

ASEI

ACTUALIZACIONES EN SIDA E INFECTOLOGÍA

Buenos Aires, volumen 27,
suplemento 1, octubre 2019

XIX Congreso

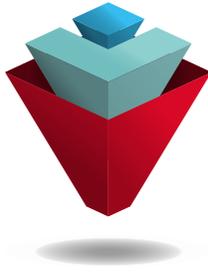
Sociedad Argentina de Infectología 2019

Sumario

- 1. Índice de resúmenes
- 29. Índice por autor
- 44. Orales destacados
- 49. Orales
- 90. Posters electrónicos



S.A.D.I.



BIKTARVY®

Comprimidos de 50 mg de Bictegravir/200 mg de emtricitabina/25 mg de alafenamida de tenofovir



LA BELLEZA DE LAS POSIBILIDADES



Para más información
sobre BIKTARVY®
visite www.gador.com.ar

Biktary está indicado para el tratamiento de adultos infectados con virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1), sin evidencias presentes o pasadas de resistencia viral a la clase de los inhibidores de la integrasa, emtricitabina o tenofovir¹.

1. Prospecto de BIKTARVY®, fecha de última revisión ANMAT: Feb-2019.



© Gilead Sciences Inc. Todos los derechos reservados. Biktary® y el logo de Biktary® son marcas registradas de Gilead Sciences Inc. o de sus compañías afiliadas.



Índice de resúmenes

Orales destacados

- OD001 Bacteriemia por enterobacterias en pacientes con cáncer: etiología, características clínicas y evolución según el perfil de resistencia antibiótica. Datos del registro ROCAS** 44
Herrera F, Laborde A, Baldoni N, Jordán R, Roccia Rossi I, Valledor A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Pereyra M, Lambert S, Carena A, Gonzalez Ibañez M, Torre V, Pinoni M, Inwinkelried E, Benso J, Luck M, Iglesias C, Tula L, Pasterán F, Corso A, Nicola F, García Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Vilches V, Blanco M, Torres D.
- OD002 Vigilancia de infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* en población pediátrica** 44
Del Valle Delgado G.
- OD003 Infección por el virus de la hepatitis E en mujeres embarazadas de Córdoba, Argentina** 45
Pisano MB, Tissera G, Lardizabal MC, Torres SB, Fantilli AC, Martínez Wassaf MG, Venezuela F, Capra R, Balderramo DC, Travella C, Ré VE.
- OD004 Utilidad de la PCR del gen 16S ARN ribosomal seguida de secuenciación en el diagnóstico de las infecciones protésicas articulares** 45
Traglia G, Tosello C, Arévalo G, Zubeldía Brenner L, Repetto S, Barberis C, Vay C, Ivalde F, Melo M, Pueyrredon H, Ottolenghi J, Ferrero A, Stecher D.
- OD005 Validación diagnóstica de dos pruebas rápidas para el tamizaje de la infección por *Trypanosoma cruzi* en cuatro localidades de Salta y un centro de CABA, Argentina** 46
Lopez Albizu C, Danesi E, Piorno P, Fernandez M, Guilera A, García Campos F, Serrano P, Cardozo A, Herrero C, Scollo K, Crudo F.
- OD006 Brotes de sarampión en Argentina durante 2018 por múltiples introducciones** 46
Baumeister E, Elbert G, Pontoriero A, Avaro M, Benedetti E, Czech A, Pardon F, Machicado E, Russo M, Lopez Yunes M, Biscayart C.
- OD007 Beneficio de las técnicas rápidas para el procesamiento de hemocultivos positivos en pacientes hospitalizados** 46
Mañez NS, Barcán L, Greco G, Stanek V, Losada C, Benso J, Alderete M, Visus M, Alexander V, Smud A.
- OD008 Evaluación del impacto de la vacuna en la incidencia de varicela en Tucumán, Argentina** 47
Barrenechea GG, Bastos LS.
- OD009 Situación de la tuberculosis multirresistente en Argentina, 2016-2017** 47
Fernández H, Arias S, Mordini N, Gómez L, Bossio JC.
- OD010 Análisis del consumo de antibióticos en usuarios adultos de un sistema integrado de salud (prepaga) asociado a un hospital de alta complejidad** 48
Quirós RE, Escobar E.

Orales

1 - Vacunas e inmunología

- OR001 Vacunación antineumocócica en adultos internados. Rol del médico en el cumplimiento de la indicación** 49
Castro P, Londoño Y, Brey H, Videla H, Álvarez F, Gulo M, Saucedo D..
- OR002 Eventos adversos severos asociados a la vacuna contra fiebre amarilla en mayores de años** 49
Iglesias DE, García Allende N, Risso Patrón A, Paz S, Antezana Trigo I, Sánchez A, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodríguez V.
- OR003 Estrategia para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola: Campaña Nacional de Seguimiento** 50
Elbert G, Lopez Yunes M, Katz N, Zigrino T, Juárez MV, Rancaño C, Neyro S, Pasinovich M, Rapaport S, Lucconi V, Iglesias M, Stecher D, Mele D, Torrilla P, Alvarez MS, Saralegui M, Iriarte G, Monti A, Magariños M, Biscayart C.
- OR004 Vacunación de embarazadas en argentina: perfil de seguridad** 50
Katz N, Rapaport S, Neyro S, Elbert G, Stecher D, Rancaño C, López Yunes M, Juárez MV, Pasinovich M, Lucconi V, Iglesias M, Cañete J, Biscayart C.
- OR005 Descripción de la prevalencia de vacunación del paciente internado en el Servicio de Clínica Médica en un hospital general de agudos** 50
Aranda MJ, Poggio L, Pantano V, Abusamra L, Rolón MJ, Pérez H.
- OR006 Aceptación de la indicación de vacuna antihepatitis B en el marco de una campaña de concientización acerca de su importancia** 51
Falco IA, Bastianelli C.
- OR007 Experiencia en vacuna de fiebre amarilla y sus eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización (ESAVI) en un centro de referencia de la Ciudad de Buenos Aires** 51
Rotllant V, Zarra JA, Falcone C, Romano M, Cusmano L.
- OR008 Vigilancia de ESAVI secundarios a vacunación de fiebre amarilla** 52
Glasman MP, Greco D, Tortoriello A, Deluca M, Lopardo G.
- OR009 Baja prevalencia de anticuerpos protectores contra sarampión en adultos jóvenes en Argentina** 52
Bissio E, Biscayart C, Cisneros V, Pérez Carrega ME, Cassetti I, Montes JL.
- OR010 EL cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en los ingresantes en un instituto superior de formación técnica** 53
Arce MB, Cocozzella JP, Bampi MC, Gullo M, Gimenez Villalba MF, Gonzalez Ayala SE.

2 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

- OR011 Colonización en pacientes internados en unidad de terapia intensiva pediátrica: frecuencia, epidemiología y progresión a infección** 54
Matteucci E, Velasco C, Dondoglio P, Pasinovich M, Juárez X, Echave C, Delgado M, Meregalli C, Aprea V, Pereda R, Varela A, Kuzawka M, Cancellara A.
- OR012 Rhinovirus como causa de hospitalización en niños con ira** 54
Vidal ME, Spoleti MJ, Sciola G, Vidal ME, Moses R, Ruiz F, Gorosito M.
- OR013 Osteomielitis en pediatría** 54
Juárez X, Delgado M, Dondoglio P, Echave C, Pasinovich M, Velasco C, Mateucci E, Varela A, Cancellara A.

- OR014 Reacciones adversas a fármacos antituberculosos en pediatría: estudio comparativo 2012-2013 vs. 2017-2018** 55
Pérez MG, Ferraro D, Highton E, Taicz M, Brizuela M, Dell'Orso M, Rousseau M, Izaguirre MJ, Reijtmán V, Berberian G, Bologna R.
- OR015 Impacto de la implementación de un protocolo para el manejo de pacientes en el contexto de un brote de meningitis aséptica por enterovirus** 55
Falco IA, Schamún M, Aguilera A, Rapetti G.
- OR016 Análisis de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* en el contexto de la aparición de un alerta epidemiológico: experiencia en un centro pediátrico de referencia** 56
González SE, Ruvinsky S, Voto C, Reijtmán V, Isasmendi A, Blanco A, Mastroianni A, Pinhero J, Hernandez C, Bologna R.
- OR017 Resultados de la oferta de testeo y tratamiento para parejas sexuales de gestantes con sífilis asistidas en una maternidad de la Zona Norte del Gran Buenos Aires: impacto en la reinfección** 56
Barris M, Figueras L, Silenzi V, Conesa A, Daneri J, Abojer L, Carro C, Zala C.
- OR018 Variables clínicas asociadas a resistencia a la vancomicina en niños con bacteriemia por *Enterococcus* spp** 57
Pérez MG, Mussini S, Taicz M, Arias AP, Reijtmán V, Voto C, Mastroianni A, Sormani MI, García E, Rosanova MT, Bologna R.
- OR019 Sífilis gestacional y congénita en una maternidad de tercer nivel** 57
González DJ, Villa L, Loyola S, Sosa L, Mercado C, Higa V, Fissore J, Asis E.

3 - Infecciones generales en adultos

- OR020 Colonización por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad y factores predisponentes en un grupo de reclutas ingresantes a una institución militar** 58
Chedrese PN, Mutti SL, Pelozo PA, Ayala NB, Micucci N, Blanco G, Lorenzini A, Soubelet M, Maurizi D.
- OR021 Incidencia y factores relacionados a la evolución y resolución de la enfermedad asociada a *Clostridioides difficile* en el adulto mayor** 58
Beltramo C, Teglia O, Nogueras M.
- OR022 Altos niveles de ADN libre circulante están en fuerte relación con una evolución desfavorable en pacientes sépticos** 59
Moiana M, Cunto E, Aranda F, Chediack V, Domínguez C, Peres S, Chamorro J, de Larrañaga G.
- OR023 Prevalencia de resistencia antibiótica en bacteriemias por *Escherichia coli* en un hospital de comunidad en adultos hospitalizados mayores de 65 años. Revisión años 2014-2018** 59
Michelud C, Salmeron Olsina A, Gordóvil M, de Wouters L, Vallejo M.
- OR024 Rol del virus sincicial respiratorio en una cohorte de adultos mayores** 60
Cooke B, Obed M, Romandetta A, Spinelli N, Alzogaray M, Chaparro G, Galeano L, Alcorta B, Balbuena J, Russo M, Avaro M, Czech A, Benedetti E, Pontoriero A, Baumeister E, Mykietiuik A.
- OR025 Reporte de 29 casos de enterobacterias productoras de OXA-163 en un hospital general de agudos de CABA** 60
Jaume M, Flor Montero M, Amaya MP, Sisto A, Abusamra L, Errecalde L, Pasteran F, Aranda MJ, Rolón MJ, Pérez H.
- OR026 Bacteriemia por *Staphylococcus aureus* e incidencia de endocarditis infecciosa. ¿Siempre debemos hacer ecocardiograma y buscar embolias?** 61
Núñez S, Martínez M, Serruto G, Zárate MS, Verón MT.
- OR027 Diagnóstico de sífilis en mujeres transgénero en una clínica de VIH e infecciones de transmisión sexual en un hospital público** 61
Ballivian J, Ivalo S, Viloria G, Burgoa P, Touceda B, Ebensrtejin J, Losso M.
- OR028 Abscesos hepáticos por *Klebsiella pneumoniae* hipermucoviscosa: enfermedad emergente también en Argentina** 62
Nannini E, Lahitte M, Scapellato P, Nemirovsky C, Zylberman M, Vila A, Marchiaro P, Limansky A, Rinaudo M.

4 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud

- OR029** **Profilaxis antibiótica precesárea: cuando trabajar fuera de las guías se transforma en una regla** 63
Favier P, Raffo C, Torres D, Sábato S, Serio E, Campuzano F, Pérez J, Lovigné M, Luzi S, Moriya M, Macchi A, Zavala M.
- OR030** **Restricción programada de cefalosporinas de tercera generación: una estrategia contra los bacilos gram negativos productores de β -lactamasas tipo AmpC** 63
Favier P, Raffo C, Torres D, Sábato S, Serio E, Pérez J, Lovigné M, Luna R, Kumar L, Pérez D, Macchi A.
- OR031** **Neumonía asociada a los cuidados de la salud y factores asociados a mortalidad** 64
Sanchez Thomas D, Lopardo GD, Fridman D, Raimondo E, Alborno H, Lopardo A, Bagnulo H, Goleniuk D, Sanabria M, Stamboulian D.
- OR032** **Intervención multimodal para aumentar la adherencia al lavado de manos en un hospital municipal de CABA: reporte de resultados preliminares** 64
Gismondí M, Marcelo G, Aranda MJ, Sisto A, Abusamra L, Agüero D, Olazar G, Rolón MJ, Pérez H.
- OR034** **Estudio multicéntrico de adherencia a la profilaxis quirúrgica y sus determinantes en instituciones de salud de la Argentina** 65
Rodríguez VM, Clara L, Colque A, Vizca Klajn D, Nemirovsky C, Angeleri P, Herrera MP.
- OR034** **¿Qué papel juega la portación de enterobacterias productoras de carbapenemasas en adultos mayores internados en instituciones geriátricas?: estudio multicéntrico** 65
Favier P, Carrión N, Martins R, Serio E, Galindo I, Torres D, Raffo C.
- OR035** **Colonización en dispositivos celulares móviles en una Unidad de Terapia Intensiva de un hospital de CABA** 66
Farbman MA, Balseca J, Abusamra L, Sisto A, Herrera V, Aranda MJ, Cogut S, Rolón MJ, Pérez H.
- OR036** **Tuberculosis en trabajadores de la salud** 66
Ciappina A, Echaide M, Urbina L, Romero R, Tejada N, Bobatto A, Bechini F, Iriart J, Corral G, Hualde M, Miglioranza C, Luz A.
- OR037** **Restricción y validación de PCR para una vigilancia de KPC más costo efectiva** 67
Burokas S, Salazar E, Gimenez C, De Matos Lima S, Staneloni M.

5 - Enfermedades endémicas emergentes y medicina del viajero

- OR038** **Síndrome cardiopulmonar por hantavirus: experiencia en Cuidados Intensivos** 68
Saul P, Gregori Sabelli R, Chediack V, Mammoliti G, Dominguez C, Nano M, Cortez E, Bocassi A, Caceres S, Lamberto Y, Velasquez P, Cunto E, Nogueras C.
- OR039** **Sífilis anorrectal: una entidad subdiagnosticada. Casuística de un hospital público de C.A.B.A.** 68
Cipollone S, Svidler López L, López Aquino D, Sidra GL, Cabrini M, Ventura MF, Cordero Muñoz M, Pérez HM, Pastore RLO.
- OR040** **Enfermedades al regreso de un viaje: 5 años de experiencia (2013-2017)** 69
Cutraro F, Echazarreta S, Falcone C, Garro S, Gonzalez G, Lloveras S, Fernandez M, Enzenhofer M, Orduna T.
- OR041** **Once años de hantavirus en la provincia de Santa Fe, área endémica de Argentina** 69
Ottonelli M, Befani Bernal J, Ferrer MF, Galatti F, Brazza S, Detarsio F, Moreno S, Villani M, Cudos MC.
- OR042** **Tolerancia y seguridad del benznidazol en pacientes adultos con enfermedad de Chagas: experiencia en cuatro centros públicos de CABA** 70
Otreras A, Carro N, Chadi R, Galetar J, Szlain M, Rodriguez Brieschke M, D'Alessandro D, Errea S, Bottaro E, Scapellato P.
- OR043** **Situación de la tuberculosis en Argentina, 1980-2017** 70
Fernandez H, Bossio JC, Arias S, Radosevich A, Luque G, Armando G, Wettstein M, Nilva G, Mordini N, Gómez L, Moncagatta T, Hussein L, Rivero M, López R, Natiello M, Acuña A, Angueira L, Araoz C, Chernomoretz M, Ioannoy S.
- OR044** **Brote de linfogranuloma venéreo, un año de estudio** 71
Rodríguez Fermepin M, Entrocassi AC, Büttner KA, López Aquino D, La Rosa L, Svidler López L.

- OR045** Descripción de casos de fiebre hemorrágica Argentina en la provincia de Santa Fe en el período 2016-2018 71
Ferrer MF, Ottonelli M, Detarsio F, Brazza S, Galati F, Moreno S, Cudós C, Befani Bernal J.
- OR046** Programa Nacional de Chagas (PNCH) de la Argentina: dónde estamos y hacia dónde vamos 71
Angeleri P, Brandt L, Hernández R, Basilio M, Provecho Y, Gioco A, Mozzone D, Burgos M.
- OR047** Transmisión interhumana en brote por hantavirus: intervenciones de control. Argentina, 2018-2019 72
Serrat V, Bentancourt C, Iturra A, Serrat V, Torres M, Levite J, Strella T, Elías J.

6 - Inmunocomprometidos no VIH y trasplantes

- OR048** Factores de riesgo para bacteriemias por enterobacterias resistentes a carbapenemes en pacientes con cáncer: resultados del registro ROCAS 73
Herrera F, Laborde A, Torre V, Jordán R, Roccia Rossi I, Valledor A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Pereyra M, Lambert S, Carena A, Gonzalez Ibañez M, Baldoni N, Pinoni M, Inwinkelried E, Benso J, Luck M, Racioppi A, Tula L, Pasterán F, Corso A, Nicola F, García Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Vilches V, Blanco M, Torres D.
- OR049** Betalactámicos/inhibidores de betalactamasa versus carbapenemes para bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en pacientes con enfermedades oncohematológicas 73
Santonato D, Argüello F, Coppola A, Inwinkelried E, Lovano F, Suchowiercha N, de la Parra G, Aguilera K, Nuccetelli Y, Angeletti V, Yantorno ML, Roccia Rossi I.
- OR050** "Enfermedad de Chagas e inmunosupresión en Reumatología": resultados preliminares de un estudio longitudinal 74
Ringer A, Rechimont A, Cuadranti N, Ruffino JP, Vandale JM, Rolla I, Achilli C, Martinez F, Argento C, Cortese N, Palatnik M, Gonzalez F, Villar S, Pacini F, Lagrutta M, Svetaz MJ, Cordoba L, Zafra M, Gambande T, Sciaratta P, Leiva R, Perez AR, Bottasso OA, Aguila D, Abdala M.
- OR051** Infección por virus sincicial respiratorio en pacientes tratados con ribavirina oral: impacto clínico y evolución en neoplasias hematológicas comparados con trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas 74
Herrera F, Losada C, Salgueira C, Carena A, Valledor A, Espinel D, Fernández M, Bonvehí P, Barcán L, Eusebio M, Altclas J, Videla C, Frecha C, Cañete M, Méndez L, Jordán R.
- OR052** Tratamientos acortados para bacteriemias por enterobacterias en pacientes con cáncer: menos es posible 75
Herrera F, Carena A, Bonvehí P, Temporiti E, Jorge L, Nicola F, Zerboni S, Rearte A, Bues F, Torres D.
- OR053** Etiología, perfil de resistencia e impacto en la mortalidad de episodios de bacteriemia en pacientes neutropénicos: diferencias entre el primer evento y subsiguientes 75
Herrera F, Laborde A, Jordán R, Roccia Rossi I, Guerrini G, Valledor A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Torres D, Gonzalez Ibañez M, Pinoni M, Inwinkelried E, Luck M, Racioppi A, Nicola F, García Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Pasterán F, Corso A, Carena A.
- OR054** Análisis de infecciones por enterobacterias portadoras de carbapenemasas en relación a portaciones de pacientes internados oncohematológicos 75
Cudmani NM, Rodríguez Raimondo M, Fonio Mermet S, Logwiniuk C, Figueroa F, Delgado G, Caro C, Barrenechea G.
- OR055** Infección respiratoria baja por virus respiratorios en pacientes con neoplasias hematológicas y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas: comparación de características e impacto clínico 76
Zerboni S, Rearte N, Bues F, Carena A, Querci M, Bonvehí P, Temporiti E, Videla C, Romano V, Echavarría M, Herrera F.
- OR056** Infección fúngica invasora en pacientes oncohematológicos: epidemiología, características clínicas y evolución 76
Bues F, Herrera F, Relloso S, Torres D, Sánchez Thomas D, Temporiti E, Zerboni S, Rearte A, Bonvehí P.
- OR057** Tuberculosis postrasplante de órgano sólido: experiencia de 12 años en un hospital de alta complejidad de Argentina 77
Andres P, Fernández A, Madsen E, Rodríguez A, Nagel C.

7 - Antimicrobianos

- OR058 Resistencia a colistin en enterobacterias aisladas de pacientes ambulatorios** 78
Corbella SM, Marino L, Elvas MG, Melito G.
- OR059 Tratamiento de apendicitis agudas, sin quinolonas: adherencia, impacto en la evolución clínica, consumos y costos** 78
Pessacq P, Otermin F, Farina J, Cremona A, Martínez Mónaco ME, Corvalan M, De Oliveira Santos R.
- OR060 Uso racional de antimicrobianos en Argentina: análisis de la prescripción médica en patologías prevalentes** 79
Pessacq P, Berrueto L, Rey M, Torre V, Baldoni N, Fernandez NA, Mauro J, Otermin F, Farina J, Cremona A, Bertoni G, Mykietiuik A.
- OR061 ¿Cumplimos el objetivo de farmacocinética y farmacodinamia en pacientes críticos que reciben antibióticos betalactámicos?** 79
Maurizi D, Maurizi D, Lamponi Tappatá L, Fuks V, Lamot L, Petasny M, Dietrich P, García Kraemer P, Spadaro ML
- OR062 Implementación de un programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en unidades de cuidados intensivos de adultos de Latinoamérica** 80
Quirós R, Bardossy A, Aleman Espinoza W, Angeleri P, Carneiro M, Castañeda Luquerna X, Cuellar Ponce de Leon L, Guerra A, Guerra S, Medina J, Munita J, Vega S, Zurita J, Maki G, Prentiss T, Escobar E, Zervos M, Grupo Proyecto PROA

8 - Infección por VIH, otros retrovirus y hepatitis virales

- OR063 Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adultos infectados por VIH revinculados al sistema de salud en Argentina** 81
Cecchini D, Mandell L, Rodriguez V, De La Rosa A, Abbamonte J, Sued O, Cassetti I, Cahn P, Weiss S, Jones D.
- OR064 Análisis de carga viral mutacional de cuasiespecies portadoras de resistencia a inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa en embarazadas naive infectadas por VIH-1** 81
Castro GM, Sosa MJ, Sosa MP, Muñoz F, Lescurat MP, Borda MA, Moreno C, Pisano MB, Barbas MG, Re VE
- OR065 Caracterización del perfil molecular y detección de variantes asociadas a resistencia a antivirales en pacientes de la provincia de Córdoba con hepatitis b aguda. Período 2015-2017** 82
Castro GM, Sosa MJ, Sosa MP, Muñoz F, Lescurat MP, Borda MA, Moreno C, Pisano MB, Barbas MG, Re VE.
- OR066 Uso de detección rápida de linfocitos T CD₄⁺ Alere Pima™ para el manejo de infecciones oportunistas en pacientes con VIH** 82
Marconi LF, Botto MA, Marconi F, Gomez C, Pedrola M, Agostini M, Lupo S.
- OR067 Rol del cociente CD4/CD8 como marcador pronóstico de progresión del VIH en pacientes bajo TARV** 82
Angarola MA, Lupo S, Angarola E
- OR068 La expresión elevada de PD-1 junto a una capacidad de diferenciación alterada en los LT CD4⁺ durante la infección aguda correlaciona con mayor disfunción inmune y persistencia viral en individuos luego de iniciado el tratamiento** 83
Salido J, Czernikier A, Trifone C, Figueroa MI, Fernández JA, Sued O, Salomón H, Laufer N, Ghiglione Y, Turk G.
- OR069 Galectina-1 promueve la reactivación de latencia del virus de la inmunodeficiencia humana** 83
Rubione J, Duette G, Perez P, Pereyra Gerber P, Salido J, Pascuale C, Cagnoni A, Mariño K, Sued O, Laufer N, Lewin S, Rabinovich GA, Ostrowski M.
- OR070 Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA** 84
Bruno M, Duran A, Vulcano S, Nardi S, Hirsch C, Hojman M, Serantes D, Fernandez Cabanilla G, Portnoy F.
- OR71 Aumento de la sífilis en la argentina. Una alerta para la salud pública** 84
Aquila S, Torales G, Giovacchini C, Wainziger T, Pennini V, Armendaraz S, Adaszko A, Angeleri P, Rodriguez C.

