico, tratamiento instaurado y evolución. Se volcaron los datos en una base de Excel y dada la naturaleza descriptiva del estudio se analizaron los mismos utilizando medidas estadísticas habituales (promedio, rango, mediana).
Resultados: Se incluyeron 61 episodios en 33 pacientes. El 70 % presentaban Leucemia Linfoblástica Aguda, con una mediana de edad de 6,7 años. El 68,8 % de los episodios fueron post-quimioterapia, con un valor promedio de recuento absoluto de neutrófilos y duración en días de la neutropenia de 102 y 7,4 respectivamente. El 67,2 % de los episodios presentaron neutropenia profunda y el 100 % fueron definidos como de alto riesgo. Los focos clínicos más frecuentes fueron respiratorio e infección asociada a catéter. El 29,5 % presentó infección microbiológicamente documentada. Del total de aislamientos el 45,4 % correspondieron a cocos Gram positivos (y de éstos el 50 % fueron Staphilococcus coagulasa negativo meticilino resistentes). El 36,3 % fueron bacilos Gram negativos, el 9 % virus y el 9 % restante hongos. No hubo aislamiento de Pseudomonas aeruginosa y en un caso se obtuvo rescate de un germen multirresistente. Se inició tratamiento combinado en el 59 % de los episodios, siendo piperacilina tazobactam/amikacina; y ceftazidima/amikacina las combinaciones más frecuentes. El esquema inicial fue modificado en el 27,8 % de los episodios tanto por adecuación según aislamiento de germen como por persistencia de la fiebre a las 72 horas. El 96,8 % de los episodios presentó buena evolución con resolución del episodio.
Conclusión: la monoterapia con piperacilina tazobactam podría ser apropiada en nuestro medio, siempre que se realice un estricto control de los aislamientos en esta población. En caso de sospecha de infección asociada a catéter la adición vancomicina debe considerarse.

PE318 IMPACTO DE LA EVALUACIÓN INFECTOLÓGICA EN PACIENTES CON INMUNOSUPRESIÓN INDUCIDA

V Bermejo[1], MI Lespada[1], EC Córdova[1], LM Morganti[1], F Paulin[2], A Benitez[1], M de la Vega[1], OD Messina[1], CG Rodriguez[1]
[1] Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Argentina. [2] Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer, Argentina.

Introducción: El uso extendido de fármacos inmunosupresores ha llevado a la aparición de una población creciente de pacientes con defectos en el sistema inmune, susceptibles a padecer infecciones oportunistas (IO). Existen múltiples estrategias para reducir el riesgo de aparición de dichas infecciones: diagnóstico de enfermedades latentes, vacunación adecuada y/o profilaxis antimicrobiana. Por lo mencionado, creamos un consultorio especializado en la atención infectológica de pacientes con inmunosupresión inducida y la generación de un registro para obtener y analizar la información.
Objetivos: Describir los antecedentes clínicos y factores de riesgo para IO, establecer la prevalencia de infecciones latentes, evaluar el estado de vacunación, determinar la necesidad de profilaxis antimicrobiana. Describir la evolución, frecuencia de aparición IO y seguimiento de dichos pacientes.
Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo de pacientes atendidos en un consultorio infectológico especializado de un hospital de la CABA, que estuvieran bajo tratamiento con algún fármaco inmunosupresor o en plan de recibirlo (período noviembre 2015-enero 2017). Se recolectaron datos demográficos, antecedentes clínicos y factores de riesgo para IO. Se realizó pesquisa de tuberculosis (TB), serologías para HIV, hepatitis A, B y C, sífilis, toxoplasmosis, Chagas, citomegalovirus, búsqueda de Strongyloides spp. Se indicaron vacunas de acuerdo con los esquemas de vacunación para adultos inmunosuprimidos según las recomendaciones del Ministerio de Salud. Se realizó seguimiento para detección de IO. Toda la información fue registrada en una historia clínica específica. No se incluyeron pacientes trasplantados.
Resultados: Se evaluaron 197 pacientes, media de edad 50.7 años (DE 14), mujeres 79.7 %. Las enfermedades de base eran: artritis reumatoidea 52 %, lupus 12 %, artritis psoriásica 6 %. Las drogas inmunosupresoras eran metotrexato 45 %, corticoides (meprednisona ≥ 20 mg/día) 16 %, fármacos biológicos anti-TNF 15 %, micofenolato 10 %, ciclofosfamida 4 %, rituximab 2 %. Durante la evaluación inicial se diagnosticaron 49 (25 %) infecciones: 15 Chagas crónico, 15 pacientes con anti-HBc positivo aislado, 7 sífilis latentes, 4 pacientes con HIV, 4 TB latentes, 2 hepatitis B crónicas, 1 hepatitis C crónica, 1 estrongiloidiosis. Se indicó profilaxis antimicrobiana en 27 (14 %) pacientes: 23 con TMP/SMX y 4 con aciclovir. En todos los pacientes se intervino indicando o completando los esquemas de vacunación. Se logró cobertura para HBV en el 73 %, Td o dTpa en 82 %, anti-neumocóccica PCV13 58 % y PPSV23 57 %, antigripal 52 %. La mediana de seguimiento fue de 8.8 meses (RIC 4-12). Se detectaron 7 IO: 3 TB, 4 herpes zóster recurrentes.
Conclusiones: En el 39 % de los pacientes incluidos, la evaluación sistematizada en un consultorio infectológico arrojó hallazgos que motivaron intervenciones, ya sea terapéuticas o de monitoreo. Por otro lado, en el 100 % de los pacientes fue necesaria la prescripción de vacunas con el objetivo de iniciar o completar el esquema de vacunación. Estos porcentajes ponen en evidencia la importancia de evaluar sistemáticamente en consultorios especializados a este tipo de pacientes.

PE319 CISTITIS HEMORRÁGICA EN TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

V Torre, L Berruezo, M Rey, C Palacios, P Pessacq, F Colombi Martinez, L Agamennoni, D Almada, C Mendez, L Montero, J Malacalza, S Cuellar
Hospital Rossi - La Plata, Argentina.

Introducción: La Cistitis hemorrágica (CH) es una causa importante de morbilidad y, ocasionalmente de mortalidad en receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). La incidencia reportada varía de 7 a 68 % y los factores predisponentes son: TCPH alogénico y autólogo, enfermedad injerto contra huésped (EICH), trombocitopenia o linfopenia severas, uso de alentuzumab, ciclofosfamida o timoglobulina.
Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los episodios de CH en pacientes que recibieron TCPH. Evaluar la relación entre la aparición de CH y el tipo de TCPH realizado y esquema de acondicionamiento.
Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo donde se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de CH que recibieron TCPH en una Unidad de trasplante de médula ósea, entre marzo de 1994 y febrero de 2017. Se recabaron en una base de datos, información de los pacientes, de la enfermedad de base, del episodio de CH y la relación con la mortalidad.
Resultados: En 724 pacientes que recibieron TCPH, se identificaron 38 episodios de CH en 36 TCPH (30 alogénicos – 2 no relacionados y 6 autólogos), con una tasa de incidencia del 5 %. El 78 % fueron masculinos y la edad promedio fue de 31,8 años (15-62). Las enfermedades de base más frecuentes fueron leucemia mieloblástica aguda 15 (39 %),y leucemia linfoblástica aguda 8 (21 %). El 97 % de los episodios comenzaron luego de 72 horas del TCPH (promedio = 35 días). 21 pacientes se encontraban internados y 17 ambulatorios, de los cuales 12 requirieron internación. En el 79 % se utilizó BUCY como esquema de acondicionamiento. El 58 % presentó hematuria macroscópica con coágulos con o sin obstrucción (Grado III-IV). La duración media fue 33.5 días (2 -170). El 55 % de los pacientes tenían un recuento plaquetario menor a 25 x 109/L y el 71 % tenían injerto granulocítico. En 5 episodios se detectó urocultivo positivo. 22 (58 %) presentaron viruria (BK = 9, CMV = 6, adenovirus = 7) y 14 (37 %) viremia (BK = 4, CMV = 7, adenovirus = 3). Los tratamientos instaurados fueron: hiperhidratación endovenosa en 28 (74 %), analgésicos opiáceos en 17(45 %), antibióticos en 25 (66 %) y antivirales en 17(45 %), prostaglandinas intravesicales en 4 (11 %) y Leflunomida en 3 (8 %). 12 pacientes requirieron sonda vesical, con lavado continuo en 9 y cistoscopia con remoción de coágulos en 4. 5 pacientes fallecieron durante el curso de la CH (13 %) con recuento plaquetario <25 x 109/L. Se observa una asociación significativa entre la producción de CH y el TCPH alogénico (RR = 10,7 – IC = 4,5-25,44 – p = 1/1010), así como con los acondicionamientos que incluyen Ciclofosfamida

(RR = 11,7 – IC = 4,18-32,73 – p = 5/1010).
Conclusiones: En concordancia con la literatura, observamos asociación de CH con TCPH alogénico, y régimen acondicionante de alta intensidad. Hubo una mayor incidencia de CH grado III/IV que requirió mayor internación e intensidad de tratamiento. Predominaron los casos de comienzo tardío. El rédito de la pesquisa en orina de patógenos virales fue elevada. La CH es una complicación infrecuente pero de alta morbilidad en nuestra población de pacientes trasplantados.

PE320 MUCORMICOSIS EN HUESPEDES INMUNOCOMPROMETIDOS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

M Pereyra[1], G Kremer[1], E Harispe[1], G Pineda[1], A Novau[1], N Refojo[2], V Vilches[1]
[1] Hospital Austral, Argentina. [2] Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr Carlos Malbran, Argentina.

En un hospital universitario, durante 32 meses de observación se vio incidencia aumentada de mucormicosis en pacientes oncohematologicoa y transplantes. El objetivo de este trabajo es describir frecuencia, formas de presentación, factores de riesgo, morbilidad y mortalidad asociados a infección por mucorales en pacientes inmunosuprimidos. Se realizó un estudio retrospectivo de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de mucormicosis en un periodo comprendido entre 1/4/13 a 30/11/15. Se analizaron las características clínicas y la evolución de estos pacientes. Durante el periodo de estudio se realizaron en el hospital 63 TALO y 131 TAMO. En pacientes oncohematológicos, registramos 24 infecciones fúngicas invasivas(IFI), 9 mucormicosis. En TALO no relacionado: 3, Trasplante haploidentico: 2, autólogo 1, inducción de leucemia: 3. En igual periodo se realizaron 115 trasplantes hepáticos, 77 renales y 3 reno páncreas, registramos 6 IFI dos mucormicosis: 1 en trasplante cardíaco y 1 en trasplante hepático 1. Todos los pacientes estaban recibiendo algún tipo de inmunosupresión (quimioterapia, tacrolimus, otros, corticoides 63 %). El 80 % de los pacientes Oncohematologicos presentaban neutropenia severa al momento del diagnóstico, media de duración: 13,88 días. Otros factores de riesgo: enfermedad por CMV 18 %, profilaxis con azólicos 90 %, 40 % se encontraban fuera de ambiente protegido.Las formas de presentación fueron: periodontal 5 casos, periodontal y rinocerebral: 1, infección de sitio quirúrgico: 2, pulmonar: 3. El diagnóstico fue realizado por observación de filamentos cenocíticos en los exámenes directos de las muestras quirúrgicas, el examen directo de los BAL fue negativo. Aislamientos microbiológicos: Rhizopus 3, Mucor circinelliodes 4; el resto Mucor spp. Todos se confirmaron por anatomía patológica salvo las neumonías. Tratamiento: todos los pacientes recibieron anfotericina B liposomal, en 3 asociado a Caspofungina. Tratamiento quirúrgico se realizó en 7 pacientes. Mortalidad global: 81 %, 4 pacientes con forma oral fallecieron, y 2 con neumonía y por causas asociadas: 3 pacientes. Sobrevivieron 2. La mortalidad global reportada ronda el 50 %. La mortalidad en nuestra serie fue del 66 % para neumonía; ;presentación oral fue de 67 %; cutánea 100 %, en la presentación rinosinusal, nuestro único caso falleció a los 4 dias del diagnóstico. La mortalidad atribuible a la enfermedad fue 63 %. Los casos de presentación poco frecuente fueron la periodontal e Infección de sitio quirúrgico (trasplante cardíaco: empiema y mediastinitis y hepático con afección pared abdominal extensa). De las especies aisladas como hallazgo a reportar encontramos aparición de Mucor circinelloides como patógeno emergente en infecciones profundas, situación poco común en esta especie
Conclusiones: La mucormicosis es una enfermedad con elevada morbimortalidad, se debe tener alto índice de sospecha diagnóstica en huéspedes inmunocomprometidos con factores de riesgo para realizar un tratamiento precoz. Hay que tener en cuenta sitios de afectación poco frecuentes como la oral y la infección del sitio quirúrgico

PE321 TUBERCULOSIS, UNA CAUSA OLVIDADA DE MONOARTRITIS.

ML Lodigiani, MA Dzuryk Albornoz, P Masciarelli, Y Franco, S Grasso
Sanatorio Los Alerces, Rosario, Santa Fé, Argentina.

Introducción: Las enfermedades oncológicas, la terapia prolongada con corticoides, los inhibidores TNF- , la inmunosupresión, son factores de riesgo para el desarrollo o la reactivación de TBC, por lo que su screening es una estrategia que contribuiría a disminuir su incidencia.
Resumen: Hombre de 66 años, con diagnóstico de LMA y neutropenia febril profunda, post quimioterapia. Al examen presenta lesiones en mucosa oral, adenopatías generalizadas. Flebitis. Foliculitis en muslos; rodilla izquierda flogótica, eritematosa, y dolorosa a la movilización.
Laboratorio: Pancitopenia profunda. VES: 120 mm; Hemocultivos: negativos. TAC de SPN; cráneo, tórax y abdomen: sin particularidades.
Ecografía de rodilla: líquido periarticular en recesos laterales y subcuadricipital. Artrocentesis: campo cubierto de piocitos; Prot: 36 gr/l; Gluc.: 0.41g/l; pH: 6,64; LDH: 874 U/L Bacteriología: negativa para gérmenes comunes, hongos y BAAR. Luego de 6 días de vancomicina - tazobactam, continúa con dolor, tumefacción, choque rotuliano, y fiebre. Se realiza artroscopia, con toma de muestras para anatomía patológica; BAAR, hongos y gérmenes comunes. Por agravamiento del cuadro clínico se rota a linezolid - meropenem, se agrega caspofungina; trimetoprima - sulfametoxazol y Aciclovir. TAC de tórax: lesiones nodulares periféricas, probables émbolos sépticos y derrame pleural. Bacteriología: desarrollo EVR en material de partes blandas, periarticular. Sensible: minociclina, linezolid, tigeciclina; Hemocultivos: negativos, Hemocultivos por lisis: negativos. Galactomanano: negativo. Después de 10 días de tratamiento dirigido, el sujeto comienza con dolor, eritema, impotencia funcional y secreción por heridas de artroscopia. Artrocentesis: amarillo opalescente, leucocitos: 13700/mm3; Reacción de Rivalta: ++++, Gluc.: 0.70 gr/dl; Prot.: 41 gr/l. Bacteriología: sin desarrollo bacteriano. Se realiza toilette quirúrgica, completa antibióticos, con lenta resolución de la neutropenia y del cuadro clínico. A los 60 días de incubación, se obtiene desarrollo de colonias de Mycobacterium tuberculosis de secreción de herida, partes blandas y fondo de saco articular. Se indican tuberculostáticos, con buena respuesta. El paciente niega foco para TBC.
Discusión: La Artritis séptica (A.S.) se presenta con mayor frecuencia y gravedad en ancianos inmunodeprimidos, en nuestro caso el rescate de EVR, nos impulsó a dirigir el tratamiento, pero la falta de respuesta clínica al mismo nos obligó a buscar otras causas infecciosas, como hongos y mycobacterias, a pesar de no tener foco epidemiológico claro. En Argentina la notificación de nuevos casos (año 2012) fue de 10.006, siendo el 15.2 % extrapulmonares y de estos el 4.3 % osteoarticulares.
Conclusión: El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado de la AS por Mycobacteria TBC, requiere de la exclusión de otras causas y una alta sospecha de la misma. La subestimación de esta patología y la dificultad diagnóstica que presenta, se traduce en una gran causa de morbimortalidad.

PE322 BACTERIEMIAS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS NEUTROPÉNICOS: INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y FACTORES ASOCIADOS MORTALIDAD

MJ Eusebio[1], MV Pinoni[1], R Jordán[1], JV Martínez[1], S Verbanaz[1], P Giorgio[1], M Giovanakis[2], RL Monge[2], M Khoury[3], G Ernst[3], ED Efrón[1]
[1] Servicio de Infectología, Hospital Británico, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología, Hospital Británico, Argentina. [3] Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Británico, Argentina.

Introducción: la frecuencia relativa de bacterias y sus patrones de resistencia responsables de bacteriemias en pacientes oncohematologicos (OH) neutropénicos, han sufrido cambios a lo largo del tiempo. El conocimiento de estos cambios contribuye a adecuar los esquemas antibióticos empíricos disminuyendo la mortalidad asociada a las mismas
Objetivos: describir características demográficas, clínicas y microbiológicas de bacteriemias en pacientes neutropénicos OH y analizar factores pronósticos de mortalidad asociado a las bacteriemias.
Materiales y Métodos: estudio observacional, con datos recolectados prospectivamente de cohorte de pacientes OH neutropenicos, que presentaron bacteriemia en el periodo 1/06/2014 al 31/01/2017. Se definió neutropenia: <500PMN; Bacteriemia: aislamiento de bacterias en hemocultivos. Tratamiento empírico adecuado[TEA]: bacteria aislada sensible al antibiótico utilizado en el tratamiento empírico.
Método estadístico: resultados expresados como porcentajes para las variables categóricas y como media y desvíos estándar para las variables numéricas. Se evaluaron las diferencias entre los grupos utilizando el test de Fisher. Se utilizó el Software MEDCALC (Versión 14). Se consideró significativo una p<0.05.
Resultados: se documentaron 81 bacteriemias en 67 pacientes. Sexo masculino 38 (57 %), Media de edad 48±2 años. Enfermedad de Base: Leucemias 41 (62 %). Bacterias aisladas: BGN: 51/81 (63 %), CGP: 30/81 (37 %), BMR: 20/81 (24,7 %), por KPC: 12/20 (60 %).De los factores pronósticos estudiados asociados a mortalidad presentaron significación estadística la presencia de LLA, bacteriemia por KPC y sepsis grave durante el episodio de bacteriemia (ver tabla).

Grupos	Mortalidad	Valor p
Edad >65 años	11/68 (16.18 %)	0.688
Sexo masculino	10/45 (22.22 %)	0.244
LLA	3/6 (50 %)*	0.037
TEA	13/73 (17.81 %)	
No TEA	1/8	0.581
OMR	8/35 (22.86 %)	
NO OMR	6/46 (13.04 %)	0.194
KPC	6/12 (50 %)	
No KPC	8/69 (11.59 %)	0.005
Sepsis	13/21 (61.9 %)	
No Sepsis	1/60 (1.67 %)	0.0001

*Los 3 episodios finalizados en muerte fueron por KPC.

De 12 episodios por KPC, 5 sin sepsis sobrevivieron y fallecieron 6 de 7 que presentaron sepsis (p = 0,015). De 69 episodios por gérmenes diferentes a KPC, fallecieron 1 de 55 que no presentaba sepsis y 7 de 14 con sepsis (p<0,0001). De 21 episodios que presentaron sepsis, fallecieron 7 de 14 no KPC y 6 de 7 KPC (p = 0,174).
Conclusiones: se observó mayor frecuencia de bacilos Gram negativos y de bacterias multiresistentes (en particular KPC) como germen documentado en bacteriemias en pacientes neutropénicos OH.La mortalidad se asoció a la presencia de sepsis y documentación de KPC en el análisis univariado pero al estratificar, persistió significativa la presencia de sepsis. No se puede descartar que la virulencia del KPC aporte a una mayor mortalidad y que con mayor tamaño de muestra ambas variables resulten asociadas significativamente.

PE323 BACTERIEMIA POR *Campylobacter fetus* EN PACIENTE CON CÁNCER: UNA INFECCIÓN SEVERA POTENCIALMENTE TRANSMISIBLE POR ALIMENTOS PERO EVITABLE

S Sabato[1], S Zerboni[1], F Herrera[1], E Temporiti[1], F Nicola[2], J Smayevsky[2], P Bonvehí[1]
[1] Sección Infectología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC. Buenos Aires, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La bacteriemia por *Campylobacter fetus* es una entidad muy poco frecuente y presenta una epidemiología característica con factores de riesgo definidos.
Resumen clínico: Mujer de 77 años con gastrectomía total por adenocarcinoma gástrico en tratamiento quimioterápico con carboplatino. Presenta antecedente de consumo de carnes rojas y de ave parcialmente cocidas regularmente.
Ingresa por fiebre 24 hs de evolución y un episodio de diarrea líquida explosiva. Sin compromiso hemodinámico, temperatura axilar 38,5ºC y abdomen doloroso a la palpación profunda.
Exámenes complementarios y evolución: Hemograma: leucocitos: 27.400 mm3 y neutrofilia. TC de abdomen: leve engrosamiento parietal colónico. Luego de tomar hemocultivos (HC) y coprocultivo inició tratamiento con piperacilina/tazobactam.
En 1:2 HC (equipo BACTEC FX), desarrolló bacilos gram-negativos ligeramente espiralados/curvos, con tiempo de positivización de 41,13 hs. Identificación por MALDI-TOF directo del frasco positivo: *Campylobacter fetus*, (obtenido el mismo día de positivización del HC). Identificación confirmada a partir del cultivo en atmósfera de microaerofilia (CO2 10 % - O2 5 %), también por MALDI-TOF, a los 3 días de positivización del HC. Estudio de sensibilidad por método epsilométrico con lectura a las 48 hs (similar a las condiciones estipuladas por el CLSI para *Campylobacter jejuni/coli*, ya que no hay especificaciones ni puntos de corte para C. fetus): CIM Imipenem: 0,03 ug/ml, CIM Ceftriaxona: 0,5 ug/ml.
Evoluciona afebril y con cese de la diarrea, a las 72 hs del ingreso se rota esquema antibiótico a imipenem y una vez obtenido el resultado de los estudios de sensibilidad completa 14 días de tratamiento con ceftriaxona.
Discusión: El principal reservorio de *C. fetus* es el tracto gastrointestinal de algunos animales, principalmente vacas y ovejas. Se describen infecciones luego del consumo de leche no pasteurizada y carnes rojas y de pollo inadecuadamente cocidas.
A diferencia de *C. jejuni y C. coli*, son menos frecuentes los cuadros abdominales. La bacteriemia puede presentar siembra secundaria a algún órgano y se asocia con daño cardiovascular, ya que tiene especial tropismo por el endotelio (aneurismas micóticos, endocarditis o tromboflebitis). Fiebre recurrente, neumonías, y compromiso del SNC, son otras manifestaciones menos frecuentes.
La infección se observa más frecuentemente en pacientes de edad avanzada con inmunocompromiso (neoplasia, diabetes, cirrosis, uso de corticoides) y cirugías digestivas, particularmente gastrectomía. Este carácter de enfermedad oportunista, diferencia la especie *C. fetus* con otras más comunes.
Conclusión: La bacteriemia por *C. fetus* debe sospecharse ante cuadros febriles con o sin síntomas intestinales en pacientes inmunocomprometidos, con antecedentes de ingesta de carnes inadecuadamente cocidas. Los métodos de diagnóstico e identificación rápidas permiten adecuar el tratamiento antibiótico en forma precoz. Resulta fundamental la implementación de estrategias de prevención en los pacientes inmunocomprometidos que contemplen la educación, para evitar la ingesta de alimentos con riesgo de transmisión de este y otros patógenos.