9 - Diagnóstico microbiológico

- OR072 Factores de virulencia y multiclonalidad en aislamientos clínicos hiper mucoviscosos de *K. pneumoniae* productores de KPC** 85
Vargas JM, Moreno Mochi MP, Nuñez JM, Cáceres M, Mochi S, Del Campo R.
- OR073 Evaluación del impacto económico de la implementación de espectrometría de masas aplicada a la práctica diaria del Laboratorio de Microbiología de hospitales públicos** 85
Caro FC, Cudmani D, Delgado G, Mochi S, Fernández SM, Assa J, Flores S, Basco L, Farfán V, Cudmani N.
- OR074 Diseminación clonal hospitalaria de *Klebsiella pneumoniae* ST25 productora de KPC-2 en un hospital escuela, en el norte de Argentina** 85
Moreno Mochi MP, Vargas JM, López C, Nuñez JM, Mochi S, Cáceres M, Jure MA.
- OR075 Emergencia de *Aspergillus fumigatus* resistentes a los azoles en Argentina** 86
García-Effron G, Macedo D, Brito Devoto T, Leonardelli F, Isla G, Cuestas L, Córdoba S.
- OR076 Aplicación de una técnica molecular en la identificación de subespecies del complejo *Mycobacterium tuberculosis* desde cultivo en medio líquido en un hospital pediátrico** 86
Abel S, Izaguirre M, Venuta ME, Melero S, Hernandez C.
- OR077 Detección de rinovirus y metapneumovirus en pacientes pediátricos sin diagnóstico viral e infección respiratoria aguda grave** 87
Lerman AS, Figari A, Macías Lainez V, Navarro Albarracín F, Uez O.
- OR078 Detección mutaciones en el gen 23S ARNr asociadas a resistencia a macrólidos en *Treponema pallidum*: un problema en aumento** 87
Gallo Vaulet ML, Schenfeld M, Gallo Vaulet L, Losada M, Melgar A, Famiglietti A, Rodríguez Fermepin M.
- OR079 Rol de distintos métodos diagnósticos de leishmaniasis tegumentaria americana en el Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IET) – Unsa. Oran. Salta** 88
Portal G, Cimino R, Krolewiecki A, Gil J, Flores G, Avelaño R, Díaz R, Quipildor M, Cajal SP.
- OR080 *Streptococcus grupo bovis*: nuevos aspectos clínicos y epidemiológicos de la bacteriemia** 88
Almuzara M, de Gregorio S, Cittadini R, García S, del Castillo M, Famiglietti A, Stecher D, Foccoli M, Vera Ocampo C, Vay C.
- OR081 Implementación de PCR Multiplex para meningitis en pediatría: utilidad en la toma de decisiones terapéuticas en meningitis por enterovirus** 88
Sciara M, Sfalcin J, Olivera N, Sciacaluga S, Flynn L, Fay M.
- OR082 Implementación de un método de diagnóstico rápido combinado para la detección VIH y sífilis en una clínica de salud sexual de la ciudad de Buenos Aires** 89
Ballivian J, Viloria G, Ivalo S, Burgoa P, Touceda B, Ebensrtejin J, Ravea S, Bercellini M, Zapiola I, Bouzas M, Arevalo A, Betti L, Marachlian L, Vulcano F, Duran A, Losso M.

Pósters electrónicos

1 - Antimicrobianos

- PE001 Adaptación e implementación de un programa de uso optimizado de antimicrobianos en un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires** 90
Rodríguez VM, Molina A, del Valle S, Klajn D, Russo Lacerna D, Lauricella MC, Zaballa J, Juárez G, Cagnoni A, Spiratos R.
- PE002 Susceptibilidad de ceftolozano/tazobactam frente a enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en un hospital privado** 90
Cazzola ML, Cremona A, Gonzalez Y, Torales N, Gusso M.
- PE003 Batalla contra la multirresistencia: aportes de un programa de uso apropiado de antimicrobianos** 91
Malvicini MA, Pereyra ML, Harispe E, Kremer G, Gago R, Verdaguer V, Uranga M, Vilches V, Cornistein W.
- PE004 Etiología y resistencia a antimicrobianos de la infección urinaria en adultos mayores** 91
Cooke B, Obed M, Galeano L, Nigro M, Alcorta B, Romandetta A, Spinelli N, Alzogaray M, Chaparro G, Balbuena J.
- PE005 Dinámica del desarrollo de *Staphylococcus aureus* versus levofloxacina y plata coloidal: estudio *in vitro*** 92
Semeshchenko D, Farinati A, Quinteros M.
- PE006 Comparación de diferentes métodos para determinar la sensibilidad a colistín en enterobacterias con carbapenemasas aisladas de muestras clínicas de un Hospital de Agudos de CABA** 92
Alfonso C, Marucco A, Ormazabal C, Yernazian MV, Suarez G, Ruiz O, Magariños F, Carnevale C, Alfonso C.
- PE007 Hepatotoxicidad inducida por fármacos antituberculosis: estudio farmacogenético de la pirazinamida** 92
Chamorro J, Castagnino J, Musella RM, Aidar O, Frías A, Visca M, Fernández Giuliano S, de Larrañaga G.
- PE008 Análisis de las prescripciones de un grupo de antimicrobianos en un hospital general del interior del país** 93
Dominguez NY, Bourlot I, Arregui N.
- PE009 ¿Usamos bien los antimicrobianos en nuestro Hospital?** 93
Echaide M, Urbina L, Ciappina A, Romero R, Bobatto A, Iriart J, Corral G, Hualde M, Miglioranza C.
- PE010 Uso de ceftazidima/avibactam para el tratamiento de infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas con limitadas opciones terapéuticas** 94
Becker MV, Espinel DA, Martinez J, Verbanaz S, Giorgio P, Pinoni MV, Eusebio MJ, Efron E, Agorio I, Monge R, Sujemecki A, Heine A, Jordan R.
- PE011 Evaluación de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA): experiencia de 4 años en un Hospital Universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires** 94
Jorge L, Nicola F, Pastrana R, Herrera F, Temporiti E, Bonvehí P.
- PE012 Aumento de la resistencia a antimicrobianos en enterobacterias causantes de infecciones urinarias en pacientes ambulatorios** 95
Bissio E, Montes JL, Riselli V, Merkt M, Sucari A, Pennini M.
- PE013 Bacteriemia por *Enterobacter* spp. productora de betalactamasa cromosómica e inducible de tipo AmpC: características clínicas y epidemiológicas.** 95
Garibaldi FH, Cordova E, Hernandez Rendon J, Lespada MI, Lopez Morán L, Gomez N, Jacob N.
- PE014 Resistencia antibiótica en aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*** 96
Schijman M, Montoto M, Butori B, Manzoni G, Perrone M, Schijman M.
- PE015 Pauta de tratamiento antibiótico empírico en infecciones intraabdominales post quirúrgicas: descripción de la etiología bacteriana** 96
Risso Patrón A, García Allende N, Paz S, Iglesias D, Antezana I, Sánchez A, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodríguez V.

PE016	Impacto de la aplicación de un programa de uso racional de antimicrobianos en un hospital general de agudos de la Ciudad de Buenos Aires	97
	Angiono M, Manganello S, Quintana C, Korzewycz N, Peña A, Espinola A, Pryluka D, Yahni D.	
PE017	Actividad <i>in vitro</i> de ceftolozano/tazobactam (C/T) frente a <i>Pseudomonas aeruginosa</i> y enterobacterias resistentes a cefalosporinas de espectro extendido en muestras clínicas	97
	Zarate MS, Serruto G, Mainetti P, Wisner B, Veron M, Zaracho J.	
PE018	Reducción del consumo de antibióticos en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires tras un año de implementación de un Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA)	98
	Scapellato PG, Pryluka D, Levy Hara G, Agugliaro R, Chuluyán J, Consalvo M, Hojman M, Maranzana A, Martín Y, Molina A, Pugliese H, Rodríguez C, Sisto A, Yahni D, Ybarra V, Vasen W.	
PE019	Nanopartículas de plata sintetizadas a partir de un extracto de planta como potencial agente antifúngico tópico de candidiasis	98
	Mussin JE, Rojas F, Sosa MA, Giusiano G.	
PE020	Ceftolozano / tazobactam para infecciones graves causadas por <i>Pseudomonas aeruginosa</i>. Experiencia en Argentina	99
	Gago RE, Barcan L, Valledor A, Nacinovich F, Fernandez Osés P, Ezcurra C, Temporiti E, Jordan R, Del Castillo M, D Agostino ML, Ducatzenzeiler L, Vilches V, Pereyra ML, Cornistein W.	
PE021	Absceso cerebral por <i>Bipolaris</i> sp. Reporte de un caso clínico	99
	Cristina M, Alessandrini R, Brandolisio R, Calfunao D, Gargiulo R, Schinchirimini M, Titanti P, Morales A.	
PE022	Sinergia <i>in vitro</i> entre fosfomicina y astreonam en <i>Pseudomonas aeruginosa</i> (PAE) portadora de metalo carbapenemasa (MBL) solo sensibles a colistín	99
	Magariños F, Carmona M, Rivero N, Jewtuchowicz V, Facente A.	
PE023	Susceptibilidad <i>in vitro</i> de ceftazidima/avibactam en enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo-KPC	100
	Pastore F, Larini S, Cozzi J, Perez J.	
PE024	Testeo de ceftolozano/tazobactam en aislamientos clínicos de enterobacterias	100
	Medina R, Larini S, Pastore F, Cozzi J, Perez J.	

2 - Diagnóstico microbiológico

PE025	<i>Staphylococcus aureus</i> sensa y responde a la luz modulando importantes factores de virulencia.	101
	Pérez J, Tuttobene M, Tamagno G, Ramírez MS, Mussi MA.	
PE026	Primer aislamiento de enterobacteria productora de carbapenemasa tipo-NDM en un Hospital Público de Rosario	101
	Pérez J, Pastore F, Larini S, Marchiaro P, Limansky A, Díaz MS.	
PE027	Detección de infecciones respiratorias virales y subtipificación de virus respiratorio sincitial humano (HRSV) en niños menores de 2 años internados en servicios de salud privados de Tucumán	102
	PalazonEG, Zamora A, Vintiñi E, Ruiz de Huidobro G, Medina M.	
PE028	La resistencia a fluconazol en <i>Cryptococcus neoformans</i> no estaría relacionada con mutaciones en el gen MSH2 perteneciente a la vía de reparación de ADN.	102
	García-Effron G, Maidana Jacob M, Theill L, Guelfan L, Frola C, Gamarra S.	
PE029	<i>Campylobacter fetus</i> aislado en múltiples materiales en paciente inmunocomprometido	103
	Alfonso C, Yernazian MV, Marucco A, Ormazabal C, Suarez G, Ruiz O, Magariños F, Carnevale C.	
PE030	Tuberculosis cutánea, una infección pocas veces sospechada	103
	Varenti NA, Ruschioni Martin C, Depardo R, Steinbrecher L, Amarilla C, Rosas A.	
PE031	Infección de piel y partes blandas por <i>Actinomyces canis</i> debido a mordedura de perro	103
	Barberis C, Alvare C, Cittadini R, Vera Ocampo C, Lugo A, Stecher D, Almuzara M, Vay C.	

PE032	Infecciones mamarias por <i>Corynebacterium kroppenstedtii</i>: comunicación de 4 casos.	104
	Sanchez Eluchans NM, Barberis C, Vay C, Almuzara M, Cittadini R, Osuna A, Vilches V, Lugo A, Stecher D.	
PE033	Vigilancia de laboratorio de casos sospechosos de leptospirosis humana en nuestra provincia	104
	Cudmani MD, Delgado G, Cabrera G, Jacob P, Chiani J, Schmeling M, Landolt N, Banasco V.	
PE034	Vigilancia de serotipos de <i>Streptococcus pneumoniae</i> en infecciones invasivas de pacientes internados en Hospitales Públicos de la Provincia	105
	Del Valle Delgado G, Caro F, Cudmani D, Assa J, Gonzalez L, Fernández S, Flores S, Mochi S, Nápoli D, Zintgraff J, Lara C, Cudmani N.	
PE035	Rol de distintos métodos diagnósticos de leishmaniasis tegumentaria americana en el Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IIET) – UNSa. Oran Salta.	105
	Portal G, Cimino R, Krolewiecki A, Gil J, Flores G, Aveldaño R, Díaz R, Quipildor M, Cajal SP.	
PE036	Diagnóstico molecular de absceso cerebeloso por el complejo <i>Mycobacterium tuberculosis</i> en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Reporte de caso.	106
	González Alvarado M, Acosta MC, Vilorio G, Losso M.	
PE037	Infección por <i>Mycobacterium</i> spp de una pseudoartrosis de antebrazo tratada con técnica de inducción de membrana de Masquelet	106
	Zucotti A, Mancini P, Berruezo F, Vercelli B, Vilaró M, Bottiglieri M.	
PE038	Beneficio de las técnicas rápidas para el procesamiento de hemocultivos positivos en pacientes hospitalizados	107
	Smud A, Mañez N, Barcán L, Greco G, Stanek V, Losada C, Benso J, Alderete M, Alexander V, Visus M.	
PE039	Rinosinusitis fúngica invasiva aguda asociada a shock séptico por <i>Klebsiella</i> XDR fulminante en paciente con leucemia linfoblástica aguda refractaria	107
	Alvarez C, Rodríguez Raimondo M, Fonio Mermet S, Figueroa F, Colombres MS, Nóbrega LM, Márquez NE, Orellana NR.	
PE040	Peritonitis generalizada y fascitis necrotizante fatal por <i>Fusobacterium necrophorum</i> secundaria a perforación uterina por DIU de largo término.	108
	Legaria MC, Barberis C, Tudanca V, Famiglietti A, Stecher D, Vay CA.	
PE041	Bacteriemias polimicrobianas en la era de diagnóstico molecular	108
	Seijo MS, Touron I, Pujato N, Bravo M, Altamirano S, Carrion N, Soloaga R, Margari A.	
PE042	Detección de histoplasmosis diseminada en paciente VIH positivo mediante antígeno galactomanano	109
	Coronel M, Álvarez C, Colombres M, Noblega L, Márquez N, Orellana N.	
PE043	Bacteriemia polimicrobiana: utilidad de los paneles PCR múltiple. A propósito de un caso	109
	Gil MF, Esposto S, Vescina C, Lutkeviciuz C, Oderiz S, Eguiguren P.	
PE044	Microbiología y clínica de las peritonitis apendiculares en niños de la provincia de Mendoza	109
	Lima L, Mannino L, Petricca JP, Falaschi A.	
PE045	Diagnóstico y vigilancia epidemiológica de virus respiratorios en menores de 2 años. Tucumán 2017-2018	110
	Sader SL, Zamora A, Ruiz Huidobro G, Costas D, Villarreal YP, Saleh DA, Germano PM, Royo NA, Griet M.	
PE046	Análisis e identificación molecular del virus papiloma humano por medio de un ensayo cualitativo de pcr en tiempo real automatizado	110
	Mónaco ME, Montilla Zavalía IM, De la Vega B, Rintoul MR, Vechetti GF.	
PE047	Aplicación del panel filmarray meningitis/encefalitis para el diagnóstico etiológico en infecciones del sistema nervioso central	111
	Mónaco ME, Montilla Zavalía IM, De la Vega B, Rintoul MR, Vechetti GF.	
PE048	Utilidad de panel de sepsis FilmArray en Terapia Intensiva: nuestra experiencia	111
	Costanzo N, Terzano M, Sanchez J, Chuluyan JC, Schijman M.	
PE049	Utilidad del panel ME FilmArray en el diagnóstico de pacientes con meningitis. Un estudio colaborativo argentino	112
	Carrion NC, Soloaga R, Cech N, Guillen A, Margari A, Pidone J.	

PE050	Implementación de la técnica de PCR múltiple de testeo rápido (FilmArray®) en el diagnóstico de meningitis y/o encefalitis: serie de casos.	112
	Fox B, García Allende N, Risso A, Paz S, Iglesias D, Antezana Trigo I, Sanchez V, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodriguez V, Fernandez Canigia L, González Fraga S.	
PE051	Rol de las nuevas tecnologías en un caso de tuberculosis meníngea	112
	Márquez MF, Vicente F, Gauna G, Wilde N, Pace J.	
PE052	Impacto clínico de la implementación de la técnica de PCR múltiple de testeo rápido (FilmArray) en la detección de patógenos respiratorios en pacientes adultos inmunocomprometidos	113
	García Allende N, Fox B, Risso Patrón A, Paz S, Iglesias D, Antezana Trigo I, Sanchez AV, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, González Fraga S, Fernandez Canigia L, Rodriguez V.	
PE053	Colonización bacteriana de teléfonos celulares en distintos profesionales de la salud. ¿Son estos dispositivos pequeños zoológicos bacterianos? (Resultados preliminares)	113
	Zintgraff J, Peña M, Astesana R, Di Matteo V, Panno M, Fernandez Garces A.	
PE054	Importancia del estudio de orina para el diagnóstico bacteriológico de certeza de tuberculosis renal	114
	García MB, Matteo M, García MS, Costa N.	
PE055	Incidencia de enterobacterias resistentes a carbapenemes y caracterización de los mecanismos de resistencia en un hospital general	114
	Fernández Lausi A, Herrera A, Di Bella A, Magdaleno A, Rampulla S, Irurtia C.	
PE056	Estudio de prevalencia y sensibilidad antimicrobiana de aislamientos de enterobacterias productoras de carbapenemasas en centros de internación públicos y privados de nuestra provincia	115
	Cudmani MD, Delgado G, Gonzalez G, Mochi S, Estrella C, Fernandez S, Basco L, Flores S, Grellet L, Diambra C.	
PE057	<i>Madura mycetomatis</i> presenta mutaciones naturales en el gen FKS1 relacionadas con una reducción natural de su sensibilidad a las equinocandinas	115
	García-Effron G, Cima-Clave MJ, Leonardelli F, Serrano J.	
3 - Enfermedades endémicas emergentes y medicina del viajero		
PE058	Fasciolosis: formas de presentación ecográfica en nuestra experiencia	116
	Petraroia C, Gancedo E, Sawicki M, Tittarelli C, Mendez N.	
PE059	Histoplasmosis en el sistema nervioso central en pacientes inmunocompetentes en Tucumán	116
	Tomás JG, Colombres S, Cabrera MP, Della Pace M, Olivo L, Gómez M, Serrano C.	
PE060	Enterocolitis por <i>Clostridium difficile</i>	117
	Brunetti P, Torrez Gomez F, Orduna M, Galavalisi N, Rotryng F.	
PE061	Fiebre amarilla: reporte de dos casos provenientes de Brasil	117
	Cunto ER, Saul P, Dominguez C, Gregori Sabelli R, Gonzalez L, Medina G, Rodriguez Llanos M, Gil Zbinden F, Fernandez J, Martin P, Chacon N, Chomyn J, Chediack V.	
PE062	Compromiso peripleural por hidatidosis	118
	Masuro Y, Bevacqua F, Quinteros Yulow C, Falcone C, Morales A, Mendez N.	
PE063	Compromiso neurológico y cardiovascular en dos pacientes con triquinosis	118
	Lamponi Tappatá L, Spadaro ML, Maurizi D, Montanini A.	
PE064	Sarampión en un centro médico de Buenos Aires	119
	SalussoDD, Lacal V, Sabater L, Nuñez J, Heinze C, Verón T.	
PE065	Tuberculosis, ¿hacemos un diagnóstico temprano?	119
	Racca Naveira HF, Perez Blanco L, Berghella M, Rotryng F.	
PE066	A propósito de un caso: botulismo en una lactante de 5 meses alimentada con lactancia materna exclusiva	120
	Rea MC, Olea M.	