PE324 ESTUDIO PROSPECTIVO DE VIGILANCIA ACTIVA DE COLONIZACIÓN POR BACTERIAS MULTIRRESISTENTES EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS Y SU CORRELACIÓN CON BACTERIEMIAS

D Espinel[1], R Jordán[1], MV Pinoni[1], S Verbanaz[1], P Giorgio[1], JV Martínez[1], I Agorio[2], A Heine[2], M Khoury[3], G Ernst[3], ED Efrón[1]
[1] Servicio de Infectología, Hospital Británico, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología, Hospital Británico, Argentina. [3] Departamento de Docencia e Investigación, Hospital Británico, Argentina.

Introducción: algunos trabajos mostraron que entre el 6.6 y el 8.5 % de los pacientes oncohematológicos (OH) colonizados por bacterias multiresistentes (BMR) desarrollan posteriormente bacteriemia por el mismo microorganismo comparado con 0.5 % de los no colonizados. La vigilancia activa de colonización podría ayudar a identificar pacientes en riesgo de infección por BMR, optimizar el tratamiento empírico inicial y eventualmente reducir la morbimortalidad.
Objetivos: describir la frecuencia de colonización por BMR al ingreso y la adquisición de BMR durante la internación en pacientes OH que se internan y analizar la asociación entre colonización y bacteriemia por BMR.
Materiales y métodos: Se recolectaron en forma prospectiva los datos de la vigilancia activa de colonización e infección por BMR (BGN productores de carbapenemasas, EVR, SAMR, ABA, PAE), en OH que se internaron por cualquier motivo entre el 1 de abril y el 31 de diciembre de 2016.
A todos los pacientes hospitalizados OH admitidos durante ese período se les realizaron hisopados rectal, axilar e inguinal de ingreso durante los primeros dos días de internación (HI), y una vez por semana hasta el alta (HS) si continuaban internados. Los resultados fueron expresados como porcentaje para las variables categóricas y como media y desvío estándar para las variables numéricas. Para comparar proporciones se utilizó test de Chi2, se calculó riesgo relativo (RR) e intervalos de confianza (IC) para el 95 %. Se consideró como significativo una p<0.05.
Resultados: Se realizaron 407 hisopados de vigilancia en 125 pacientes; Sexo: varones 55 %. Edad: media 53.4±19.4 años. Enfermedad de base: LNH 27.2 %, LMA 24 %, Mieloma Múltiple 14.4 %, LLA 12 %, SMD 4 %, LH 2.4 %, LLC 1.6 % y LMC 1.6 %. De 173 HI, 12/173 (6.9 %) -12/ 125 pacientes (9,6 %)- fueron positivos: EVR 58 % y KPC 41 %, y 8/12 pacientes tenían antecedentes de colonización previa al momento de internarse. De los 234 HS realizados en 72 pacientes, 15/ 234 (6,4 %) -15/ 72 pacientes (20,8 %)- fueron positivos: EVR y KPC 47 %, ABA 5 %. La mediana de tiempo hasta la detección de la colonización fue de 2 semanas. Del total de 27 pacientes colonizados, 10 presentaron bacteriemias; en 4 de estos episodios se aisló una BMR (2

KPC, 2 PAE), pero sólo en dos casos se documentó la misma bacteria (KPC) en el hisopado y en los hemocultivos. Del total de 98 pacientes NO colonizados, 29 presentaron bacteriemias; en 9 de estos episodios se aisló una BMR (7 KPC, 1 EVR/SAMR, 1 PAE). Los pacientes colonizados, con BMR tuvieron un RR de desarrollar bacteriemia por BMR de 1.28 (IC = 0.50 – 3.27; p > 0.5).
Conclusiones: Se observó una probabilidad un poco mayor de bacteriemia por BMR en pacientes OH colonizados que no alcanzó significación estadística. El hallazgo de BMR en hisopados de vigilancia no coincidió con la bacteria documentada en bacteriemia posterior, con la excepción de 2 episodios de bacteriemias por KPC en pacientes previamente colonizados por este microorganismo. Los resultados sugieren que la realización de hisopados de vigilancia se justificaría sólo para predecir riesgo de bacteriemia por KPC.

PE325 ENFERMEDAD CRÓNICA ACTIVA POR VIRUS EPSTEIN BARR RESUELTA CON TRASPLANTE ALOGÉNICO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS

S Zerboni[1], F Herrera[1], D Torres[1], J Chevel Mejía[1], M Querci[1], E Temporiti[1], P Bonvehí[1], C Videla[2], P Duarte[3], N Cazap[3], L Riera[3]
[1] Seccion Infectología, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina. [2] Sección Virologia, Departamento de Análisis Clínicos, CEMIC, Argentina. [3] Seccion Hematologia, Departamento de Medicina Interna, CEMIC, Argentina.

Introducción: La enfermedad crónica activa por virus Epstein Barr (ECAVEB) es una entidad rara de etiología desconocida, que ocurre en pacientes inmunocompetentes que sufren infección primaria por el virus.
Resumen clínico: Hombre de 36 años previamente sano que en septiembre de 2015 presentó mononucleosis infecciosa y anemia hemolítica autoinmune. En enero de 2016 consultó por múltiples adenopatías axilares, cervicales y supraclaviculares. Se realizó diagnóstico de linfoma no Hodgkin angioinmunoblásitico tipo T e inició quimioterapia. En febrero de 2016 presentó neutropenia febril sin foco y con cultivos negativos tratada con piperacilina-tazobactam. A la salida de la neutropenia persistió con registros febriles y agregó rash generalizado. Exámenes complementarios: Las PCR de Parvovirus B19 y Herpes Virus Humano-6 y carga viral para CMV fueron negativas. La carga viral de EBV fue de 3.980 copias (3.59 log). El paciente continuó tratamiento quimioterápico. Por episodios recurrentes de fiebre y rash, se solicitaron nuevas cargas virales de EBV, las cuales ascendieron: en marzo 158.600 copias (4.2 log) y en mayo 900.000 copias (5.2 log). Los estudios complementarios descartaron otras causas de fiebre de origen infeccioso. Se decidió realizar trasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico (TCPHA). Posterior al mismo, se registraron cargas virales de EBV siempre indetectables. A la fecha el paciente se encuentra libre de enfermedad oncohematológica.
Discusión: La ECAVEB es una entidad progresiva de 3 a 6 meses de evolución con manifestaciones clínicas como fiebre, linfadenopatía y esplenomegalia, junto con altos títulos de anticuerpos o DNA cuantificable de EBV, en pacientes sin inmunocompromiso previo. Los mismos sufren una primoinfección que puede o no ser sintomática, y dado que su sistema inmune es incapaz de controlar la replicación, se produce una proliferación linfocitaria persistente, con potencial riesgo de malignidad. El espectro de manifestaciones clínicas es muy amplio, desde compromiso cutáneo con rash, hipersensibilidad a picadura de mosquitos, hepatitis, pancitopenia, compromiso neurológico, hasta síndromes linfoproliferativos agresivos como el caso de nuestro paciente. En cuanto al tratamiento, se han descripto múltiples terapéuticas antivirales e inmunosupresoras farmacológicas (aciclovir, corticoides, ciclosporina, rituximab) las cuales no han resultado efectivas. Hasta el momento, la única terapéutica que demostró utilidad es el TCPHA, debido a que la quimioterapia actuaría frente a la neoplasia de alto grado y la infusión de células alogénicas permitiría adquirir una respuesta inmune efectiva frente a la replicación viral. También se ha realizado la infusión de linfocitos T citotóxicos, la cual ha sido efectiva en variantes linfoproliferativas menos agresivas.
Conclusión: La ECAVEB debería considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de síndrome febril sin foco en pacientes que evolucionan con síndromes linfoproliferativos. En este escenario el TCPHA ha demostrado ser un procedimiento eficaz para el control de la replicación viral.

PE326 INFECCIONES OPORTUNISTAS TARDÍAS EN TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO

V Fernandez, N Mañez, A Valledor, L Barcán
Hospital Italiano Bs. As., Argentina.

Introducción: Las infecciones oportunistas (IO) en Trasplante de Órgano Sólido (TOS) son las menos frecuentes, pero son las infecciones características de esta población. Es imprescindible su consideración dentro de los diagnósticos diferenciales, ya que el correcto diagnóstico permite adecuado tratamiento.
Objetivo: Describir la incidencia, presentación clínica, evolución y mortalidad de 2 IO (Nocardia y Criptococo) en una población de TOS de un hospital de nuestro país.
Materiales y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva, datos obtenidos en forma prospectiva de todos los pacientes (pac.) que recibieron un TOS en nuestro hospital desde 1988.
Resultados: Se realizaron 1932 TOS en 29 años (desde enero 1988 hasta 31/3/17): 613 trasplantes (Tx) renales, 786 hepáticos, 241 cardíacos, 151 renopancreáticos, 105 pulmonares, 26 hepatorrenales y 10 cardiorrenales. Se presentaron 9 episodios de Nocardia (0.46 %) y 8 episodios de Criptococo (0.41 %) en toda la población. Infecciones por Nocardia: 7 pac.(78 %) recibieron aumento de la inmunosupresión (IS) previo a la infección: 6 pac. pulsos de metilprednisolona (MP)6 m. previos y 2 pac. Timoglobulina el año previo. Todos los pac. recibían un inhibidor de calcineurina (IC) y corticoides a dosis variables al diagnóstico y 75 % antiproliferativos. Seis de 9 pac. recibían profilaxis con TMS al diagnóstico, 2 de las Nocardias aisladas de estos pacientes fueron sensibles y 1 resistente a TMS. Cinco pac. recibieron tratamiento combinado de inicio, 6 pac. recibieron TMS , otras drogas utilizadas fueron carbapenem, linezolid y AMS. Infecciones por Criptococo: todos los pac. recibían corticoides, 7 un IC y 6 pac. antiproliferativos al diagnóstico. Sólo 2 pac. tuvieron aumento de la IS previa.Un pac. tuvo infección por CMV previo. Localizaciones: ver tabla. Tratamiento inicial: 6 pac. anfotericina, 5 asociada a fluconazol. 2 pacientes recibieron fluconazol desde el inicio (forma pulmonar). Una paciente falleció por enfermedad diseminada sin respuesta al tratamiento.

	Tiempo Aparicion	Edad	Aumento IS	Score Charlson≥ 3	Recaida	Muerte relacionada	Tiempo Seguimiento
Nocardia	M: 17.5 m	50.4	7 (78 %)	3	0	0	M: 17.5 m
Criptococo	M: 33 m	52.6	2 (25 %)	2	2 (25 %)	1 (12.5 %)	M: 39 m

M: mediana. IS: inmunosupresión. Timo: Timoglobulina

	Pulmon	PPBlnadas	SNC	Osteoarticular	Hemocultivo (+)	Diseminada
Norcardia (9)	7 (78 %)	6 (67 %)	4 (44 %)	0	1 (11 %&)	6/9 (67 %)
Criptococo (8)	6 (75 %)	3 (37.5 %)	6 (75 %)	1 (12.5 %)	1 (12.5 %)	5 (62.5 %)

Conclusiones: Las infecciones por Criptococo tuvieron aparición más tardía que la descripta: 32-64 m vs 16-21 m. La incidencia, el porcentaje de enfermedad diseminada, la mortalidad y la presentación más tardía en Tx renal (83 m) que hepático (15 m) coinciden con la literatura. La aparición de infecciones por Nocardia también fue más tardía en nuestra serie (mediana: 42 m vs 17.5m), y se observó mayor frecuencia de compromiso de PPBL, SNC y formas diseminadas.No hubo mortalidad atribuíble en nuestra serie. Se presentan 2 IO tardías, con presentaciones clínicas muy similares. Su incidencia es muy baja en esta población, pero es fundamental tenerlas presentes y hacer diagnóstico temprano para instaurar tratamiento efectivo.

PE327 ECTIMA GANGRENOSO POLIMICROBIANO EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOYÉTICAS: UNA RARA PRESENTACIÓN DE UNA ENTIDAD INFRECUENTE

J Chevel Mejia[1], F Herrera[1], D Torres[1], S Zerboni[1], E Temporiti[1], M Zarate[2], P Bonvehi[1]
[1] Sección Infectología, CEMIC, Argentina. [2] Laboratorio de Microbiología, CEMIC, Argentina.

Introducción: el Ectima gangrenoso es una entidad infrecuente descripto por primera vez en pacientes inmunodeprimidos con bacteriemia por Pseudomonas aeruginosa. Durante muchos años se creyó patognomónico de esta bacteria; no obstante, más raramente otros patógenos bacterianos y fúngicos pueden causarla.
Resumen clínico y exámenes complementarios: Paciente masculino de 36 años con antecedente de leucemia mieloide aguda recaída postrasplante de células progenitoras hematopoyéticas alogénico (TCHPA) y con enfermedad injerto contra huésped crónica. Se realiza nuevo TCHPA. Al día 13 post-trasplante y día 8 de neutropenia, presenta fiebre persistente con focos mucositis oral grado IV y perianal. En ambos frascos de hemocultivos se obtuvo desarrollo de Pseudomonas aeruginosa multisensible y Klepsiella pneumoniae productora de carbapenemasa KPC. Inició tratamiento con Meropenem en infusión prolongada, Colistín y Vancomina. A las 24 hs se observa lesión macular eritematosa, dolorosa en glande y cuerpo del pene. Posteriormente evoluciona a color violáceo con centro necrótico. Por persistencia de fiebre e inestabilidad hemodinámica, se agrega Amikacina y Clindamicina y se realiza desbridamiento de lesión de pene. En el laboratorio presentaba: glóbulos blancos 10 /mm3, plaquetas 2.000/mm3, creatinina 1,16mg/dl, bilirrubina total 6,4mg/dl, Quick 75 %. Del cultivo de la lesión del pene se obtuvo desarrollo de Klebsiella pneumoniae y Pseudomonas aeruginosa con antibiotipo idéntico al del obtenido del asilamiento en hemocultivos. Al día 21 post trasplante y 16 de neutropenia, progresa a falla multiorgánica y fallece.
Discusión: El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea de una infección severa. El sustrato fisiopatológico obedece a la oclusión de vénulas por el agente etiológico, que ocasiona trombosis secundaria de las arteriolas, edema tisular y separación de la epidermis, ocasionando el aspecto necrótico típico que presentan las lesiones. Estas se localizan usualmente en glúteos y miembros inferiores en el 65,8 % de los casos y el resto en otros sitios del cuerpo. La localización peneana es excepcional. Pseudomonas aeruginosa se aisla en el 73,65 % de los casos y el resto es causado por diferentes bacterias y hongos. Los ectimas gangrenosos de etiología bacteriana ocurren tanto en pacientes inmunocomprometidos como inmunocompetentes, en tanto que los de etiología fúngica, ocurren casi siempre en inmunocomprometidos. En la bibliografía sólo encontramos dos reportes de caso en donde se menciona etiología mixta. No obstante, en uno de ellos, se documentó bacteriemia por P. aeruginosa y en la lesión sólo desarrolló Fusarium spp. En tanto que en el segundo, se informa desarrollo de P. vulgaris y C. albicans del cultivo de una escara de necrosis, sin deasarrollo en hemocultivos. Para nuestro conocimiento, este es el primer caso de Ectima gangrenoso polimicrobiano apropiadamente documentado.
Conclusiones: En pacientes severamente inmunocomprometidos con lesiones cutáneas compatibles con ectima gangrenoso, resulta fundamental confirmar la etiología, ya que múltiples agentes pueden causarlo, siendo posible también la etiología polimicrobiana.

PE328 BACTERIEMIA POR AEROMONAS

J Benso, L Ducatenzeiler, L Barcan
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las bacterias del genero Aeromonas habitan ambientes acuáticos y pueden ocasionar infecciones, tanto en animales como en humanos, presentándose principalmente como gastroenteritis e infecciones de heridas. La presentación como cuadro séptico es poco frecuente. Se describen a continuación dos casos de bacteriemias producidas por Aeromonas
Presentación de casos: Caso 1: Paciente de 33 años, sexo masculino, diagnóstico de Leucemia mieloide aguda M5, inicia inducción con citarabina e idarrubicina. En día 7 postquimioterapia, presenta neutropenia crítica y fiebre, sin foco evidente al examen físico. Se rescata en 1 de 2 hemocultivos Aeromonas sp. sensible a amikacina, ciprofloxacina y trimetoprima sulfametoxazol. También se evidencio sinusitis en tomografía, con rescate de Pseudomonas aeruginosa sensible y Staphylococcus aureus meticilino resistente en muestras obtenidas por rinoendoscopia. Completa tratamiento con meropenem en Infusión prolongada + daptomicina + ciprofloxacina con buena evolución. Caso 2: Paciente de 61 años, sexo masculino, con diagnóstico de Leucemia Mielomonocitica Crónica, en crisis blastica, inicia quimioterapia con citarabina + idarrubicina. A los 10 días postquimioterapia, en contexto de neutropenia critica, intercurre con fiebre y mucositis, con aislamiento en 1 de 2 hemocultivos de Aeromonas sp. sensible a ciprofloxacina, trimetoprima sulfametoxazol y amikacina. Completa tratamiento con ciprofloxacina por 14 días (junto con piperacilina tazobactam y luego imipenem), con buena evolución. En ambos casos se realizaron cultivos de las fuentes de agua, con resultados negativos.
Discusión: Las bacterias del género Aeromonas se encuentran en ambientes acuáticos, en donde son capaces de formar biofilm y colonizar sistemas de agua. Se describen al menos 21 especies, de las cuales A. hydrophilla es la más asociada a enfermedades. La presentación más frecuente es como gastroenteritis e infecciones de heridas, en contexto de injuria en el agua. La sepsis suele asociarse a pacientes con factores predisponentes, como enfermedad hepática u oncológica. Se postula que podría producirse la colonización del paciente a partir de fuentes de agua y posteriormente manifestarse la infección. El tratamiento suele basarse en la administración de fluorquinolonas o cefalosporinas de tercera generación. Se observa sensibilidad variable a otros antibióticos como Trimetoprima Sulfametoxazol y preocupa el aumento de la resistencia a betalactamicos.
Conclusión: Las bacterias del genero Aeromonas se comportan como patógenos emergentes, en particular en pacientes inmunocomprometidos, teniendo en cuenta que la colonización es posible desde diferentes fuentes de agua y su prevención resulta dificultosa.

PE329 CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE BAJO TRATAMIENTO CON FINGOLIMOD. REPORTE DE UN CASO.

D Paz, D Uribe, M Berrueta, M Tellechea, R Grané, A Tamborini
Clínica Modelo, Argentina.

Paciente de 37 años con antecedentes de anorexia nerviosa, Esclerosis Múltiple diagnosticada a los 14 años, recibió tratamiento con interferón durante 20 años rotado a fingolimod hace 3 años. Comienza con cefalea intensa y astenia de un mes de evolución, asociando posteriormente fiebre y deterioro del sensorio por lo que se interna en otro centro realizándose diagnóstico de criptococosis meníngea, con desarrollo de *Cryptococcus neoformanas* en cultivo de LCR, iniciando tratamiento con anfotericina liposomal a dosis subterapéutica (1 mg/kg) y punciones lumbares diarias con mala evolución durante 7 días. Intercurre con mayor deterioro neurológico en contexto de dilatación ventricular, por lo que se deriva a nuestra institución donde se ajusta dosis de anfotericina liposomal (5 mg/kg), se agrega fluconazol (800 mg/día) al tratamiento y se coloca drenaje ventricular externo (que permaneció colocado alrededor de 10 días). Requiere ARM. Evoluciona con aumento de transaminasas x 10 por lo que se rota a Voriconazol 4 mg/kg c/12 hs con normalización de los parámetros de laboratorio. Se realizan varias punciones lumbares con LCR con físico químicos alterados y Tinta China positiva sin desarrollo del hongo en cultivos. Se realiza recuento de Cd4: 461 celulas/mm3 (44 %). ELISA HIV no reactivo. A los 45 días de internación se coloca VDP (válvula de derivación ventrículo peritoneal), evoluciona favorablemente, continuando con tratamiento con Anfotericina liposomal + Voriconzol. Muestra de LCR dentro de parámetros normales con Tinta China negativa a los 60 días de tratamiento. Se suspende Anfotericina manteniendo tratamiento con Voriconazol y dosajes del mismo semanales. Evoluciona clínicamente estable, afebril y con mejoría neurológica. Intercurre con fiebre persistente y deterioro del sensorio constatándose en TC y RMN de encéfalo dilatación ventricular importante. LCR por puncion de reservorio de VDP nuevamente con físico químico alterado con Tinta China ++++; antigenorraquia 1/1024 y antigenemia 1/64. No desarrolla el hongo en cultivos. Se realiza ecografía abdominal y ecocardiograma transtorácico descartando otros focos de infección. Se reinicia tratamiento con anfotericina liposomal y se rota a Fluconazol 800 mg/día por dosajes alternantes de Voriconazol. Se retira VDP y se coloca nuevamente drenaje ventricular externo. Nueva antigenorraquia con títulos altos. Se repite RMN de encéfalo: imagen frontal menor a 3 cm que podría corresponder a criptococoma. Evaluada por neurocirugía quien recomienda no realizar tratamiento quirúrgico por el tamaño de la lesión y el mal estado general de la paciente por lo que continúa con tratamiento médico. Mala evolución clínica, estuporosa, registros febriles diarios, nistagmus y mioclonías de MII. Cultivos negativos, sin evidencia de otro foco infeccioso. Tres meses posteriores a la internación la paciente fallece. La terapia biológica utiliza al sistema inmunológico del organismo para combatir una enfermedad determinada, pero esto conlleva inmunosupresión al paciente de intensidad variada según el agente utilizado, lo que debe mantenernos alertas ante la emergencia de infecciones oportunistas y como podemos evitarlas.

PE330 CITOMEGALOVIRUS: DETECCION DE MUTACIONES ASOCIADAS A FARMACORRESISTENCIA EN GENES UL97 Y UL54

M Cobos[1], L Aquilia[2], JC Raimondi[1]
[1] Facultad de Ciencias Médicas UNLP - Hospital Español de La Plata, Argentina. [2] Omicaslab, Argentina.