- PE067 Aspectos clínico-epidemiológicos de la paracoccidiodomicosis en Argentina en el quinquenio 2013-2017. Importancia del examen orofaríngeo para el diagnóstico** 120
Giusiano G, Cattana ME, Sosa MA, Rojas F, Tracogna F, Negroni R, Arechavala A, Santiso G, Messina F, Chacón Y, Valdez R, Guelfand L, Lopez Moral L, Fontan C, Dávalos F, Afeltra J, Almará A, Sellares O, Serrano J, Capece P, Posse G, Morand M, Mussin J, Canteros C.
- PE068 Formas clínicas de leishmaniasis fuera de área endémica** 120
Repetto S, Tudanca V, Zubeldia Brenner L, Sierra M, Stecher D, Pisaresky A, Rojas F, Ruybal P.
- PE069 Resistencia primaria a fármacos antituberculosos en un Hospital Interzonal Especializado de la provincia de Buenos Aires en el período 2013-2018** 121
Ambroselli PN, Anganuzzi MI, Fantoni N, Solari AM, Villegas DV, Scala S, Garbarino ML, Tonin D, Suarez J, Spinelli N, Echegoyen A, Kriwezenia L.
- PE070 Sospecha de enfermedad de Lyme en Argentina, estado de situación** 121
Armitano RI, Orduna T, Alonso R, Jacob N, Borrás P, Prieto M, Schieffer M.
- PE071 *Dioctophyma renale*: primer caso en humanos descripto en latinoamérica** 122
Martínez M, Nuñez S, Zarate S, Haiquel L, Staneloni E, Veron T.
- PE072 Encefalitis de San Luis, descripción de un caso clínico en la ciudad de Pergamino en febrero de 2019** 122
Crivelli AJ, Bonaldo Dias M, Jauregui L, Crivelli E, Borri R, Lanternier J, Lanternier S, Luppo V, Sinchi A, Briggiler AM, Fabbri C, Morales MA.
- PE073 Infecciones comunitarias por *Candida glabrata*** 123
Fernández J, Contreras.
- PE074 Infección por *M. bovis* en niños internados en un hospital pediátrico de tercer nivel: serie de casos** 123
Mónaco MA, Deschutter V, Pérez G, Taicz M, Epelbaum C, Gómez S, Ruvinsky S, Berberian G, Rosanova M, Izaguirre MJ, Bologna R.
- PE075 Sobreinfección bacteriana en reacción lepromatosa tipo 2** 123
Villalba Apestegui P, Méndez G, Niveyro C, Villamandos S.
- PE076 MOE cerebral en paciente inmunocompetente** 124
Pranzetti M, Bucari M, Capello S, Capponi P, Gariotti M, Gauchat A, Italiano M, Mazzuferi F, Nisnovich G, Pasciutto N.
- PE077 *Staphylococcus coagulans* positivos no aureus causantes de zoonosis emergentes en humanos, a propósito de un caso clínico** 124
Orejas MC, Sellart G, Magariños F, Facente A, Etchegoyen M.
- PE078 Control de foco de rabia canina mediante campaña de vacunación intensiva/masiva de caninos y felinos para evitar casos humanos** 125
Castillo Pascual MC, Casas N, Campo M, Cardone K, Faro E, Pesce M, Rueda D, Mirkin E.
- PE079 Encefalitis amebiana granulomatosa por *Acanthamoeba* T4 en paciente pediátrico inmunocompetente** 125
Esposto S, Magistrello P, García AE, D'Agustini MO, Sosa F, Morales JC, Tello Brogiolo N.
- PE080 Larva migrans cutánea variante folicular en una viajera argentina** 126
Orduna TA, Faccini Martínez AA, Riveros F, Echazarreta S.
- PE081 Exposición percutánea a virus Andes Sur en trabajador de la salud** 126
Lavarra E, Cohen C, Lewis LC, Anselmo CR, Olivera CP, Cisneros NA, Caba SP, Martínez VP, Bellomo CM, Iglesias AA.
- PE082 Síndrome febril agudo en el posviaje: la necesidad de conocer la geografía y la distribución de enfermedades para orientar el diagnóstico correcto** 126
Bertachini O, Enzenhofer M, Benchetrit A, Messina F, Santiso G, Orduna T.
- PE083 Trasplante hepático por fiebre amarilla: a propósito de un caso** 127
Musante R, Salgueira C, Malano D, Kogan S, Fabri C, Luppo V, Altclas J.
- PE084 Bartonelosis: ¿es posible mejorar la sensibilidad en el diagnóstico?** 127
Landaburu MF, Torres C, Barberis F, Lopez Furst MJ, Viceconte R, Fernández G, Zarlenga L, Puentes T.
- PE085 Enfermedad por arañazo de gato con compromiso hepato-esplénico en adultos inmunocompetentes** 128
Selent C, Pérez MG, de Prada AM, Bertachini O, García JL, Benchetrit A, Enzenhofer M, Tittarelli C, Giamperetti S.
- PE086 Meningitis crónica de probable etiología fúngica: descripción de una serie de casos** 128
Hurtado MH, Gómez VG, Colombres S, Valencia Dugaches MD, Díaz VA, Vergara MA, Fernández Izquierdo MS, Melano G, Molteni A, José G, Maldonado M, Soria Ronveaux AE, Cossio J, Franchello E, Giménez N.

PE087	Enfoque epidemiológico y clínico del hantavirus en el Hospital San Vicente de Paul, Orán, Salta; Argentina	129
	Quipildor MO, Quiroga F.	
PE088	Paludismo en el Hospital General de Agudos C. Durand, CABA 2018	129
	Lopez C, Guliano C, Campominosi J, Camo N, Alberti S, López Ríos S, Benito C, Santiago S, Langan E.	
PE089	Análisis espacio-temporal como herramienta para la anticipación del riesgo de exposición humana al virus de la fiebre amarilla en la Argentina	129
	Angeleri P, De Pietri D, Peker S, Hertlein C, Geffner L, Casas N, Varela T, Giovacchini C, Burgos M.	
PE090	Paludismo en la consulta de posviaje: análisis de una serie de casos en el marco de la certificación de su eliminación en el país	130
	Orduna TA, Echazarreta S, Falcone C, Garro S, González G, Fernández M, Astudillo G.	
PE091	Neurohistoplasmosis en una paciente inmunocompetente: a propósito de un caso	130
	Colombres MS, Hurtado MH, Gómez VG, Valencia Dugaches MD, Diaz VA, Vergara MA, Fernandez Izquierdo MS, Melano G, Álvarez C, Nóbrega LM.	
PE092	Reacción paradójica en un paciente inmunocompetente con infección por <i>Mycobacterium bovis</i>: reporte de un caso	131
	Garibaldi FH, Zylberman M, Arcondo F, Wachs A, Jacob N.	
PE093	Primer caso humano de rickettsiosis en la provincia de Misiones, Argentina	131
	Couto EM, Vizcaychipi KA, Casas N, Cicuttin GL, Lloveras S, Lamattina D, Salomon D, Faccini Martínez AA, Marx J, Pedrozo W, Husulak E, Rinas M, DeMatteo KE, Armitano R.	
PE094	Neurocisticercosis: serie de casos en un Hospital Universitario de Buenos Aires	132
	Zubeldía Brenner L, Martínez G, Tudanca V, Arévalo Calderón G, Repetto S, Stecher D.	
PE095	Reporte caso sarampión importado, Santa Fe, Argentina 2019	132
	Galati MF, Ferrer F, Brazza S, Befani Bernal J, Moreno S, Villani M, Detarsio F, Ottonelli M, Cudos C.	
PE096	Aumento de casos de hepatitis A en población adulta en la provincia de Santa Fe en 2018	133
	Galati MF, Ferrer F, Brazza S, Befani Bernal J, Moreno S, Villani M, Detarsio F, Ottonelli M, Cudos C.	
PE097	Coinfección tuberculosis/VIH: cobertura de información y características. Argentina, período 2010-2018	133
	Fernandez H, Radosevich A, Bossio JC.	
PE098	Transmisión vectorial de Chagas: monitoreo de resistencia a piretroides en <i>Triatoma infestans</i> (Reduviidae: Triatominae) de Argentina durante el período 2013-2018	134
	Angeleri P, Mougabure Cueto GA, Lobbía P, Spillmann C, Fronza G, Remón C, Brandt L, Burgos M.	
PE099	Descripción de signos y síntomas iniciales y período de internación de casos de hantavirus, en contexto de brote año 2018/2019	134
	Iturra A, Betancourt C, Serrat V, Lavarra E, Levite J, Diaz J.	
PE100	Murciélagos en Sudamérica y su posible rol epidemiológico en la transmisión del hantavirus en el Noroeste Argentino	134
	Zielinski MC, Garro S, Matteo M, Nano M.	
PE101	Infección pulmonar causada por <i>Mycobacterium peregrinum</i> reporte de un caso	135
	Zielinski MC, Garro S, Matteo M, Nano M.	
PE102	Manifestaciones clínicas y paraclínicas de pacientes con dengue, asistidos en el Hospital San Vicente de Paul, Oran-Salta	135
PE103	Diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana y de la enfermedad de Chagas en pacientes ambulatorios que concurrieron al Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales, período febrero-septiembre 2018	136
PE104	Análisis epidemiológico de hantavirus en el norte de la provincia de Salta, Área Operativa XI	136
	Gatica D, Quipildor M, Duarte M.	
PE105	Casos de rickettsias en la Provincia de Salta, descripción de una nueva zona epidemiológica	136
	Sánchez A, Herrera Verduquez M.	

PE106	Análisis de los síndromes febriles agudos inespecíficos en el cambio de notificación desde el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. Período 2015-2019	137
	Romano ML, Zarra J, Falcone C, Rotllant V, Rodríguez N, Cusmano L.	
PE107	Neurocisticercosis, nuestra experiencia en 19 años	137
	Requena A, Gonzales S, Gear O, Cabrera C, Basadoni D, Maranzana A.	
PE108	Neumonía: un estudio de series de tiempo. Año 2008-2017	138
	Sader MC, Calli R, Cuezco R.	
PE109	Caracterización epidemiológica de las meningitis virales registradas por Vigilancia Epidemiológica en el período 2015-2017	138
	Leavy G, Bruno M, Cuezco R, Ramírez F, Calli Flores R.	
PE110	Caracterización epidemiológica de los virus respiratorios registrados por Vigilancia Epidemiológica. Período 2017-2018	139
	Villarreal YP, Zamora AM, Ruiz Huidobro G, Costas D, Saleh DA, Germano PM, Royo NA, Sader SL, Griet M.	
PE111	Reporte de serie de casos de síndrome pulmonar por hantavirus. 2016-2017	139
	Gómez F, Ortega S, Molina C, Calli Flores R, Costas D.	
PE112	Fenómeno isotópico de Wolff con paracoccidiodomicosis	140
	Aguirre M, Bibolini J, Formosa M, Benini F, Barrios S, Sosa T.	
PE113	Síndrome cardiopulmonar por hantavirus en el municipio de La Plata	140
	Marone J, Moriconi L, Mykietiuk Analía, Obed Mora, González Ayala Silvia.	
PE114	Evaluación de la PCR a tiempo real RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 para la detección cualitativa de <i>Trypanosoma cruzi</i> en muestras de sangre de pacientes con enfermedad de Chagas	141
	Flores-Chavez MD, Rottengatter K.	
PE115	Estudio de casos de tuberculosis registrados en personas privadas de la libertad del Servicio Penitenciario Región Sur de Santa Fe (Argentina)	141
	Biasutti F, Rossi E, Moro A, Huanca R.	
PE116	Lepra en reacción	142
	Van De Castele G, Taborda D, Pons N, Mercol A, Sustersic A, Pretera J, Spanevello V.	
PE117	<i>Chlamydia psittaci</i> en trabajadores de reservas naturales de la Ciudad de Buenos Aires: transmisión ante la aparente normalidad. Seguimiento a dos años	142
	Favier P, Arias M, Lara C, Wiemeyer G, Crivelli A, Ludvik H, Rolón M, Ardiles M, Teijeiro M, Madariaga J, Pérez H, Cadario M.	
PE118	Fascitis necrotizante por <i>Vibrio cholerae</i> no-O1, no-O139	143
	Torres D, Serio E, Sabato S, Favier P, Raffo C, Luna R, Kumar L, Pérez J, Lovigné M, Azula N, Smayevsky J, Caffer M, Viñas M, Pérez D, Patterson E, Macchi A.	
PE119	Enfermedad por arañazo de gato. Valor de la ecografía en las formas diseminadas en adultos inmunocompetentes	143
	Tittarelli C, Petrarola C, Gancedo E, Sawicki M, Giamperetti S, Mendez N.	
PE120	Reactivación y daño de órgano blanco en pacientes con infección crónica por <i>Trypanosoma cruzi</i> y patologías autoinmunitarias	144
	Alba Soto CD, Paravano L, Sierra M, Gallo Vaulet L, Toledano A, Sosa D, Stecher D, Repetto S.	

4 - Infección por VIH, otros retrovirus y hepatitis virales

PE121	Infecciones de transmisión sexual en jóvenes en contexto de encierro	145
	Mauro J.	
PE122	Cáncer no asociado a compromiso primario del hígado en pacientes infectados con hepatitis B y/o C	145
	Perez S, Warley E, Steinbrecher L, Tavella S, Quintas L.	

PE123	Tratamiento del virus de hepatitis C con antivirales de acción directa en el conurbano bonaerense	145
	Perez S, Warley E, Steinbrecher L, Tavella S, Quintas L.	
PE124	Anemia severa por parvovirus B19 en paciente VIH	146
	Silva ME, Penco S.	
PE125	Criptococosis en infección avanzada por VIH: evaluación de la <i>preemptive therapy</i>	146
	Mutti MF, de Ilzarbe M, Piñeiro MF, Frola C, Aranda MJ, Andreani M, Guelfand L, Rolón MJ, Pérez H.	
PE126	Lesiones ocupantes de espacio en paciente con VIH	147
	Aguirre C, Vittori E.	
PE127	Primeros 1000 pacientes con hepatitis C tratados con antivirales de acción directa en Argentina	147
	Coronel E, Solari J, Aquino R, Roitman K, Martínez Madrid D, Vidiella G, Vila M, Papale R, Carranza J, Maulen S.	
PE128	Reporte de caso: <i>Mycobacterium sherrisii</i> como infección oportunista en paciente con inmunodepresión grave por VIH	148
	De Prada AM, Bauer Silvero S, Cortés Rodríguez C, Echazarreta S, Enzenhofer M, Matteo M, Orduna T.	
PE129	Evaluación del impacto de la eliminación del virus de la hepatitis C en el perfil de citoquinas proinflamatorias en individuos coinfectados por el virus de inmunodeficiencia humana/virus de la hepatitis C con antivirales de acción directa	148
	Urioste A, Trifone C, Polo ML, Sisto A, Falak A, Rolon MJ, Quiroga F, Ghiglione Y, Turk G, Laufer N.	
PE130	Citoquinas plasmáticas: su relación con los reservorios del virus de inmunodeficiencia humana en individuos coinfectados por el virus de la hepatitis C bajo tratamiento con antivirales de acción directa	148
	Urioste A, Polo MJ, Trifone C, Poblete G, Sisto A, Martínez A, Rolon MJ, Pérez H, Quiroga F, Turk G, Ghiglione Y, Laufer N.	
PE131	Proteínas accesorias de VIH (Nef, Vpu y Vpr) contribuyen a evadir la piroptosis en astrocitos humanos productivamente infectados	149
	Ojeda DS, Sanchez L, Cevallos C, Quarleri J.	
PE132	Pronóstico de pacientes con infección por VIH al ingreso a Unidad de Terapia Intensiva	149
	Biglia PM, Penco S.	
PE133	Que saben las personas viviendo con VIH de la legislación vigente	150
	Fridman V, Bello NS, Zubeldía L, Tudanca V, Stecher D.	
PE134	Hacia la erradicación de la transmisión vertical de VIH. Experiencia en una provincia de la Patagonia	150
	Alessandrini RMG, Iacono M, Bernardo G, Martínez M, Morales A, Calfunao D, Pincheira C.	
PE135	Enfermedad por micobacterias en niños con infección VIH: estudio de cohorte retrospectivo	150
	Taicz M, Perez MG, Izaguirre MJ, Mecikovsky D, Reijtman V, Dell'Orso M, Arazi S, Gatto M, Bologna R.	
PE136	Personas con VIH (PcVIH) que se atienden en hospitales de CABA, tratamiento antirretroviral (TAR) y respuestas inmunológicas: utilidad de un sistema informatizado	151
	Hojman M, Nardi S, Bafico A, Hirsch C, Cuadrado M, Fernández Cabanillas G, Lecce S, De Simone G.	
PE137	Uso de insti en primera línea en Latinoamérica: en aumento, pero aún insuficiente. Tendencias observadas para 2013-2017 del taller latinoamericano de VIH	151
	Hojman M, Calanni L, Zitko P, Sabato S, Cuini R, Parenti P, Miglioranza C, Teran R, Contarelli J, Beltrán C.	
PE138	Evidencia de la vida real en Argentina: tratamiento de pacientes con hepatitis C en el sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes (STTSE)	152
	DenamielJP, Fraiberg Y, Jankilevich G, Neuspiller S.	
PE139	Lesiones osteolíticas por tuberculosis diseminada en paciente con sida. Reporte de un caso	152
	Spiratos R, Lauricella MC, Molina A, Rodríguez VM, Ricci B, Cagnoni A, Russo Lacerna D, Sáez A.	
PE140	Particularidades en la presentación clínica de un paciente con coinfección por <i>Mycobacterium tuberculosis</i> y el virus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-I)	153
	Lago MC, Biondi ML, Enzenhofer MI, Cortés Rodríguez CT, Simioli F, Fernández M, Zapiola I, Echazarreta SE, Orduna TA.	
PE141	Prevalencia del VIH en Argentina: 6 años de seguimiento (2013-2018)	153
	Pedrola M, Haag N, Bagilet F, Laurido M.	

PE142	Programa de pruebas rápidas de VIH con vinculación al Sistema de Salud en Argentina: experiencia de una ONG	154
	Pedrola M, Haag N, Laurido M.	
PE143	Reducción significativa de la prevalencia del VIH en una pequeña ciudad de Argentina 2013-2017	154
	Pedrola M, Haag N, Bagilet F, Laurido M.	
PE144	Evaluación de la transmisión materno infantil de HIV y comparación con los datos nacionales	154
	Siciliani D, Roldán V, Golikow M, Alcoba M, García V, Errandonea L, Falco S, Benitez P, Borda M, Lee K.	
PE145	Cuatro mil personas con VHC tratadas con antivirales de acción directa AAD por el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales	155
	Coronel E, Aquino R, Roitman K, Ezcurra M, Martínez Madrid D, Alonso S, Rodríguez C.	
PE146	El subtipo de HIV-1 podría condicionar el perfil de resistencia a inhibidores de la integrasa en pacientes tratados con raltegravir	155
	Sánchez DV, Zapián I, Fernández Giuliano S, Arazí S, Bologna R, Mangano A, Aulicino P.	
PE147	HPV en pacientes VIH: alerta para la detección temprana del cáncer anal	156
	Filippi UMM, Urquiza D, Bonisconti F, Sánchez A, Caeiro JP, Álvarez Garzón J, Alvarellos T.	
PE148	Terapia dual con darunavir/ritonavir coformulado más raltegravir en pacientes infectados por VIH: experiencia en un centro de referencia	156
PE149	Implementación de pruebas rápidas de sífilis, VIH y vacunación para hepatitis B a personas gestantes y sus parejas en el primer nivel de atención	156
	BonafedeLS, Vulcano S, Bruno M, Galarza P, Nadal M, Larramendy B, Recchi J, Kaynar V, Peralta V, Díaz M, Vila M, Uruña A, Brezzo C, Rodríguez C.	
PE150	El 90-90-90 en la práctica diaria: evaluación del diagnóstico de VIH por test rápido y el seguimiento posterior en un hospital público	157
	Herrera C, Rivera L.	
PE151	Linfomas plasmoblásticos en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana. Características clínicas e histopatológicas en 23 pacientes asistidos en un centro de referencia en enfermedades infecciosas	157
	Benchetrit A, García J, Campitelli A, Narbaiz M, Metrebian MF, Corti M.	
PE152	Tratamiento inmunoterápico para adenocarcinoma de pulmón en paciente VIH	158
	Levy B, Fernández A, Maurino J, Gill D, Tamagno G, Dri A, Teglia O.	
PE153	Resistencia a antirretrovirales en pacientes <i>naive</i>: ¿Continúa en aumento?	158
	Guidetto BA, Tatta M, Latini V, Lupo S, Aguila D, Rechimont A, Altclas J.	
PE154	Expansión hacia la atención primaria como la forma de llegar al 90-90-90 en la ciudad de Buenos Aires	159
	Zalaya NA, Alzola R, Behrens M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.	
PE155	Test rápido de VIH 2017 vs 2018 en un CeSAC de la CABA	159
	Zalaya NA, Alzola R, Behrens M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.	
PE156	Trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana	160
	De Oliveira Mondolfo A, Lomes NR, Mondolfo AO, Guedes LV, Almeida VB, Guimaraes VM, Monteiro MM, Silva CA, Hartz M, Terra MPR, Farias JLR, Mucare M, Barros LMG, Neves DB, Silva ISS, Matos CAL, Salzedas AA, Gonzales AM, Pimentel CF.	
PE157	Estrategia de comunicación individualizada en pacientes iniciando tratamiento antirretroviral. Estudio randomizado	160
	Bullo M, Michaan M, Fuentes M, Losso V, Pastore L, Losso M.	
PE158	El impacto clínico de la eliminación del VHC con antivirales de acción directa en una cohorte de individuos coinfectados con VIH/VHC	161
	Stover S, Laufer N, Falak A, Sisto A, Martínez A, Rolon MJ, Pérez H.	
PE159	Expansión de pruebas rápidas para VIH y sífilis en la comunidad	161
	Cañete G, Anglese M, Pinasco K, Maiztegui M.	
PE160	Análisis del estado de actualización de los tratamientos antirretrovirales en 8 provincias del país	161
	Soulas G, Alen Greco L, Latorre ME, Marovic ME, Mendizabal MS, Pardo P, Martini Novas S, Rodríguez CG.	

PE161	Aceptabilidad de testeo rápido domiciliario combinado de VIH y sífilis en mujeres trans en Buenos Aires: estudio piloto	162
	Frola C, Zalazar V, Gun A, Cardozo N, Duarte M, Fabian S, Radusky P, Aristegui I, Cahn P, Sued O.	
PE162	Uso del código en personas que conviven con VIH. ¿Qué quieren los pacientes?	162
	Morales A, Calfunao D, Iacono M, Galvez M, Miranda C, Alessandrini R, Brandolisio R.	
PE163	A un paso de la meta 90-90-90	163
	Barberis F, Torres C, Landaburu MF, Viceconte R, Fernández G, Lopez Furst MJ, Puentes T.	
PE164	Parvovirus B19: un nuevo patógeno emergente en pacientes con sida. Presentación de 3 casos	163
	Villafañe Fioti MF, Correa J, Corti M, Gancedo E.	
PE165	Visitas clínicas perdidas: ¿por qué los pacientes con infección por el VIH se ausentan a la consulta?	164
	Sandoval MM, Kundro MA, Losso MH.	
PE166	Cascada de atención de VIH y análisis de brechas en un centro del interior del país	164
	Azar V, Bourlot I, Etchegoyen D.	
PE167	Estudio epidemiológico de pacientes con infección por virus de hepatitis C en un hospital privado. Período junio 2009 a marzo 2019	165
	Gordóvil M, Michelud C, Salmeron Olsina A, de Wouters L.	
PE168	Reducción de la ansiedad y uso de drogas y alcohol y mejoría de la calidad de vida de mujeres trans en tratamiento de VIH	165
	Radusky PD, Aristegui I, Zalazar V, Frola C, Cardozo N, Duarte M, Fabian S, Gun A, Cahn P, Sued O.	
PE169	Neurolúes en pacientes con infección por VIH. Análisis epidemiológico, clínico y diagnóstico en 39 pacientes	165
	Giomì C, Correa J, Barreiro J, Fontana L, Gómez N, De Carolis L, Soto I, Villafañe Fioti F, Corti M, Bocassi A.	
PE170	Personas viviendo con VIH en terapia intensiva	166
	Cabrera Maciel MDP, Tomas G, Della Pace M, Villagra B, Morales ML, Gomez M.	
PE171	Resistencia primaria a antirretrovirales y evolución clínico virológica en pacientes con diagnóstico reciente de VIH	166
	Acosta MC, Burgoa P, Touceda B, Ebensrtejin J, Losso M.	
PE172	Características del uso del preservativo en Año 2018	167
	Iturra A, Bentancourt C, Serrat V, Levite J, Strella T, Loscar A, Irribarra N.	
PE173	Experiencia con la rotación a esquemas no convencionales de tratamiento antirretroviral en una población de pacientes infectados con HIV-1 con control virológico documentado	167
	Martinez JV, Eusebio MJ, Efron ED, Giorgio P, Pinoni MV, Verbanaz S, Jordan R, Ricart JJ, D'alexandro D.	
PE174	Úlcera lingual como primera manifestación de criptococosis diseminada en paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	168
	Nuevo MJ, Selent C, Enzenhofer M, Benchetrit A, Garcia J, Messina F, Santiso G, Gallo AK.	
PE175	Conductas de riesgo e infecciones de transmisión sexual (ITS). Un desafío para las políticas de salud universitarias	168
	Angel E, Silva R, Miranda L, Díaz F, Lara M, Raich S.	
PE176	Paracoccidiodomicosis esofágica en paciente VIH positivo	168
	Lombardi C, Pérez MG, Enzenhofer MI, Benchetrit AG, Echazarreta SE, Orduna TA, Marin E, Depardo R.	
PE177	Criptococosis cerebral en paciente con sida; cuando la antigenorraquia es negativa	169
	Arreghini RAV, Fernández M, Linero N, Camuzzi S, Amadio C.	
PE178	Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes trans	169
	Guzmán VE, Echazú A, Vinciguerra M, Edelcopp A.	
PE179	Diagnóstico de VIH-sida en contexto de paracoccidiodomicosis diseminada	170
	Fernandez Stepa A, Cutraro F, Enzenhofer M, Benchetrit A, Garcia J, Solari R, Romero M, Santiso G.	
PE180	Polifarmacia e interacciones potenciales en pacientes mayores de 50 años viviendo con VIH	170
	Losada C, de Paz Sierra M, Quiroga G, Alarcon J, Alvarez KE, Di Giuseppe LA, Sanchez ML.	