Introducción: La emergencia de variantes farmacorresistentes de CMV bajo la presión selectiva de antivirales ha sido asociada con la presencia de mutaciones en la región codificante de la proteína quinasa, en el gen UL97, y en la región codificante para la ADN polimerasa viral en el gen UL54. Más del 90 % de estas mutaciones ocurren en UL97, particularmente entre los codones 450 y 640 y entre los codones 250 al 740 del UL54.
Objetivo: Presentar la metodología de estudio para la detección de farmacorresistencia de citomegalovirus a los antivirales
Materiales y Métodos: Los estudios de farmacorresistencia se realizaron en muestras de sangre y líquido cefalorraquídeo de un receptor de trasplante renal con desarrollo de cerebelitis por CMV, ante la falta de respuesta al tratamiento con Ganciclovir (GCV). El método de elección para la detección e identificación de las mutaciones asociadas a resistencia, es la amplificación por PCR (Polimerasa chain reaction) de los fragmentos donde mapean las regiones descriptas y su posterior secuenciación y análisis genotípicos de los productos de amplificación, mediante método Sanger. El análisis nucleotídico determina la presencia o no de mutaciones asociadas a resistencia en comparación con cepas de referencia. Se aisló DNA de las muestras y se procedió a la detección cualitativa del genoma viral mediante Reacción en Cadena de la Polimerasa Anidada (Nested-PCR). Se amplificaron mediante primers específicos, los fragmentos correspondientes a los genes UL97 y UL54 del Herpes Virus Humano 5 (Citomegalovirus). Los productos de amplificación obtenidos fueron purificados y sometidos a Secuenciación Sanger y posterior análisis nucleotídico bioinformático.
Resultados: La secuencia correspondiente al gen UL97 presentó mutaciones, alguna de ellas consideradas como polimórficas y otras sin asociación con farmacorresistencia, pero se detectó además, la presencia de la mutación canónica, M460I, descripta en numerosos trabajos como seleccionada por pacientes que han recibido GCV. Las mutaciones de UL97 no afectan la susceptibilidad a foscarnet o cidofovir. El gen UL54 no presentó mutaciones asociadas a farmacorresistencia (wild type). Previo a la recepción de los resultados, se rotó el tratamiento a foscarnet con resolución total de su cuadro y sin desarrollo de efectos adversos.
Conclusiones: La farmacorresistencia debe sospecharse ante la falta de mejoría o ante recaídas en la enfermedad clínica o viremia, especialmente, en presencia de factores de riesgo. Dependiendo de la severidad de la enfermedad por CMV, cambios empíricos en la terapia pueden realizarse cuando la resistencia a fármacos es sospechada, durante el procesamiento de los estudios de resistencia. Aunque los factores de riesgo de resistencia a los medicamentos están mejor definidos, es necesario realizar pruebas moleculares específicas para apoyar la elección de alternativas terapéuticas antivirales.

PE331 NOCARDIOSIS DISEMINADA EN 2 PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS

M Lahitte[1], S Amigot[2], M Rinaudo[1], L Flynn[1], E Nannini[1]
[1] Sanatorio Britanico.Rosario, Argentina. [2] Centro de especialidades médicas ambulatorias (CEMAR). Municipalidad de Rosario., Argentina.

Introducción: La nocardiosis afecta especialmente a huéspedes inmunosuprimidos. Estos bacilos aerobios grampositivos ramificados se adquieren a través de inhalación o inoculación directa pudiendo producir enfermedad pulmonar, cutánea, diseminación sistémica o queratitis.
Casos clínicos: 1) Varón de 56 años con Sme. Goog, corticoterapia crónica, ingresa por dolor y tumoración lumbar de 15 días de evolución. Al exámen febril (38°C) con palidez cutáneo-mucosa y una tumoración con aumento de temperatura y eritema de 12 cm en región lumbar y otra similar en zona glútea. Laboratorio con anemia y leucocitosis leve. RMN lumbar evidencia colecciones de partes blandas en región lumbar derecho 116X49 mm e izquierdo 41X27. RNM de cráneo normal y TC de tórax muestra infiltrados en vidrio esmerilado en segmento anterior y posterior del lóbulo superior derecho, asociado a consolidación nodular-pseudonodular pequeño tamaño. Se realizó drenaje quirúrgico de las colecciones . Cultivo en medios tradicionales y Löwestein Jensen– Tinción de Kynyoun positivo. Se obtuvo desarrollo de un bacilo gram positivo filamentoso ramificado, aerobio, inmóvil, catalasa positiva identificado por métodos convencionales como *Nocardia brevicatena*. Se indicó imipenem combinado con amikacina durante 3 semanas, siguiendo luego con trimetoprima-sulfametoxazol. 2) Varón de 64 años con leucemia linfocítica crónica tratado con Ibrutinib, ingresa por fiebre, dorsalgia y dolor en ambos muslos. Febril (38,4°C), nódulo subcutáneo duro-elástico, de 3 cm en pectoral derecho y esplenomegalia. Laboratorio VES (89 mm) y PCR (241 mg/dL) con hipogammaglobulinemia (IgG: 342 mg/dL – IgM: 12 mg/dL). La RNM de columna identificó 2 abscesos importantes en celular subcutáneo, a nivel D5-D6 y de L1-L3. La RNM de encéfalo mostró 3 abscesos profundos de 10 mm.Ecografía muscular abscesos > a 5 cm en ambos vastos laterales. Se realizó drenaje quirúrgico de las colecciones excepto las de SNC. En la tinción de Gram se observaron bacilos gram positivos ramificados. Tinción de Kinyoun positivo.Se identifico como *Nocardia farcinica* por espectrometría de masas MALDI-TOF. Se realizó tratamiento con imipenem (luego meropenem), amikacina y trimetoprima/sulfametoxazol (TMP-SMZ) endovenosos, por 6 semanas con buena respuesta clínica y de imágenes, pasando luego a linezolida y TMP-SMZ vía oral. La diseminación hematógena a través de un foco pulmonar o cutáneo puede afectar cualquier sitio, especialmente cerebro y tejidos blandos. *Nocardia* spp. es responsable del 2 % de los abscesos cerebrales, es mas frecuente en hombres y la mortalidad es 3 veces mayor que otros abscesos. Las sulfonamidas siguen siendo de elección y se han asociado a menor mortalidad cuando son administradas solas o en combinación con otros antimicrobianos. La combinación de imipenem mas amikacina esta recomendad en las infecciones graves.
Conclusión: La distinta sensibilidad in vitro de las distintas especies, remarca la necesidad de lograr la identificación apropiada. La penetración de drogas a nivel de SNC, el seguimiento con imágenes, y un tiempo prolongado de antibióticos deben ser tenido en cuenta para el manejo adecuado de estos pacientes.

PE332 HISTOPLASMOSIS MUCOCUTÁNEA DISEMINADA EN PACIENTES ADULTOS MAYORES INMUNOCOMPROMETIDOS NO HIV EN UN HOSPITAL DE CABA.

W Cox, M De Souza, J Rebora, M Ruiz, S Arriola, S Andino, N Diaz, A Viteri, L Cusmano, A Terusi, J Farina, MC Ezcurra
Infectología, Hospital Cesar Milstein, Argentina.

Introducción: Presentamos tres casos de histoplasmosis diseminada con compromiso mucocutaneo en pacientes inmunocomprometidos no hiv con terapia inmunomoduladora por su patología de base.
La Histoplasmosis es una micosis sistémica causada por Histoplasma capsulatum. Hongo dimórfico que habita en suelos ricos en nitrógeno en forma micelial (ambiental) y levaduriforme (parasitaria en el hombre). En inmunocomprometidos no HIV en tratamiento inmunosupresor el compromiso mucocutaneo es por reactivación por alteración de la inmunidad celular. La inmunosenescencia es un factor de riesgo independiente debido a la disminución de linfocitos. El compromiso mucocutáneo se caracteriza por lesiones polimorfas dolorosas de presentación subaguda. El cultivo y la anatomía patológica (AP) representan el GOLD estándar para arribar al diagnóstico.
Resumen clínico y exámenes complementarios: Caso 1: Hombre de 70 años con antecedentes de cardiodesfribilador implantable (CDI), Artritis reumatoide (AR) en tratamiento (TTO) con metrotexato (MTX), glucocorticoide (GC) hace 20 años. Consultó por fiebre de un mes de evolución asociado a ulceras mucocutaneas. Se inició antibioticoterapia (ATB) empírica por sospecha de endocarditis asociado a CDI. Evoluciono febril persistente, por lo cual se realizaron nuevos HC con toma de biopsia (Bx). Los estudios por imágenes no evidenciaron impactos sépticos. Evolucionó con inestabilidad hemodinámica por lo que se indicó concomitantemente anfotericina B liposomal (ABL) empírica. La AP evidenció levaduras intracelulares y el cultivo Histoplasma capsulatum a los 14 dias. Evolución favorable. Caso : Mujer de 75 años con antecedentes de AR en TTO con MTX y GC hace 5 años. Consultó por dolor de miembros inferiores, fiebre asociado a lesiones cutáneas eritematosas dolorosas en cuatro miembros y área interglútea de 20 días. Iniciando TTO con Cefepime Vancomicina. Intercurre con bacteriemia por E.coli productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) se rota ATB a carbapenem. Progresa IPPB se realizó toilette quirúrgico (Ex) con toma de muestra para cultivos y AP. En la AP se evidencia paniculitis leucocitaria de probable causa autoinmune. Inició TTO con GC E. Evolución tórpida, posterior óbito. Toillete Qx: Histoplasma capsulatum a los 21 días. Caso 3: Mujer de 69 años con antecedentes de AR en TTO con MTX, GC VO, internación previa por úlcera en miembro inferior izquierdo (MII) se realizó toilette Ex y TTO ATB dirigido a aislamientos microbiológicos con Informe de AP de vasculitis leucocitoclástica. Re-Ingresa por nueva úlcera necrótica en MII. En la AP de Bx: se evidencia levaduras intracelulares, compatible con Histoplasma y E.coli BLEE. Se inició TTO con carbapenem y ABL. Cumpliendo 14 días y se rotó a itraconazol vo con buena evolución.

Conclusión: En lesiones mucocutáneas en inmunosuprimidos no HIV con TTO inmunomodulador, es fundamental en nuestro medio la sospecha de histoplasmosis dada su elevada morbimortalidad. El status inmunológico perse y el TTO antifúngico es determinante de la evolución final.

PE333 BACTERIEMIAS EN TRASPLANTES AUTÓLOGOS DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

I Roccia Rossi[1], Y Nuccetelli[1], S Yantorno[2], K Aguilera[1], G De La Parra[1], M Lares[1], V Angeletti[1], ML Yantorno[1], P Machado[1], P Vizcarra[1], D Santonato[1], F Arguello[1], N Lattour[1]

[1] Higa "Gral.san Martin" De La Plata. Scio. Infectologia, Argentina. [2] Higa "Gral. San Martin" De La Plata. Scio. Hematologia, Argentina.

Introducción: El Trasplante Autólogo de Células Hematopoyéticas (TACHP), presenta una baja mortalidad relacionada al trasplante (1-10 %). La complicación más frecuente son las infecciones relacionadas a la neutropenia en el periodo temprano del TCPH, siendo la bacteriemia la más frecuente (7-50 %).
Objetivo: Analizar las bacteriemias de los pacientes trasplantados en nuestro centro.
Materiales y Métodos: Estudio prospectivo, observacional y descriptivo de los pacientes trasplantados de Noviembre 2011- marzo 2017. Se analizaron las variables clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los episodios de bacteriemias. Se utilizó Software SPSS 19, considerándose estadísticamente significativo un valor de p≤0,05.
Resultados: Se analizaron 52 pacientes, el 50 % (n = 26) presentaron bacteriemia.Mediana de edad 48 (rango 20-68).Hombres 32 (61,5 %).Enfermedad de base: MM 48 %(25), LH 19 % (10), LDCG 15,5 % (8), otros 17,5 % (9). La media de días de internación:28. Dos pacientes presentaron colonización previa por EVR y 9 adquirieron microorganismos multiresistentes (MOMR): EVR, OXA, KPC, luego de la segunda semana postrasplante.La mediana de días de neutropenia fue de 15 (6-33).Se registraron 31 episodios de bacteriemias, 5 pacientes presentaron dos episodios. Mediana de días postrasplante: 8 (1-21). Foco infeccioso asociado en la primer bacteriemia: catéter venoso central (CVC) 13,5 % (7/26), abdominal 13,5 % (7/26), respiratorio 4 % (2/26), otros (piel y partes blandas, endovascular) 4 % (2/26), en el 15,5 % (8/26) se consideró bacteriemia primaria. Los microorganismos hallados se describen en la tabla 1. El foco infeccioso de la segunda bacteriemia fueron: CVC, abdominal, perianal, endovascular y bacteriemia primaria; en igual porcentaje para todos ellos 20 % (1/5) . Microorganismos hallados: tabla 2. El 19 % (5/26) presentó MOMR. Tratamiento empírico inadecuado 4 % (1/26)Todos los microorganismos aislados en la segunda bacteriemia fueron multirresistentes. Tratamiento empírico inadecuado 20 % (1/5). Letalidad de las bacteriemias: 11,5 % (3/26). El 98 % de las bacteriemias se presentaron en pacientes con >10 días de neutropenia (p = 0,002).
Conclusiones: Registramos una elevada tasa de bacteriemias. Los CGP fueron los microorganismos predominantes en el primer episodio de bacteriemia, siendo los BGN los responsables de la mayoría de los segundos episodios, todos ellos multirresistentes. La presencia de bacteriemias se relacionó estadísticamente con una neutropenia >10 días (p = 0,002).

Tabla 1. Microorganismos primer bacteriemia

Cocos Gram Positivos (CGP) 58 % (15/26)	St. viridans y SCN	40 % (6/15) cada uno
	Neumcoco	13 % (2/15)
	S. aureus	6,5 % (1/15)
Bacilos Gram Negativos (BGN) 42 % (11/26)	*Klebsiella spp*	45,5 % (5/11)
	E. coli	36,5 % (4/11)
	Ps. aeruginosa y Serratia spp	9 % (1/11) cada uno

Tabla 2. Microorganismos segunda bacteriemia

CGP 20 % (1/5)	SCN	100 % (1/1)
BGN 80 % (4/5)	*Klebsiella spp*	75 % (3/4)
	Ps. aeruginosa	15 % (1/4)

PE334 PRESENTACIÓN MULTINODULAR DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS

M Alderete, C Losada, A Valledor, L Barcán
Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Tuberculosis (TBC) es poco común en el Trasplante de Células Hematopoyéticas (TCH), siendo su incidencia 10 veces inferior que en los Trasplante de Órganos Sólidos, pero mayor que la población general. La forma clínica de presentación más frecuente es la pulmonar y representa un desafío diagnóstico, ya que la misma suele ser inespecífica y en muchas ocasiones se suele interpretar como enfermedad hematológica de base o Infección Fúngica Invasiva (IFI) entre otras, por lo que es necesario un alto grado de sospecha clínica especialmente en un país con moderada endemia. La mortalidad es alrededor del 25 %, por lo que se recomienda diagnosticar la infección latente de TBC e indicar tratamiento, para evitar la enfermedad activa durante la inmunosupresión (IS).
Objetivos: Determinar la incidencia de TBC en la población de TCH, lista pre TCH y la utilidad de la PPD como predictor de enfermedad.
Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos en forma prospectiva de los pacientes TCH desde julio de 2003 a febrero de 2017.
Resultados: Se realizaron 465 TCH, 355 autólogos y 110 alogénicos en el período. Hubo 4 casos de TBC en paciente Oncohematológicos :TCH alogénico no relacionados 2, autólogo 1 y un Mieloma Múltiple. Incidencia: TCH alogénicos 0.001 % y TCH autólogos 0.3 %. Edad promedio 49 años. TC de tórax con infiltrados nodulares múltiples más árbol en brote.. BAL con BAAR negativo, KOCH + en 4 casos, 1 post mortem Anatomía patológica sin hallazgos.

Paciente	E.Base	TCH	PPD Pre TCH	Tiempos al diagnóstico Post TCH	PCR	Tratamiento	Mortalidad
1	LMA	Alo NR	(-)	+ 41 días	(+)	SI	Día +2
2	LMA	Alo NR	(-)	+ 242 días	(+)	SI	Día +12
3	LNH	Auto	(-)	+ 362 días	(+)	NO	Día 0
4	MM	NA	(-)	NA	(+)	SI	Día +60 (Leucemia)

Conclusión: La incidencia de TBC en nuestro centro fue baja, menos del 1 %, siendo la mortalidad del 100 %; probablemente asociado al diagnóstico tardío. En un país de moderada endemicidad es fundamental el alto índice de sospecha y la oportuna toma de muestra para confirmar el diagnóstico e instaurar rápidamente el tratamiento. La PPD previa al TCH suele ser falsamente negativa, privando a los pacientes del tratamiento para TBC latente. Métodos como el test de liberación de interferón gamma (Quantiferon) son fundamentales para esta población.

PE335 ANÁLISIS DE LAS BACTERIEMIAS OCURRIDAS DURANTE EL PERÍODO DE NEUTROPENIA EN PACIENTES QUE RECIBIERON UN TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS PERIFÉRICAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

L Tula, J Arano, D Ameri, M Comas, S Crucet, L Espínola, V Squassi, S Lambert
Hospital El Cruce, Argentina.

Introducción: Las infecciones de la sangre se asocian a una elevada morbimortalidad en pacientes que reciben TCPH, sobre todo en el período de neutropenia, además del aumento en los días de internación así como de los costos de la misma.
Objetivos: reportar la incidencia de bacteriemias ocurridas durante la neutropenia en este grupo de pacientes en nuestro hospital; analizar la microbiología, presentación clínica y su respuesta al tratamiento empírico inicial (TEI) instituido.
Material y métodos: se analizaron las historias clínicas de los pacientes que recibieron un TCPH en nuestro hospital entre enero de 2015 y marzo de 2017. Se registraron los hemocultivos positivos durante el período de neutropenia del trasplante.
Resultados: durante el período analizado se realizaron 80 trasplantes (51 autólogos, 26 alogénicos y 3 haploidénticos). Las enfermedades de base fueron: 26 mieloma múltiple (32,5 %), 14 leucemias agudas (17,5 %), 14 LNH (17,5 %) 13 Enfermedad de Hodgkin (16,3 %), 6 Aplasia Medular (7,5 %), 3 Síndrome mielodisplásico (3,7 %), 3 leucemias crónicas (3,7 %) y 1 tumor sólido (1,3 %). La edad promedio fue de 40,7 años (16 – 68). La duración promedio de internación fue de 34,07 días. La duración promedio de la neutropenia fue de 14,58 días con <de 500 neutrófilos, y de 7,46 con menos de 100 neutrófilos. La incidencia global de bacteriemia durante la neutropenia del trasplante fue del 31,2 %. Se documentaron 37 episodios de bacteriemia en 29 pacientes durante toda la internación del trasplante (24 pacientes tuvieron 1 episodio; 2 tuvieron 2 episodios consecutivos; y 3 tuvieron 3 episodios consecutivos). De éstos, 32 ocurrieron durante el período de neutropenia (86,5 %), y a su vez, de éstos, 25 fueron el primer episodio de infección. Los focos de infección fueron: 12 bacteriemias primarias sin foco (48 %); 8 asociadas a CVC (32 %); 2 asociadas a contaminación del producto de la MO (8 %); 1 secuandaria a ITU (4 %); 1 secundaria a enteritis neutropénica (4 %) y 1 secundaria a foco oral (4 %). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Staphylococcus epidermidis* (52 %), *Escherichia coli* (20 %) y *Klebsiella pneumoniae* (8 %). No se encontraron diferencias significativas entre *cocos gram positivos versus bacilos gram negativos* (56 % vs 44 %). La respuesta al TEI globalmente fue exitosa en el 52 % de los casos; requirió modificación más allá del cuarto dia en el 32 %, y hubo falla sólo en el 16 % de los episodios. Similares resultados se obtuvieron al analizar el TEI como monoterapia vs terapia combinada (más de 1 antibiótico).
Conclusiones: En concordancia con la literatura la incidencia de bacteriemia durante el período de neutropenia fue cercana al 30 %. Los focos más frecuentes fueron las bacteriemias primarias y las asociadas a CVC. No hubo diferencias en cuanto al aislamiento de *cocos gram positivos* vs *bacilos gram negativos*. El TEI instaurado fue adecuado en el 84 % de los casos. El hallazgo del Staphylococcus *epidermidis* como germen más frecuente nos obliga a profundizar en las políticas de prevención de infecciones.

PE336 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: MONOARTRITIS SÉPTICA POR M. TUBERCULOSIS EN PACIENTE BAJO TRATAMIENTO BIOLÓGICO CON ETANERCEPT

MF Pellice Aguilera, M Chumbita, M Bellantig, L Aliaga, R Contreras
Hospital Marcial Vicente Quiroga, Argentina.

La terapia biológica, incluyendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF), han revolucionado el tratamiento de las enfermedades reumáticas como la artritis reumatoidea (AR). Sin embargo estos tratamientos no están exentos de reacciones adversas, especialmente incremento de infecciones oportunistas, sobretodo tuberculosis (TB), ya que el TNF juega un rol fundamental en la patogénesis de las infecciones por micobacterias, siendo necesario para la formación y mantenimiento del granuloma. Asimismo la AR es un factor bien establecido para TB, siendo el riesgo dos veces superior al de la población general, riesgo que se incrementa al iniciar el tratamiento inmunosupresor específico.
Caso clínico: Mujer, 62 años. Antecedentes de AR de 15 años de diagnóstico (Dx) en tratamiento con Etanercept y Metrotrexate (MTX) por más de dos años, en remisión al momento de la consulta. PPD de 0 mm previo al inicio de anti-TNF. Se interna por dolor en rodilla izquierda de 1 mes de evolución, intensificándose dos días previos, asociado a edema, eritema, aumento de temperatura local e impotencia funcional de dicha articulación. Afebril. Se suspende tratamiento inmunosupresor. Se realiza artrocentesis de rodilla izquierda con físico-químico de líquido articular (LA): células coagulado, proteínas 4,74 g/l, glucosa 0,35 g/l (glucemia 0,56 g/l), Gram negativo. Se solicita cultivo de gérmenes comunes, micobacterias y hongos. Inicia tratamiento con cefepime y vancomicina. Al 3° día de internación se informa BAAR (+) en LA, por lo que se inicia tratamiento antifímico con cuatro drogas y azitromicina cubriendo micobacterias atípicas y se suspende cefepime y vancomicina. A los 20 días se obtiene cultivo de LA (+) a Mycobacterium tuberculosis por lo que se suspende azitromicina. La paciente cumple nueve meses de tratamiento antifímico con buena evolución. Se re-inicia tratamiento para AR con MTX y prednisona a bajas dosis.
Conclusión: La introducción de los anti-TNF ha sido seguida de varios reportes alertando sobre el incremento en la frecuencia de TB. La infección por TB tiene una presentación bifásica, siendo más frecuente la presentación temprana (reactivación) dentro de los tres meses de iniciado el tratamiento con anti-TNF y una presentación tardía (primoinfección) a partir de los dos años. Asimismo, la presentación clínica de la TB puede ser atípica y en la mayoría de los casos con formas extrapulmonares. Debido a este riesgo incrementado de padecer TB es que se recomienda el screening previo al inicio del anti-TNF con Rx. de tórax, PPD o QuantiFERON-TB y tratamiento de TB latente o activa según corresponda previo al inicio de la terapia bilógica. Nuestra paciente presento una forma de TB extrapulmonar luego de dos años de tratamiento con etanercept, tratándose probablemente de una primoinfección ya que el screening previo al inicio de la terapia biológica era negativo para TB latente o activa. Presentamos este caso clínico para resaltar la importancia de sospechar en estos pacientes infecciones oportunistas, de presentación atípica y solicitar cultivos adicionales, para micobacterias y hongos, según amerite el cuadro clínico.