PE181	Uso de videoanoscopia amplificada en pacientes con VIH como método de detección de lesiones malignas	171
	Marconi LF, Botto MA, Marconi F, Gomez C, Pedrola M, Agostini M, Lupo S.	
PE182	Comparación de la progresión de fibrosis utilizando la elastografía hepática en pacientes mono infectados con VHC y coinfectados con VIH	171
	Marconi LF, Palacio M, Marconi F, Tanno F, Agostini M, Lupo S.	
PE183	Envejecimiento y comorbilidades cardiometabólicas en pacientes VIH positivos bajo tratamiento antirretroviral	171
	Marcelino F, Agostini M, Monaco MC, Marconi L, Trapé L, Lupo S.	
PE184	Cuestiones y dificultades relacionados a la solicitud de pruebas diagnósticas de VIH	172
	Hojman M, Torres M.	
PE185	Criptococosis pulmonar cavitada en paciente con sida. Reporte de un caso	172
	Lauricella MC, Rodríguez VM, Molina AM, Spiratos R, Saez A, Cagnoni A, Russo Lacerna D, Ricci B, Bustamante J, Zalazar N.	
PE186	Neoplasias en pacientes con infección por VIH	173
	Fernández Ventura ML, Lopardo G.	
PE187	Tratamiento preventivo de la tuberculosis latente en pacientes con virus de inmunodeficiencia adquirida	173
	Llanos Ibarra NK, Warley E, Tavella S, Garnica P, Bilesio M, Bustos N.	
PE188	Abscesos tuberculosos abdominales y del psoas en pacientes VIH+: experiencia de 2 casos de resolución sin abordaje invasivo	173
	Vazquez E, Gancedo E, Petrarroia C, Nicita D, Masini D, Trione N.	
PE189	Estudio de casos de virus de inmunodeficiencia humana registrados en personas privadas de la libertad del Servicio Penitenciario región Sur de Santa Fe (Argentina)	174
	Biasutti F, Rossi E, Moro A, Huanca R.	
PE190	Lesión ocupante de espacio cerebral por <i>Mycobacterium genavense</i> en paciente VIH (+)	174
	Vazquez E, Nicita D, Masini D, Matteo M, Franze O, Costa N, Trione N.	
PE191	Paciente VIH con fiebre de origen desconocido (FOD), dolor abdominal y lesiones osteolíticas	175
	Fanelli B, Merce L, Antunez Galarza E, Virga E, Serrano D, Jaimet C, Alba S.	
PE192	Transmisión perinatal de VIH. Experiencia de cuatro años en un hospital general de agudos. ¿Por qué siguen naciendo bebés con VIH?	175
	Gonzalez S, Gear O, Cabrera M, Rodriguez A, Requena A, Di Catarina J, Larocca S, Mercuri M, Maranzana A.	
PE193	Leucoencefalopatía multifocal progresiva en contexto de infección aguda por VIH	176
	Lugo AV, Vicente L, Tudanca V, Bello N, Achinelli F, Imas S, Stecher D.	
PE194	Centro de testeo para VIH en el hospital público: nuestra casuística	176
	StagnaroJP, Rosales MV, Knauer TY, Barbieri N, Miranda Blacutt C, Delaplace L, Bernstein JC.	
PE195	Infecciones de piel y partes blandas en niños de dos hospitales zonales de la provincia de Buenos Aires	177
	StagnaroJP, Lisarrague S, Bernstein JC, Sparo MD, Santolín MC, Moreno E, López M, González JM, Fortunato E, Córdoba MA, Molina NB, Schell MC, Vila Roza MV, De Luca MM.	
PE196	Actualización de la cascada del continuo de atención en VIH de la Argentina en 2017. Avances y desafíos para alcanzar las metas 90-90-90	177
	Adaszko A, Aquila S, Santoro F, Rueda D, Kaynar V, Levite V, Orlando M, Ayma A, Enz P, De Simone G, Musso M, Rodríguez C.	
PE197	Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en una población trans femenina en contexto de encierro	178
	Villalba Sampaoli C, Silicaró F, Prevoo M, Bidondo A, Mondini S, Palazzi A, Causade R, Estelrich C, Gonzalez J.	
PE198	Escape viral por VIH en SNC. Reporte de un caso en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires	178
	Zubeldía Brenner L, Martínez G, Tudanca V, Bravo M, Bello N, Stecher D.	
PE199	Implementación de una estrategia de intervención para la prevención y tratamiento de la sífilis materna y congénita	178
	Mauro MJ, Mora J, Rode J, Bascarán F, Carrio D, Repetto M, Pellon y Maison C, Mobrisci A, Massaccesi S, Arévalo A, Betti L, Durán A, Moyano M, Ceriotto M.	

- PE200** **Brote de hepatitis A en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de Córdoba, Argentina (julio 2017 y abril 2018)** 179
 Mariojouis Bringas JG, Castro G, Pisano MB, Barbero P, Fantilli A, Borda M, Canna F, Barbás G, Ré V.

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

- PE201** **Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica** 180
 Boccardo JD, Moreno H, Ruiz MS, Fernandez J, Meritello M, Amalricc C, Lopez M, Manzur A, Ferrari S.
- PE202** **Impacto de la bacteriemia en neumonía asociada a ventilación mecánica** 180
 Manzur A, Boccardo J, Fernandez J, Ruiz S, Ranea P, Lopez M, Torrado M, Lescano C, Ferrari S.
- PE203** **Casos de artritis séptica postpunción articular. El rol de control de infecciones** 181
 Burokas S, Salazar E, Lizzi A, Almada G, Staneloni M.
- PE204** **Reporte de brote de infección por *Clostridioides difficile* en una unidad de clínica médica de un hospital público polivalente** 181
 Herbst M, Cudmani N, Acevedo M, Caro F, Delgado G, Cudmani D, Costilla Campero G, Bustamante B.
- PE205** **Epidemiología, características clínicas y evolución de la infección por *Clostridioides difficile* en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires** 182
 Jorge L, Azula N, Torres D, Bues F, Herrera F, Temporiti E, Bonvehi P, Smayevsky J.
- PE206** **Efectividad de la higiene hospitalaria: evaluación de diferentes métodos de medición** 182
 Fabbro L, Paulosky L, Prado F, Holzman Z, Novau A, Cornistein W.
- PE207** **Evaluación infectológica prequirúrgica: colonización por *Staphylococcus aureus* en pacientes sometidos a cirugías con colocación de implantes osteoarticulares** 182
 Nuccetelli Y, Yantorno ML, Greco MM, Dolche NL, Fortunato E, Scala S, Scarpinelli P, Magi G, Di Rocco E, Bergues S.
- PE208** **Infección del sitio quirúrgico asociadas a implantes osteoarticulares e implementación de un protocolo de evaluación infectológica prequirúrgica** 183
 Nuccetelli Y, Yantorno ML, Greco MM, Dolche NL, Fortunato E, Scala S, Scarpinelli P, Magi G, Di Rocco E, Bergues S.
- PE209** **Detección de *Clostridioides difficile* toxigénicos por PCR en tiempo real en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina** 183
 Azula N, Ruggeri D, Santoni G, Jorge L, Relloso MS, Rodriguez AR, Castellí E, Bonvehí P, Smayevsky J.
- PE210** ***Clostridioides difficile*: descripción de un brote en un hospital privado de la provincia de Buenos Aires** 184
 Farina J, Pessaq P, Otermin F, Trillo A, Cazzola L, Cremona A.
- PE211** **Tasas y costo de las infecciones de sitio quirúrgico poscesárea (ISQ PC)** 185
 Sarmiento MD, Ambrosius M, Gerez R, Camerano C.
- PE212** **Bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*: continúa siendo una infección grave independientemente del perfil de resistencia** 185
 Rearte AN, Nicola F, Torres D, Amaya L, Bonvehí P, Temporiti E, Moreno N, Herrera F.
- PE213** ***Enterobacter aerogenes* HPC-2 en un hospital público, descripción clínica, microbiológica y caracterización molecular** 185
 Rivera E, Hojman M, Di Paolo M.
- PE214** **Impacto de un programa de prevención de infecciones quirúrgicas en la conducta de cirujanos y anestesiólogos en quirófanos de un hospital público** 186
 Rivera E, Hojman M, Di Paolo M.
- PE215** **Infección protésica articular tratada con desbridamiento y retención: serie de 54 pacientes** 186
 Levy B, Fernández A, Maurino J, Gill D, Tamagno G, Teglia O.
- PE216** **Importancia del triple screening para *Staphylococcus aureus* en cirugía ortopédica** 187
 Boccardo J, Manzur A, Guerrero L, Ganga R, Rodriguez C, Manilov R.

PE217	Infección del sitio quirúrgico por <i>Staphylococcus lugdunensis</i>	187
	Boccardo JD, Fernandez J, Meritello M, Ranea P, Lopez M, Manzur A, Ferrari S.	
PE218	Análisis sobre la evolución de los pacientes colonizados por MOMR en un centro de rehabilitación: 7 años de experiencia en su manejo	187
	Zitto T, Silva C, Sibilla M.	
PE219	Experiencia de 10 años de vigilancia de microorganismos multirresistentes	188
	Zitto T, Silva C, Stepanik D, Kuljis G, Martín Y, Garcia N, Edat L.	
PE220	Infecciones por carbapenemasas tipo OXA-163	188
	Ducatenzeiler L, Benso J, Alexander V, Visus M, Greco G, Burokas S, Salazar E, Staneloni M.	

6 - Infecciones generales en adultos

PE221	Mortalidad de las bacteriemias por <i>Escherichia coli</i> en pacientes mayores de 65 años en un hospital privado. Revisión años 2014-2018	189
	Michelud C, Salmeron Olsina A, Gordóvil M, de Wouters L, Vallejo M.	
PE222	Bacteriemia en pacientes con oncológicos	189
	Finello M, Díaz V, Saad E, García M, Sierra J, Suasnabar D, Hernández D, Cometto M, Vázquez V, Richetta L, Toranzo A, Caeiro J.	
PE223	Encefalitis por virus varicela zóster en paciente VIH, complicada con vasculitis y persistencia viral	190
	Alvarez M, Rivero M, Alés B, Nigro L, Sanchez C.	
PE224	Accidente cerebrovascular isquémico en un paciente joven: no olvidar a un "viejo conocido"	190
	D'Agostino ML, Rodríguez Peria C, Seminara E, Paz V.	
PE225	Análisis de las infecciones urinarias en pacientes hospitalizados	190
	Peñaranda G, Ellena F, Finello M, Foia E, Suasnabar D, Panchuk A, Dominella F, Panchuk A, Albertini R, Amuchastegui T, Vazquez S, Hernandez D, Cometo A, Saad E.	
PE226	Infección periprotésica por <i>Mycobacterium fortuitum</i> reporte de caso y revisión de literatura.	191
	CristinaM, Castro C, Huerga M, Símboli N, Mantilaro E, Morales A.	
PE227	Estudio de neumonía adquirida de la comunidad debido a <i>Legionella pneumophila</i> serotipo 1	191
	Giordano G, Abiega C, Vilaró M, Caeiro JP.	
PE228	Endocarditis infecciosa por <i>Salmonella entérica no typhi</i> asociada a dispositivo Amplatz diagnosticada mediante PET-TC: reporte de un caso	192
	Camporro J, Vicente L, Tudanca V, Sierra M, Stecher D, Barberis C, Imas S, Stringa J.	
PE229	Endocarditis infecciosa por <i>Bartonella</i> asociada a glomerulonefritis PR3-ANCA positivo y neurorretinitis: reporte de un caso	192
	Vicente L, Camporro J, Tudanca V, Sierra M, Stecher D, Barria L, Chavin H.	
PE230	Etiología poco frecuente de neumonía aguda grave de la comunidad: <i>Lophomonas</i> spp. Reporte de caso	193
	Morales FC, Guidetto B, Gonzalez M, Salinas L, Lasserre N, Repetto S, Altclas J.	
PE231	Espondilodiscitis por <i>Chromobacterium violaceum</i>	193
	Gonzalez C, Ermida MA, Schejtman A, Boero A, Rotryng F, Brunetti P.	
PE232	Hidatidosis osea, a propósito de un caso	193
	Bejarano GM, de la Barrera D, Valdéz M.	
PE233	Meningoencefalitis por <i>Ochrobactrum anthropi</i> y <i>Pseudomonas stutzeri</i> en paciente inmunocompetente	194
	Selent C, Manuele MP, Enzenhofer MI, Cortés Rodríguez CT, Dellacha BS, Rollet R, Echazarreta SE, Orduna TA.	
PE234	Meningitis recurrente linfocitaria por virus <i>Herpes simplex</i> tipo 2: reporte de un caso	194
	Benchetrit A, García J, Janota F, Solari R.	
PE235	Actinomicosis abdominopélvica: un desafío diagnóstico	194
	Poblete G, Sutton G, Couce R, López J, Saravia E, Piraino E, Siguelboim D, Begher S.	

PE236	Enfermedad asociada a <i>Clostridioides difficile</i> en el adulto mayor: principales comorbilidades, utilización de antimicrobianos e inhibidores de la bomba de protones	195
	Beltramo C, Teglia O, Nogueras M.	
PE237	Mortalidad de enfermos con tuberculosis en un hospital del área metropolitana de Buenos Aires. Período 2013-2018.	195
	Borda ME, Lee KM, Pesce Loglio M, Romano J, Heres M, Torales G, Roldán V, Siciliani D, Zapata A, Lastra ME.	
PE238	Miasis intestinal por <i>Hermetia illucens</i> y <i>Eristalix tenax</i>	196
	Gigena DD, Del Prete J, Andrada E, Kuyuk A, Orduna T.	
PE239	Infecciones de transmisión sexual en lesiones de la cavidad oral: virus papiloma humano, <i>Chlamydia trachomatis</i> y virus herpes simple	196
	Pranzetti M, Bucari M, Capello S, Capponi P, Gariotti M, Gauchat A, Italiano M, Mazzuferi F, Nisnovich G, Pasciutto N.	
PE240	Empiema pulmonar por <i>Trichomonas</i>. Reporte de un caso	197
	Mazzitelli B, Pizarro S, Rossanigo C, Ghietto L, Brito R, Minguez A.	
PE241	Infecciones posbiopsia transrectal. Experiencia en un centro tras diferentes intervenciones de prevención de infección	198
	Giorgio PG, Efrón E, Martínez J, Verbanaz S, Eusebio M, Pinoni V, Bustos A, Giuffré C, Azario A, Frávega A, Hernandez A, Nolzco A, Jordán R.	
PE242	Endoftalmitis por <i>Escherichia coli</i> BLEE secundaria a urosepsis	198
	Del Rio F, Stelzer M, Gianello M, Melgin S, Rechimont A.	
PE243	Análisis unicéntrico de bacteriemias en centro de tercer nivel	199
	Soler Puy L, Montenegro R, Peña L, Calza Y, Bangher M.	
PE244	Perfil epidemiológico y clínico de sífilis asistidos en un Hospital Público Nacional del Gran Buenos Aires, partido de Morón	200
	Roldán V, Jacobo M, Lee K, Golikow M, Kidd E, Laplumé D, Siciliani D, Weisz A, Gaitan A, Lopez A, Di Pilla D, Riveros F.	
PE245	Relación neutrófilos-linfocitos: marcador inflamatorio y pronóstico en grave de la comunidad	201
	Chediack CV, Bocassi A, Luque M, Gómez N, Cunto E.	
PE246	Endocarditis infecciosa de válvula protésica tardía por <i>Trichosporon inkin</i>	201
	Alvarado ME, Schamun D, Mariani V, Pfoh C, Boschetti C.	
PE247	Relevamiento de sífilis en un centro de salud y atención comunitaria de la CABA	202
	Zalaya NA, Alzola R, Beherns M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.	
PE248	Análisis de bacteriemias por <i>Staphylococcus aureus</i> resistentes a la meticilina en un centro especializado en adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires. Cohorte 2014-2018	202
	Arriola S, Ruiz M, Zugasti N, Cusmano L, Reborá J, Terusi A, Viteri A, Ezcurra MC.	
PE249	Las infecciones de transmisión sexual no tienen edad. Descripción de casos de infecciones de transmisión sexual en pacientes mayores de 50 años	203
	Aranda MJ, Saranitte JA, Roriguez LC, Montaldo FA, Bruno DV, Cabrini M, Rolón MJ, Perez H.	
PE250	<i>Streptococcus thoralensis</i>: ¿un patógeno emergente?	203
	Viceconte R, Landaburu MF, Barberis F, Torres C, Vinante A, Morillas A, Mussio M, Fernandez G, Lopez Furst MJ, Puentes T.	
PE251	Mortalidad y factores de riesgos asociados en bacteriemias por <i>S. aureus</i> y <i>Stafilococo</i> coagulasa negativo	203
	Malano D, Guidetto B, Díaz V, Salinas L, Kogan S, Altclas J.	
PE252	Predictores clínicos para estimar riesgo de endocarditis en pacientes con bacteriemia por <i>Staphylococcus aureus</i>	204
	Inwinkelried E, Arguello J, De la Parra G, Constanzo K.	
PE253	Sepsis a <i>Salmonella</i> (no typhi) en paciente diabética con foco enteral	204
	Tomás JG, Gallo R, Mambriñi P, Fernandez S, Abud C, Turpo M, Ale A, Yepes J, Garnier C.	
PE254	Análisis descriptivo de bacteriemias por <i>Staphylococcus aureus</i> en adultos asistidos en un hospital general de agudos	205
	Gañete M, Playonero G, Espinosa L, Sablich J, Vergara V, Crespo J, Serra D, Santillan P, Zambrano M, Perez M, Perez Catalan S, Sampere C, Sztokhamer D, Di Libero E, Togneri A.	

PE255	Osteomielitis por <i>Mycobacterium houstonense</i>: seguimiento 4 años	205
	Chattás AL, Montero M, Levalle J, Gomez L, Di Salvo F, Rodriguez P, Garbasz C, Alonso R, Braunsteni B.	
PE256	Sepsis intrauterina por <i>Listeria monocytogenes</i>	205
	Macchiavello A, Quintana G, Bertola M, Gilmore B, Bardí L, Malvido J.	
PE257	Absceso cerebral por <i>Actinomyces</i> en paciente inmunocompetente	206
	Cardone R, Orlando J.	
PE258	Mediastinitis posesternotomía "precoz": una entidad de difícil diagnóstico (1998-2018)	206
	Fernandez Osés PA, Sanchez Thomas D, Viruel M, Pennini M, Piccinini F, Vrancic M, Camporrotondo M, Navia D, Nacinovich F.	
PE259	Nocardiosis cutánea secundaria a inoculación de opioides en una paciente inmunosuprimida	207
	Azar V, Bourlot I, Juarez J.	
PE260	Meningitis a líquido cefalorraquídeo claro como única manifestación de Leptospirosis	207
	Azar V, Bourlot I, Argento C.	
PE261	Diagnóstico del virus del papiloma humano en hombres: comparación entre PCR y penescopia	208
	Urquiza D, Bonisconti F, Filippi U, Sánchez AG, Caeiro JP, Alvarez Garzon J, Alvarellos T.	
PE262	Endocarditis infecciosa de válvula nativa por <i>Proteus mirabilis</i>: una rara entidad	208
	Vinicoff G, Aguirre MF, Alonso Torres J, Mesplet F, Diaz N, Andino Di Masi S, Terusi A, Viteri A, Cusmano L, Reborá JM, Cabrera R, Ezcurra MC.	
PE263	Comparación de scores de riesgo para predecir mortalidad en la cirugía de endocarditis infecciosa izquierda: sub estudio del registro EIRA 3	208
	Burgos L, Nacinovich F, Casabe H, Fernandez P, Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Kazelian L, Spennato M, Zylbersztejn H, Gagliardi J, Varini S.	
PE264	Amenorrea secundaria a tuberculosis genital	209
	Cárdenas G, Porteiro N, Gil Zbinden G, Campitelli A.	
PE265	Endocarditis infecciosa (EI) asociada a marcapasos por <i>Klebsiella pneumoniae</i> KPC	209
	Fernandez Osés PA, Merkt M, Pennini M, Chapman I, Scazzuso F, Nacinovich F.	
PE266	Endocarditis infecciosas en el adulto mayor, un desafío diagnóstico y terapéutico	210
	Mesplet F, Alonso Torres J, Vinicoff G, Aguirre Ríos M, Andino S, Diaz N, Arriola S, Ruiz M, Cusmano L, Rébora J, Terusi A, Viteri A, Ezcurra MC.	
PE267	Revisión de los casos de micosis pulmonares en un hospital de patología respiratoria durante el período 2012-2018	210
	Castellaro P, Alonso V, García G, Tártara S, Monzani V, Courreges S.	
PE268	Fiebre de origen desconocido como forma de presentación de proctitis como forma de presentación de linfogranuloma venéreo. Reporte de un caso	211
	Eusebio MJ, Martínez JV, Navarro Gutiérrez K, Giorgio P, Pinoni MV, Efron ED, Verbanaz S, Jordan R.	
PE269	Artritis séptica por <i>Streptococcus sobrinus</i>: a propósito de un caso	211
	Zunino LV, Pezzini S, Gilles N.	
PE270	Fenómeno de Lucio: reporte de un caso	211
	Peñaflor LT, Kriger S, Valdez Y, Gaona C, Rajha J, Tomasella F.	
PE271	Encefalomielitis por virus varicela zoster: presentación de un caso atípico	212
	Peñaflor LT, Kriger S, Valdez Y, Gaona C, Rajha J.	
PE272	Endocarditis infecciosa por <i>Scedosporium</i> sp. en un paciente inmunocompetente	212
	Stanek VC, Veiga F, D'Angelo M, Visus M, Greco G, Barcán L.	
PE273	Colitis fulminante por <i>Clostridiodes difficile</i> en paciente adulto joven de la comunidad	213
	Aparicio M, Flores V, Gualpa F, Tuculet B.	
PE274	Epidemiología, características clínicas, hallazgos de laboratorio y manejo terapéutico de la enfermedad invasiva por <i>Salmonella</i>	213
	Rapetti GC, Aguilera A, Schamún M, Falco A.	
PE275	Síndrome nefrótico secundario a legionelosis	214
	Suárez Stanganelli LV, Aschero F, Osuna C, Cantero M, Gramajo B, Ceballos B, Farinella M.	

<u>PE276</u>	Del intestino al corazón: miopericarditis secundaria a <i>Campylobacter jejuni</i>	214
	Lahitte M, Rinaudo M, Flynn L, Nannini E.	
<u>PE277</u>	Evaluación de indicadores hospitalarios en pacientes con diagnóstico de tuberculosis en salas de internación de un hospital de infecciosas	214
	Costa NI, Marino R, Sardina N, del Préstamo C, Palmero D, Quinteros M.	
<u>PE278</u>	Endocarditis por grupo <i>Bacillus cereus</i> asociada a implante de válvula aórtica transcater (TAVI)	215
	Delgado G, Tudanca V, Padovani A, Tosello C, Vay C, Stecher D.	
<u>PE279</u>	Trasplante de materia fecal para tratamiento de diarrea asociada a <i>Clostridium difficile</i> en huéspedes inmunocomprometidos: reporte de dos casos	215
	MartinezJV, Eusebio MJ, Prieto R, Giorgio P, Pinoni MV, Efron ED, Verbanaz S, Jordan R.	
<u>PE280</u>	Caracterización epidemiológica de infecciones por bacterias Gram negativas resistentes a carbapenémicos en un hospital de tercer nivel de Colombia, durante el año 2018	216
	Berrio Medina I, Pazos J, Medina E, Cuervo C.	
<u>PE281</u>	Gastritis flegmonosa como causa de abdomen agudo en adolescente inmunocompetes	216
	Etchegoyen M, Mayo S, Selliar G, Cornet L, Cabrera B, Rodriguez P.	
<u>PE282</u>	Infecciones asociadas a implantes espinales en un hospital general	216
	Cornet L, Pujato N, Altamirano S, Valiño A, Carrion N, Soloaga R, Margari A.	
<u>PE283</u>	Efectividad de la terapia empírica inicial con betalactámicos vs. terapia combinada de betalactámicos más macrólidos para la neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización	217
	Cisneros V, Iopardo GD, Luchetti P.	
<u>PE284</u>	Características epidemiológicas, clínicas y etiológicas de 81 episodios de endocarditis infecciosa en un hospital universitario de Argentina	218
	Mendez GA, Villamandos S, Niveyro C, Villalba Apestequi PA, Salvatierra KA.	
<u>PE285</u>	Características clínico epidemiológicas de las infecciones por mycobacterias atípicas relacionadas a procedimientos estéticos	218
	Cuevas Ojeda AM, Frassone N, Jakob E, Sadino G, Marianelli L.	
<u>PE286</u>	Estudio epidemiológico de bacteriemias por <i>Staphylococcus aureus</i> en un hospital de agudos polivalente	219
	Martinez Rios MB, Vernazzi M, Scala G, Cabral M.	
<u>PE287</u>	Estigma por identidad de género y problemas de salud en mujeres transgénero recientemente diagnosticadas con VIH: el modelo sindémico SAVAGE	219
	Aristegui I, Glynn TR, Radusky P, Zalazar V, Frola C, Cardozo N, Duarte M, Fabian S, Gun A, Cahn P, Carrico AW, Sued O.	
<u>PE288</u>	<i>Strongyloides stercoralis</i> en trasplantados renales de un hospital público del NOA	220
	Nuñez JM, Villafaña S, Seu F, Costilla Campero G.	
<u>PE289</u>	Neumonía en pacientes neurológicos en terapia intensiva	220
	Altamirano S, Rodríguez J, Carrion M, Bravo M, Pujato N, Barrientos A, Cocozzella D, Margari A.	
<u>PE290</u>	Efecto de la terapia combinada con estatinas y aspirina en eventos embólicos en pacientes con endocarditis infecciosa: sub estudio del registro EIRA 3	220
	Burgos L, Nacinovich F, Casabe H, Fernandez P, Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Kazelian L, Spennato M, Zylbersztejn H, Gagliardi J, Varini S.	
<u>PE291</u>	Aspergilosis en pacientes con influenza: una nueva amenaza	221
	Palacio B, Riera F, Marino M, Romero F, Carballo J, Bergallo C.	
<u>PE292</u>	Infección de sitio quirúrgico de hernioplastía inguinal por <i>Gordonia</i> sp	221
	Giorgio PL, Heine A, Sujemecki A, Visic L, Prieto M, Efrón E, Martínez J, Verbanaz S, Eusebio M, Pinoni V, Jordán R.	
<u>PE293</u>	Características epidemiológicas y microbiológicas de las infecciones urinarias no complicadas	222
	Foia E, Finello M, Peñaranda G, Suasnar D, Ellena León M, Saad E, Hernández D, Cometto M, Vázquez S, Amuchastegui T, Albertini R, Dominella F, Panchuk Sanz A.	
<u>PE294</u>	Infecciones por enterobacterias resistentes a carbapenemes multiespecies	222
	De Gregorio S, Tudanca V, Paravano L, Padovani A, Repetto S, Foccoli M, Nastro M, Rodriguez C, Vay C, Famiglietti A, Stecher D.	

PE295	Aislamientos <i>Klebsiella pneumoniae</i> productoras de carbapenemasas (KPC) en una clínica privada de CABA	223
	Iannantuono MV, Godoy E, Tula MC, Alvarez M, Cattaneo A, Montone MS, Hojman M.	
PE296	Algunos bichos no tienen límite. La capacidad de <i>Streptococcus anginosus</i> de atravesar planos tisulares.	223
	Radisic MV, Ibáñez L, Rotryng F, Schejtman A.	
PE297	Linfogranuloma venéreo como causa de síndrome febril prolongado	223
	Pérez CF, Maldonado P, Fraga A, Vacchino M, Galarza P.	
PE298	Microorganismos productores de infecciones graves de la comunidad prevalentes en una Unidad de Terapia Intensiva de adultos	224
	Cabrera Maciel MDP, Cecchin C, Farhat A, Avila E, Caram M, Flores S.	
PE299	Fenómeno de Lucio en un paciente con lepra lepromatosa en un hospital de Buenos Aires	225
	Serio EDA, Sabato S, Favier P, Torres D, Raffo C, Emma Y, Vannelli M, Moreno M, Martins Tenorio M, Soto I, Macchi A.	
PE300	Meningitis de etiología poco habitual en paciente inmunocompetente	225
	Vera L, Lerman Tenenbaum D, Taborro A, Villalva JM.	
PE301	La combinación daptomicina más ceftarolina como terapia de salvataje en bacteriemia persistente por <i>Staphylococcus aureus</i>: reporte de 3 casos	225
	Martin YS, Kuljis G, Defilippo C, Stepanik D, García N, Edat L, Zitto T.	
PE302	Osteomielitis vertebral por <i>Haemophilus parainfluenzae</i>: reporte de un caso	226
	Kuljis GS, Martin Y, Zanella M, Lazaro S, Stepanik D, García N, Edat L, Zitto T.	
PE303	Endocarditis por <i>Bartonella henselae</i>: presentación de un caso y una revisión de la literatura	226
	Kuljis GS, Martin Y, Cardone F, Guazzone A, Grancelli H, Stepanik D, Zanella M, Zitto T.	
PE304	Osteomielitis crónica por <i>Nocardia brasiliensis</i> asociada a material de osteosíntesis	226
	Zubeldía Brenner L, Camporro J, Montalvo E, Savino L, Tossello C, Vay C, Famiglietti A, Stecher D.	
PE305	Síndrome hemofagocítico y tuberculosis diseminada	227
	Spinelli N, Ambroselli P, Díaz L, Echegoyen A, Fantoni N, Garbarino L, Krywezenia L, Scala S, Solari M, Suárez J, Tonin D, Villegas V.	
PE306	Piomositis por <i>S. pneumoniae</i>	227
	Capalbo MS, Garbarino C, Odzack A, Arcondo F, Armenteros C, Zylberman M.	
PE307	Botulismo por herida a propósito de un caso	228
	Cervigni C, Vera Blanch M, Perrín C, Bellantic M, Gill D, Guardatti M, Farace MI.	

7 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

PE308	Manifestaciones clínicas de la hantavirus cardiopulmonar en niños y adolescentes	229
	Morales JCD, Gonzalez Ayala S, Agosti MR, Uriarte V, Padula P.	
PE309	Meningitis por enterovirus en contexto de brote	229
	Rapetti GC, Falco I, Schamún M, Aguilera A.	
PE310	Mortalidad de la infecciones invasivas por estreptococo del grupo A: perfil epidemiológico en Argentina. Años 2007-2016 y 2018.	230
	Pesce M, Stimbaum C, Fandiño ME, Varela T.	
PE311	Toxoplasmosis congénita en un embarazo gemelar: reporte de caso	230
	Brizuela ME, Molina A, De Risio K, Mariano J, Cañete G.	
PE312	Evaluación del perfil de seguridad de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis administrada durante la Campaña Nacional de Seguimiento 2018	230
	Rapaport S, Stecher D, Rancaño C, Elbert G, López Yunes M, Neyro M, Katz N, Juárez MV, Pasinovich M, Lucconi V, Iglesias M, Cañete J, Zigrino T, Mele D, Alvarez S, Monti A, Iriarte G, Saralegui M, Torrilla P, Biscayart C.	

PE313	Enfermedad invasiva por <i>Pasteurella canis</i>, una entidad poco frecuente	231
	López Yunes M, Medlej N, Carrizo D, Hidalgo J, Rozenblum P, Rey G.	
PE314	Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de la infección por influenza B 2018 en niños hospitalizados en un centro de alta complejidad	231
	Voto CJ, Blatesky Lohff E, Gonzalez S, Borgnia D, Fernandez F, Bologna R, Mangano A, Ruvinsky S.	
PE315	Reemergencia de la sífilis congénita (SC) en una Maternidad Pública de la ciudad de Rosario.	232
	Leguizamón MG, Andreussi L, Puig G, Bobatto A, Cesolari J, Contreras F, Abalos E.	
PE316	Análisis de una intervención de política de salud pública para prevenir sífilis congénita en tres Hospitales de Tucumán	232
	Rea MC, Olea M.	
PE317	Bacteriemia en pacientes pediátricos hematooncológicos con neutropenia febril entre 2016 y 2018 en un Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires	232
	Velasco Malberti MC, Dondoglio P, Pasinovich M, Juárez X, Echave C, Delgado M, Mateucci E, Meregalli C, Pereda R, Varela A, Kuzawka M, Cancellara A.	
PE318	Sífilis en la gestante	233
	Mattarollo NP, Bernstein JC, Stagnaro JP, González JM, Faiad E, Amato H, González Ayala SE.	
PE319	Toxoplasmosis congénita en Tigre	233
	Ferrucci GS, Bruno S, Perez K, Perez V, Soqueff K.	
PE320	Perfil epidemiológico de embarazadas con diagnóstico de sífilis que concurren al Hospital Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, en el período comprendido entre 2010-2017	234
	Soto A, Dip V, Gramajo A, Fonts A, Villa M, Perez Valoy S, Barrionuevo B, Gonzalez E, Lagori M, Otero V, Carabajal J, Molina C, Romero R, Fara A, Valdez S.	
PE321	Absceso pulmonar neonatal por <i>Candida albicans</i>: forma poco frecuente de presentación	234
	De Bernardi MS, Caccavo J, Maruco A, Rodriguez Brieschke M.	
PE322	Chagas congénito: presentación de un <i>hydrops fetalis</i> con calcificaciones cerebrales	235
	Caccavo JC, De Bernardi M, Sobrino F, Rodriguez Brieschke MT, Ruiz O'Neil M.	
PE323	Sepsis neonatal precoz por <i>Streptococcus pneumoniae</i>: serie de casos	235
	De Bernardi MS, Caccavo J, Ormazabal C, Rodriguez Brieschke M.	
PE324	Síndrome de Lemierre, una entidad olvidada	236
	Medranda A, Pannunzio E, Tineo S, Sheeham G, Cazes C, Lopez E.	
PE325	Osteítis de calota por secundarismo sífilítico	236
	Escarará F, Pfister P, Achilli G, Carrasco F, Genero F, Touzon MS, Mora CA, del Castillo M.	
PE326	Osteomielitis tuberculosa de hueso largo, una rara enfermedad en pediatría	237
	Brandolisio R, Iacono M, Gonzalez G, Colucci C, Morales A.	
PE327	Estudio de un caso por amebiasis cerebral	237
	Simoni A, Valdez E, Calli Flores R, Bruno ME, Ramírez FA, Paz ME, Auad R.	
PE328	Internación por varicela complicada	238
	García M, Morales J, Uriarte V, Vinuesa M, Bastons S, Maydana M, Sosa M, González Ayala S.	
PE329	Tuberculosis: "La gran simuladora"	238
	Highton Esmeralda, Stagnaro María, Isaguirre María José, Sarkis Claudia	
PE330	Brote de diarrea aguda por <i>Shigella flexneri</i> en un establecimiento de educación inicial en una ciudad de Tierra del Fuego	239
	Benetucci A, Aguilera AE, Gorostegui FM, Guerra A, Vargas MF, Longoni S.	
PE331	Diarreas virales en pediatría	239
	Vidal ME, Ruiz F, Spoleti MJ.	
PE332	Detección de patógenos respiratorios	239
	Vidal ME, Spoleti MJ, Sciola G, Moses R, Ruiz F, Gorosito M.	
PE333	Abdomen agudo quirúrgico: rescate microbiológico	240
	Vidal ME, Spoleti MJ, Ruiz F, Arocha S.	

PE334	Absceso esplénico, a propósito de un caso	240
	D'hers R, Bonardo V, Fernie ML.	
PE335	Infecciones perinatales: seroprevalencias detectadas en los trienios 2011-2013 y 2016-2018	240
	Bernan ML, Vaquero L, Montes P, Lozano J.	
PE336	Screenig molecular de parvovirus humanos en la pesquisa de enfermedades congénitas aplicadas a mujeres embarazadas sintomáticas y niños	241
	Colazo Salbetti MB, Pedranti MS, Barbero P, Molisani P, Lazzari M, Olivera N, Isa MB, Bertoldi A, Moreno L, Adamo MP.	

8 - Inmunocomprometidos no VIH y trasplantes

PE337	Infección diseminada bacteriémica por <i>Nocardia farcinica</i>	242
	Fernández A, Andres P, Rodriguez A, Madsen E, Nagel C.	
PE338	Mucormicosis rinosinusal en paciente diabética. Reporte de dos casos	242
	Moreno MM, Rojas Ríos A, Penco S, Carrizo S.	
PE339	Fenómenos inmunológicos vinculados a reactivación por virus de Epstein-Barr en un paciente postrasplante de médula ósea. Reporte de caso	243
	Baraldo Trillo S, D'angelo G, Iglesias D, Ruiz C, González G, Rosselot S, Gómez S.	
PE340	Aneurisma micótico como complicación de trasplante hepático	243
	Ribeiro Lomes N, Lomes NR, Mondolfo AO, Guedes LV, Almeida VB, Guimaraes VM, Monteiro MM, Silva CA, Harriz M, Terra MPR, Farias JLR, Mucare M, Barros LMG, Neves DB, Salzedas AA, Gonzales AM, Pimentel CFMG.	
PE341	Infección diseminada bacteriémica por <i>Nocardia farcinica</i>	243
	Fernández A, Andres P, Rodriguez A, Madsen E, Nagel C.	
PE342	Compromiso de sistema nervioso central en pacientes pediátricos oncohematológicos. Aspergilosis cerebral vs. otras etiologías	244
	Dondoglio P, Juarez X, Pasinovich M, Delgado M, Echave C, Varela A, Velasco C, Mateucci E, Pereda R, Cancellara A.	
PE343	Bacteriemias en receptores de organo solido: incidencia, etiologia, factores de riesgo y evolucion. Estudio multicentrico	244
	Pinoni MV, Smud A, Barcan L, Nagel C, Pujato N, Giorgio P, Martinoia A, Salgueira C, Zerboni S, Madsen E, Radisic M, Ducatenzeiler L, Efrón E, Altclas J, Temporiti E.	
PE344	Enfermedad de Chagas y trasplante de órgano sólido: experiencia multicentrica	245
	Pinoni MV, Nagel C, Madsen E, Smud A, Giorgio P, Temporitti E, Salgueira C, Besuschio SA, Schijman AG, Barcan L.	
PE345	Bacteriemia por <i>Myroide</i> spp. Reporte de un caso	245
	Gulo M, Ameri D, Squassi V, Lambert S.	
PE346	Análisis de infecciones por enterobacterias portadoras de carbapenemasas en relación a portaciones de pacientes internados oncohematológicos	246
	Cudmani NM, Rodríguez Raimondo M, Fonio Mermet S, Logwiniuk C, Figueroa F, Delgado G, Caro C, Barrenechea G.	
PE347	Infecciones respiratorias virales en niños oncohematológicos	246
	Ceccoli SC, Viña A, Plat F, Mistchenko A, Contrini MM, López EL.	
PE348	Reporte de tres casos de histoplasmosis diseminada diagnosticados por PCR en pacientes oncohematológicos	246
	Fonio Mermet SE, Rodríguez Raimondo M, Álvarez C, Figueroa F, Colombres MS, Nóbrega LM, Márquez NE, Orellana NR.	
PE349	Neutropenia febril en el adulto mayor: análisis de una cohorte retrospectiva	247
	Andino Di Masi SD, Diaz N, Mesplet F, Alonso J, Aguirre M, Vinicoff G, Arriola S, Ruiz M, Prado C, Reborá J, Terusi A, Cusmano L, Viteri A, Ezcurra MC.	
PE350	Trichosporonosis de brecha y fungemia persistente en paciente neutropénica en profilaxis prolongada con posaconazol	247
	Tortoriello AL, Bues F, Herrera F, Relloso S, Temporiti E, Rearte A, Zerboni S, Bonvehí P.	

PE351	Reporte de tres casos de histoplasmosis diseminada diagnosticada por PCR en pacientes oncohematológicos	248
	Fonio Mermet SE, Rodríguez Raimondo M, Álvarez C, Figueroa F, Colombres MS, Nóbrega LM, Márquez NE, Orellana NR.	
PE352	Infecciones fúngicas en pacientes oncohematológicos: un desafío permanente	248
	Herrera C, Lespada MI, Lopez Moral L, Jacob N, Wachs A.	
PE353	Relación entre aislamientos en cultivos de vigilancia y hemocultivos en primer evento de neutropenia febril en pacientes trasplantados de médula ósea	249
	Nannini V, Muffarotto B, Roiter F, Tisi Baña M, Pereyra ML.	
PE354	Infección rinosinusal por <i>Exserohilum</i> spp. y por <i>Lasiodiplodia</i> spp. en una paciente con agranulocitosis: a propósito de un caso clínico	249
	Arias A, Mussini S, Gomez S, Carnovale S, Cascon V, Diaz L, Taicz M.	
PE355	Infecciones del torrente sanguíneo en pacientes neutropénicos	250
	Suasnabar D, Saad E, García M, Díaz V, Richetta L, Toranzo A, Finello M, Caeiro J, Hernández D, Cometto M, Vázquez S, Sierra J.	
PE356	Infección cutánea por mucormicosis en paciente hospitalizado. A propósito de un caso	250
	Macchiavello A, Quintana G, Rondinelli N, Gilmore B, Bardi L, Malvido J.	
PE357	Micosis subcutáneas por hongos filamentosos en pacientes trasplantados renales: reporte de 2 casos	250
	Pujato N, Radisic M, Bravo M, Linares L, Tiraboschi N, Fernandez N, Merk M, Casadei D.	
PE358	Infección cutánea primaria por <i>Cryptococcus gattii</i> en paciente inmunosuprimido	251
	Lezcano S, Capara L, Sosa , Gomez Capara , Sosa M, Rissi D, Pupucho .	
PE359	Coinfección fúngica en paciente con enfermedad autoinmune	251
	Fernández N, Sierra M, Córdoba S, Tiraboschi IN, Farias L, Stecher D.	
PE360	Paracoccidioidomicosis en pacientes con enfermedades oncohematológicas	252
	Mendez GA, Niveyro C, Sosa VME, Villamandos S, Villalba Apestegui PA.	
PE361	Citomegalovirus resistente a ganciclovir en receptor de trasplante renal. Reporte de 1 caso	252
	IbáñezME, García Allende N, Rizzo Patrón A, Paz S, Antezana Trigo I, Iglesias DE, Sánchez AV, Mayer Wolf M, Ezcurra C, Rodríguez VE, González Fraga S.	
PE362	Fungemia por <i>Trichosporon</i>: presentación de dos casos	252
	Romero CF, Palacio B, Riera F, Marino M, Carballo J, Bergallo C.	
PE363	Neumonía por <i>Lophomonas</i> sp. en huésped inmunocomprometido	253
	Seijo S, Cornet L, Tourón I, Vaustat D, Pujato N, Bravo M, Margari A.	
PE364	Estudio epidemiológico sobre neutropenias febriles en pacientes oncohematológicos en un instituto oncohematológico de la Patagonia	253
	Moya L, Burgos R, Colucci M, Raña P, Reyes M, Zambelli M, Arias A, Bernachea MP.	
PE365	Infección por <i>Trypanosoma cruzi</i> a través de un trasplante hepático: a propósito de un caso	254
	Arias A, Paulin P, Sormani M, Varela A, Sarkis C.	

9 - Vacunas e inmunología

PE366	Antecedentes vacunales de los estudiantes de medicina, Escuela Superior Normalizada de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires	255
	Mondini S, Gonzalez Ayala.	
PE367	Virus Sabin derivados en niños inmunocomprometidos: descripción de 2 casos ocurridos en Argentina durante la fase final de erradicación de la polio	255
	Pasinovich M, Neyro S, Juárez MV, Katz N, López Yunes M, Elbert G, Cañete J, Stecher D, Rapaport S, Iglesias M, Lucconi V, Rancaño C, Granado E, Lema C, Freire C, Biscayart C.	
PE368	Seguridad de la vacuna contra fiebre amarilla en Argentina: análisis del periodo 2017-2018	256
	Stecher D, Rapaport S, Rancaño C, Iglesias M, Lucconi V, Cañete J, Morales A, Fabbri C, Luppo V, Sinchi A, Briggiler A, Biscayart C.	

<u>PE369</u>	El cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en los ingresantes en un Instituto Superior de Formación Técnica.	256
	Arce MB, Cocozzella JP, Bampi MC, Gullo M, Gimenez Villalba MF, Gonzalez Ayala SE.	
<u>PE370</u>	Enfermedad neumocócica invasiva, aspectos epidemiológicos, mortalidad y sensibilidad a betalactámicos en un hospital polivalente	257
	Martínez Ríos M, Cabral M, Scala G, Vernazzi M.	
<u>PE371</u>	Evento supuestamente atribuido a vacunación o inmunización (ESAVI) como diagnóstico diferencial de síndrome febril agudo: reporte de un caso.	257
	Carranza JI, Monroig J, Machuca P, della Paolera D, Lloveras S.	
<u>PE372</u>	El desafío de una intervención poblacional en la vacunación contra la fiebre amarilla en viajeros	258
	Lucconi Grisolia V, Alvarez MS, Rancaño C, Elbert G, Neyro S, Juarez MV, Katz N, Pasinovich M, Lopez Yunes M, Stecher D, Rapaport S, Iglesias M, Zubieta A, Iriarte G, Saralegui M, Torrilla P, Monti A, Zigrino T, Mele D, Biscayart C.	
<u>PE373</u>	Evaluación del cumplimiento de los esquemas de vacunación contra hepatitis B en los adultos	258
	Stecher D, Zubeldía Brenner L, Franco K, Cáceres A.	
<u>PE374</u>	Estado serológico de enfermedades inmunoprevenibles y otras de importancia diagnóstica en adultos, desde un consultorio de infectología pediátrica	258
	Lima L, Breyer F.	
<u>PE375</u>	Encéfalomiелitis aguda desmienilizante (ADEM) asociada a vacuna triple viral	259
	Yahni D, Angiono A, Panetta E, Vallejos A, Salazar M, Badino J, Pryluka D, Vasta L.	
<u>PE376</u>	Vacunación antineumocócica en adultos internados. Rol del médico en el cumplimiento de la indicación	259
	Castro PE.	