PE337 SINDROME HEMOFAGOCÍTICO POR *Histoplasma capsulatum* EN UNA PACIENTE LÚPICA

S Diaz, M Becker, R Tibalt, A Gastaldi, G Morera, A Gomez, H Freyre
Hospital JM Cullen, Argentina.

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SHF) secundario o linfohistiocitosis hemofagocítica comprende un grupo numeroso de enfermedades, muchas de ellas de etiología infecciosa, caracterizada por la proliferación sistémica y desproporcionada de macrófagos y células T con prominente actividad hemofagocitaria. La mortalidad relacionada con esta entidad es alta, por lo que se debe mantener un alto índice de sospecha e iniciar tratamiento de forma temprana. Decidimos realizar el reporte de un caso de una paciente lúpica con SHF secundario a infección por *Histoplasma capsulatum*.
Caso clínico: Paciente de 42 años de edad, con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico y glomerulonefritis grado IV medicada con azatioprina 150 mg/dia y prednisona 5 mg/dia, ingresa por síndrome febril, sin signos de reactivación de la enfermedad de base. A ingreso se constata registro febril, sin descompesacion hemodinámica y al examen físico presenta soplo sistólico en foco aórtico 2/6. Se toman hemocultivos que fueron negativos y urocultivo con rescate de E. Coli sensible por lo que se inicia ciprofloxacina EV. Persiste con registros febriles, agregando registros aislados de hipotensión arterial y pancitopenia en laboratorio, por lo que se rota esquema a vancomicina- piperacilina tazobactam. Se solicitan serologías para histoplasma capsulatum y antigenemia para criptococo negativos. Se realiza PAMO, observándose imágenes compatibles con hemofagocitosis, decidiendo iniciar pulsos de metilprednisolona y gammaglobulina. Complica con insuficiencia respiratoria y deterioro del estado general por lo que ingresa a unidad de cuidados críticos, con requerimiento de VNI. Se decide agregar al esquema previo cotrimoxazol y ganciclovir y además inicia cituximab. Por persistir con parámetros de distres se decide intubación orotraqueal y se realiza lavado bronqueoalveolar donde se aísla tardíamente histoplasma capsulatum. Complica con coagulación intravascular diseminada y falla renal, evolucionando al óbito.
Conclusión: Los casos de SHF asociado con histoplasmosis han sido descritos en pacientes con infección por VIH, transplantados, neoplasias hematológicas, enfermedades autoinmunes y pacientes inmunocompetentes. La mortalidad del SHF asociado a procesos infecciosos se estima entre 52-73 %. El cuadro clínico se caracteriza por fiebre, citopenias de al menos dos de las tres series, esplenomegalia, hemofagocitosis en médula ósea, ferritina elevada, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia. Para su diagnóstico se requieren como mínimo cinco de los ocho criterios clínicos, de laboratorio e histopatológicos, establecidos por la Sociedad del Histiocito. La biopsia de medula ósea confirma el diagnostico, sin embargo, un resultado negativo no excluye este diagnóstico. El

tratamiento no está bien establecido, pero los corticoides y/o inmunoglobulinas son efectivos en el tratamiento inicial, y en casos refractarios la ciclosporina, ciclofosfamida o cituximab se pueden asociar, además de realizar el tratamiento de la etiología desencadenante.

PE338 ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES HUMANO 6 EN UNA PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA. REPORTE DE UN CASO

L Inda, C Salgueira, AL Paolillo, MF Prieto, V Altuna, A Cairnie, J Altclas
Sanatorio Anchorena, Argentina.

Introducción: El Virus Herpes Humano 6 (VHH 6) pertenece a la familia Herpesviridae, por lo que comparte con el resto de los miembros, las características de integración al ADN y reactivación. Con una seroprevalencia del 95 % en la edad adulta, se estima una reactivación entre el 28 y el 78 % en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, manifestándose principalmente como encefalitis, siendo la única indicación clara de tratamiento antiviral. No existen suficientes datos en la bibliografía sobre reactivación en pacientes no trasplantados.
Caso Clínico: Niña de 14 años de edad con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, recibió quimioterapia de inducción con corticoides, daunorrubicina, vincristina, L asparaginasa, con metotrexate y dexametasona intratecal. Se internó por neutropenia febril sin foco clínico, e inició tratamiento antibiótico empírico. Evolucionó febril por 48 hs, sin rescate microbiológico. Al quinto día comenzó con disartria, temblor fino intencional y dolor en miembros inferiores. A las 24 hs presentó reaparición de fiebre y deterioro progresivo del sensorio. Se realizó RNM cerebral que mostró hiperintensidad en T2 y FLAIR en la región pontina; y el EEG trazado lento, desorganizado, sin paroxismos. La punción lumbar (PL) evidenció botón hemático, leucocitos 0, proteínas 121 mg/dl, glucosa 28 mg %. Se rotó medicación a meropenem, vancomicina (en dosis meníngeas) y aciclovir. Los cultivos de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo (LCR) fueron negativos para gérmenes comunes y hongos, y las determinaciones en LCR de PCR para HSV, VVZ, CMV y VEB fueron negativas, mientras que la PCR cualitativa para VHH 6 fue positiva. Se obtuvo una segunda muestra de LCR que confirmó PCR VHH 6 positiva, por lo que se rotó aciclovir a foscarnet. Recibió un total de 9 semanas, mejorando clínicamente y con normalización del EEG. Luego de la reinducción con vincristina, doxorrubicina, L asparaginasa y dexametasona, durante la neutropenia comenzó con trastornos de la conducta, discurso incoherente y posteriormente mutismo selectivo. El EEG mostró actividad focal temporo-frontal bilateral con ocasionales paroxismos generalizados y la RNM de cerebro evidenció hiperintensidad yuxta cortical frontooccipito temporal bilateral y parietal derecha. La PL mostró un LCR con citoquímico normal y PCR cualitativa para VHH 6 (+), con carga viral en sangre para VHH 6 de 16560 c/ml, por lo que se inició tratamiento con foscarnet. Con franca mejoría clínica, negativización de PCR en LCR y con menos de 200 c/ml en sangre, se suspendió el tratamiento a los 47 días. A dos años de su diagnóstico, se encuentra en remisión, con examen neurológico y RNM normales.
Conclusión: Se debe tener en cuenta la reactivación del VHH 6 como causa de encefalitis en pacientes inmunocomprometidos de causa oncológica, lo que permitiría realizar un diagnóstico etiológico temprano e iniciar un tratamiento antiviral específico. Surge como interrogante el uso de profilaxis secundaria, ya que no existen datos suficientes en la bibliografía que avalen dicha conducta.

PE339 MUCORMICOSIS INVASIVA EN PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS PEDIÁTRICOS

AN Varela Baino, S Gómez, SE González, C Voto, C Epelbaum, S Carnovale, M Guitter, R Staciuk, P Santos, F Conde, C Sarkis
Hospital Garrahan, Argentina.

Introducción: Mucormicosis es una infección fúngica, en aumento progresivo en inmunocomprometidos, con altas tasas de morbimortalidad. El diagnóstico precoz y tratamiento de forma temprana son críticos en el manejo de la infección. Los datos actuales acerca de esta infección en niños con patología hemato-oncológica, son limitados.
Objetivo: Describir demografía, factores de riesgo, laboratorio, clínica y resultados del tratamiento de mucormicosis en pacientes pediátricos con patología hemato-oncológica. Material y métodos: Serie de casos descriptiva, retrospectiva. Criterios de inclusión: pacientes hemato-oncológicos mayores de un mes de edad y menores de 17 años con diagnóstico de mucormicosis invasiva internados en el "Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan", entre 01/01/2008- 30/06/2016.
Resultados: Se incluyeron 9 pacientes, 7 de ellos fueron mujeres. La mediana de edad fue 13 años (rango 2.2 –15 años). La condición de base más frecuente fue leucemia linfoblástica aguda (LLA) en 4 (44 %) pacientes y trasplante de células hematopoyéticas en 3 (33,3 %), entre otros. Los factores de riesgo predisponentes fueron: uso de altas dosis de corticoides (CTC) en 8 (90 %) pacientes, neutropenia (RAN<500/mm3) y uso de antibióticos (ATB) de amplio espectro en 6 (66,7 %) respectivamente, duración de la neutropenia mayor a 15 días en 4, diabetes inducida por CTC 4 (44 %). 6 pacientes recibieron profilaxis antifúngica previa al diagnóstico. A todos se le diagnosticó mucormicosis invasiva probada(criterios EORTC/MSG). 5, tuvieron cultivo positivo; los aislamientos fueron especies de Rhizopus (2) y Mucor (3). Los sitios de aislamiento incluyeron: senos paranasales (4) y tejido blando (1). 2 pacientes presentaron coinfección fúngica con Penicillium y Aspergillus flavus. La forma clínica más frecuente fue la rinocerebral, en 55 % de los pacientes. Otras formas fueron enfermedad diseminada (1), enfermedad gastro-intestinal (1), hepática (1) y cutánea (1)]. Todos los pacientes fueron tratados empíricamente con antifúngicos: AnfB liposomal entre 7.5 y 10 mg/kg/día (4 pacientes), formulaciones lipídicas de AnfB (4), AnfB deoxicolato (1) y posaconazol (1). La terapia de consolidación con posaconazol fue usada en 4 pacientes y AnfB deoxicolato en uno. La tolerancia al posaconazol fue buena, en un único paciente no se alcanzó el dosaje óptimo y se discontinuó la droga. En 8 pacientes se realizó drenaje quirúrgico con resección del tejido afectado; 5 (55 %) de ellos necesitaron más de una cirugía. El paciente que no ingresó a cirugía falleció. La mortalidad global fue de un 44 % (4). 2 de 4 pacientes murieron dentro de las 48 hs del diagnóstico debido a la rápida progresión del cuadro.
Conclusiones: Los factores predisponentes identificados en nuestra serie coinciden con otras investigaciones. A diferencia de otros estudios la LLA fue la enfermedad de base que prevaleció. La forma más frecuente de presentación fue la rino-cerebral. La mayoría de los pacientes recibió terapia combinada con AnfB liposomal y debridamiento quirúrgico. Esta combinación tuvo resultado favorable. La mortalidad global fue similar a otros estudios con mayor número de pacientes.

8 - Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACs)

PE340 FUNGEMIA POR *Saccharomyces cerevisae* ASOCIADA A CATÉTER EN PACIENTE VIH+ CON SINDROME NEFRÓTICO

E Godoy[1], MV Iannantuono[1], C Tula[2], M Hojman[1]
[1] Servicio de Infectologia, Clínica de los Virreyes, Argentina. [2] Microbiología, Clínica de los Virreyes, Argentina.

Introducción: *Saccharomyces cerevisiae* ha sido considerado hasta hace no mucho un hongo inocuo y de interés fundamentalmente industrial, cuya irrupción en patología humana guarda relación con su capacidad de colonizar el tubo digestivo y con su utilización como probiótico en el tratamiento y la prevención de la diarrea asociada a *Clostridium difficile* y otras enfermedades. Sin embargo, en las últimas décadas ha habido un aumento de enfermedades invasivas ocasionada por este hongo, sobre todo en pacientes con enfermedades graves o en situación crítica y en portadores de catéteres intravasculares.
Caso Clínico: Paciente varón, de 58 años, tabaquista, EPOC, VIH diagnosticado en 2004, sin coinfecciones virales, en contexto de neumonía por *Pneumocytis jirovecii* con últimos CD4 463 cel /mm3 con carga viral HIV1 indetectable en tratamiento con Abacavir, lamivudina y Efavirenz. Ingresa a nuestra institución por diarrea crónica, desnutrición severa y sinfrome nefrótico. Se descartan causas infecciosas y enfermedades malabsortivas. Se realiza biopsia renal que diagnostica HIVAN. En el contexto de la desnutrición requiere nutrición parenteral.
Durante internación evoluciona con infección asociada a catéter con aislamiento de S. cerevisiae en hemocultivos, retrocultivos y punta de catéter; Sensible: anfotericina (CMIs 0,75 ug/ml) y fluconazol (CMIs 0,38 ug/ml) por ETest. Inicia anfotericina liposomal 200mg/día, evolucionando con insuficiencia renal y distress respiratorio con requerimiento de ARM, inotrópicos y hemodiálisis. Intercurre con neumonía asociada a ARM.
No presenta impactos emboligenos secundarios. Hemocultivos negativizan al 4to día de tratamiento. Completa 14 días totales de tratamiento anti fúngico
Conclusión: *Saccharomyces cerevisiae* es un patógeno emergente a tener en cuenta. El diagnóstico rápido y específico de la infección por este hongo es importante para la decisión terapéutica. Son necesarios estudios epidemiológicos y de eficacia de agentes antifúngicos con el fin de obtener un mejor enfoque terapéutico ya que los estudios de sensibilidad son escasos. En el caso presentado, el papel de los catéteres venosos centrales en la patogénesis de la infección es demostrado. Por último, resaltamos la importancia del retiro de los catéteres venosos centrales para el control definitivo de ésta y otro tipo de fungemias.

PE341 ESTUDIO NACIONAL DE PREVALENCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD Y CONSUMO DE ANTIMICROBIANOS EN ÁREAS CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA

G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son uno de los eventos adversos más frecuentes que ocurren durante la internación de los pacientes. Resultan en prolongación de la internación, discapacidad a largo plazo, aumento de la resistencia a los antimicrobianos, los costos y la mortalidad. Afecta desde el 3 % al 17 % de los internados y hasta un 25 % de los pacientes en AC.
Objetivos: Determinar la prevalencia de IACS, el consumo de antimicrobianos (CA) en AC en hospitales de Argentina.
Describir los pacientes, procedimientos, infecciones y antimicrobianos prescriptos.
Materiales y Métodos: Durante 2 dias del mes de Septiembre de 2016, se realizó un Estudio Nacional de Prevalencia Puntual de IACS y CA en AC de adultos (UCIA), pediatría (UCIP) y neonatos (UCN). La codificación de IACS se realizó según las definiciones del manual VIHDA 2016. Los datos fueron cargados en SisWEP, software desarrollado para la gestión y análisis de la información recolectada.
Resultados: Participaron 122 instituciones (públicos/privados) de 22 provincias. Se relevaron 216 unidades, un total de 2680 camas, 1506 pacientes encuestados y 1346 profesionales intervinientes.

	UCIA	UCIP	UCN
Unidades/Pacientes	123/744	27/74	66/688
Edad/Sexo	57 años / M:62,2% F:37,8%	4 años / M:48,% F:51,4%	5 días/ M:52,3% F:47,7%
IACS(n)/Tasa	237/31,85	18/24,3	84/12,2
Sitios primarios más frecuentes (%)	NEU-ARM (48,1) IPS-CC (13,0) ITU-CU (12,2) ISQ (9,3)	IPS-CC (27,8) NEU-ARM (22,2) ISIS- CVP (16,7) IPPB (11,1)	IPS-CC(34,5) ISIS-CVP (29,8) ITU-CU (11,9) NEU-ARM (9,5)
Microorganismos más frecuentes aislados (%)	*Klebsiella pneumoniae* (18,4) *Acinetobacter* sp. (15,0) *Pseudomonas aeruginosa* (13,9) *Staphylococcus aureus* (12,4) *Escherichia coli* (8,0)	*Staphylococcus aureus* (18,2) *Serratia marcescens* (18,2)	*Staphylococcus coagulasa negativo* (22,2) *Staphylococcus aureus* (18,5) *Escherichia coli* (14,8) *Klebsiella pneumoniae* (7,4)
Antimicrobianos para tratamientos dirigidos (%)	Carbapenemes (21,6) Colistin (16,3) Vancomicina (16,0) Piperacilina/tazobactam (11,4)	Carbapenemes (22,8) Vancomicina (22,8) Colistin (9,1)	Vancomicina (27,1) Carbapenemes (24,3) Aminoglucósidos (11,4)
Antimicrobianos para tratamientos empíricos (%)	Vancomicina (24,7) Carbapenemes (22,4) Piperacilina/tazobactam (21,3) Colistin (9,8)	Vancomicina (26,1) Carbapenemes (17,4) Piperacilina/tazobactam (13,0)	Vancomicina (23,9) Aminoglucósidos (22,8) Carbapenemes (13,0) Ampicilina (13,0)

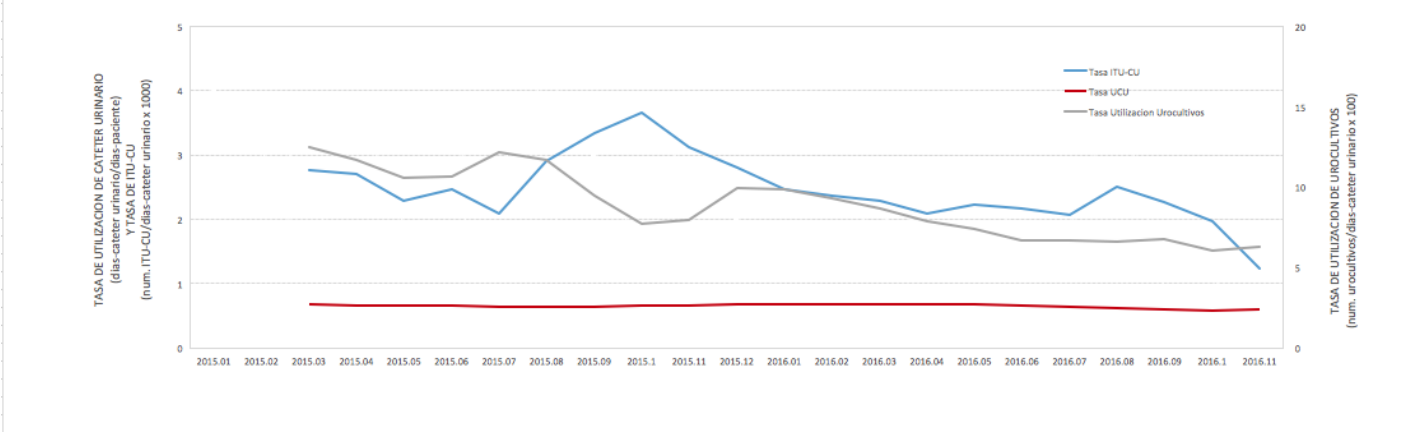
NEU-ARM: Neumonía asociada a asistencia respiratoria mecánica. ITU-CU: Infección del tracto urinario asociada a catéter urinario. IPS-CC: Infección primaria de la sangre asociada a catéter central.

Conclusiones: Casi un tercio de los pacientes internados en las UCIA presentaron una IACS al momento de la encuesta, siendo las tasas en UCIP y UCN menores que en adultos. Se destaca una alta frecuencia de NEU-ARM en UCIA y de IPS-CC en UCIP y UCN Los microorganismos más frecuentemente aislados coinciden con reportes previos. Es importante destacar el uso de antibióticos de amplio espectro en los tratamientos dirigidos, lo que denota aislamientos de microorganismos multirresistentes. Estos datos refuerzan la necesidad de contar con datos de vigilancia para el desarrollo de guías y protocolos locales.

PE342 IMPACTO DE UN PROGRAMA PARA EL USO ADECUADO DE UROCULTIVOS EN LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO ASOCIADAS A CATÉTER

AC Bardossy, K Rizvi, P Robinson, R Shelters, S Klotz, P Starr, M Mahan, K Reyes, M Zervos, G Alangaden
Henry Ford Health System, Estados Unidos.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario asociadas a catéter urinario (ITU-CU) se encuentran entre las infecciones asociadas al cuidado de la salud más frecuentes. Estudios previos en nuestro hospital mostraron que casi la mitad de los pacientes con ITU-CU reportados a CDC tenían causas alternativas de fiebre. Previo al 2015 en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIA) se alcanzó una baja tasa de utilización de catéter urinario (UCU) pero continuando con altas tasas de ITU-CU. En 2015 se implementó un programa para el uso adecuado de urocultivos en UCIA y se introdujo una nueva métrica para evaluar el efecto del programa: tasa de utilización del urocultivos (número urocultivos/días-catéter urinario x 100).
Objetivo: Estudiar el impacto del programa para el uso adecuado de urocultivos en la tasa de ITU-CU de UCIA.
Materiales y métodos: El estudio fue realizado entre el 01-01-2015 y el 30-11-2016 en un hospital con 140 camas en 9 terapias de UCIA. El programa para el uso adecuado de urocultivos consistió en clases mensuales al personal de UCIA y discusiones sobre casos enfatizando: a) evitar el "pan-cultivo" en pacientes con fiebre, b) obtener urocultivos sólo en pacientes con sepsis de origen desconocido o sospecha de pielonefritis. Las tasas de ITU-CU y UCU se midieron según definiciones del CDC. Mensualmente se publicaron las tasas de UCU, ITU-CU y de utilización de urocultivos en el sitio web del hospital. El paquete de medidas para el cuidado de catéter urinario se mantuvo sin modificaciones. Se utilizaron Tau test de Kendall para analizar series temporales y prueba de Spearman para evaluar la correlación entre la tasa de ITU-CU y la tasa de uso de urocultivos. Se usó SAS 9.4 como paquete estadístico, considerándose una p<0,05 a dos colas como significativa.
Resultados: En la UCIA hubo 86.319 días-paciente durante el período de estudio. Los denominadores de las tasas de ITU-CU fueron 29.712 días de catéter urinario en 2015 y 26.536 días en 2016. El análisis de tendencia temporal mostró una disminución estadísticamente significativa de la tasas de utilización de urocultivos (r -0.657, p <0.001) y de ITU-CU (r -0.316, p 0.037), con una disminución no significativa de la tasa de UCU (r-0,275, p 0,078). Hubo una débil correlación no significativa entre la tasa de utilización de urocultivos y la tasa de ITU-CU (r 0.228, p 0.294). La Figura 1 muestra la tendencia temporal de las tasas de ITU-CU, UCU y utilización de urocultivos.
Conclusión: El programa de uso adecuado de urocultivos combinado con la nueva tasa de utilización de urocultivos fueron eficaces para reducir las tasas de ITU-CU de UCIA con una tasa de UCU estable.



PE343 TRANSITANDO UN BROTE: INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO EN EMBARAZADAS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE

M Ardito, M Ferriccioni, C Miramont, A Gladel
Hospital Municipal "Dr Pedro Solanet" Ayacucho, Argentina.

Introducción: En el último año, se observó en nuestra ciudad un aumento de infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) poscesárea por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad (SAMRco).Esto generó un impacto no sólo individual (pacientes en edad fértil con shock séptico e histerectomía) sino también social (temor en embarazadas y en la población general de continuar su atención en el nosocomio local).Asimismo, se observó un aumento de infecciones de piel y partes blandas por SAMRco en toda la población.Por ello, se implementó un paquete de medidas con el objetivo de disminuir la prevalencia de ISQ en pacientes embarazadas.
Objetivo: Evaluar la efectividad del paquete de medidas (tabla) desarrollado para disminuir la prevalencia de ISQ en embarazadas.