Presentaciones

OD Orales destacados
OR Orales
PE Pósters electrónicos

Índice de autores

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
A											
Abalos E	PE315	232	Alcorta B	PE004	91	Alvarez S	PE312	230	Aranda F	OR022	59
Abbamonte J	OR063	81	Alderete M	OD007	46	Alzogaray M	OR024	60	Aranda MJ	OR005	50
Abdala M	OR050	74	Alderete M	PE038	107	Alzogaray M	PE004	91	Aranda MJ	OR025	60
Abel S	OR076	86	Ale A	PE253	204	Alzola R	PE154	159	Aranda MJ	OR032	64
Abiega C	PE227	191	Aleman Espinoza W	OR062	80	Alzola R	PE155	159	Aranda MJ	OR035	66
Abojer L	OR017	56	Alen Greco L	PE160	161	Alzola R	PE247	202	Aranda MJ	PE125	146
Abud C	PE253	204	Alés B	PE223	190	Amadio C	PE177	169	Aranda MJ	PE249	203
Abusamra L	OR005	50	Alessandrini R	PE021	99	Amalricc C	PE201	180	Araoz C	OR043	70
Abusamra L	OR025	60	Alessandrini R	PE162	162	Amarilla C	PE030	103	Arazi S	PE135	150
Abusamra L	OR025	60	Alessandrini RMG	PE134	150	Amato H	PE318	233	Arazi S	PE146	155
Abusamra L	OR032	64	Alexander V	OD007	46	Amaya L	PE212	185	Arce MB	OR010	53
Abusamra L	OR035	66	Alexander V	PE038	107	Amaya MP	OR025	60	Arce MB	PE369	256
Acevedo M	PE204	181	Alexander V	PE220	188	Ambroselli P	PE305	227	Arcondo F	PE092	131
Achilli C	OR050	74	Alfonso C	PE006	92	Ambroselli PN	PE069	121	Arcondo F	PE306	227
Achilli G	PE325	236	Alfonso C	PE029	103	Ambrosius M	PE211	185	Ardiles M	PE117	142
Achinelli F	PE193	176	Almada G	PE203	181	Ameri D	PE345	245	Arechavala A	PE067	120
Acosta MC	PE036	106	Almará A	PE067	120	Amuchastegui T	PE225	190	Arevalo A	OR082	89
Acosta MC	PE171	166	Almeida VB	PE156	160	Amuchastegui T	PE293	222	Arévalo A	PE199	178
Acuña A	OR043	70	Almeida VB	PE340	243	Andino Di Masi S	PE262	208	Arévalo Calderón G	PE094	132
Adamo MP	PE336	241	Almuzara M	OR080	88	Andino Di Masi SD	PE349	247	Arévalo G	OD004	45
Adaszko A	OR071	84	Almuzara M	PE031	103	Andino S	PE266	210	Argento C	OR050	74
Adaszko A	PE196	177	Almuzara M	PE032	104	Andrada E	PE238	196	Argento C	PE260	207
Afeltra JO	PE067	120	Alonso J	PE349	247	Andreani M	PE125	146	Argüello F	OR049	73
Agorio I	PE010	94	Alonso R	PE070	121	Andres P	OR057	77	Arguello J	PE252	204
Agosti MR	PE308	229	Alonso R	PE255	205	Andres P	PE337	242	Arias A	PE354	249
Agostini M	PE181	171	Alonso S	PE145	155	Andres P	PE341	243	Arias A	PE364	253
Agostini M	PE182	171	Alonso Torres J	PE262	208	Andreussi L	PE315	232	Arias A	PE365	254
Agostini M	PE183	171	Alonso Torres J	PE266	210	Anganuzzi MI	PE069	121	Arias AP	OR018	57
Agüero D	OR032	64	Alonso V	PE267	210	Angarola E	OR067	82	Arias M	PE117	142
Agugliari R	PE018	98	Altamirano S	PE041	108	Angarola MA	OR067	82	Arias S	OD009	47
Aguila D	OR050	74	Altamirano S	PE282	216	Angel E	PE175	168	Arias S	OR043	70
Aguila D	OR066	82	Altamirano S	PE289	220	Angeleri P	OR033	65	Aristegui I	PE161	162
Aguila D	PE153	158	Altclas J	OR051	74	Angeleri P	OR046	71	Aristegui I	PE287	219
Aguilera A	OR006	51	Altclas J	OR083	127	Angeleri P	OR062	80	Aristegui I	PE168	165
Aguilera A	OR015	55	Altclas J	PE153	158	Angeleri P	OR071	84	Armando G	OR043	70
Aguilera A	PE274	213	Altclas J	PE230	193	Angeleri P	PE089	129	Armendaraz S	OR071	84
Aguilera A	PE309	229	Altclas J	PE251	203	Angeleri P	PE098	134	Armenteros C	PE306	227
Aguilera AE	PE330	239	Altclas J	PE343	244	Angeletti V	OR049	73	Armitano R	PE093	131
Aguilera K	OR049	73	Alvarado ME	PE246	201	Angiono A	PE375	259	Armitano RI	PE070	121
Aguirre C	PE126	147	Alvare C	PE031	103	Angiono M	PE016	97	Arocha S	PE333	240
Aguirre M	PE112	140	Alvarelos T	PE147	156	Anglese M	PE159	161	Arreghini RAV	PE177	169
Aguirre M	PE349	247	Alvarelos T	PE261	208	Angueira L	OR043	70	Arregui N	PE008	93
Aguirre MF	PE262	208	Alvarez C	PE039	107	Anselmo CR	PE081	126	Arriola S	PE248	202
Aguirre Ríos M	PE266	210	Álvarez C	PE042	109	Antezana I	PE015	96	Arriola S	PE266	210
Aidar O	PE007	92	Álvarez C	PE091	130	Antezana Trigo I	OR002	49	Arriola S	PE349	247
Alarcon J	PE180	170	Álvarez C	PE348	246	Antezana Trigo I	PE050	112	Aschero F	PE275	214
Alarcon J	PE213	185	Álvarez C	PE351	248	Antezana Trigo I	PE052	113	Asis E	OR019	57
Alba S	PE191	175	Alvarez F	OR001	49	Antezana Trigo I	PE361	252	Assa J	OR073	85
Alba Soto CD	PE120	144	Alvarez Garzon J	PE261	208	Antezana Trigo I	PE191	175	Assa J	PE034	105
Alberti S	PE088	129	Álvarez Garzón J	PE147	156	Aparicio M	PE273	213	Astesana R	PE053	113
Albertini R	PE225	190	Alvarez KE	PE180	170	Aprea V	OR011	54	Astudillo G	PE090	130
Albertini R	PE293	222	Alvarez M	PE223	190	Aquila S	OR071	84	Auad R	PE327	237
Albornoz H	OR031	64	Alvarez M	PE295	223	Aquila S	PE196	177	Aulicino P	PE146	155
Alcoba M	PE144	154	Alvarez MS	OR003	50	Aquino R	PE127	147	Avaro M	OD006	46
Alcorta B	OR024	60	Alvarez MS	PE372	258	Aquino R	PE145	155	Avaro M	OR024	60

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Aveldaño R	OR079	88	Barria L	PE229	192	Bergues S	PE207	182	Bonardo V	PE334	240
Aveldaño R	PE035	105	Barrientos A	PE289	220	Bergues S	PE208	183	Bonisconti F	PE147	156
Aveldaño R	PE103	136	Barrionuevo B	PE320	234	Bernachea MP	PE364	253	Bonisconti F	PE261	208
Avellana P	PE263	208	Barrios S	PE112	140	Bernan ML	PE335	240	Bonvehi P	OR056	76
Avellana P	PE290	220	Barris M	OR017	56	Bernardo G	PE134	150	Bonvehi P	PE205	182
Avila E	PE298	224	Barros LMG	PE156	160	Bernstein JC	PE194	176	Bonvehi P	OR051	74
Ayala NB	OR020	58	Barros LMG	PE340	243	Bernstein JC	PE195	177	Bonvehi P	OR052	75
Ayma A	PE196	177	Basadoni D	PE107	137	Bernstein JC	PE318	233	Bonvehi P	OR055	76
Azar V	PE166	164	Basarán F	PE199	178	Berrio Medina I	PE280	216	Bonvehi P	PE011	94
Azar V	PE259	207	Basco L	OR073	85	Berruezo F	PE037	106	Bonvehi P	PE209	183
Azar V	PE260	207	Basco L	PE056	115	Berruezo L	OR060	79	Bonvehi P	PE212	185
Azario A	PE241	198	Basilio M	OR046	71	Bertachini O	PE082	126	Bonvehi P	PE350	247
Azula N	PE118	143	Bastianelli C	OR006	51	Bertachini O	PE085	128	Borda M	PE144	154
Azula N	PE205	182	Bastons S	PE328	238	Bertola M	PE256	205	Borda M	PE200	179
Azula N	PE209	183	Bastos LS	OD008	47	Bertoldi A	PE336	241	Borda MA	OR065	82
			Bauer Silvero S	PE128	148	Bertoni G	OR060	79	Borda ME	PE237	195
			Baumeister E	OD006	46	Besuschio SA	PE344	245	Borgnia D	PE314	231
			Baumeister E	OR024	60	Betancourt C	PE099	134	Borras P	PE070	121
			Bechini F	OR036	66	Betti L	OR082	89	Borri R	PE072	122
			Becker MV	PE010	94	Betti L	PE199	178	Boschetti C	PE246	201
			Befani Bernal J	OR041	69	Bevacqua F	PE062	118	Bossio JC	OD009	47
			Befani Bernal J	OR045	71	Biasutti F	PE115	141	Bossio JC	OR043	70
			Befani Bernal J	PE095	132	Biasutti F	PE189	174	Bossio JC	PE097	133
			Befani Bernal J	PE096	133	Bibolini J	PE112	140	Bottaro E	OR042	70
			Begher S	PE235	194	Bidondo A	PE197	178	Bottasso OA	OR050	74
			Beherns M	PE155	159	Biglia PM	PE132	149	Bottiglieri M	PE037	106
			Beherns M	PE247	202	Bilesio M	PE187	173	Botto MA	PE181	171
			Behrens M	PE154	159	Biondi ML	PE140	153	Bourlot I	PE008	93
			Bejarano GM	PE232	193	Biscayart C	OD006	46	Bourlot I	PE166	164
			Bellantica M	PE307	228	Biscayart C	OR003	50	Bourlot I	PE259	207
			Bello N	PE193	176	Biscayart C	OR004	50	Bourlot I	PE260	207
			Bello N	PE198	178	Biscayart C	OR009	52	Bouzas M	OR082	89
			Bello NS	PE133	150	Biscayart C	PE312	230	Bouzas MB	OR064	81
			Bellomo CM	PE081	126	Biscayart C	PE367	255	Brandolisio R	PE021	99
			Beltramo C	OR021	58	Biscayart C	PE368	256	Brandolisio R	PE162	162
			Beltramo C	PE236	195	Biscayart C	PE372	258	Brandolisio R	PE326	237
			Beltrán C	PE137	151	Bissio E	OR009	52	Brandt L	OR046	71
			Benchetrit A	PE082	126	Bissio E	PE012	95	Brandt L	PE098	134
			Benchetrit A	PE085	128	Blanco A	OR016	56	Braunsteni B	PE255	205
			Benchetrit A	PE151	157	Blanco G	OR020	58	Bravo M	PE041	108
			Benchetrit A	PE174	168	Blanco M	OD001	44	Bravo M	PE198	178
			Benchetrit A	PE179	170	Blanco M	OR048	73	Bravo M	PE289	220
			Benchetrit A	PE234	194	Blatesky Lohff E	PE314	231	Bravo M	PE357	250
			Benchetrit AG	PE176	168	Bobatto A	OR036	66	Bravo M	PE363	253
			Benedetti E	OD006	46	Bobatto A	PE009	93	Brazza S	OR041	69
			Benedetti E	OR024	60	Bobatto A	PE315	232	Brazza S	OR045	71
			Benetucci A	PE330	239	Bocassi A	OR038	68	Brazza S	PE095	132
			Benini F	PE112	140	Bocassi A	PE169	165	Brazza S	PE096	133
			Benitez P	PE144	154	Bocassi A	PE245	201	Brey H	OR001	49
			Benito C	PE088	129	Boccardo J	PE202	180	Breyer F	PE374	258
			Benso J	OD001	44	Boccardo J	PE216	187	Brezzo C	PE149	156
			Benso J	OD007	46	Boccardo JD	PE201	180	Briggiler A	PE368	256
			Benso J	OR048	73	Boccardo JD	PE217	187	Briggiler AM	PE072	122
			Benso J	PE038	107	Boero A	PE231	193	Brito Devoto T	OR075	86
			Benso J	PE220	188	Bologna R	OR014	55	Brito R	PE240	197
			Bentancourt C	OR047	72	Bologna R	OR016	56	Brizuela M	OR014	55
			Bentancourt C	PE172	167	Bologna R	OR018	57	Brizuela ME	PE311	230
			Berberian G	OR014	55	Bologna R	PE074	123	Bronzi M	OD001	44
			Berberian G	PE074	123	Bologna R	PE135	150	Bronzi M	OR048	73
			Bercellini M	OR082	89	Bologna R	PE146	155	Bronzi M	OR053	75
			Bergallo C	PE291	221	Bologna R	PE314	231	Brunetti P	PE060	117
			Bergallo C	PE362	252	BonafedeLS	PE149	156	Brunetti P	PE231	193
			Berghella M	PE065	119	Bonaldo Dias M	PE072	122	Bruno DV	PE249	203

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Bruno M	OR070	84	Caeiro JP	PE227	191	Cardozo A	OD005	46	Cecchini D	OR064	81
Bruno M	PE109	138	Caeiro JP	PE261	208	Cardozo N	PE161	162	Cecchini D	PE148	156
Bruno M	PE149	156	Caffer M	PE118	143	Cardozo N	PE168	165	Ceccoli SC	PE347	246
Bruno ME	PE327	237	Cagnoni A	OR069	83	Cardozo N	PE287	219	Cech N	PE049	112
Bruno S	PE319	233	Cagnoni A	PE001	90	Carena A	OD001	44	Ceriotto M	PE199	178
Bucari M	PE076	124	Cagnoni A	PE139	152	Carena A	OR048	73	Cervigni C	PE307	228
Bues F	OR052	75	Cagnoni A	PE185	172	Carena A	OR051	74	Cesolari J	PE315	232
Bues F	OR055	76	Cahn P	OR063	81	Carena A	OR052	75	Cevallos C	PE131	149
Bues F	OR056	76	Cahn P	PE161	162	Carena A	OR053	75	Chacon N	PE061	117
Bues F	PE205	182	Cahn P	PE168	165	Carena A	OR055	76	Chacón Y	PE067	120
Bues F	PE350	247	Cahn P	PE287	219	Carmona M	PE022	99	Chadi R	OR042	70
Bullo M	PE157	160	Cajal SP	OR079	88	Carneiro M	OR062	80	Chamorro J	OR022	59
Burgoa P	OR027	61	Cajal SP	PE035	105	Carnevale C	PE006	92	Chamorro J	PE007	92
Burgoa P	OR082	89	Cajal SP	PE103	136	Carnevale C	PE029	103	Chaparro G	OR024	60
Burgoa P	PE171	166	Calanni L	PE137	151	Carnovale S	PE354	249	Chaparro G	PE004	91
Burgos L	PE263	208	Calfunao D	PE021	99	Caro C	OR054	75	Chapman I	PE265	209
Burgos L	PE290	220	Calfunao D	PE134	150	Caro C	PE346	246	Chattás AL	PE255	205
Burgos M	OR046	71	Calfunao D	PE162	162	Caro F	PE034	105	Chaves M	OD001	44
Burgos M	PE089	129	Calli Flores R	PE109	138	Caro F	PE204	181	Chaves M	OR048	73
Burgos M	PE098	134	Calli Flores R	PE111	139	Caro FC	OR073	85	Chaves M	OR053	75
Burgos M	PE154	159	Calli Flores R	PE327	237	Carranza J	PE127	147	Chavin H	PE229	192
Burgos M	PE155	159	Calli R	PE108	138	Carranza JI	PE371	257	Chediack CV	PE245	201
Burgos M	PE247	202	Calza Y	PE243	199	Carrasco F	PE325	236	Chediack V	OR022	59
Burgos R	PE364	253	Camerano C	PE211	185	Carrico AW	PE287	219	Chediack V	OR038	68
Burokas S	OR037	67	Camo N	PE088	129	Carrion D	PE199	178	Chediack V	PE061	117
Burokas S	PE203	181	Campitelli A	PE151	157	Carrion M	PE289	220	Chedrese PN	OR020	58
Burokas S	PE220	188	Campitelli A	PE264	209	Carrion N	PE041	108	Chernomoretz M	OR043	70
Bustamante B	PE204	181	Campo M	PE078	125	Carrion N	PE282	216	Chiani J	PE033	104
Bustamante J	PE185	172	Campominosi J	PE088	129	Carrión N	OR034	65	Chomyn J	PE061	117
Bustos A	PE241	198	Camporro J	PE228	192	Carrion NC	PE049	112	Chuluyán J	PE018	98
Bustos N	PE187	173	Camporro J	PE229	192	Carrizo D	PE313	231	Chuluyan JC	PE048	111
Butori B	PE014	96	Camporro J	PE304	226	Carrizo S	PE338	242	Ciappina A	OR036	66
Büttner KA	OR044	71	Camporrotondo M	PE258	206	Carro C	OR017	56	Ciappina A	PE009	93
			Campuzano F	OR029	63	Carro N	OR042	70	Cicuttin GL	PE093	131
			Camuzzi S	PE177	169	Casabe H	PE263	208	Cima-Clave MJ	PE057	115
C			Cancellara A	OR011	54	Casabe H	PE290	220	Cimino R	OR079	88
Caba SP	PE081	126	Cancellara A	OR013	54	Casadei D	PE357	250	Cimino R	PE035	105
Cabral M	PE286	219	Cancellara A	PE317	232	Casas N	PE078	125	Cimino RO	PE103	136
Cabral M	PE370	257	Cancellara A	PE342	244	Casas N	PE089	129	Cipollone S	OR039	68
Cabrera B	PE281	216	Cancellara A	PE200	179	Casas N	PE093	131	Cisneros NA	PE081	126
Cabrera C	PE107	137	Canna F	PE275	214	Cascon V	PE354	249	Cisneros V	OR009	52
Cabrera G	PE033	104	Cantero M	PE067	120	Cassetti I	OR009	52	Cisneros V	PE283	217
Cabrera M	PE192	175	Canteros C	PE159	161	Cassetti I	OR063	81	Cittadini R	OR080	88
Cabrera Maciel MDP	PE170	166	Cañete G	PE311	230	Cassetti I	PE148	156	Cittadini R	PE031	103
Cabrera Maciel MDP	PE298	224	Cañete G	OR004	50	Castagnino J	PE007	92	Cittadini R	PE032	104
Cabrera MP	PE059	116	Cañete J	PE312	230	Castañeda L. X	OR062	80	Clara L	OR033	65
Cabrera R	PE262	208	Cañete J	PE367	255	Castellaró P	PE267	210	Cocozzella D	PE289	220
Cabrini M	OR039	68	Cañete J	PE368	256	Castelli E	PE209	183	Cocozzella JP	OR010	53
Cabrini M	PE249	203	Cañete J	OR051	74	Castillo Pascual MC	PE078	125	Cocozzella JP	PE369	256
Caccavo J	PE321	234	Cañete M	PE306	227	Castro C	PE226	191	Cogut S	OR035	66
Caccavo J	PE323	235	Capalbo MS	PE358	251	Castro G	PE200	179	Cohen C	PE081	126
Caccavo JC	PE322	235	Capara L	PE067	120	Castro GM	OR065	82	Colazo Salbetti MB	PE336	241
Cáceres A	PE373	258	Capece P	PE076	124	Castro P	OR001	49	Colombres M	PE042	109
Cáceres M	OR072	85	Capello S	PE076	124	Castro PE	PE376	259	Colombres MS	PE039	107
Cáceres M	OR074	85	Capponi P	OD003	45	Cattana ME	PE067	120	Colombres MS	PE091	130
Cáceres M	PE213	185	Capra R	PE320	234	Cattaneo A	PE295	223	Colombres MS	PE348	246
Caceres S	OR038	68	Carabajal J	PE298	224	Causade R	PE197	178	Colombres MS	PE351	248
Cadario M	PE117	142	Caram M	PE291	221	Cazes C	PE324	236	Colombres S	PE059	116
Caeiro J	OD001	44	Carballo J	PE362	252	Cazzola L	PE210	184	Colombres S	PE086	128
Caeiro J	OR048	73	Carballo J	PE264	209	Cazzola ML	PE002	90	Colque A	OR033	65
Caeiro J	OR053	75	Cárdenas G	PE303	226	Ceballos B	PE275	214	Colucci C	PE326	237
Caeiro J	PE222	189	Cardone F	PE078	125	Cecchin C	PE298	224	Colucci M	PE364	253
Caeiro J	PE355	250	Cardone K	PE257	206	Cecchini D	OR063	81	Cometo A	PE225	190
Caeiro JP	PE147	156	Cardone R								