1.	Colocación de dispensers de alcohol en gel en habitaciones y pasillos del hospital junto con cartelería informativa sobre el lavado de manos.
2.	Hisopado nasal a las embarazadas a partir del 3er trimestre, con decolonización a la paciente/familia según el resultado.
3.	Decolonización del personal de salud involucrado en la atención de pacientes quirúrgicos.
4.	Educación al personal de salud(centros periféricos, urgencias y maternidad) con protocolos de tratamiento para la celulitis purulenta/forunculosis y su posterior evaluación por infectología.
5.	Medidas de aislamiento de contacto en internación a pacientes con hisopado positivo o antecedentes de forunculosis (personal/familiar).
6.	Profilaxis antibiótica ampliada pre-cesárea (cefazolina/vancomicina).

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en pacientes embarazadas atendidas en el sistema público local durante el periodo 1 (marzo, abril, mayo, junio y julio de 2016: previo a la implementación de las medidas) y aquellas que se atendieron en el periodo 2 (agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre 2016: posterior a la intervención); la variable principal analizada fue ISQ.
Resultados: Durante el periodo 1, hubo 103 nacimientos (80.5 % cesáreas). El porcentaje de ISQ fue de 6.92 % (n 9). De ellas, 3 pacientes tuvieron SAMRco, 1 SAMS y en 5 no se obtuvo muestra. Las pacientes con SAMRco presentaron shock séptico con internación en UTI y múltiples toilettes quirúrgicas; 2 de ellas requirieron histerectomía. El 22 % de las ISQ requirió histerectomía, y el 100 % fueron por SAMRco. El 33 % de las pacientes con ISQ tenían antecedentes de forunculosis.Todas las pacientes con ISQ por SAMRco tenían hisopados nasales negativos en el embarazo. Durante el periodo 2, los nacimientos fueron 65 y el porcentaje de cesáreas descendió un 10 %. El porcentaje de ISQ fue 0 %. El 10.7 % de las pacientes tenían antecedentes de

forunculosis. El 90 % se realizó hisopado nasal, siendo la prevalencia de SAMRco de 8.6 %.
Conclusiones: El paquete de medidas implementado en el periodo 2 fue efectivo para disminuir el porcentaje de ISQ (6.9 % vs 0 %).Sin embargo,no se puede cuantificar el impacto de cada medida en forma individual.Todas las pacientes con ISQ por SAMR tuvieron un hisopado nasal negativo. Sin embargo, el hisopado permitió realizar el tratamiento de decolonización y el aislamiento de contacto a las pacientes con resultado positivo.

PE344 *Pantoea septica:* UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE INFECCIÓN ASOCIADA A CATETER

J Barletta, M Rey, F Pecoraro, L Abusamra, S Montibello, S Kaufman, H Pérez
Hospital General de Agudos Juan A. Fernández, Argentina.

Introducción: El género *Pantoea* constituye un grupo de bacterias que son agente etiológico de enfermedades en el reino vegetal, aunque su aislamiento en muestras ambientales y clínicas plantea su rol creciente patógeno en humanos. Se describe un caso de bacteriemia por *Pantoea septica* asociada al uso de catéter venoso central.
Caso clínico y discusión: Paciente de 65 años de edad con antecedente de diabetes e hipertensión arterial, que ingresó a la unidad de terapia intensiva (UTI) por pancreatitis grave de origen biliar. Durante la internación requirió asistencia respiratoria mecánica, sin necesidad de nutrición parenteral. A su ingreso a la UTI se inició tratamiento antibiótico empírico con imipenem, que se suspendió a los 5 días por presentar cultivos negativos y mejoría clínica. A los 14 días de su ingreso presentó un cuadro de shock séptico por infección asociada a catéter con hemocultivos y cultivo de punta de catéter positivos para *Acinetobacter baumanii* y *Pantoea septica*. El patrón de susceptibilidad antimicrobiana de los aislamientos se muestra en la tabla 1. La identificación se realizó por espectroscopía de masas (MALDI-TOF Bruker®) y la sensibilidad a antibióticos fue realizada por método automatizado Phoenix BD® y confirmada por E-test y/o difusión en agar de acuerdo a la normativa vigente. La paciente recibió tratamiento antibiótico con cefepime y colistín durante 10 días con evolución favorable. Pantoea es un género de bacterias Gram negativas perteneciente a la familia *Enterobacteriaceae*. Forman colonis mucoides de color amarillo, fermentan la lactosa, tienen capacidad de producir betalactamasas inducibles de tipo AmpC y son aisladas con frecuencia en plantas, frutas y vegetales; aunque su presencia también ha sido documentada en muestras humanas y de animales. El rol de enterobacterias del género *Pantoea* como patógeno para el humano ha sido objeto de discusión, y en la actualidad son considerados oportunistas afectando especialmente a la población neonatal. Factores como el trauma penetrante por materiales de origen vegetal, el uso de catéteres venosos centrales y nutrición parenteral están descriptos como asociados a la infección por microorganismos del género *Pantoea*. Si bien *Pantoea septica* ha sido aislada como colonizante en muestras humanas de orina, materia fecal e hisopado de manos y como causante de brotes asociados a contaminación de preparados para nutrición parenteral, el presente constituye a nuestro entender el primer caso de bacteriemia asociada a catéter por *Pantoea septica* reportado en la literatura.

Tabla 1. Susceptibilidad antimicrobiana de los aislamientos.

	Acinetobacter baumanii CIM (µg/ml) – Interpretación	Pantoea septica CIM (µg/ml) – Interpretación
Ampicilina / sulbactam	>16/8 – R	16/8 – I
Ceftazidima	>16 – R	≤1 – S
Cefepime	>16 – R	≤1 – S
Ciprofloxacina	>2 – R	≤0,125 – S
Polimixina E / Colistin	≤1 – S	≤1 – S
Gentamicina	>8 – R	≤2 – S
Imipenem	>8 – R	≤1 – S
Piperacilina/ tazobactam	>64/4 – R	≤8/4 – S
Trimetoprima/ sulfametoxazol	>2/38 – R	≤0,5/9,5 – S

PE345 AUMENTO DE BACTEREMIA POR COMPLEJO *Burkholderia cepacia* EN UN ÁREA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

G Marin, H Sosa, N De Bortoli, M Candel, G Iribarren, C Garbasz, J Levalle, M Montero, A Chattás
Hospital Pirovano, Argentina.

Introducción: El complejo *Burkholderia cepacia* es un grupo de bacilos Gram negativos no fermentadores, productores de neumonías en pacientes con fibrosis quística e inmunocomprometidos, también está asociado a infecciones intrahospitalarias al ser una bacteria ambiental con capacidad de contaminar fluidos, soluciones antisépticas y sobrevivir en áreas húmedas.
Objetivo: identificar causas que pudieron asociarse a un aumento de bacteriemias por el Complejo Burkholderia cepacia en un área del Hospital en un período de 24 días.
Material y Método: Se realizó un estudio descriptivo, del aumento de aislamientos en hemocultivos por el Complejo Burkhorderia cepacia, entre el 1 al 24 de marzo 2016 en el Departamento de Emergencias. Los Hemocultivos se realizaron en el sistema automatizado BactAlert 3, y la identificación y antibiograma por Vitek 2. Se revisaron retrospectivamente los aislamientos en Hemocultivos por este microorganismo durante el año 2015 siendo el resultado negativo. Frente a la sospecha de un brote intrahospitalario, se realizó cultivo de muestras de solución iodo povidona, heparina, agua destilada, solución fisiológica, llaves de 3 vías en el servicio de guardia en búsqueda de la fuentes de infección.
Resultados: Durante el período de estudio, se analizaron un total de 59 muestras de Hemocultivos en guardia correspondientes a 30 pacientes, de los cuales 10 muestras fueron positivos para *Burkhorderia cepacia* (16,9 %), durante el período del 1 al 24 de marzo 2016. De los 6 pacientes, 3 fueron mujeres y 3 hombres, la edad promedio 70 años, todos recibieron tratamientos previos con antibioticos, 4 con ampicilina sulbactam, 1 piperacilina tazobantan y 1 con antibióticos de amplio espectro. No se pudo asociar un patrón clínico en común entre los pacientes, sí se constató como factor de riesgo en todos la utilización de catéter vascular y administración de tratamiento endovenoso. De los 6 pacientes, a solo 1 se le roto el esquema antibiótico según antibiograma , un paciente falleció sin poder asociar dicho fallecimiento al cuadro infeccioso y el resto presentó buena evolución clínica y se dieron de alta. Se aisló Burkhorderia cepacia en la muestra de solución fisiológica del servicio de guardia, el resto de las muestras fueron negativas. Se relevó el procedimiento de preparación de medicación, evidenciándose en el Servicio de Guardia, la utilización de sachet de solución fisiológica común con llave de tres vías para la preparación de medicación endovenosa.
Conclusión: Por la evolución clínica de los 6 pacientes, cabe la posibilidad que los episodios correspondan a pseudobacteriemia. Se reforzaron las precauciones estándar en la preparación de medicación, se implementó la utilización de Solucion fisiologica de frasco ampolla de única dosis y se retiraron los sachet de Solución fisiológica con llave de tres vías para la preparación de medicación. Posterior al estudio no se presentaron nuevos casos de bacteriemia por este microorganismo lo cual demuestra que la implementación de medidas correctivas y de prevención fueron efectivas.

PE346 AISLAMIENTO DE CONTACTO PARA *Enterococcus* spp VANCOMICINA RESISTENTE:¿ ES SEGURO NO REALIZARLO?

MT Veron, MS Zarate, A Cordich, J Nuñez, M Fidalgo, G Serruto, S Nuñez, L Sabater, V Lacal, S Balinotti, E Izquierdo
Sanatorio Güemes, Argentina.

Introduccion: Basándonos en las publicaciones internacionales y los protocolos que se aplican en instituciones de similares características se abandonó la aplicación de las precauciones de contacto para pacientes infectados y/o colonizados con Enteroccoccus sp Vancomicina Resistente (EVR) en pacientes internados. En este contexto se decidió evaluar el impacto de esta medida realizando el siguiente trabajo
Objetivo: Evaluar si no realizar el aislamiento de contacto en pacientes colonizados y/ó infectados por EVR se correlaciona con un cambio en la tasa de bacteriemias y/o consumo de vancomicina y linezolid en nuestra Institución.
Materiales y métodos: En nuestro centro desde enero 2016 no se realizan aislamientos de contacto en pacientes adultos colonizados y/ó infectados por EVR. Para determinar si se modificó la tasa (T) de bacteriemias (B) por EVR x 1000 días-paciente y el consumo medio mensual (MM) y global (G) de Vancomicina y Linezolid, se diseñó un estudio retrospectivo durante el período marzo-diciembre/2015 (A) versus período marzo-diciembre/2016 (D) de la intervención. El consumo de antimicrobianos se midió en Dosis Diaria Definida (DDD) x 100 días-cama
Resultados: La T de B por EVR A = 0,51(71/137226) versus D = 0,56(88/157607) (p = NS). Para E.faecalis VR A = 0,10(14/137226) versus D = 0,10(16/157607) (p = NS) y por E.faecium VR 0,42(57/137226) versus D = 0,46 (72/157607) (p = NS). Consumo global de Linezolid en el primer periodo fue A = 23,88 (MM = 2,39, ±0,9) versus D = 21.71 (MM = 2,17, ±0.89) DDD x 100 días-cama (P = NS). Consumo global de Vancomicina en el primer periodo fue A = 292,73(MM = 29,27, ±8.04) versus D = 254,38(MM = 25.44, ±3.66) DDD x 100 dias-cama(p = NS)
Conclusiones: 1) La tasa de B por EVR no se vió afectada por la suspensión del aislamiento de contacto de los pacientes colonizados y/ó infectados. 2) El consumo mensual de Vancomicina y Linezolid disminuyeron tanto en el consumo global como la media mensual en el segundo periodo de estudio. 3) Una limitación de este trabajo es la imposibilidad de analizar las poblaciones afectadas por las bacteriemias para determinar si hubo factores de riesgo que las favorezcan. Como se esta discutiendo en varios trabajos el aislamiento de contacto EVR no modifica la tasa de bacteriemias ni el consumo de vancomicina y/o linezolid, con lo cual con nuestros datos concluimos que es seguro no realizar aislamientos de contacto en pacientes infectados y/o colonizados por EVR. Sugerimos realizar una vigilancia continua de la incidencia de bacteriemias y el consumo de vancomicina para la deteccion precoz de brotes intrahospitalarios.

PE347 NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL EN UNIDADES NO CRÍTICAS EN HOSPITALES DE ARGENTINA

G Corral, D Arcidiácono, L Guerriero, L Fernández, R Giordano Lerena, N Peralta
INE Juan H Jara, Argentina.

Introducción: Desde la publicación de la guía intersociedades(IDSA/ATS) del año 2016, se acuñó bajo el término NAH (neumonía adquirida en el hospital) a aquellos eventos no relacionados con la ventilación mecánica. Poco se conoce de la epidemiología de las NAH en Argentina, describiéndolas en conjunto con las asociadas a la asistencia respiratoria. Globalmente, representan la segunda causa de IACS en los distintos sistemas de vigilancia.
Objetivos: Describir características de los pacientes, materiales analizados, aislamientos microbiológicos y antimicrobianos prescriptos de las NAH. Calcular la prevalencia de la misma y ponderar en orden de frecuencia de las IACS.
Material y métodos: En el contexto de la encuesta de prevalencia puntual de IACS, se seleccionaron las NAH en pacientes adultos ingresados en unidades no críticas. Se tomaron en cuenta las ediciones de los años 2015 y 2016. Se definió NAH siguiendo los criterios del manual VIHDA de las ediciones en las que se desarrolló la encuesta. Los datos fueron cargados en SisWEP, software desarrollado para la gestión y análisis de la información recolectada.
Resultados: Reportaron 810 unidades, 941 episodios de IACS, 140 fueron neumonías intrahospitalarias (NIH) y de ellas 113 NAH(80,7 %). Fue la tercera IACS en frecuencia (12,9 %), luego de las infecciones del tracto urinario(23,9 %) y las infecciones de sitio quirúrgico (19 %). El promedio de días de internación previo al desarrollo de la NAH fue de 7±23 días.

Variable	Resultado
Edad (media/DS)	67 (18)
Sexo masculino (%)	59,3 %
Ranking en frecuencia de IACS según unidad de internación	2° Clínica Médica 3° Sala de internación polivante 5° Clínica quirúrgica
Microorganismos más frecuentemente aislados (%)	*Acinetobacter* sp. (21,9 %) *Klebsiella pneumoniae* (21,9 %) *Pseudomonas aeruginosa* (15,6 %) *Staphylococcus aureus* (12,5 %) *Strpetococcus pneumoniae* (9,4 %)
Antimicrobianos en tratamientos empíricos	Piperacilina/Tazobactam (45 %) Vancomicina (14,3 %) Ampicilina/sulbactam (8,6 %) Imipenem (5,7 %)
Antimicrobianos en tratamientos dirigidos	Colistín (23,9 %) Imipenem (21,7 %) Piperacilina/Tazobactam (13 %) Meropenem (10,9 %)

Se solicitó diagnóstico microbiológico en 78(69 %) y se obtuvieron cultivos positivos en 32 (41 %). Las muestras analizadas fueron: 38,5 % hemocultivos, 28,5 % esputos, 21,8 % aspirados traqueales, 3,8 % lavados bronquiales y lavados broncoalveolares, 2,6 % líquidos pleurales y 1,3 % minibal; y fueron positivos: 20 %, 40,9 %, 76,5 %, 66,7 %, 33,3 %, 0 % y 0 % respectivamente. El 100 % de los Acinetobacter sp. y el 20 % de las *P. aeruginosa* aislados fueron resistentes a los carbapenemes. El 85,7 % de las *K. pneumoniae* portaban BLEE y todas fueron sensibles a los carbapenemes.El 50 % de los S. aureus fueron meticilino resistentes.
Conclusiones: El promedio de edad fue alto, predominando el sexo masculino. Constituyó una importante causa de IACS en areas no críticas. Los aislamientos bacteriológicos y los mecanismos de resistencia fueron similares a los de las neumonias asociadas a respirador. Como consecuencia de esto ultimo se utilizaron ATB de amplio espectro.

PE348 EMERGENCIA DE ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A LOS CARBAPENEMES EN UN HOSPITAL DE AGUDOS DE ALTA COMPLEJIDAD DE 284 CAMAS. DESCRIPCIÓN DE CONTROL DE BROTE. PATAGONIA ARGENTINA

M Iacono, R Caceres, M Nuñez, E Tilleria, P Titanti
Hospital Castro Rendon, Argentina.

Introducción: Las infecciones por Enterobacterias productoras de carbapenemasas (CRE) representa un gran desafío por su resistencia a la mayoría de antimicrobianos disponibles. La *Klebsiella pneumoniae* es la especie más frecuente en pacientes con internación prolongada y patologías de base aumentando la morbimortalidad y diseminación. El objetivo de este trabajo es describir la emergencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas, las características clínico epidemiológicas y las herramientas utilizadas en control de brote.
Material y método: Estudio descriptivo-observacional, prospectivo. Se registraron aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes con infección/colonización con CRE desde septiembre de 2015 a marzo de 2017. Se estableció plan de trabajo implementando recomendaciones mediante material didáctico para familiares, pacientes y personal de salud. Se instauró vigilancia activa (hisopado rectal) en pacientes que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: derivados de otras instituciones de salud incluyendo geriátricos, pacientes internados con más de 48 hs. sin cultivo de vigilancia previo, antecedente de infección y/o colonización por organismos multirrestentes en los útimos dos meses y pacientes con uso de antimicrobianos de amplio espectro mayor o igual a 5 días. A las muestras obtenidas se le realizó screening por cromagar/supercarba. Los cultivos confirmatorios por método Blue carba/DCMBRIT, CIM por Phoenix y Biología molecular (PCR). Los datos positivos se registraron en una ficha con días de hospitalización, patología de base, internación previa, fecha de aislamiento, resultados microbiológicos y antibiograma.
Resultados: 23 aislamientos, 13 colonizaciones (485 hisopados de vigilancia activa), 10 infecciones (foco urinario 60 %, Hemocultivo 20 %, MAKI 10 %, Respiratorio 10 %). 6 provenientes de otra institución. Sexo: 11 varones. Edad: mediana 56 años (20 y 92). 17 patología de base: 6 EPOC, 3 IRC, 3 DBT, 3 oncológicos, 1 S. Down, 1 HIV. Días de estada: mediana:13 (4 y 50) media: 16.7 %, 14 *E. cloacae*, 7 *K. pneumoniae*, 2 *K. oxitoca*. Sensibilidad: 23 a fofomicina, 22 colistín, 2 gentamicina, 5 Amikacina. Posterior a la implementación de medidas de control se aisló una KPC en un paciente colonizado previamente.
Conclusiones: El estudio muestra cambios epidemiológicos en nuestra institución en los últimos 18 meses con la introducción de la primer CRE. Los aislamientos se concentraron en Septiembre y Noviembre de 2016. La mayoría fue E.cloacae. Más de la mitad presentaron EPOC a diferencia de otras series dónde los afectados son inmunocomprometidos y transplantados. Todas las cepas fueron sensibles a fofomicina y una resistente a colistín, con CIM mayor a 2. La implementación de un programa control de infecciones y vigilancia activa controlaría la diseminación de éstos microorganismos.

PE349 PROGRAMA DE VIGILANCIA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CUIDADO DE LA SALUD EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAL NIVEL IIIB

V Freire, N Boucau, A Fernandez Lausi, G Artaza, K Vazquez, G Gregorio
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: Los avances en el manejo neonatal permitieron aumentar la sobrevida y mejorar el pronóstico de los recién nacidos de alto riesgo. Es importante contar con un programa de vigilancia de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) que permita prevenir las complicaciones que estas ocasionan.
Objetivos: Describir la experiencia de la implementación de un programa de vigilancia activa de IACS y las estrategias utilizadas para lograr su control. Analizar las tasas de infecciones relacionadas a procedimientos invasivos.
Material y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, observacional. UCIN con 50 unidades. Período: enero 2015 - diciembre 2016. Análisis anual de datos mediante el software VIHDA. Población: año 2015: 741 RN. Año 2016: 791 RN.
Resultados:

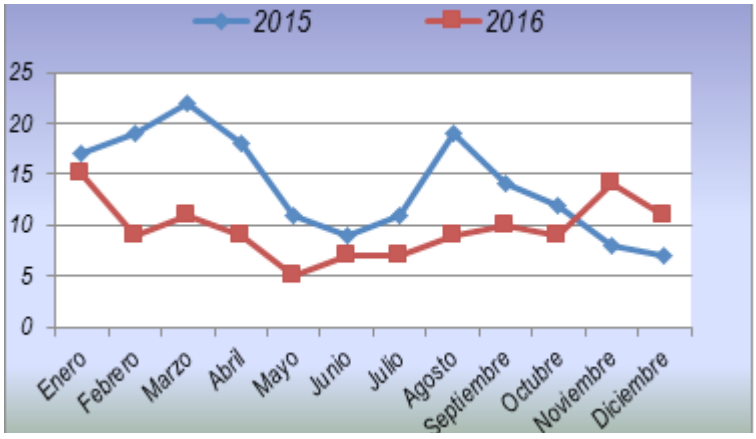
Índice de utilización de procedimientos

Peso del RN (g)	ARM % 2015	ARM % 2016	CVC % 2015	CVC % 2016	CU % 2015	CU % 2016
<1000	44,28	40,71	32,31	42,68	1,74	4,19
1000-1500	32,25	20,52	28,62	30,66	5,22	2,05
1501-2500	16,43	11,07	25,02	21,11	6,62	3,25
>2500	14,09	11,39	21,79	18,28	9,83	6,17
TOTAL	22,7	16,78	25,69	24,75	6,68	4,09

Tasa de infección asociada a procedimientos

		2015	2016
Infección urinaria	-1000	0,00	0,00
	1000 -1500	0,00	0,00
	1501 -2500	11,43	5,78
	+2500	13,27	7,52
Bacteriemia asociada a cateter	-1000	18,95	4,98
	1000 -1500	6,91	1,42
	1501 -2500	9,07	2,67
	+2500	1,99	5,08
Neumoria asociada a arespirador	1000	2,13	1,30
	1000 -1500	1,23	2,13
	1501 -2500	5,75	3,40
	+2500	4,44	2,04

Episodios de Infección:



Los microorganismos prevalentes en los 2 períodos fueron *Staphylococcus* spp coag. neg (100 % meticilino resistente) y *Klebsiella pneumoniae.* En el 1er. trimestre de 2015 se detecta un aumento en las tasas de IACS. Estrategias implementadas: Revisión de las recomendaciones de prevención y control, capacitación del personal, conformación de un equipo exclusivo para el manejo y colocación de los catéteres venosos centrales y administración de nutrición parenteral. En el mes de julio del 2015 se comienza con cultivos de vigilancia para búsqueda de pacientes colonizados por gérmenes multirresistentes y se implementa cohortización.
Conclusiones: La bacteriemia fue la localización más frecuente, el gérmen prevalente *Staphylococcus* spp coag. neg (100 % meticilino resistente). Las tasas de IACS disminuyeron a partir del segundo semestre del año 2015. El programa de vigilancia permitió detectar precozmente los brotes y realizar intervenciones oportunamente. Dada la causa multifactorial de estos eventos es esencial el compromiso institucional.

PE350 COLONIZACIÓN CON ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE CARBAPENEMASAS AL INGRESO A LA UCI

E Warley, L Guaymas, S Chalco, A Horna Zavaleta, V Comas, C Ceirano, C Galiá
CLINICA PRIVADA PROVINCIAL DE MERLO. BUENOS AIRES, Argentina.

Introducción: La emergencia y diseminación de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), como paradigma actual de la resistencia extensa y de la panresistencia a antibióticos, es una grave amenaza para la salud de los pacientes y para la salud pública. Los principales factores de riesgo descriptos para la colonización e infección por estas cepas son la estancia en la UCI, la administración de antibioterapia de amplio espectro de forma prolongada, la cirugía, los procedimientos instrumentales invasivos y la inmunosupresión.
Objetivo: Evaluar la frecuencia de colonización con EPC al ingreso a la UCI y la presencia de posibles factores asociados a la misma.
Material y método: Como elemento de su programa de vigilancia se efectuó vigilancia activa por siembra de hisopados rectales en agar cromogénico selectivo y diferencial para detección de EPC a todos los pacientes al momento del ingreso a la UCI. Mediante una planilla de registro se recolectaron datos demográficos, clínicos y epidemiológicos de todos los pacientes que ingresaron a la UCI entre los meses de julio y diciembre de 2016. Los mismos fueron registrados en un base de datos elaborada para éste estudio y analizados con el programa STATISTIX 7.0. Se efectuó distribución de frecuencias de los datos categóricos y estadística descriptiva de los continuos y su relación con la variable dependiente: Presentar o No presentar colonización por EPC. Resultados: Se analizaron los reportes de 56 pacientes, de ellos el 50 % de sexo femenino y el 50 % de sexo masculino. Mediana de edad: 72 años. Las causas de ingreso a la UCI más frecuentes fueron infecciones respiratorias en 15 pacientes (28, 3 %) y postcirugía en 12 (22,6 %) seguidas de eventos cerebrovasculares y quemadura grave con 6 pacients (11,35 %) cada una. Del total de pacientes 23 (41,15 %) presentaban colonización con EPC. De los casos positivos 15 (65 %) no presentaban ningún factor de riesgo clásico asociado a la colonización. Se reportó internación en los 6 meses previos en 4 casos (17,4 %), utilización de antibióticos previos en 4 (17,4 %) y contacto con algún servicio de cuidados (geriátrico, centro de rehabilitación, hemodiálisis, hospital de día) en 3 (13 %).
Conclusiones: Observamos una considerada elevada frecuencia de colonización por EPC al ingreso a UCI no relacionada con los factores de riesgo clásicamente descriptos en la mayoría de los casos. Nuestros datos deben alertar a los servicios de salud a la hora de evaluar el riesgo de colonización por EPC y la definición de las políticas de aislamiento.

PE351 IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMA DE CONTROL DE INFECCIÓN EN LA UNIDAD DE RECUPERACIÓN DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR INFANTIL

V Freire, P Giordano, A Fernandez Lausi, M Giardinieri, G Gregorio
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Argentina.

Introducción: Los pacientes internados en Unidades de Cuidados Intensivos poseen un alto riesgo de desarrollar infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), dado que se encuentran frecuentemente expuestos a dispositivos invasivos y poseen comorbilidades asociadas.
Objetivos: Conocer el riesgo de IACS de los pacientes internados en la unidad de recuperación de cirugía cardiovascular infantil (URCV) durante el período de un año. Analizar las tasas, localización, microorganismos y grado de resistencia bacteriana
Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Período: marzo 2015-febrero 2016 .Criterios diagnósticos para las IACS se rigieron por el programa VIHDA. Se incluyeron todos los pacientes internados en dicha unidad durante más de 24 horas .Se calcularon: tasas de utilización de procedimientos, episodios de infección, tasas de infección asociadas a procedimientos: catéter venoso central (CVC), ARM, catéter urinario (CU) e infección de sitio quirúrgico.
Resultados: La tasa global de utilización de procedimientos fue del 167 %, La tasa de utilización de CVC 59 %, la tasa de utilización de CU 46 %, tasa de utilización de ARM 62 %. Tasa de bacteriemia asociada a CVC 7,28‰, tasa de NAR 1,55 ‰, tasa de infección asociada a CU 1 %. No se registraron episodios de infección de sitio quirúrgico. Los microorganismos aislados fueron: 12 Serratia marcescens (83 % carbapenemes R),4 S. aureus (50 % meticilino R), 4 *Klebsiella pneumoniae* (67 % portadoras de BLEE), 2 *Enterococcus faecalis* (todos Vancomicina S), 1 *Escherichia coli*, 2 *Pseudomonas aeruginosa* (resistente a carbapenemes)1 *Staphylococcus* spp .coagulasa negativo meticilino R. Durante los meses de julio y agosto se registró un brote por Serratia marcescens multirresistente (cepa portadora de carbapenemasa tipo SME).
Conclusiones: Las bacteriemias asociadas a CVC representan la principal problemática, Serratia marcescens multirresistente fue el microorganismo prevalente. Destacamos que no se registraron episodios de infección de sito quirúrgico .Es indispensable tener un programa de vigilancia de IACS que permita realizar intervenciones en forma oportuna, dada la causa multifactorial de estos eventos el mismo requiere compromiso institucional.

PE352 INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO POR *Nocardia asteroides:* PRESENTACIÓN DE UN CASO.

L Ghietto, S Pizarro, C Rossanigo, A Nahuelan, R Brito, A Minguez
Hospital Nuestra Sra. de la Misericordia, Argentina.

Introducción: a infección de sitio quirúrgico (ISQ) constituye la tercera causa de infección nosocomial, y la primera entre los pacientes quirúrgicos, asociándose a mayor morbimortalidad y estancia hospitalaria. Los patógenos más frecuentes son *Staphylococcus* spp. y bacilos Gram negativos. Resulta raro el aislamiento del género Nocardia. *Nocardia asteroides*, bacteria Gram positiva, perteneciente al orden Actinomycetales es saprofita de suelos ricos en materia orgánica, sin pertenecer a la flora normal. Ingresa por inhalación, ingesta o inoculación directa. Suele producir infecciones pulmonares o cutáneas primarias, con escasos reportes de ISQ.
Rresumen clínico: Varón 23 años. Antecedente de adenoma hipofisario (2007). En tratamiento con octreóctide, carbegolina y levotiroxina. Exéresis quirúrgica transesfenoidal de adenoma (2013). • 11/2014: disminución agudeza visual ojo izquierdo (OI). IRM cerebro: lesión expansiva intraselar con crecimiento supraselar comprimiendo quiasma óptico. • 05/2015, cefalea holocraneana aguda y disminución brusca de la agudeza visual de OI de 3 días de evolución. Internación. TAC cerebro c/c: lesión expansiva sin cambios. Se inicia dexametasona 8 mg/día. Se programa neurocirugía. • 26/05/2015 Exéresis tumoral: craneotomía coronal, tiempo quirúrgico 6 hs, profilaxis con cefazolina 2 gr. Posquirúrgico 48 hs en UTI. Alta al día 7, con medicación habitual. • 05/06/2015 Secreción purulenta en herida quirúrgica. Tratamiento: Cefalexina 500/6 hs, sin toma de muestras. 20/06/2015: Fiebre, supuración y flogosis en herida quirúrgica. Examen neurológico normal. Laboratorio: GB: 9.550/mm3 (NS: 70,68 %- L: 17,90 %- M: 8,75 %). Hb 13.7 gr/dl. Hto 38.6 %. Plaquetas: 281.000/ml- Glucemia 87mg/dl- VSG 6 mm/h- PCR 1,7 mg/l. VIH no reactivo. Ecografía partes blandas: colección subgaleal fluctuante. Toilette quirúrgica, craniectomía parcial. Cultivo material quirúrgico (5 muestras): leucocitos 25-50 /cpo 1000x. Nocardia asteroides sensu stricto. Tratamiento con trimetroprima/sulfametoxazol 160/800 (TMS).
Discusión: Varios factores influyen en el desarrollo de ISQ, como la patología de base, el medio y la intervención quirúrgica. El género Nocardia con más de 30 especies, tiene capacidad de causar enfermedad supurativa local y sistémica. *Nocardia asteroides* prevalece en nuestro medio. De las formas localizadas (86 %), la cutánea primaria es menos frecuente que la pulmonar, y un 53 % de los pacientes poseen antecedentes de trauma. Se asocia a alteración de la inmunidad celular, corticoides, enfermedad maligna, trasplante de células madre o VIH. Se ha reportado infección de herida quirúrgica de esternotomías por N. farcinica, en contexto de brotes, siendo poco habitual en otros sitios y de forma aislada. *N. asteroides* sensu stricto es típicamente susceptible a TMS, cefalosporinas de tercera generación (cefotaxima y ceftriaxona) y amikacina.
Conclusión: La ISQ continúa siendo una infección nosocomial de alta prevalencia y morbimortalidad, por lo que se debe hacer énfasis en el diagnóstico y tratamiento precoz, sospechando microorganismos poco habituales en aquellos casos de evolución tórpida, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

PE353 CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS DE ARGENTINA.

R Durlach, M Laurenza, M Suarez Ordóñez
ITAES, Argentina.

Introducción: Los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) tienen aumentado el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS) debido al riesgo intrínseco y extrínseco de las intervenciones necesarias.
Objetivo: presentar información de IACS asociadas a dispositivos (IAD) obtenida de UCI de adultos.
Materiales y métodos: Informe elaborado con los datos presentados en forma voluntaria, global y anualizados por 19 UCI médico-quirúrgicos de adultos de la Argentina, ubicadas en CABA: 10 y en las Provincias de Buenos Aires: 3, de Santa Fe: 3 y de Corrientes: 3. Periodo, 4 años comprendidos entre enero 2012 a diciembre 2015. Los indicadores utilizados fueron las tasas de utilización de dispositivos por cien y las tasas de infección asociadas por 1000 días-paciente de uso de catéteres venosos centrales, ventilador mecánico y sonda vesical.
Resultados: El total de días-paciente vigilados en los 48 meses del estudio fueron 200.267. Total de neumonías fue 423 episodios, una tasa de 7,26‰ (0-36,04‰). El total de bacteriemias, confirmadas por laboratorio fue 389, una tasa de 3,71‰ (0,37-10,65‰) y el N° de Infecciones urinarias fue 427, una tasa 3,13‰ (0-9,9%). Cuadro con los valores según indicadores observados en 19 UCI de adultos. SV: sonda vesical, CVC: Catéter venosos Central y VM: ventilador mecánico.

Tasas	Q 25	Mediana	Q 75
Infección urinaria asociada a SV x 1000	1,84	2,96	4,28
Utilización de SV x 100	54	80	85
Bacteriemia asociada a CVC x 1000	2,26	3,49	4,92
Utilización de CVC x100	38	62	71
Neumonía asociada a VM x 1000	2,23	5,22	11,32
Utilización de VM x 100	21	29	43

Conclusiones: La comparación de los valores de las tasas de infección hallados en 19 UCI de Argentina, con centros de referencia internacionales, muestra que tenemos en el cuartil 75 tasas más altas que las del informe del NHSN, 2013 del CDC (IUASV: 1,7‰; BACVC: 1‰: NAVM: 1,2‰) y más bajas que las que publicó el INICC en su informe del año 2015 correspondiente a 43 países (IUASV: 7,3‰; BACVC: 8,2‰: NAVM: 22,2‰).

PE354 CONTROL DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A DISPOSITIVOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES

R Durlach, M Laurenza, M Suárez Ordóñez
ITAES, Argentina.

Introducción: Los pacientes internados en las Unidades de Cuidados Cardiovasculares (UCC) tienen aumentado el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas al Cuidado de la Salud (IACS), debido al riesgo intrínseco y extrínseco de las intervenciones necesarias.
Objetivo: presentar información de IACS asociadas a dispositivos (IAD) obtenida de UCC de adultos.
Materiales y métodos: Informe elaborado con los datos presentados en forma voluntaria, global y anualizados por UCC de la Argentina, en un periodo de 4 años comprendidos entre enero 2012 y diciembre 2015. Los indicadores utilizados fueron las tasas de utilización de dispositivos por cien y las tasas de infección asociadas por 1000 días-paciente de uso de catéteres venosos centrales, ventilador mecánico y sonda vesical.
Resultados: El total de días-paciente vigilados en los 48 meses del estudio fueron 117.899. Total de episodios de neumonías fue 142, una tasa de 10,96‰ (2,16-47,22‰). El total de bacteriemias, confirmadas por laboratorio fue 140, una tasa de 4,52‰ (0-10,02‰) y el N° de Infecciones urinarias fue 189, una tasa 4,53‰ (0-18,13‰). Cuadro con los valores según indicadores observados en 19 UCC de adultos. SV: sonda vesical, CVC: Catéter venosos Central y ARM: ventilador mecánico.

Tasas	Q 25	Mediana	Q 75
Infección urinaria asociada a SV x 1000	2,50	4,02	6,90
Utilización de SV x 100	30	34	44
Bacteriemia asociada a CVC x 1000	1,57	4,23	5,97
Utilización de CVC	22	26	33
Neumonía asociada a VM x 1000	3,03	7,36	13,31
Utilización de VM x 100	10	11	13

Conclusiones: La comparación de los valores de las tasas de infección hallados en UCC de Argentina, con centros de referencia internacionales, muestra que tenemos en el cuartil 75 tasas más altas que las del informe del NHSN, 2013 del CDC (IUASV: 3,4‰; BACVC: 1,6‰: NAVM: 1,5‰) y que las que publicó el INICC en su informe del año 2015 correspondiente a 43 países (IUASV: 4,3‰; BACVC: 4,4‰: NAVM: 16,1‰).

PE355 CANDIDEMIAS EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

J Farina, M de Souza, N Diaz, S Andino, M Ruiz, S Arriola, W Cox, J Rebora, A Terusi, L Cusmano, J Herrera, A Viteri, MC Ezcurra
Unidad Asistencial Dr. César Milstein - CABA, Argentina.

Introudcción: La candidemia es una entidad de elevada mortalidad que se presenta principalmente en pacientes críticos, neonatos, mayores de 60 años e inmunocomprometidos. Es la micosis profunda más frecuente asociada a los cuidados de la salud. Requiere un elevado nivel de sospecha clínica y una correcta valoración de los factores de riesgo para iniciar un tratamiento antifúngico oportuno y adecuado.
Objetivo: Describir las características de las candidemias en pacientes mayores de 80 años diagnosticadas en nuestra institución.
Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de candidemias detectadas en mayores a 80 años en un hospital especializado en tercera edad, entre enero de 2011 y diciembre de 2016. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y del sistema informatizado de estudios de los pacientes. Se incluyen características demográficas, de la internación, scores, aislamientos microbiológicos, tratamientos y evolución de los pacientes. Se aplicó test de Fisher para comparar la mortalidad entre dos poblaciones.
Resultados: Entre 2011 y 2017 se diagnosticaron 47 episodios de candidemia en la institución, de las cuales 14 fueron en mayores de 80 años (30 %, 81-90 años, 43 % mujeres). El 100 % de los pacientes presentaban comorbilidades. El promedio de días de internación fue 19 (5-34). 71 % de las candidemias fueron adquiridas en UTI, con un promedio de 10 días en la unidad crítica (3-19). El 93 % de los pacientes presentaban catéter venoso central (CVC), 69 % ARM y 92 % sonda vesical. El 82 % tuvo al shock como forma de presentación de la candidemia. 93 % recibió antibióticos (ATB) previamente, con un promedio de 3 distintos en el último mes. El 36 % estaba colonizado previamente con *Candida.* El *score* de Ostrosky fue positivo en 46 % de los pacientes, mientras que Candida Score en el 14 %. El Karnofsky promedio fue 30, mientras que Charlson 6. El foco de origen no pudo ser identificado en 8 episodios (57 %), 4 fueron asociadas a catéter y 2 pielonefritis. Las especies aisladas fueron: 6 *C.albicans* (43 %), 3 *C.tropicalis* (21 %), 2 *C.glabrata* (14 %) y 2 *C.parapsilosis* (14 %). El 100 % de los aislamientos testeados fue sensible a fluconazol (9/9). En 7 de los 10 pacientes que recibieron tratamiento se inició con caspofungina. El promedio de días de antifúngico fue 12. En ningún paciente se encontraron impactos a distancia. En los pacientes menores de 80 años (55-79) la mortalidad a 30 días fue 55 %, comparado con 79 % en nuestra población en estudio (p 0.13; OR 3.0). La mortalidad a 15 días fue 64 %.
Conclusiones: La candidemia es una entidad de muy alta mortalidad en mayores de 80 años, siendo en muchas ocasiones el evento final de una internación prolongada en este grupo etario. Los scores de uso habitual no fueron de utilidad en esta población. Los días de internación (principalmente en UTI), el uso previo de ATB y la presencia de CVC son factores de riesgo importantes para desarrollar este evento. En esta serie predominaron los episodios con aislamiento de *Candida* no *albicans* (57 %). Mayores esfuerzos deben realizarse para el diagnóstico e inicio de antifúngico precoz a fin de disminuir la mortalidad de esta patología.

PE356 ESPODILODISCITS CON ABSCESO EPIDURAL COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA DE RESOLUCIÓN DE PROLAPSO VAGINAL. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

J Farina, N Diaz, S Andino, M de Souza, J Rebora, M Ruiz, S Arriola, W Cox, A Terusi, L Cusmano, A Viteri, N Zugasti, MC Ezcurra
Unidad Asistencial Dr. César Milstein - CABA, Argentina.

Introducción: La colposacropexia por vía abdominal abierta (CSPA) es uno de los tratamientos para la resolución del prolapso vaginal. La misma se realiza por vía abdominal anterior fijándose la cúpula vaginal al periostio del promontorio sacro mediante el uso de una malla de prolene. La espondilodiscitis (ESP) es una poco frecuente pero importante complicación de esta intervención.
Caso 1: Mujer de 74 años con prolapso vaginal grado IV se realiza anexohisterectomía total (AHT) y CSPA con malla de prolene. Al 4to día postoperatorio (POP) comienza con fiebre recibiendo antibióticos sin diagnóstico constatado. El día 28 POP se interna por persistir febril. Se realizan cultivos y se inicia meropenem y vancomicina. TAC abdomen: gas en lecho quirúrgico, en disco intervertebral L5-S1 y en canal medular. RMN columna: absceso del psoas izquierdo, ESP L5-S1 con colección epidural. Desarrollo en hemocultivos de Enterococcus faecalis. El día 10 de internación: drenaje de absceso del psoas y epidural con laminectomía L3-L4-L5, se conserva malla. Desarrollo en cultivos de la cirugía de Escherichia coli y Enterococcus faecalis. Se modifica tratamiento a ampicilina y ciprofloxacina según sensibilidad. Presenta buena evolución clínica. RMN de columna (día 30): resolución del absceso epidural y en psoas. Al día 42 se decide seguimiento ambulatorio con antibióticos vía oral.
Caso 2: Mujer de 63 años con prolapso vaginal grado IV se realiza AHT y CSPA con malla de prolene. Al día 15 POP presenta flujo vaginal y fiebre. Recibe antibióticos de forma ambulatoria. Persiste febril y con dolor lumbar de intensidad creciente. El día 60 POP se realiza RMN de columna observando ESP L5-S1 con colección pre sacra. Se interna y se realiza laparotomía exploradora, con drenaje de colección y resección de malla. Desarrollo en cultivos de la cirugía de Escherichia coli, Corynebacterium sp. y estafilococo coagulasa negativo. Se inicia tratamiento con antibióticos endovenoso según sensibilidad. La paciente evoluciona favorablemente y continúa internada con mismo tratamiento.
Discusión: La ESP con absceso epidural es una devastadora complicación de la CSPA. Los distintos reportes muestran casos tratados en forma conservadora con antibioticoterapia y otros en forma agresiva con drenaje de colecciones y retiro de la malla. Todos con diversos resultados, aunque el agresivo es el que presenta mayor aceptación. En una de nuestras pacientes el retiro de la malla fue demorado y ante la buena evolución luego del drenaje del absceso se decidió continuar con tratamiento antibiótico y controles en forma ambulatoria. Mientras que en la otra paciente se optó por una intervención precoz con drenaje del absceso y retiro de la malla. La vía laparoscópica es una alternativa de CSPA, aunque esta última es de elección. En estos dos casos presentados la evolución inicial fue buena posterior a las intervenciones. Quedando pendiente al momento de esta presentación evaluar la evolución a largo plazo.
Conclusión: La ESP es una rara complicación de la CSPA. Debe haber un alto índice de sospecha en pacientes con dolor lumbar desproporcionado luego de la cirugía para así acceder a un tratamiento oportuno.

PE357 *Clostridium difficile*: ¿DÓNDE ESTAMOS PARADOS?

L Fabbro, W Cornistein, A Novau, L Paulosky, ML Pereyra, G Kremer, R Sadorin
Hospital Universitario Austral, Argentina.

Introducción: La diarrea por *Clostridium difficile* (DCD) es un evento adverso grave vinculado, principalmente, al uso de antimicrobianos y constituye una preocupación de intervención urgente para el mundo. De las guías internacionales existentes hay diferencias en las definiciones, metodología diagnóstica y tratamiento. En Argentina no contamos con recomendaciones ni datos que nos permitan cuantificarlas. Pocas Instituciones llevan un registro del impacto que representa. Por otro lado, las dificultades en el diagnóstico a través de los métodos disponibles complican aún más su estimación.
Objetivo: describir la tasa de infección por *Clostridium difficile* intrahospitalaria (IH) y adquiridas fuera de la Institución (EH) y las dificultades diagnósticas.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional realizado en un hospital polivalente Universitario de Agudos de la provincia de Buenos Aires que cuenta con 150 camas desde 2012 al 2016. Se midieron las tasas de DCD de adquisición IH por 1000 días paciente y EH / 1000 ingresos. Se calculó la proporción que representan sobre la tasa global de infecciones por microorganismos multirresistentes (MOR). Se definió caso como paciente con más de tres deposiciones en 24 hs y antígeno y/o toxina + para CD. El método diagnóstico fue a través de enzimoinmunoensayo (EIA) para detección de antígeno glutamato deshidrogenasa y toxinas A y B (TechLab). Se consideró IH aquellos casos de comienzo en la Institución y EH a los adquiridos fuera de la misma (en otra institución o en la comunidad).
Resultados: Se observa un incremento de la tasa desde 2012 al 2016 (0.14 vs 0.67/1000 dp) constituyendo en el segundo semestre 2016 el 34.7 % de todos los MOR IH y el 63.7 % de los MOR adquiridos fuera de la Institución. Hay discrepancia entre los resultados de la toxina y antígeno debido a la sensibilidad del método diagnóstico y no poseer otros métodos de mayor especificidad. A pesar de la toxina negativa los pacientes fueron considerados casos debido a su relación temporal con caso índice, inmunodepresión subyancente y/o respuesta al tratamiento.