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Cometto M	PE222	189	Cremona A	OR059	78	D'Alessandro D	OR042	46	DeMatteo KE0	PE093	103
Cometto M	PE293	222	Cremona A	OR060	79	Daneri J	OR017	120	DenamielJP	PE138	168
Cometto M	PE355	250	Cremona A	PE002	90	Danesi E	OD005	235	Depardo R	PE030	123
Conesa A	OR017	56	Cremona A	PE210	184	Dávalos F	PE067	234	Depardo R	PE176	69
Consalvo M	PE018	98	Crespo J	PE254	205	De Bernardi M	PE322	235	Deschutter V	PE074	71
Constanzo K	PE252	204	Crespo S	PE154	159	De Bernardi MS	PE321	165	Detarsio F	OR041	132
Contarelli J	PE137	151	Crespo S	PE155	159	De Bernardi MS	PE323	88	Detarsio F	OR045	133
Contreras	PE073	123	Crespo S	PE247	202	De Carolis L	PE169	222	Detarsio F	PE095	114
Contreras F	PE315	232	Criscuolo MI	PE239	196	de Gregorio S	OR080	146	Detarsio F	PE096	175
Contrini MM	PE347	246	CristinaM	PE021	99	De Gregorio S	PE294	193	Di Bella A	PE055	170
Cooke B	OR024	60	CristinaM	PE226	191	de Ilzarbe M	PE125	73	Di Catarina J	PE192	205
Cooke B	PE004	91	Crivelli A	PE117	142	de la Barrera D	PE232	204	Di Giuseppe LA	PE180	113
Coppola A	OR049	73	Crivelli AJ	PE072	122	de la Parra G	OR049	81	Di Libero E	PE254	186
Corbella SM	OR058	78	Crivelli E	PE072	122	De la Parra G	PE252	110	Di Matteo V	PE053	200
Cordero Muñoz M	OR039	68	Crudo F	OD005	46	De La Rosa A	OR063	111	Di Paolo M	PE214	182
Cordoba L	OR050	74	Cuadrado M	PE136	151	De la Vega B	PE046	59	Di Pilla D	PE244	183
Córdoba MA	PE195	177	Cuadranti N	OR050	74	De la Vega B	PE047	92	Di Rocco E	PE207	205
Córdoba S	OR075	86	Cudmani D	OR073	85	de Larrañaga G	OR022	177	Di Rocco E	PE208	115
Córdoba S	PE359	251	Cudmani D	PE034	105	de Larrañaga G	PE007	67	Di Salvo F	PE255	168
Cordova E	PE013	95	Cudmani D	PE204	181	De Luca MM	PE195	160	Diambra C	PE056	134
Cornet L	PE281	216	Cudmani MD	PE033	104	De Matos Lima S	OR037	78	Díaz F	PE175	249
Cornet L	PE282	216	Cudmani MD	PE056	115	De Oliveira M. A	PE156	170	Díaz J	PE099	227
Cornet L	PE363	253	Cudmani N	OR073	85	De Oliveira SantosR	OR059	129	Díaz L	PE354	156
Cornistein W	PE003	91	Cudmani N	PE034	105	de Paz Sierra M	PE180	128	Díaz L	PE305	101
Cornistein W	PE020	99	Cudmani N	PE204	181	De Pietri D	PE089	148	Díaz M	PE149	208
Cornistein W	PE206	182	Cudmani NM	OR054	75	de Prada AM	PE085	230	Díaz MS	PE026	210
Coronel E	PE127	147	Cudmani NM	PE346	246	De Prada AM	PE128	151	Díaz N	PE262	247
Coronel E	PE145	155	Cudos C	PE095	71	De Risio K	PE311	177	Díaz N	PE266	88
Coronel M	PE042	109	Cudos C	PE096	132	De Simone G	PE136	59	Díaz N	PE349	105
Corral G	OR036	66	Cudós C	OR045	133	De Simone G	PE196	165	Díaz R	OR079	189
Corral G	PE009	93	Cudos MC	OR041	69	de Wouters L	OR023	189	Díaz R	PE035	203
Correa J	PE164	163	Cuellar P. de Leon L	OR062	80	de Wouters L	PE167	225	Díaz V	PE222	250
Correa J	PE169	165	Cuervo C	PE280	216	de Wouters L	PE221	85	Díaz V	PE251	128
Corso A	OD001	44	Cuestas L	OR075	86	Defilippo C	PE301	88	Díaz V	PE355	130
Corso A	OR048	73	Cuevas Ojeda AM	PE285	218	Del Campo R	OR072	99	Díaz VA	PE086	44
Corso A	OR053	75	Cuezzo R	PE108	138	del Castillo M	OR080	236	Díaz VA	PE091	73
Cortés Rodriguez C	PE128	148	Cuezzo R	PE109	138	Del Castillo M	PE020	214	Dictar M	OD001	75
Cortés Rodriguez CT	PE140	153	Cuffini C	PE239	196	del Castillo M	PE325	196	Dictar M	OR048	79
Cortés Rodriguez CT	PE233	194	Cuini R	PE137	151	del Préstamo C	PE277	198	Dictar M	OR053	234
Cortese N	OR050	74	Cunto E	OR022	59	Del Prete J	PE238	44	Dietrich P	OR061	182
Cortez E	OR038	68	Cunto E	OR038	68	Del Rio F	PE242	105	Dip V	PE320	183
Corti M	PE151	157	Cunto E	PE245	201	Del Valle DelgadoG	OD002	90	Dolche NL	PE207	190
Corti M	PE164	163	Cunto ER	PE061	117	Del Valle DelgadoG	PE034	176	Dolche NL	PE208	222
Corti M	PE169	165	Cusmano L	OR007	51	del Valle S	PE001	75	Dominella F	PE225	68
Corvalan M	OR059	78	Cusmano L	PE106	137	Delaplace L	PE194	85	Dominella F	PE293	117
Cossio J	PE086	128	Cusmano L	PE248	202	Delgado G	OR054	104	Dominguez C	OR038	59
Costa N	PE054	114	Cusmano L	PE262	208	Delgado G	OR073	115	Dominguez C	PE061	93
Costa N	PE190	174	Cusmano L	PE266	210	Delgado G	PE033	181	Domínguez C	OR022	54
Costa NI	PE277	214	Cusmano L	PE349	247	Delgado G	PE056	215	Dominguez NY	PE008	54
Costantini P	OD001	44	Cutraró F	OR040	69	Delgado G	PE204	246	Dondoglio P	OR011	232
Costantini P	OR048	73	Cutraró F	PE179	170	Delgado G	PE278	54	Dondoglio P	OR013	244
Costantini P	OR053	75	Czech A	OD006	46	Delgado G	PE346	54	Dondoglio P	PE317	158
Costanzo N	PE048	111	Czech A	OR024	60	Delgado M	OR011	232	Dondoglio P	PE342	136
Costas D	PE045	110	Czernikier A	OR068	83	Delgado M	OR013	244	Dri A	PE152	162
Costas D	PE110	139			99	Delgado M	PE317	55	Duarte M	PE104	165
Costas D	PE111	139			167	Delgado M	PE342	150	Duarte M	PE161	219
Costilla Campero G	PE204	181	D Agostino ML	PE020	243	Dell'Orso M	OR014	116	Duarte M	PE168	99
Costilla Campero G	PE288	220	D'alexandro D	PE173	212	Dell'Orso M	PE135	166	Duarte M	PE287	188
Couce R	PE235	194	D'angelo G	PE339	240	Della Pace M	PE059	257	Ducatenzeiler L	PE020	244
Courreges S	PE267	210	D'Angelo M	PE272	190	Della Pace M	PE170	194	Ducatenzeiler L	PE220	83
Couto EM	PE093	131	D'hers R	PE334	125	della Paolera D	PE371	52	Ducatenzeiler L	PE343	84
Cozzi J	PE023	100	D'Agostino ML	PE224	70	Dellacha BS	PE233	131	Duette G	OR069	89
Cozzi J	PE024	100	D'Agustini MO	PE079	56	Deluca M	OR008	152	Duran A	OR070	178

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Duran A	OR082	61	Escalada AE	PE103	80	Famiglietti A	PE040	45	Fernández M	PE090	99
Durán A	PE199	89	EscaladaA	PE102	74	Famiglietti A	PE294	121	Fernández M	PE140	206
		166	Escarrá F	PE325	94	Famiglietti A	PE304	227	Fernández M	PE177	209
E		66	Escobar E	OD010	97	Fandiño ME	PE310	234	Fernández N	PE357	208
Ebensrtejin J	OR027	93	Escobar E	OR062	205	Fanelli B	PE191	228	Fernández N	PE359	220
Ebensrtejin J	OR082	76	Espinel D	OR051	109	Fantilli A	PE200	66	Fernández NA	OR060	115
Ebensrtejin J	PE171	54	Espinel DA	PE010	125	Fantilli AC	OD003	85	Fernández Osés P	PE020	204
Echaide M	OR036	54	Espinola A	PE016	178	Fantoni N	PE069	224	Fernández Osés PA	PE258	105
Echaide M	PE009	232	Espinosa L	PE254	115	Fantoni N	PE305	160	Fernández Osés PA	PE265	85
Echavarría M	OR055	244	Esposito S	PE043	164	Fara A	PE320	243	Fernández P	PE263	170
Echave C	OR011	69	Esposito S	PE079	124	Farace MI	PE307	251	Fernández P	PE290	173
Echave C	OR013	126	Estelrich C	PE197	216	Farbman MA	OR035	78	Fernández S	PE056	240
Echave C	PE317	130	Estrella C	PE056	74	Farfán V	OR073	79	Fernández S	PE253	180
Echave C	PE342	148	Etchegoyen D	PE166	198	Farhat A	PE298	184	Fernández S	PE034	180
Echazarreta S	OR040	153	Etchegoyen M	PE077	221	Farias JLR	PE156	92	Fernández SM	OR073	187
Echazarreta S	PE080	168	Etchegoyen M	PE281	94	Farias JLR	PE340	214	Fernández Stepa A	PE179	55
Echazarreta S	PE090	194	Eusebio M	OR051	167	Farias L	PE359	125	Fernández V. ML	PE186	132
Echazarreta S	PE128	169	Eusebio M	PE241	211	Farina J	OR059	63	Fernie ML	PE334	133
Echazarreta SE	PE140	121	Eusebio M	PE292	215	Farina J	OR060	63	Ferrari S	PE201	69
Echazarreta SE	PE176	227	Eusebio MJ	PE010	49	Farina J	PE210	65	Ferrari S	PE202	71
Echazarreta SE	PE233	188	Eusebio MJ	PE173	96	Farinati A	PE005	142	Ferrari S	PE217	45
Echazú A	PE178	225	Eusebio MJ	PE268	99	Farinella M	PE275	143	Ferraro D	OR014	196
Echegoyen A	PE069	226	Eusebio MJ	PE279	112	Faro E	PE078	225	Ferrer F	PE095	233
Echegoyen A	PE305	169	Ezcurra C	OR002	113	Favier P	OR029	81	Ferrer F	PE096	87
Edat L	PE219	94	Ezcurra C	PE015	252	Favier P	OR030	88	Ferrer MF	OR041	56
Edat L	PE301	198	Ezcurra C	PE020	155	Favier P	OR034	77	Ferrer MF	OR045	75
Edat L	PE302	221	Ezcurra C	PE050	202	Favier P	PE117	158	Ferrero A	OD004	107
Edelcopp A	PE178	244	Ezcurra C	PE052	208	Favier P	PE118	186	Ferreira de Prato RS	PE239	246
Efron E	PE010	167	Ezcurra C	PE361	210	Favier P	PE299	242	Ferrucci GS	PE319	246
Efrón E	PE241	211	Ezcurra M	PE145	247	Fay F	OR064	243	Figari A	OR077	248
Efrón E	PE292	215	Ezcurra MC	PE248	122	Fay M	OR081	84	Figuera L	OR017	83
Efrón E	PE343	109	Ezcurra MC	PE262	256	Fernández A	OR057	151	Figueroa F	OR054	208
Efron ED	PE173	46	Ezcurra MC	PE266	182	Fernández A	PE152	112	Figueroa F	PE039	156
Efron ED	PE268	50	Ezcurra MC	PE349	162	Fernández A	PE215	113	Figueroa F	PE346	189
Efron ED	PE279	50			165	Fernández A	PE337	231	Figueroa F	PE348	190
Eguiguren P	PE043	230	F		219	Fernández A	PE341	127	Figueroa F	PE351	222
Elbert G	OD006	255	Fabbri C	PE072	127	Fernández A	OR070	203	Figueroa MI	OR068	250
Elbert G	OR003	258	Fabbri C	PE368	131	Fernández C. G	PE136	163	Filippi U	PE261	57
Elbert G	OR004	72	Fabbro L	PE206	126	Fernández C. G	PE050	113	Filippi UMM	PE147	60
Elbert G	PE312	190	Fabian S	PE161	99	Fernández Canigia L	PE052	81	Finello M	PE222	88
Elbert G	PE367	222	Fabian S	PE168	124	Fernández F	PE314	155	Finello M	PE225	105
Elbert G	PE372	78	Fabian S	PE287	233	Fernández G	PE084	92	Finello M	PE293	136
Elías J	OR047	225	Fabri C	PE083	148	Fernández G	PE250	47	Finello M	PE355	85
Ellena F	PE225	71	Faccini Martínez AA	PE093	161	Fernández G	PE163	70	Fissore J	OR019	105
Ellena León M	PE293	177	Faccini MartínezAA	PE080	109	Fernández G	PE053	133	Flor Montero M	OR025	115
Elvas MG	OR058	69	Facente A	PE022	213	Fernández Garces A	OR064	128	Flores G	OR079	224
Emma Y	PE299	126	Facente A	PE077	229	Fernández Giuliano S	PE146	130	Flores G	PE035	213
Entrocassi AC	OR044	128	Faiad E	PE318	51	Fernández Giuliano S	PE007	117	Flores G	PE103	141
Enz P	PE196	148	Falak A	PE129	55	Fernández H	OD009	123	Flores G	OR073	88
Enzenhofer M	OR040	168	Falak A	PE158	154	Fernández H	OR043	180	Flores S	PE034	214
Enzenhofer M	PE082	170	Falasci A	PE044	51	Fernández H	PE097	180	Flores S	PE056	88
Enzenhofer M	PE085	153	Falco A	PE274	69	Fernández I. MS	PE086	187	Flores S	PE298	222
Enzenhofer M	PE128	168	Falco I	PE309	118	Fernández I. MS	PE091	83	Flores V	PE273	190
Enzenhofer M	PE174	194	Falco IA	OR006	130	Fernández J	PE061	114	Flores-Chavez MD	PE114	222
Enzenhofer M	PE179	123	Falco IA	OR015	137	Fernández J	PE073	46	Flynn L	OR081	75
Enzenhofer MI	PE140	193	Falco S	PE144	87	Fernández J	PE201	69	Flynn L	PE276	107
Enzenhofer MI	PE176	154	Falcone C	OR007	88	Fernández J	PE202	74	Foccoli M	OR080	246
Enzenhofer MI	PE233	70	Falcone C	OR040	108	Fernández J	PE217	130	Foccoli M	PE294	246
Epelbaum C	PE074	60	Falcone C	PE062	222	Fernández JA	OR068	153	Foia E	PE225	248
Ermida MA	PE231	136	Falcone C	PE090	226	Fernández Lausi A	PE055	169	Foia E	PE293	120
Errandonea L	PE144	135	Falcone C	PE106	230	Fernández M	OD005	250	Fonio Mermet S	OR054	165
Errea S	OR042	236	Famiglietti A	OR078	175	Fernández M	OR040	251	Fonio Mermet S	PE039	234
Errecalde L	OR025	48	Famiglietti A	OR080	179	Fernández M	OR051	79	Fonio Mermet S	PE346	140

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Fonio Mermet SE	PE348	177	Gambande T	OR050	212	Gerez R	PE211	143	Gómez N	PE013	160
Fonio Mermet SE	PE351	182	Gancedo E	PE058	227	Germano PM	PE045	198	Gómez N	PE169	243
Fontan C	PE067	183	Gancedo E	PE119	227	Germano PM	PE110	71	Gómez N	PE245	137
Fontana L	PE169	112	Gancedo E	PE164	121	Ghietto L	PE240	196	Gómez S	PE074	106
Fonts A	PE320	113	Gancedo E	PE188	205	Ghiglione Y	OR068	88	Gómez S	PE354	255
Formosa M	PE112	223	Ganga R	PE216	125	Ghiglione Y	PE129	105	Gómez S	PE339	229
Fortunato E	PE195	152	Gañete M	PE254	49	Ghiglione Y	PE130	134	Gómez VG	PE086	238
Fortunato E	PE207	128	Gaona C	PE270	96	Giamperetti S	PE085	136	Gómez VG	PE091	53
Fortunato E	PE208	258	Gaona C	PE271	112	Giamperetti S	PE119	109	Gonzales AM	PE156	256
Fox B	PE050	174	Garbarino C	PE306	113	Gianello M	PE242	117	Gonzales AM	PE340	233
Fox B	PE052	218	Garbarino L	PE305	252	Gioco A	OR046	209	Gonzales S	PE107	140
Fraga A	PE297	198	Garbarino ML	PE069	208	Gigena DD	PE238	158	González Alvarado M	PE036	193
Frainberg Y	PE138	74	Garbasz C	PE255	220	Gil J	OR079	186	González Ayala	PE366	57
Franchello E	PE086	255	García AE	PE079	46	Gil J	PE035	228	González Ayala SE	PE308	234
Franco K	PE373	49	García Allende N	OR002	44	Gil JF	PE100	211	González Ayala SE	PE328	74
Franze O	PE190	96	García Allende N	PE015	73	Gil JF	PE103	205	González Ayala SE	OR010	112
Frassone N	PE285	112	García Allende N	PE050	75	Gil MF	PE043	250	González Ayala SE	PE369	113
Frávega A	PE241	113	García Allende N	PE052	57	Gil Zbinden F	PE061	67	González Ayala SE	PE318	252
Frecha C	OR051	92	García Allende N	PE361	210	Gil Zbinden G	PE264	128	González Ayala Silvia	PE113	69
Freire C	PE367	64	García Aurelio M	PE263	168	Gill D	PE152	53	González C	PE231	115
Freuler C	OR002	150	García Aurelio M	PE290	170	Gill D	PE215	256	González DJ	OR019	237
Freuler C	PE015	102	García Campos F	OD005	157	Gill D	PE307	165	González E	PE320	130
Freuler C	PE050	146	García Damiano C	OD001	194	Gilles N	PE269	191	González F	OR050	243
Freuler C	PE052	162	García Damiano C	OR048	128	Gilmore B	PE256	94	González Fraga S	PE050	44
Frías A	PE007	165	García Damiano C	OR053	79	Gilmore B	PE356	167	González Fraga S	PE052	73
Fridman D	OR031	219	García E	OR018	189	Jimenez C	OR037	211	González Fraga S	PE361	75
Fridman V	PE133	134	García G	PE267	238	Jimenez N	PE086	215	González G	OR040	178
Frola C	PE028	160	García J	PE174	250	Jimenez Villalba MF	OR010	244	González G	PE056	177
Frola C	PE125	79	García J	PE179	114	Jimenez Villalba MF	PE369	245	González G	PE326	233
Frola C	PE161	208	García J	PE151	114	Giomi C	PE169	198	González G	PE090	105
Frola C	PE168	220	García J	PE234	188	Giordano G	PE227	221	González G	PE339	117
Frola C	PE287	91	García JL	PE085	225	Giorgio P	PE010	84	González Ibañez M	OD001	193
Fronza G	PE098	99	García Kraemer P	OR061	226	Giorgio P	PE173	129	González Ibañez M	OR048	175
Fuentes M	PE157	200	García M	PE222	88	Giorgio P	PE268	44	González Ibañez M	OR053	231
Fuks V	OR061	156	García M	PE328	154	Giorgio P	PE279	73	González J	PE197	56
		223	García M	PE355	86	Giorgio P	PE343	75	González JM	PE195	90
		71	García MB	PE054	102	Giorgio P	PE344	64	González JM	PE318	59
Gagliardi J	PE263	132	García MS	PE054	115	Giorgio PG	PE241	198	González L	PE034	165
Gagliardi J	PE290	133	García N	PE219	99	Giorgio PL	PE292	98	González L	PE061	189
Gago R	PE003	69	García N	PE301	95	Giovacchini C	OR071	120	González M	PE230	54
Gago RE	PE020	117	García N	PE302	131	Giovacchini C	PE089	52	González S	PE192	239
Gaitan A	PE244	60	García S	OR080	124	Giovanakis M	OD001	219	González S	PE314	239
Galarza P	PE149	91	García V	PE144	173	Giovanakis M	OR048	223	González SE	OR016	234
Galarza P	PE297	70	García-Effron G	OR075	204	Giovanakis M	OR053	64	González Y	PE002	214
Galati F	OR045	65	García-Effron G	PE028	69	Gismondi M	OR032	154	Gordóvil M	OR023	255
Galati MF	PE095	159	García-Effron G	PE057	130	Giuffré C	PE241	200	Gordóvil M	PE167	226
Galati MF	PE096	159	Gargiulo R	PE021	135	Giusiano G	PE019	81	Gordóvil M	PE221	52
Galatti F	OR041	202	Garibaldi FH	PE013	136	Giusiano G	PE067	171	Gorosito M	OR012	44
Galavalisi N	PE060	168	Garibaldi FH	PE092	150	Glasman MP	OR008	251	Gorosito M	PE332	46
Galeano L	OR024	204	Gariotti M	PE076	124	Glynn TR	PE287	139	Gorostegui FM	PE330	73
Galeano L	PE004	87	Garnica P	PE187	112	Godoy E	PE295	205	Gramajo A	PE320	75
Galetar J	OR042	144	Garnier C	PE253	137	Goleniuk D	OR031	47	Gramajo B	PE275	107
Galindo I	OR034	87	Garro S	OR040	175	Golikow M	PE144	70	Granado E	PE367	188
Galletto J	PE154	162	Garro S	PE090	129	Golikow M	PE244	166	Grancelli H	PE303	212
Galletto J	PE155	102	Garro S	PE101	236	Gómez A	OR064	116	Greco D	OR008	182
Galletto J	PE247	74	Gatica D	PE104	185	Gómez C	PE181	95	Greco G	OD001	183
Gallo AK	PE174	116	Gatto M	PE135	110	Gómez Capara	PE358	165	Greco G	OD007	68
Gallo R	PE253	143	Gauchat A	PE076	139	Gómez F	PE111	201	Greco G	OR048	117
Gallo Vaulet L	OR078	163	Gauna G	PE051	197	Gómez L	PE255	123	Greco G	OR053	115
Gallo Vaulet L	PE120	173	Gear O	PE107	83	Gómez L	OD009	249	Greco G	PE038	110
Gallo Vaulet ML	OR078	187	Gear O	PE192	148	Gómez L	OR043	243	Greco G	PE220	139
Galvez M	PE162	205	Geffner L	PE089	148	Gómez M	PE170	128	Greco G	PE272	213
Gamarra S	PE028	211	Genero F	PE325	128	Gómez M	PE059	130	Greco MM	PE207	228