Período	N° ptes DCD	Toxina+/antígeno +	Tasa DCD IH/1000 dp (% sobre total de MOR)	Tasa de MOR/1000 dp	CD EH	CD EH/1000 Ingresos	Tasa de MOR EH/1000 Ingresos
1 S 2012	3	3/11	0.14 (8.3 %)	1,67	1	0.21 (6.1 %)	3,42
2 S 2012	7	2/18	0.31(17.3 %)	1,79	1	0.21 (5 %)	4,12
1 S 2013	6	3/15	0.27 (10 %)	2,69	4	0.89 (14.3 %)	6,20
2 S 2013	19	10/30	0.8 (3.7 %)	2,15	2	0.40 (9.8 %)	4,05
1 S 2014	11	4/17	0.48 (20.7 %)	2,31	1	0.21 (5.3 %)	3,98
2 S 2014	7	7/21	0.28 (14.7 %)	1,90	3	0.56 (18.8 %)	2,97
1 S 2015	17	11/35	0.69 (25.6 %)	2,69	5	0.98 (26.3 %)	3,72
2 S 2015	17	7/22	0.69 (29.4 %)	2,34	0	0.00	2,27
1 S 2016	14	14/25	0.57 (23.6 %)	2,41	1	0.20 (7.5 %)	2,64
2 S 2016	17	7/28	0.67 (34.7 %)	1,93	7	1.30 (63.7 %)	2,04

Conclusiones: las tasas de DCD IH y EH son elevadas en proporción a todos los MOR que se encuentran en nuestra institución. La falta de herramientas microbiológicas pueden sobre o sub valorar los casos. Se requiere de una vigilancia nacional y métodos diagnósticos claros y accesibles para cuantificar la situación actual.

PE358 EVALUACIÓN DE LAS CANDIDEMIAS EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE MENDOZA. ANÁLISIS RETROSPECTIVO.

P Prieto, C Cabral, G Scala, M Vernazzi, S Donaire, N Capriolo
HOSPITAL CENTRAL, Argentina.

Se reconoce a Cándida como causante de infecciones endovasculares en el ámbito hospitalario, con altas tasas de morbimortalidad. Presentamos un trabajo retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes que presentaron candidemias, durante un periodo de 10 años, en un Hospital escuela, polivalente, de alta complejidad. Nuestro objetivo fue describir los factores epidemiológicos vinculados a las candidemias en nuestro medio, evaluar la tasa de mortalidad global y la adecuabilidad del tratamiento empírico inicial. Del análisis obtuvimos: igual distribución en ambos sexos, mayor presentación en pacientes de cuidados críticos y oncohematología; el foco más frecuente de candidemia fue asociado a catéter, excepto en pacientes oncohematológicos que fueron endógenas; el mayor aislamiento fue de *Cándida* no *albicans*. Observamos una mortalidad global del 57,1 %, con una escasa adecuación al tratamiento empírico inicial.

PE359 *Acinetobacter baumannii* MULTIRRESISTENTE EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN 2 PERÍODOS SEPARADOS POR 10 AÑOS: EPIDEMIOLOGÍA MOLECULAR, FACTORES DE RIESGO Y MORTALIDAD ASOCIADA.

D Aguila Brunet[1 2], P Parenti[1 2], P Marchiaro[3 4], J Pérez[4], S Larini[4], S Diaz[4], V Campana[1 2], S Martinelli[1 2], M Corsiglia[1 2], A Viale[3], A Limansky[3 4]
[1] Hospital Provincial del Centenario. Rosario, Argentina. [2] Facultad de Medicina, UNR, Argentina. [3] Instituto de Biologia Molecular de Rosario (CONICET), Argentina. [4] Área Bacteriología, FCByF, UNR, Rosario., Argentina.

Introducción: *Acinetobacter baumannii* (Ab) es un patógeno oportunista nosocomial asociado frecuentemente a pacientes internados en unidades de cuidados intensivos (UCI). Es preocupante la emergencia en todo el mundo de Ab resistentes a múltiples antimicrobianos (MR), incluyendo carbapenemes (Ab-MRC), debido a que se limitan drásticamente las alternativas terapéuticas. El mecanismo prevalente de resistencia a carbapenemes en Ab se debe a hidrólisis por carbapenemasas adquiridas, principalmente tipo-OXA.
Objetivo: Evaluar la situación epidemiológica de infecciones/colonizaciones por Ab incluyendo identificación de clones y carbapenemasas producidas, así como factores predisponentes y mortalidad a 30 días en pacientes internados en un hospital de tercer nivel, en 2 períodos separados por 10 años.
Materiales y métodos: Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron 29 aislamientos de Ab, 23 del período I (PI, 2004-2006), 6 Ab-MRC y 17 Ab-MR; y 6 del período II (PII, 2016-2017), siendo 5 Ab-MRC y 1 Ab-sensible. La relación clonal se determinó mediante PCR con oligonucleótidos degenerados (OD-PCR). La caracterización de carbapenemasas se efectuó mediante ensayos de sinergia, microbiológicos, y PCR. Se evaluaron sala y tipo de muestra; factores de riesgo como días de internación previos, co-morbilidades, y dispositivos invasivos; y otras variables que incluyeron aislamientos bacterianos concomitantes, tratamiento empírico (TE), y mortalidad a 30 días.
Resultados: Los ensayos revelaron que los 6 Ab-MRC del PI corresponden a 2 clones productores de OXA tipo-23 (clon B, n: 3), y OXA tipo-24 (clon C, n: 3); y los Ab-MR a 2 clones diferentes, A (n: 16) y F (n: 1). Por su parte, 4/5 Ab-MRC del PII corresponden a clones B (n: 2), y D (n: 2), ambos productores de OXA tipo-23, y el Ab-S a clon E. La mayoría de los Ab se recuperaron de UCI (n: 22) y muestras respiratorias (n:14). El análisis de los factores de riesgo del PI comparado con el PII mostró 83 % en ambos períodos (19/23 vs 5/6, respectivamente); aislamientos concomitantes 65 % (11/23) vs 83 % (5/6); bacteriemias por Ab-MRC 0 % vs 50 % (3/6); TE adecuado 17 % (4/23) vs 33 % (2/6); y mortalidad a 30 días del 47 % (11/23) vs 83 % (5/6); respectivamente.

Conclusiones: Los resultados muestran la permanencia del clon B en UCI según lo observado en ambos períodos estudiados, la característica epidémica del clon A MR en el PI, y la emergencia del clon D MRC en UCI en el PII. Se observó el doble de mortalidad en el PII probablemente asociado al aumento de bacteriemias, a rescates bacterianos concomitantes y a TE inadecuados. La incorporación de un número mayor de casos del PII mejorará la comparación y el análisis estadístico de las variables estudiadas. Se destaca la importancia de realizar estudios epidemiológicos moleculares en el ámbito hospitalario para conocer la dinámica de la resistencia en aislamientos de Ab. Esto posibilita la toma de medidas adecuadas de control de infecciones y mejores tratamientos empíricos, que finalmente repercuten en la sobrevida de los pacientes afectados.

PE360 PREVALENCIA DE COLONIZACIÓN POR KPC DE PACIENTES INTERNADOS EN UNIDADES DE CUIDADOS CRÍTICOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO URBANO MARGINAL.

AL Rivero, A Lopez, MA De La Rosa
Servicio De Microbiología, Hospital Luis Lagomaggiore, Argentina.

Introducción: La *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa (KPC) es un patógeno emergente multirresistente causante de infecciones intrahospitalarias severas. En el ámbito hospitalario, tienden a propagarse causando brotes, causando dificultades en el control de infecciones por su limitadas opciones terapéuticas. Presentamos la prevalencia de colonización de KPC de pacientes de cuidados críticos de un hospital público urbano marginal de la provincia de Mendoza.
Metodología: Se analizaron las muestras de HA de vigilancia de Servicios de Neonatología, Terapia Intensiva y Terapia de Quemados, en búsqueda de KPC. Los HA se cultivaron en medios selectivos y diferencial (CHROM AgarKPC) y el crecimiento de colonias se considera sospechoso de producir carbapenemasas. Se determino la sensibilidad con Phoenix y difusión con disco (según CLSI). La confirmación de producción de KPC se siguió con algoritmo del (LNR)-INEI-ANLIS con detección colorimétrica de carbapenemasas por el método de Blue Carba y búsqueda de sinergia entre disco de meropenem e inhibidores de carbapenemasas como EDTA y APB (ác. fenilborónico). Los resultados obtenidos se cargaron en una base de datos. Se analizaron retrospectivamente los datos obtenidos durante un periodo de 3 años, desde enero 2014 a diciembre 2016 con el objeto de realizar un estudio descriptivo de corte transversal. Finalmente se comparó la prevalencia de colonización por KPC en cada año del periodo estudiado mediante el test de chi2.
Resultados: Se analizaron un total de 1450 muestras de HA. Provenientes de Neonatología 114 muestras de HA (7.86 %), Terapia de quemados 281 HA (19.38 %) y Terapia intensiva 1055 HA (72.76 %). Se detectaron 22 muestras de HA positivas para KPC, 6 en quemados, 16 en terapia intensiva y ninguna en neonatología. Cabe señalar, de todos los colonizados, solamente un caso presentó posterior infección diseminada por KPC, con resultado fatal. Las medidas del hospital de aislamiento de los pacientes colonizados,énfasis en el lavado de manos del personal y el uso adecuado de antibióticos, han favorecido la baja incidencia en comparación con otros centros. La prevalencia promedio de colonización por KPC de 1.5 % durante el periodo estudiado.
Conclusiones: Los hallazgos del presente estudio documentan una baja prevalencia de colonización por KPC en pacientes internados en unidades de cuidados intensivos. En Mendoza y en este grupo de pacientes la colonización de KPC no parece ser un problema en la actualidad, gracias a las medidas de aislamiento utilizadas. Sin embargo, el aumento global de la prevalencia de infección y colonización por KPC (de brotes intrahospitalarios) hace necesaria la continuidad de su búsqueda de colonizados en internación y el refuerzo de las medidas de aislamiento intrahospitalarias. Se recomienda continuar la vigilancia de colonización para detectar eventuales aumentos en la prevalencia de portación de KPC para evitar brotes intrahospitalarios.

PE361 BACTEREMIA POR *Bacillus clausii* ASOCIADA A LA ADMINISTRACIÓN DE PROBIÓTICOS.

P Fernandez Oses[1], V Galizia Brito[1], A Sucari[2], M Peninni[3], J Gentiluomo[3], M Merkt[3], S Castillo[3], ME Zanella[3], P Place[4], S Ramirez[4], S Montaña[5], F Nacinovich[1]
[1] Instituto Cardiovascular de Buenos Aires, Argentina. [2] Higiene y seguridad alimentaria y ambiental Stamboulian Laboratorio, Argentina. [3] Stamboulian Laboratorio, Argentina. [4] California State University Fullerton, Estados Unidos. [5] IMPAM, Facultad de Medina, UBA, Argentina.

Introducción: La diarrea secundaria a ATB es una complicación frecuente. La utilización de probióticos para disminuirla es cada vez mayor. Numerosas experiencias confirman su seguridad; pero en determinadas poblaciones su empleo puede ser riesgoso.
Casos clínicos: Se presentan 2 pacientes inmunocompetentes con bacteriemia persistente por Bacillus clausii posterior al uso de probióticos.
Caso 1: varón de 69 años, internación por EIVPAo. Presentó NAV por lo que recibió Meropenem /Colistin, evolucionando con diarrea; toxina A y B y antígeno para CD negativos. Inicio tratamiento con probióticos VO. Evoluciona con registros febriles a las 48. En HC x 2, desarrolla *Bacillus* sp identificado por Phoenix 100. Inicio tratamiento con Vancomicina. Por evolucionar con bacteriemia persistente, se agregó Rifampicina y Levofloxacina. Pese a esto, el paciente persiste con HC positivos durante 70 dias. Finalmente evoluciona con shock séptico secundario a Candida parapsilosis que lo lleva al deceso. En los HMC de control del día previo se aisló *Bacillus* sp. Caso 2: mujer de 71 años. Internación por RVMi y plástica tricuspidea. Presento infección asociada a catéter por *K.pneumoniae* BLEE. Recibió tratamiento ATB con Meropenem. Evoluciona con diarrea no clostridial, tratada con probioticos. A las 72 hs en HC de control se aísla *Bacillus* sp iniciando Vancomicina IV. Durante la internación continua con bacteriemia persistente. Se derivó a centro de rehabilitación, donde continuo con HC positivos para *Bacillus* sp por 93 días, hasta que logra controlarse la bacteriemia con vancomicina + levofloxacina. Se encuentra con HC negativos y en buen estado general hasta la fecha.
La identificación a nivel de especie del aislamiento se realizó mediante PCR-secuenciación de dos genes blanco 16 S DNA y rpoB que arrojó como resultado Bacillus clausii. Se estudiaron 15 muestras de sulfato de magnesio, furosemida, gluconato de calcio, omeprazol y cloruro de potasio correspondientes al lote que recibieron ambos pacientes siguiendo lo métodos habituales utilizados en laboratorios de microbiología. En ninguna de las muestas se aislo Bacillus sp. Se ensayó el lote de Enterogermina NR del cual se pudo aislar Bacillus clausii. Para determinar la relación clonal de las dos cepas clínicas y la ampolla de Enterogermina se realizó la tecnica de ERIC-PCR mostrando el mismo patrón de bandas en los 3 aislamientos ensayados.
Comentarios: Detectadas las bacteremias se suspendió la indicación de Enterogermina® en toda la institución. Se realizó un relevamiento de las indicaciones médicas y en ambos casos figuraba su administración por vía oral y en todos los reportes de enfermería figura administrada por tal vía. Si bien no se puede descartar 100 % un error en la infusión, sospechamos que la causa probable de la bacteriemia haya sido por translocación bacteriana. Cabe destacar la similitud de la ampolla de Enterogermina® con otras ampollas (Solución fisiológica y gluconato de calcio) lo que podría favorecer el error durante la infusión. Bacillus clausii puede ser dificultoso en su tratamiento pues suelen ser resistentes a múltiples drogas y grupos de ATB, lo que dificulta su manejo.

PE362 RESISTENCIA A COLISTIN EN *Klebsiella pneumoniae* PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS KPC: SECUELAS EPIDEMIOLÓGICAS DE UN BROTE EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

S Andino, JM Rebora, L Cusmano, J Farina, A Viteri, NA Diaz, M de Souza, N Zugasti, WE Cox Fernandez, S Arriola, M Ruiz, J Herrera, MC Ezcurra
UA Cesar Milstein, Argentina.

Introducción: El aumento de infecciones causadas por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenamasas KPC resistentes a colistin (Kp-KPC ColR) es un motivo de creciente preocupación, ya sea, por su impacto sobre la mortalidad, así como también, por la reducción de opciones terapéuticas eficaces y seguras.
Objetivo: describir el comportamiento clínico y las características microbiológico de las infecciones causadas por Kp-KPC ColR bajo los diferentes contextos epidemiológicos de un área crítica.
Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo y longitudinal donde se describieron las infecciones causadas por Kp-KPC durante el período 2011-2016 y se clasificaron según foco y frecuencia. Las muestras clínicas se agruparon según prevalencia anual en 2 gupos a analizar. Grupo 1 (brote 2014), grupo 2 (post brote 2015-2016). La resistencia a Colistin se comparó utilizando test de X2 (p:0.05) como método estadístico. La resistencia a Colistin (ColR) se determinó por método de E-Test utilizando los puntos de cortes propuestos en el CLSI y EUCAST. (>o = 4 ug/ml).
Resultados: Se analizaron 120 eventos clínicos por Kp- KPC durante los años 2011-2016 (n: 18, 16, 10, 38, 17, 21 respectivamente) con un total de 168 muestras analizadas, las más frecuentes fueron: hemocultivos (n: 47), respiratorio(n: 33) y urocultivos (n: 27). En el grupo 1 de 55 cepas, la resistencia a Colistin alcanzo el 45.5 % (25 c). En el grupo 2, de 64 aislamientos, la resistencia a Colistin se hallo en el 37.5 % (24c) sin cambios estadísticamente significativos entre ambos grupos (x cuadrado: 0.77; p: 0.37).

Discusión y conclusión: durante el periodo 2015-2016 (post brote), pese a la menor cantidad de eventos clínicos, la proporción de infecciones por Kp- KPC colR se mantuvo sin modificaciones estadísticamente significativas respecto a la epidemia del 2014. Esta secuela epidemiológica abre el interrogante sobre el rol que podría tener la transmisión cruzada desde pacientes colonizados por Kp- KPC colR. Resulta un desafío la implementar medidas eficaces para disminuir el impacto de la transmisión cruzada desde pacientes colonizados con Kp- KPC Rcol, en simultáneo, con políticas institucionales que nos permitan evitar el uso innecesario de Colistin en la práctica clínica.

PE363 PERICARDITIS PURULENTA SECUNDARIA A PERFORACIÓN AURICULAR POR CATÉTER DE HEMODIÁLISIS

J Fernandez, J Boccardo, P Ruiz, S Ferrari
Hospital Publico Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, Argentina.

Introducción: La colocación de catéteres centrales es un procedimiento ampliamente utilizado, pero no está exento de complicaciones, tanto mecanicas como infecciosas. Una de las más severas, es la perforación miocárdica con taponamiento pericárdico. A continuación reportamos un caso que presentó esta complicación, asociada a infección pericárdica.
Presentación del caso: Paciente de sexo femenino, de 35 años de edad, con antecedentes de nefrectomía unilateral por tumor renal. Presentó cuadro de insuficiencia renal cronica reagudizada que requirió hemodiálisis de urgencia y luego plan de hemdialisis trisemanal.
Un mes después, concurre a sesión de hemodiálisis habitual con dolor retroesternal constrictivo de 24 hs de evolución, irradiado a dorso, acompañado de pico febril de 38,5°c y disnea. Al iniciar hemodiálisis se obtiene liquido cetrino transcatéter, que se envía a cultivo junto a dos hemocultivos. Se realiza ecocardiograma de urgencia constatando catéter en aurícula derecha dirigido hacia pared lateral, por debajo de la inserción del velo lateral tricuspídeo asociado a derrame pericárdico moderado (saco anterior 16mm – saco posterior 20mm).
Se decide retirar catéter de hemodiálisis en quirófano, comenzando posteriormente tratamiento con cefepime y vancomicina, e ingresando en unidad coronaria para monitoreo. Dos horas después, se constatan signos de taponamiento cardiaco, se le practica pericardiocentesis, y mejorando parámetros hemodinámicos y autolimitándose el sangrado sin requerimiento de intervención quirurgica.
Se reciben hemocultivos y cultivo de líquido pericárdico con desarrollo de staphilococcus epidermidis. Por presentar buena evolución clínica, ecocardiograma dentro de la normalidad, se otorga alta medica, completando tratamiento antibiótico con vancomicina postdialisis durante 4 semanas.
Discusión: Hay descriptas dos formas de perforación cardíaca por cateterismos centrales: - Punción inmediata durante la canulación y - Perforación tardía (la más frecuente). Esta ocurre horas o días después de la inserción y se produce por cateter localizado en auricula derecha, con daño del endocardio en forma progresiva con cada contracción auricular; o migración del cateter por movimientos de cuello, cabeza o brazos; pudiendo lacerar cualquier estructura vecina. En el presente caso, probablemente, la perforación se produjo en forma tardía, ya que los síntomas aparecieron dias después de colocado el catéter. Lo interesante del caso descripto es que la paciente presentó fiebre, cultivo de líquido transcateter (pericárdico) y hemocultivos positivos para el mismo microorganismo, sumando el diagnóstico de pericarditis purulenta.
Conclusión: Con la presentación de este caso clínico queremos mostrar que si bien las complicaciones mecánicas asociadas a catéteres vasculares son infrecuentes, pueden ser devastadoras para el paciente. Destacar que esta descripta la perforación auricular con derrame pericárdico o taponamiento cardiaco, pero no hay bibliografía con infección pericárdica concomitante, lo cual implica un reto tanto diagnostico como terapéutico, que requiere alta sospecha clínica por parte del equipo multidisciplinario.

PE364 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA ADHERENCIA A LA HIGIENE DE MANOS EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

A Manse, N Balseiro, Y Bugallo, D Burgos, P Angeleri
Hospital General de Agudos P. Piñero, Argentina.

Introducción: La higiene de las manos (HM) se considera como la medida de prevención de las infecciones asociadas con el cuidado de la salud más eficaz y eficiente de todas las que se conocen hasta el momento. No obstante, el nivel de cumplimiento en todo el mundo sigue siendo insuficientes por lo que requiere de intervenciones multimodales que incluyan elementos clave como la educación y la motivación del personal.
Objetivos: • Identificar la proporción de profesionales que adhieren al cumplimiento de la HM en las de las áreas de internación del hospital. • Identificar diferencias entre los distintos profesionales del equipo de salud y enunciar posibles intervenciones para mejorar la adherencia.
Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte trasversal. Se realizaron un total de 288 observaciones del proceso de HM en el personal del equipo de salud de las áreas de internación (Población target) de los turnos mañana y tarde (muestra) en los meses de julio y octubre del 2016. Las observaciones fueron realizadas en ambas ocasiones por el equipo de enfermeras con entrenamiento utilizándose una herramienta confeccionada para tal fin. Se tomaron en cuenta para el estudio los momentos 1 y 4 de los 5 momentos de OMS. Se calcularon proporciones de adherencia (en %) y se compararon "Enfermeros vs. No enfermeros" para identificar las características de ambas poblaciones.
Resultados: Se observaron 151 y 148 procesos de HM en los meses de julio y octubre respectivamente. La adherencia global observada en el momento 1 fue 17,7 % mientras que y 57,1 % en el momento 4. Si consideramos algunos de los 2 momentos, la adherencia ascendió a 75 %.
Cuando se discriminó por grupos: enfermeros vs. no enfermeros (médicos y consultores) y se compararon ambos grupos entre ellos, el grupo de médicos y consultores presentaron adherencia sensiblemente menor que el grupo de enfermeros: en el momento 1 para el grupo de enfermería fue 26 % vs. 11,6 % para el grupo de médicos; en el momento 4 fue de 70 % vs. 48 % respectivamente.
Conclusiones: La valoración de la magnitud de la adherencia a nivel local respecto de instituciones similares resulta posible siempre y cuando se conozca la metodología exacta de medición de la HM para poder compararse. La observación del proceso en forma completa impide un adecuado mantenimiento del ciego por parte del observado, hecho que puede sesgar los resultados. La posibilidad de contar con un equipo de enfermeras con entrenamiento y tiempo para realizar este tipo de evaluaciones requiere de recursos, no siempre disponibles en nuestro medio.
Si bien la baja adherencia observada en los profesionales médicos en nuestra institución probablemente sea multicausal, la mayor adherencia entre los enfermeros, posiblemente refleje el permanente desarrollo y seguimiento de las actividades en este grupo por parte del plantel de Enfermeras en Control de Infecciones lo que implica la necesidad de extrapolar dichas estrategias al cuerpo médico para lograr mayor adherencia a la HM.

PE365 EPIDEMIOLOGÍA DE ENTEROCOCO RESISTENTE A VANCOMICINA Y EL IMPACTO LUEGO DE UN CAMBIO DE ESTRATEGIA EN LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

M Chumbita, F Pellice, R Contreras, M Bellantig, B Matus, M Fullana
hospital marcial quiroga, Argentina.

Introducción: El enterococo resistente a vancomicina (ERV) ha cobrado importancia generando un desafío clínico-terapéutico. Actualmente existe una gran controversia sobre el aislamiento de contacto en algunos microorganismos multiresistentes. Existe un aumento en los costos y en los efectos adversos no relacionados con infección. Calificando posiblemente como innecesaria la conducta de aislamiento de contacto para este germen.
Objetivos: Primario: evaluar el impacto en colonización e infección luego de un cambio en las normas de aislamiento. Secundario: conocer la epidemiologia local.
Materiales y métodos: Estudio retrospectivo-prospectivo y descriptivo de serie de casos; desde 01 de enero 2013 a 28 de Febrero 2017, incluyendo clínica médica, (CM), 70 camas cirugía (39) y unidades de cuidados críticos (UCC) 11 camas. Analizamos como colonizados aquellos con hisopado rectal y muestras de orina interpretadas como bacteriuria asintomática y el resto como infección. En nuestro nosocomio; a partir de septiembre de 2015, debido a datos iniciales que confirmaron alta prevalencia de ERV, se decidió suspender las medidas de aislamiento de contacto en los servicios de internado, excepto en las UCC donde se continuo el aislamiento. El análisis estadístico se realizó con el software INFOSTAT con análisis de distribución de frecuencias. Se realizó a través del test de Student, Chi cuadrado considerando significativa una p<0,05.

Resultados: La muestra n = 126, se distribuyó: 59.52 % pacientes colonizados y 40.47 % infectados. En los pacientes colonizados 81 % fueron hisopados rectales y el resto (19 %) bacteriurias asintomáticas. Como datos de relevancia 13 de los pacientes colonizados (17 %) presentaban enfermedad renal crónica como antecedente previo y el 33 % tuvieron alguna intervención quirúrgica. Antes de las nuevas normas de aislamiento los casos de colonización en los servicios (exceptuando UCC) fueron 19 casos (52 %) y luego de estas; 18 casos (46 %). Con respecto a las infecciones, hubo infección urinaria 37 % seguida por infección intraabdominal y bacteriemia; con el 27 %. El servicio con mayor infección fue clínica con 22 casos (43 %). Previo a las normas de aislamiento hubieron 16 infecciones; (2 de ellas con colonización previa) y posterior, 19 de los cuales solo 1 estaba colonizado. Tuvimos un total de 24 (47 %) fallecidos, de los cuales 12 (50 %) estaban internados en el servicio de clínica. En cuanto a UCC; y, considerando que no se realizaron modificaciones en las pautas de aislamiento, hubo durante el periodo estudiado un mayor número de colonizaciones luego de Septiembre 2015 (17 vs 21), e incluso dos casos más de infección.
Conclusión: Consideramos que el impacto de las nuevas estrategias de aislamiento de contacto no modifico en forma notable el número de infecciones en los servicio de internación. Ya que si bien aumentó el número total de infecciones en solo 1 teníamos el conocimiento de colonización previa. En las UCC, donde no realizamos modificación alguna, no hubo cambios, documentándose incluso más infecciones y colonizaciones, lo que fortalece aún más la decisión de interrumpir las normas de aislamiento de contacto en todo el hospital.

9 - Vacunas e inmunología

PE366 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH POR LA VACUNA ANTIGRIPAL

C Gatti Oddo, C Alderete Tommasi, MB Barros Meneses, J Castagnola, D Larrea, F Palacio, P Rodriguez, J Rojas, F Scarselletta, K Wolfschmidt
Hospital de Clinicas Jose de San Matin, Argentina.

Introducción: La púrpura de Henoch-Schönlein (HSP) es una enfermedad multisistémica que afecta piel, tracto gastrointestinal, articulaciones y riñones. La mayoría ocurre en niños, aunque se han reportado casos en adultos. Se caracteriza por púrpura no trombocitopénica, lesiones cutáneas palpables, especialmente en extremidades inferiores, pudiéndose extender a glúteos y abdomen, con artralgias, artritis, dolor abdominal con hemorragia gastrointestinal y alteraciones renales. Aunque su etiología es incierta, se reportaron agentes infecciosos, drogas y vacunas como desencadenantes.
Caso Clínico: Paciente femenina de 33 años de edad sin antecedentes de relevancia, comienza su enfermedad actual 15 días previos a la consulta, 24 horas luego de la aplicación de la vacuna antigripal, con aparición de máculas palpables eritematovioláceas no pruriginosas en miembros inferiores y superiores respetando plantas y palmas, y en abdomen en región umbilical e hipogastrio. Se asocia dolor abdominal de tipo cólico en hipocondrio derecho con irradiación a dorso y registros febriles. Agrega impotencia funcional de rodilla derecha con dolor e hinchazón, vómitos y deposiciones liquidas sin sangre. Se interna en clínica médica y se realizan pulsos de metilprednisolona. Se interpreta el cuadro como una probable vasculitis asociada a la vacuna antigripal, se indica metilprednisona 40 mg/día y se realiza biopsia de piel donde se evidencia patrón de vasculitis leucocitoclástica con inmunofluorescencia compatible con HSP. Evoluciona afebril, con mejoría gastrointestinal.
Discusión: La vacuna antigripal está incorporada al calendario con el objetivo de disminuir las complicaciones, hospitalizaciones, muertes y secuelas ocasionadas por el virus de la influenza en la población de riesgo. La seguridad de la vacuna está bien establecida, pero con el uso creciente han sido reportados un mayor número de eventos adversos, entre ellos HSP. En la mayoría de los casos es una enfermedad autolimitada, siendo la afectación renal la principal causa de morbimortalidad. Clínicamente, no existen anomalías de laboratorio específicas de la enfermedad y el HSP se diagnostica sobre la base de signos, síntomas y hallazgos histopatológicos. La paciente presentó HSP sin afectación renal luego de la aplicación de la vacuna, confirmado por anatomía patológica. Resuelve completamente el cuadro con la administración de corticoides. Es importante destacar que la paciente no tenía indicación para vacunarse. Se evaluó causalidad de la reacción adversa por el Algoritmo de Naranjo obteniéndose un puntaje de 6, catalogando la RAM como probable. Se realizó el correspondiente reporte al ESAVI.
Conclusión: Si bien son pocos los casos de HSP por la vacuna de la gripe es importante su reporte al Ministerio de salud a través del programa ESAVI debido al incremento en el uso de la misma. Es primordial la educación de la población en pos de recibir inmunización solo ante indicación médica, ya que el facultativo debe evaluar los factores de riesgo que la avalen, a fin de evitar los posibles efectos adversos graves que se pueden producir por la exposición innecesaria a la vacuna y los costes extras que tienen al sistema de salud.

PE367 VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN GRUPOS DE RIESGO EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN 2016

JC Bossio[1], I Sanchís[2], MA Rodríguez[3], JA Gili[3], H Jure[3]
[1] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [2] Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina. [3] Secretaría de Salud de Villa María, Córdoba, Argentina.

Introducción: La gripe es una enfermedad infecciosa, aguda y altamente contagiosa. La inmunización contra la gripe es una intervención de salud pública esencial para controlar tanto las epidemias estacionales como las pandemias de gripe. En Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación indica que cada año deben vacunarse contra la gripe las personas de mayor riesgo, es decir, embarazadas, niños de entre 6 meses y 2 años, personas que presenten enfermedades crónicas y personal de salud.
Objetivos: Describir la cobertura de vacunación antigripal alcanzada en 2016 en personas de grupos de riesgo que se atienden en servicios de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Villa María, Córdoba.
Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal en cinco grupos de riesgo de Villa María: personas con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), diabetes, índice de masa corporal (IMC) mayor a 40, embarazadas y mayores de 65 años del hogar de ancianos municipal. La información sobre las personas en cada grupo y su vacunación se obtuvo del Sistema ANGEL y del Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA). Se calculó la cobertura de vacunación en cada grupo y, para las embarazadas, por grupo de edad. Las coberturas se calcularon con su intervalo de confianza del 95 %, y se compararon con el test del Chi-cuadrado, considerando estadísticamente significativo un p<0,05. Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2016 y Epidat 3.1.1.
Resultados: Se analizaron 67 personas con EPOC, 162 con IMC>40, 640 diabéticos, 240 embarazadas y 28 residentes del hogar de ancianos municipal.
Las coberturas de vacunación antigripal más elevadas se encontraron en residentes del hogar de ancianos, 82,1 % (63,1; 93,9), y en embarazadas, 81,7 % (76,6; 86,8); sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (p = 0,95). La diferencia con el resto de los grupos fue estadísticamente significativa (p<0,001). En los diabéticos, la cobertura fue 57,0 % (53,1; 60,9). La diferencia con la cobertura en las personas con EPOC, 49,3 % (36,5; 62,0), no fue estadísticamente significativa (p = 0,2220). La menor cobertura se registró en las personas con IMC>40: 30,3 % (22,9; 37,6). La diferencia entre esta cobertura y la de las personas diabéticas y con EPOC fue estadísticamente significativa: p<0,001 y p = 0,0063, respectivamente. En las embarazadas, la cobertura fue similar en los distintos grupos de edad (p = 0,5392). Varió entre 77,8 % (57,7; 91,4) en las de 35-39 años y 87,8 % (80,1; 95,5) en las de 20-24 años. Además, de las 195 que se vacunaron, 13 (6,7 %), se colocaron la vacuna en el puerperio.
Conclusión: Solo las coberturas de vacunación en embarazadas y mayores de 65 años superaron el valor recomendado por la Organización Mundial de la Salud (75 %). En personas con EPOC, con IMC>40 y diabéticas fueron menores. Se recomienda fortalecer las acciones destinadas a mejorar las coberturas de vacunación antigripal especialmente en personas con IMC>40, EPOC y diabéticos para reducir el impacto de esta enfermedad.

PE368 COBERTURAS DE VACUNACIÓN ANTIGRIPAL EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS EN LA CIUDAD DE VILLA MARÍA, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN 2015 Y 2016

JC Bossio[1], I Sanchís[2], JA Gili[3], MA Rodríguez[3], H Jure[3]
[1] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) "Emilio Coni", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) "Carlos G. Malbrán", Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. [2] Cátedra de Epidemiología y Salud Pública, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas (FBCB), Universidad Nacional del Litoral (UNL), Argentina. [3] Secretaría de Salud de Villa María, Córdoba, Argentina.

Introducción: Aunque la mayoría de los casos de gripe se recuperan en una o dos semanas, en los niños pequeños, la infección puede conllevar graves complicaciones. La vacunación es la forma más eficaz de prevenir la infección y, en Argentina, está disponible en forma gratuita para todos los niños de seis meses a dos años de edad.
Objetivos: Determinar la cobertura de vacunación antigripal en niños de seis meses hasta dos años residentes en la ciudad de Villa María, Córdoba, Argentina.

Metodología: Se seleccionaron del Sistema Integral de Gestión de la Información de Programas de Salud (SIGIPSA) 13.095 vacunaciones realizadas entre el 1 de julio de 2015 y el 24 de enero de 2017 a residentes de Villa María, con fecha de nacimiento entre el 1 de enero de 2015 y el 29 de febrero de 2016. Para cada mes de nacimiento, se identificó el número total de nacidos vivos que recibieron por lo menos una vacuna, que fue empleado como denominador para el cálculo de las coberturas. Se estratificó a los nacidos por mes de nacimiento y se determinó la aplicación de las dos dosis de vacuna antigripal, en 2015, en los nacidos entre enero y abril, y, en 2016, en los nacidos entre mayo de 2015 y febrero de 2016. Se calculó el porcentaje de vacunación con la primera y segunda dosis de antigripal para los nacidos por mes de nacimiento. Para los nacidos en enero y febrero, se compararon las coberturas en 2015 y 2016 utilizando el test del chi cuadrado y se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con un p<0,05. Se utilizó el programa SIGIPSA para la obtención de los datos y los programas Microsoft Excel 2016 y Epidat 3.1 para el análisis de los resultados.
Resultados: Entre el 1 de julio de 2015 y el 24 de enero de 2017 recibieron por lo menos una vacuna 1.364 niños, nacidos entre el 1 de enero de 2015 y el 29 de febrero de 2016. Para los niños nacidos entre julio de 2015 y febrero de 2016, el porcentaje que recibió una dosis de vacuna antigripal varió entre 46,22 % para los nacidos en diciembre de 2015 y 67,05 % para los nacidos en febrero de 2016. Comparando las coberturas alcanzadas en enero y febrero de 2015 y 2016 se observa que en enero la cobertura fue mayor el primer año que el segundo (57,45 % y 56,60 %, respectivamente) y en febrero se dio la situación inversa (56,98 % y 67,05 %, respectivamente), aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas (p = 0,9043 y p = 0,1711, respectivamente). Las coberturas de aplicación de la segunda dosis de vacuna antigripal fueron más bajas en ambos años para los mismos meses, y variaron entre 24,42 % en febrero de 2015 y 44,32 % en febrero de 2016. En ambos meses, las coberturas fueron superiores en 2016 que en 2015; pero, esta diferencia fue estadísticamente significativa solamente en febrero (p<0,0001) y no en enero (p = 0,1687).
Conclusiones: Las coberturas de vacunación antigripal en niños de seis meses a dos años fueron bajas, aunque se observó un aumento en la aplicación de la segunda dosis de vacunación. La falta de protección con esta vacuna en un grupo de alta vulnerabilidad no solo aumenta el riesgo individual sino también el riesgo poblacional de mayor transmisión de la gripe.

PE369 SEROPREVALENCIA DE ANTICUERPOS DE HEPATITIS A EN UNA POBLACIÓN UNIVERSITARIA

C Tersigni[1 4], K Polansky[1], A Angelletti[1], U Fleitas[1], J Quintana Corvalan[1], S Giordano[1], L Delaplace[1 4], R Toro[1 2]
[1] Laboratorio de Salud Pública. Facultad de Ciencias Exactas- UNLP, Argentina. [2] Virología Clínica. Facultad de Ciencias Exactas. UNLP, Argentina. [4] Prácticas de laboratorio. Facultad de Ciencias Exactas. UNLP, Argentina. [4] Microbiología general. Facultad de Ciencias Exactas. UNLP, Argentina.

Introducción: La vacunación contra el virus de la Hepatitis A (VHA) es el método más eficaz y seguro de protección, confiriendo inmunidad a largo plazo. En Argentina la vacuna de la Hepatitis A fue incorporada en el calendario oficial en el año 2005 con un esquema de una sola dosis. Esta estrategia ha demostrado ser efectiva para disminuir los casos de Hepatitis A y el número de transplantes hepáticos por este virus. Es importante realizar la vigilancia epidemiológica para verificar que la protección de la protección de la población sea la adecuada a la largo de los años.
Objetivo: Evaluar la prevalencia de anticuerpos específicos anti-VHA, en población universitaria vacunada y no vacunada.
Material y métodos: Se incluyeron en el estudio todas las personas que concurrieron a un centro de testeo universitario durante los meses de mayo, junio y julio del 2016 y aceptaron participar en el estudio. Se registraron los datos de sexo, edad y fecha de la vacunación o de la infección natural. La determinación de la presencia de anticuerpos anti-VHA en suero se realizó por un método inmunoenzimático competitivo (Biokit, Bioelisa HAV)
Resultados: Se analizaron 127 muestras de suero de pacientes vacunados y no vacunados contra VHA. La prevalencia de género fue masculina, con 79 hombres (62,2 %) y 48 mujeres (37,8 %), mientras que el promedio de edades fue de 25 años con un rango de 18 a 64.De las 127 personas estudiadas 53 resultaron positivas (41,7 %), 65 negativas (51,2 %) y 9 dudosas (7,1 %). Al evaluar el conocimiento del estado inmunológico, 4 personas (3,1 %) manifestaron haber padecido la enfermedad, 11 (8,6 %) negaron haber recibido la vacuna, 48 (37,8 %) afirmaron haberla recibido y 64 (50,4 %) desconocían su situación. De los 4 pacientes que informaron haber cursado Hepatitis A viral aguda, el 100 % fueron seropositivos para VHA. En las personas que afirmaron estar vacunadas contra el virus de la Hepatitis A los resultados fueron discordantes en un 50 %. 64 pacientes desconocían su situación, de los cuales 26 obtuvieron muestras positivas (40,6 %), 34 negativas (53,1 %) y 4 dudosas (6,3 %). De los 11 pacientes que negaron haber adquirido inmunización, 6 fueron seropositivos (54,5 %) y 5 seronegativos (45,5 %).
Conclusiones: En base al análisis de los resultados, el 51 % de los sujetos de la muestra poblacional carecían de inmunidad para Hepatitis. La mitad de las personas (50,4 %) incluidas en este estudio no pudieron confirmar si habían recibido la vacuna y entre los que manifestaron haber recibido la vacuna un 50 % no poseían anticuerpos. Se debe remarcar que el dato de la vacunación se realizó a partir del cuestionario, por lo que creemos que este resultado se debe al desconocimiento de las personas sobre las vacunas recibidas y no a la falta de respuesta. La vacuna de la Hepatitis A se introdujo en el país en el año 2005 a niños de 11 años de edad, por lo que muchas de las personas incluidas en este estudio no recibieron la vacuna como parte del calendario oficial. Este dato es importante para comparar la seroprotección en futuros estudios que analicen las próximas cohortes.

Una publicación de S.A.D.I. FUNDACIÓN HUÉSPED PREVENCIÓN·CIENCIA·DERECHOS

actualizaciones en sida e infectología

ISSN 1852-4001 EDICIÓN EN LÍNEA

buenos aires . volumen 25 . suplemento 1. junio 2017

Comité de Redacción

DIRECTORES

Pablo Bonvehí
Sociedad Argentina de Infectología

Pedro Cahn
Fundación Huésped

DIRECTORES ADJUNTOS

Gustavo Lopardo
H. M. Prof. Dr. Bernardo Houssay /FUNCEI

Héctor Pérez
H. G. A. Dr. Juán A. Fernández

SECRETARIA DE REDACCIÓN

María Belén Bouzas
Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz

Esteban Nannini
Facultad de Ciencias Médicas – UNR

DIRECTOR DE EDICIÓN

Guillermo Prado

Comité Editor

Jorge Benetucci
Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz.

Isabel Cassetti
Centro Médico Helios Salud. FUNCEI.

Liliana Clara
Hospital Italiano de Buenos Aires.

Ricardo Durlach
Hospital Alemán.

Ernesto Efrón
Hospital Británico de Buenos Aires.

Kurt Frieder
Fundación Huésped.

Mar Lucas Gómez
Fundación Huésped

María B. Lasala
Hospital de Clínicas José de San Martín.

Ignacio Maglio
Comisión de Ética y DD.HH.
para la Investigación Biomédica.
Ministerio de Just. Seg. y DD.HH.

Tomás Orduna
Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz.

Daniel Pryluka
H. G. A. Dalmacio Vélez Sarsfield

Horacio Salomón
Centro Nacional de Referencia para el Sida.
Facultad de Medicina. UBA.

Omar Sued
Fundación Huésped

Daniel Stamboulian
FUNCEI

Comité Asesor Científico

Ignacio Aguirre
Javier Altclas
Germán Ambasch
Alicia Arechavala
Maria Mercedes Ávila
Laura Barcan
Guillermo Benchetrit
Rosa Bologna
Ana Bordenave
Raúl Bortolozzi
Miriam Bruno
Liliana Calanni
Mariana Ceriotto
Bonaventura Clotet, España
Alejandra Compagnucci, Francia
Jorge Contarelli
Alejandra Corso
Lucía Daciuk
Daniel David
Lautaro De Vedia
Marcelo Del Castillo
Carlos Del Rio, Méx/EE.UU.
María Cecilia Dignani
Ricardo Durlach
Amado Esposto
Carlos Falistoco
Fabian Fay
Cristina Freuler
Marcelo Galas
Fabiana Garcia
José María Gatell, España
Jorge Gentile
Adriana Giri
Manuel Gómez Carrillo
Silvia González Ayala
Julio González Montaner, Canadá
Ernesto Iliovich
Abel Jasovich
Jaime Kovensky
Héctor Laplumé
Damián Lavarello
Jorge Levalle
Gabriel Levy Hara
María José López Furst
Florencia Luna
Sergio Lupo
Francisco Maglio
Andrea Mangano
Cristina Miglioranza
Claudia Nagel
Liliana Martínez Peralta
Angel Minguez
José Luis Montes
Alejandra Monticelli
Adrián Morales
Jorge Pérez Ávila, Cuba
Mónica Petracci
Raquel Pemoff
Gastón Picchio, EE.UU.
Daniel Podzamczer, España
Teresita Puentes
Jorge Quarleri
Carlos Remondegui
Viviana Rodriguez
Beatriz Ruibal
Jorge San Juan
Mónica Saracco
Vilma Savy
Luisa Sen
Pablo Scapellato
Daniel Stecher
Liliana Stern
Luis Soto Ramirez, México
Ricardo Teijeiro
Alejandra Valledor
Claudia Vujacich
Mark Wainberg, Canadá
Carlos Zala
Jorge Zirulnik

Propietarios y editores responsables
Fundación Huésped. E-mail: fhuesped@huesped.org.ar - www.huesped.org.ar. Sociedad Argentina de Infectología. E-mail: secretaria@sadi.org.ar - www.sadi.org.ar.

Dirección: Fundación Huésped. Pje. Ángel Peluffo 3932 (Alt. Medrano al 100). C1202ABB, CABA. República Argentina. TE: 54 11 4981-1828/2071 - Fax: 54 11 4981-1855. E-mail: asei@huesped.org.ar

RNPI en trámite - ISSN 2314-3193.

Actualizaciones en Sida e Infectología se publica en formato digital en el sitio web **infectologia.info**, cuatro veces por año en los meses de Abril, Junio, Agosto y Noviembre. Las opiniones expresadas y las declaraciones efectuadas en los artículos, editoriales u otro material contenido en esta publicación y firmados expresan exclusivamente la opinión de sus autores y no necesariamente la de los Propietarios. No están avaladas por ellos ni constituyen la política oficial de los Propietarios, los que no tienen obligación alguna respecto a las mismas. La publicación de un anuncio en esta revista no implica aprobación, garantía ni promoción del producto publicitado ni de su proveedor por parte de los Propietarios.

En cumplimiento de las disposiciones vigentes, los Propietarios aclaran que la difusión de la informción referida a productos farmacéuticos, está destinada a profesionales facultados para prescribir o dispensar medicamentos.

ISSN 1852-4001 edición en línea

buenos aires . volumen **25** . suplemento **1** . junio **2017**

actualizaciones EN SIDA E INFECTOLOGÍA

XVII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2017

XVII CONGRESO SADI
JUNIO 2017 | MAR DEL PLATA | ARGENTINA

Sumario

1. Índice de resúmenes
29. Índice por autor
46. Orales destacados
50. Orales
74. Pósters con discusión
102. Pósters electrónicos

Una publicación de S.A.D.I.

FUNDACIÓN HUÉSPED
PREVENCIÓN·CIENCIA·DERECHOS