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Greco MM	PE208	226	Herrera F	OR048	65	Inwinkelried E	OD001	167	Juárez MV	OR003	255
Gregori Sabelli R	OR038	160	Herrera F	OR051	66	Inwinkelried E	OR048	114	Juárez MV	PE372	258
Gregori Sabelli R	PE061	243	Herrera F	OR052	136	Inwinkelried E	OR049	241	Juárez MV	OR004	156
Grellet L	PE056	102	Herrera F	OR053	46	Inwinkelried E	OR053	238	Juárez MV	PE312	177
Griet M	PE045	120	Herrera F	OR055	129	Inwinkelried E	PE252	56	Juárez MV	PE367	208
Griet M	PE110	146	Herrera F	OR056	231	Ioannoy S	OR043	86	Juárez X	PE342	220
Gualpa F	PE273	80	Herrera F	PE011	57	Iopardo GD	PE283	124	Juárez X	OR011	134
Guardatti M	PE307	239	Herrera F	PE205	55	Iriart J	OR036	72	Juárez X	OR013	200
Guazzone A	PE303	80	Herrera F	PE212	238	Iriart J	PE009	134	Juárez X	PE317	196
Guedes LV	PE156	187	Herrera F	PE350	84	Iriarte G	OR003	167	Jure M	PE213	90
Guedes LV	PE340	75	Herrera MP	OR033	151	Iriarte G	PE312	45	Jure MA	OR074	176
Guelfan L	PE028	193	Herrera V	OR035	84	Iriarte G	PE372	61			127
Guelfand L	PE067	203	Herrera Verduguez M	PE105	98	Iribarra N	PE172	89			203
Guelfand L	PE125	158	Herrero C	OD005	151	Irurtia C	PE055	86	Katz N	OR003	97
Guerra A	OR062	46	Hertlein C	PE089	151	Isa MB	PE336	55	Katz N	OR004	91
Guerra A	PE330	112	Hidalgo J	PE313	172	Isaguirre María José	PE329	123	Katz N	PE312	211
Guerra S	OR062	160	Higa V	OR019	186	Isasmendi A	OR016	150	Katz N	PE367	212
Guerrero L	PE216	243	Highton E	OR014	223	Isla G	OR075	95	Katz N	PE372	121
Guerrini G	OR053	129	Highton E	PE329	182	Italiano M	PE076	121	Kaynar V	PE149	88
Guidetto B	PE230	53	Hirsch C	OR070	66	Iturra A	OR047	131	Kaynar V	PE196	105
Guidetto B	PE251	256	Hirsch C	PE136	93	Iturra A	PE099	248	Kazelian L	PE263	136
Guidetto BA	PE153	49	Hojman M	OR070	141	Iturra A	PE172	104	Kazelian L	PE290	227
Guilera A	OD005	245	Hojman M	PE018	174	Ivalde F	OD004	200	Kehl SD	PE100	188
Guillen A	PE049	162	Hojman M	PE136	156	Ivalo S	OR027	175	Kidd E	PE244	225
Guimaraes VM	PE156	165	Hojman M	PE137	191	Ivalo S	OR082	218	Kiguen AX	PE239	226
Guimaraes VM	PE340	219	Hojman M	PE184	128	Izaguirre M	OR076	152	Klajn D	PE001	226
Guliano C	PE088	90	Hojman M	PE214	130	Izaguirre MJ	OR014	194	Knauer TY	PE194	63
Gullo M	OR010	169	Hojman M	PE295	70	Izaguirre MJ	PE074	60	Kogan S	PE083	143
Gullo M	PE369	153	Holzman Z	PE206	131	Izaguirre MJ	PE135	122	Kogan S	PE251	164
Gulo M	OR001	154	Hualde M	OR036	150			99	Korzewycz N	PE016	196
Gulo M	PE345	154	Hualde M	PE009	162			81	Kremer G	PE003	54
Gun A	PE161	122	Huanca R	PE115	237	Jacob N	PE013	94	Kruger S	PE270	232
Gun A	PE168	91	Huanca R	PE189	223	Jacob N	PE070	99	Kruger S	PE271	71
Gun A	PE287	160	Huberman M	PE148	223	Jacob N	PE092	167	Kriwezenia L	PE069	44
Gusso M	PE002	243	Huerta M	PE226	252	Jacob N	PE352	211	Krolewiecki A	OR079	73
Guzmán VE	PE178	94	Hurtado MH	PE086	126	Jacob P	PE033	215	Krolewiecki A	PE035	75
		221	Hurtado MH	PE091	44	Jacobo M	PE244	44	Krolewiecki AJ	PE103	119
		119	Hussein L	OR043	96	Jaimet C	PE191	73	Krywezenia L	PE305	153
		181	Husulak E	PE093	112	Jakob E	PE285	74	Kuljis G	PE219	234
Haag N	PE141	195			113	Jankilevich G	PE138	75	Kuljis G	PE301	74
Haag N	PE142	195			243	Janota F	PE234	198	Kuljis GS	PE302	62
Haag N	PE143	198			49	Jaume M	OR025	221	Kuljis GS	PE303	214
Haiquel L	PE071	56	Iacono M	PE134	49	Jauregui L	PE072	75	Kumar L	OR030	131
Harispe E	PE003	86	Iacono M	PE162	252	Jewtuchowicz V	PE022	94	Kumar L	PE118	44
Harriz M	PE156	190	Iacono M	PE326	50	Jones D	OR063	182	Kundro MA	PE165	73
Harriz M	PE340	189	Iannantuono MV	PE295	50	Jordan R	PE010	183	Kuyuk A	PE238	245
Heine A	PE010	222	Ibáñez L	PE296	230	Jordan R	PE020	128	Kuzawka M	OR011	68
Heine A	PE292	250	IbáñezME	PE361	255	Jordan R	PE020	128	Kuzawka M	PE317	79
Heinze C	PE064	71	Iglesias AA	PE081	256	Jordan R	PE173	90			79
Herbst M	PE204	95	Iglesias C	OD001	258	Jordan R	PE268	207			79
Heres M	PE237	114	Iglesias D	PE015	176	Jordan R	PE279	50			118
Hernandez A	PE241	157	Iglesias D	PE050	192	Jordán R	OD001	258	La Rosa L	OR044	127
Hernandez C	OR016	248	Iglesias D	PE052	44	Jordán R	OR048	50	Laborde A	OD001	163
Hernandez C	OR076	44	Iglesias D	PE339	73	Jordán R	OR051	230	Laborde A	OR048	203
Hernandez D	PE225	73	Iglesias DE	OR002	73	Jordán R	OR053	255	Laborde A	OR053	104
Hernández D	PE222	74	Iglesias DE	PE361	75	Jordán R	PE241	244	Lacal V	PE064	129
Hernández D	PE293	75	Iglesias M	OR003	204	Jordán R	PE292	54	Lago MC	PE140	122
Hernández D	PE355	75	Iglesias M	OR004	70	Jorge L	OR052	54	Lagori M	PE320	122
Hernández R	OR046	76	Iglesias M	PE312	217	Jorge L	PE011	232	Lagrutta M	OR050	200
Hernandez Rendon J	PE013	76	Iglesias M	PE367	66	Jorge L	PE205	185	Lahitte M	OR028	105
Herrera A	PE055	94	Iglesias M	PE368	93	Jorge L	PE209	85	Lahitte M	PE276	142
Herrera C	PE150	182	Iglesias M	PE372	50	Jose G	PE086	50	Lamattina D	PE093	168
Herrera C	PE352	185	Imas S	PE193	230	Juárez G	PE001	50	Lambert S	OD001	45
Herrera F	OD001	247	Imas S	PE228	258	Juárez J	PE259	230	Lambert S	OR048	100

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Lambert S	PE345	100	Levy B	PE152	69	Lorenzini A	OR020	57	Madsen E	OR057	128
Lamberto Y	OR038	101	Levy B	PE215	131	Losada C	OD007	240	Madsen E	PE337	223
Lamot L	OR061	175	Levy Hara G	PE018	257	Losada C	OR051	258	Madsen E	PE341	91
Lamponi Tappatá L	OR061	156	Lewin S	OR069	134	Losada C	PE038	50	Madsen E	PE343	205
Lamponi Tappatá L	PE063	193	Lewis LC	PE081	75	Losada C	PE180	50	Madsen E	PE344	250
Landaburu MF	PE084	195	Lezcana S	PE358	246	Losada M	OR078	230	Magariños F	PE006	204
Landaburu MF	PE163	158	Liberatti C	PE154	168	Loscar A	PE172	255	Magariños F	PE022	81
Landaburu MF	PE250	161	Liberatti C	PE155	160	Losso M	OR027	256	Magariños F	PE029	68
Landolt N	PE033	83	Liberatti C	PE247	243	Losso M	OR082	217	Magariños F	PE077	106
Langan E	PE088	83	Lima L	PE044	49	Losso M	PE036	44	Magariños M	OR003	81
Lanternier J	PE072	148	Lima L	PE374	239	Losso M	PE157	73	Magdaleno A	PE055	97
Lanternier S	PE072	148	Limansky A	OR028	64	Losso M	PE171	75	Magi G	PE207	155
Laplumé D	PE244	161	Limansky A	PE026	52	Losso MH	PE165	142	Magi G	PE208	231
Lara C	PE034	90	Linares L	PE357	173	Losso V	PE157	103	Magistrello P	PE079	187
Lara C	PE117	152	Linero N	PE177	64	Lovano F	OR049	104	Maidana Jacob M	PE028	109
Lara M	PE175	172	Lisarrague S	PE195	200	Lovigné M	OR029	176	Mainetti P	PE017	191
Lardizabal MC	OD003	153	Lizzi A	PE203	46	Lovigné M	OR030	63	Maiztegui M	PE159	194
Larini S	PE023	154	Llanos Ibarra NK	PE187	68	Lovigné M	PE118	143	Maki G	OR062	96
Larini S	PE024	154	Lloveras S	OR040	71	Loyola S	OR019	82	Malano D	PE083	180
Larini S	PE026	126	Lloveras S	PE093	51	Lozano J	PE335	82	Malano D	PE251	180
Larocca S	PE192	134	Lloveras S	PE371	129	Lucconi Grisolia V	PE372	158	Maldonado M	PE086	187
Larramendy B	PE149	226	Llobbia P	PE098	85	Lucconi V	OR003	171	Maldonado P	PE297	187
Lasserre N	PE230	241	Logwiniuk C	OR054	196	Lucconi V	OR004	171	Malvicini MA	PE003	107
Lastra ME	PE237	138	Logwiniuk C	PE346	236	Lucconi V	PE312	171	Malvido J	PE256	46
Latini V	PE153	151	Lombardi C	PE176	246	Lucconi V	PE367	122	Malvido J	PE356	89
Latorre ME	PE160	154	Lomes NR	PE156	127	Lucconi V	PE368	127	Mambrini P	PE253	98
Laufer N	OR068	200	Lomes NR	PE340	163	Luchetti P	PE283	256	Mammama L	OR064	137
Laufer N	OR069	195	Londoño Y	OR001	203	Luck M	OD001	70	Mammoliti G	OR038	175
Laufer N	PE129	108	Longoni S	PE330	194	Luck M	OR048	201	Mancini P	PE037	171
Laufer N	PE130	232	Lopardo A	OR031	180	Luck M	OR053	109	Mandell L	OR063	64
Laufer N	PE158	74	Lopardo G	OR008	180	Ludvik H	PE117	66	Manganello S	PE016	62
Lauricella MC	PE001	255	Lopardo G	PE186	187	Lugo A	PE031	63	Mangano A	PE146	101
Lauricella MC	PE139	86	Lopardo GD	OR031	177	Lugo A	PE032	63	Mangano A	PE314	171
Lauricella MC	PE185	115	Lopez A	PE244	120	Lugo AV	PE193	63	Manilov R	PE216	171
Laurido M	PE141	87	Lopez Albizu C	OD005	248	Luna R	OR030	143	Mannino L	PE044	171
Laurido M	PE142	225	López Aquino D	OR039	95	Luna R	PE118	225	Mantilaro E	PE226	171
Laurido M	PE143	180	López Aquino D	OR044	70	Lupo S	OR066	205	Manuele MP	PE233	171
Lavarra E	PE081	82	López B	OR006	129	Lupo S	OR067	250	Manzoni G	PE014	220
Lavarra E	PE099	95	Lopez C	PE088	46	Lupo S	PE153	86	Manzur A	PE201	253
Lazaro S	PE302	248	López C	OR074	50	Lupo S	PE181	46	Manzur A	PE202	108
Lazzari M	PE336	205	López de Blanc SA	PE239	258	Lupo S	PE182	257	Manzur A	PE216	112
Leavy G	PE109	72	Lopez E	PE324	50	Lupo S	PE183	87	Manzur A	PE217	216
Lecce S	PE136	134	López EL	PE347	230	Luppo V	PE072	142	Mañez N	PE038	218
Lee K	PE144	167	Lopez Furst MJ	PE084	231	Luppo V	PE083	77	Mañez NS	OD007	201
Lee K	PE244	177	Lopez Furst MJ	PE163	255	Luppo V	PE368	242	Marachlian L	OR082	230
Lee KM	PE237	158	Lopez Furst MJ	PE250	58	Luque G	OR043	243	Maranzana A	PE018	168
Legaria MC	PE040	186	López J	PE235	46	Luque M	PE245	244	Maranzana A	PE107	78
Leguizamón MG	PE315	98	Lopez M	PE201	74	Lutkeviziuz C	PE043	245	Maranzana A	PE192	221
Leiva R	OR050	83	Lopez M	PE202	107	Luz A	OR036	92	Marcelino F	PE183	252
Lema C	PE367	126	Lopez M	PE217	170	Luzi S	OR029	99	Marcelo G	OR032	214
Leonardelli F	OR075	251	López M	PE195	87			103	Marchiaro P	OR028	83
Leonardelli F	PE057	159	Lopez Moral L	PE067	167			124	Marchiaro P	PE026	179
Lerman AS	OR077	159	Lopez Moral L	PE352	61	Macchi A	OR029	50	Marconi F	PE181	140
Lerman T..D	PE300	202	Lopez Morán L	PE013	89	Macchi A	OR030	114	Marconi F	PE182	161
Lescano C	PE202	109	López R	OR043	106	Macchi A	PE118	182	Marconi L	PE183	112
Lescurat MP	OR065	258	López Ríos S	PE088	160	Macchi A	PE299	183	Marconi LF	PE181	109
Lespada MI	PE013	62	Lopez Yunes M	OD006	166	Macchiavello A	PE256	125	Marconi LF	PE182	107
Lespada MI	PE352	101	Lopez Yunes M	OR003	164	Macchiavello A	PE356	102	Margari A	PE289	246
Levalle J	PE255	250	Lopez Yunes M	PE372	160	Macedo D	OR075	97	Margari A	PE363	248
Levite J	OR047	169	López Yunes M	OR004	73	Machicado E	OD006	161	Margari A	PE041	117
Levite J	PE099	177	López Yunes M	PE312	63	Machuca P	PE371	80	Margari A	PE049	226
Levite J	PE172	181	López Yunes M	PE313	63	Macias Lainez V	OR077	127	Margari A	PE282	226
Levite V	PE196	173	López Yunes M	PE367	143	Madariaga J	PE117	203	Marianelli L	PE285	98

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Mariani V	PE246	188	Matteo M	PE101	197	Messina F	PE067	85	Montoto M	PE014	82
Mariano J	PE311	225	Matteo M	PE128	124	Messina F	PE082	85	Monzani V	PE267	177
Marin E	PE176	148	Matteo M	PE190	150	Messina F	PE174	105	Mora CA	PE325	180
Marino L	OR058	161	Matteucci E	OR011	216	Metrebian MF	PE151	115	Mora J	PE199	241
Marino M	PE291	74	Maulen S	PE127	117	Michaan M	PE157	185	Morales A	PE021	225
Marino M	PE362	178	Maurino J	PE152	80	Michelud C	OR023	59	Morales A	PE062	242
Marino R	PE277	132	Maurino J	PE215	102	Michelud C	PE167	90	Morales A	PE134	185
Mariño K	OR069	94	Maurizi D	OR020	100	Michelud C	PE221	152	Morales A	PE162	85
Mariojouis BJG	PE200	198	Maurizi D	OR061	231	Micucci N	OR020	230	Morales A	PE226	85
Marone J	PE113	221	Maurizi D	PE063	236	Miglioranza C	OR036	98	Morales A	PE326	185
Marovic ME	PE160	167	Mauro J	OR060	128	Miglioranza C	PE009	172	Morales A	PE368	69
Márquez MF	PE051	211	Mauro J	PE121	130	Miglioranza C	PE137	139	Morales FC	PE230	71
Márquez N	PE042	122	Mauro MJ	PE199	50	Minguez A	PE240	234	Morales J	PE328	132
Márquez NE	PE039	150	Maydana M	PE328	230	Miranda Blacutt C	PE194	177	Morales JC	PE079	133
Márquez NE	PE348	61	Mayer Wolf M	OR002	258	Miranda C	PE162	241	Morales JCD	PE308	140
Márquez NE	PE351	147	Mayer Wolf M	PE015	86	Miranda L	PE175	128	Morales MA	PE072	203
Martin P	PE061	155	Mayer Wolf M	PE050	87	Mirkin E	PE078	123	Morales ML	PE170	63
Martin Y	PE302	78	Mayer Wolf M	PE052	198	Mistchenko A	PE347	171	Morand M	PE067	141
Martin Y	PE303	257	Mayer Wolf M	PE361	78	Mobrici A	PE199	110	Mordini N	OD009	174
Martín Y	PE018	219	Mayo S	PE281	45	Mochi S	OR072	111	Mordini N	OR043	54
Martín Y	PE219	126	Mazzitelli B	PE240	123	Mochi S	OR073	70	Moreno C	OR065	239
Martin YS	PE301	45	Mazzuferi F	PE076	135	Mochi S	OR074	178	Moreno E	PE195	196
Martinez A	PE130	215	Mecikovsky D	PE135	218	Mochi S	PE034	255	Moreno H	PE201	134
Martinez A	PE158	161	Medina E	PE280	252	Mochi S	PE056	160	Moreno L	PE336	253
Martinez F	OR050	244	Medina G	PE061	74	Mochi S	PE213	243	Moreno M	PE299	178
Martinez G	PE198	65	Medina J	OR062	116	Moiana M	OR022	94	Moreno MM	PE338	71
Martínez G	PE094	225	Medina M	PE027	118	Molina A	PE001	257	Moreno Mochi M	PE213	160
Martínez J	PE010	92	Medina R	PE024	143	Molina A	PE139	203	Moreno Mochi MP	OR072	243
Martínez J	PE241	103	Medlej N	PE313	161	Molina A	PE311	226	Moreno Mochi MP	OR074	249
Martínez J	PE292	234	Medranda A	PE324	57	Molina A0	PE018	118	Moreno N	PE212	80
Martinez JV	PE173	131	Melano G	PE086	175	Molina AM	PE185	160	Moreno S	OR041	82
Martínez JV	PE268	173	Melano G	PE091	142	Molina C	PE111	243	Moreno S	OR045	127
Martínez M	PE071	174	Mele D	OR003	175	Molina C	PE320	199	Moreno S	PE095	92
Martínez M	PE134	178	Mele D	PE312	54	Molina NB	PE195	205	Moreno S	PE096	101
Martínez M	OR026	56	Mele D	PE372	232	Molisani P	PE336	52	Moriconi L	PE113	120
Martínez Madrid D	PE127	57	Melero S	OR076	180	Molteni A	PE086	95	Morillas A	PE250	98
Martínez Madrid D	PE145	118	Melgar A	OR078	187	Mónaco MA	PE074	240	Moriya M	OR029	57
Martínez Mónaco ME	OR059	54	Melgin S	PE242	250	Monaco MC	PE183	50	Moro A	PE115	249
Martínez Ríos M	PE370	232	Melito G	OR058	95	Mónaco ME	PE046	230	Moro A	PE189	203
Martínez Ríos MB	PE286	244	Melo M	OD004	209	Mónaco ME	PE047	258	Moses R	OR012	177
Martínez VP	PE081	160	Mendez G	PE075	208	Moncagatta T	OR043	110	Moses R	PE332	146
Martínez Wassaf MG	OD003	233	Mendez G	PE102	210	Mondini S	PE197	111	Mosmann JP	PE239	58
MartínezJV	PE279	114	Mendez GA	PE284	247	Mondini S	PE366	223	Mougabure Cueto GA	PE098	60
Martini Novas S	PE160	135	Mendez GA	PE360	120	Mondolfo AO	PE156	96	Moya L	PE364	79
Martinoia A	PE343	148	Mendez L	OR051	126	Mondolfo AO	PE340	210	Moyano M	PE199	140
Martins R	OR034	174	Mendez N	PE058	168	Monge R	PE010	236	Mozzone D	OR046	99
Martins Tenorio M	PE299	54	Mendez N	PE062	157	Monroig J	PE371	178	Mucare M	PE156	206
Marucco A	PE006	147	Mendez N	PE119	160	Montaldo FA	PE249	99	Mucare M	PE340	208
Marucco A	PE029	158	Mendizabal MS	PE160	59	Montalvo E	PE304	118	Muffarotto B	PE353	209
Maruco A	PE321	186	Mercado C	OR019	165	Montanini A	PE063	150	Munita J	OR062	220
Marx J	PE093	58	Merce L	PE191	189	Monteiro MM	PE156	162	Muñoz F	OR065	156
Masini D	PE188	79	Mercol A	PE116	58	Monteiro MM	PE340	191	Musante R	PE083	77
Masini D	PE190	118	Mercuri M	PE192	66	Montenegro R	PE243	237	Musella RM	PE007	242
Massaccesi S	PE199	79	Meregalli C	OR011	93	Montero M	PE255	256	Mussi MA	PE025	243
Mastroianni A	OR016	145	Meregalli C	PE317	151	Montes JL	OR009	193	Mussin J	PE067	244
Mastroianni A	OR018	178	Meritello M	PE201	197	Montes JL	PE012	238	Mussin JE	PE019	245
Masuero Y	PE062	238	Meritello M	PE217	176	Montes P	PE335	125	Mussini S	OR018	62
Mateucci E	OR013	49	Merk M	PE357	162	Monti A	OR003	229	Mussini S	PE354	214
Mateucci E	PE317	96	Merkt M	PE012	168	Monti A	PE312	122	Mussio M	PE250	249
Mateucci E	PE342	112	Merkt M	PE265	125	Monti A	PE372	166	Musso M	PE196	68
Matos CAL	PE156	113	Mesplet F	PE262	246	Montilla Zavalía IM	PE046	120	Mutti MF	PE125	135
Mattarollo NP	PE318	252	Mesplet F	PE266	178	Montilla Zavalía IM	PE047	47	Mutti SL	OR020	105
Matteo M	PE054	216	Mesplet F	PE349	85	Montone MS	PE295	70	Mykietiuik A	OR024	157

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Mykietiuik A	OR060	84	Nogueras C	OR038	64	Otonelli M	PE095	222	Pecheny A	PE154	156
Mykietiuik A	PE113	151	Nogueras M	OR021	120	Otonelli M	PE096	161	Pecheny A	PE155	54
		222	Nogueras M	PE236	126			46	Pecheny A	PE247	232
N		70	Nolazco A	PE241	88	P		82	Pedranti MS	PE336	244
Nacinovich F	PE020	87	Novau A	PE206	241	Pace J	PE051	151	Pedrola M	PE141	59
Nacinovich F	PE258	211	Nucetelli Y	OR049	116	Pacini F	OR050	124	Pedrola M	PE142	83
Nacinovich F	PE263	206	Nucetelli Y	PE207	117	Padovani A	PE278	83	Pedrola M	PE143	44
Nacinovich F	PE265	120	Nucetelli Y	PE208	69	Padovani A	PE294	50	Pedrola M	PE181	73
Nacinovich F	PE290	62	Nuevo MJ	PE174	121	Padula P	PE308	50	Pedrozo W	PE093	91
Nadal M	PE149	65	Nuñez J	PE064	126	Palacio B	PE291	54	Peker S	PE089	99
Nagel C	OR057	44	Nuñez JM	OR072	148	Palacio B	PE362	54	Pellon y Maison C	PE199	249
Nagel C	PE337	73	Nuñez JM	OR074	196	Palacio M	PE182	230	Pelozo PA	OR020	74
Nagel C	PE341	75	Nuñez JM	PE213	126	Palatnik M	OR050	232	Peña A	PE016	119
Nagel C	PE343	152	Nuñez JM	PE288	130	PalazonEG	PE027	244	Penco S	PE124	52
Nagel C	PE344	160	Nuñez S	PE071	153	Palazzi A	PE197	255	Penco S	PE132	205
Nannini E	OR028	243	Núñez S	OR026	168	Palmero D	PE277	258	Penco S	PE338	223
Nannini E	PE276	230			194	Panchuk A	PE225	60	Pennini M	PE012	63
Nannini V	PE353	50	O		124	Panchuk A	PE225	44	Pennini M	PE258	143
Nano M	OR038	50	Obed M	OR024	109	Panchuk Sanz A	PE293	73	Pennini M	PE265	123
Nano M	PE101	255	Obed M	PE004	107	Panetta E	PE375	75	Pennini V	OR071	64
Nápoli D	PE034	258	Obed Mora	PE113	246	Panico R	PE239	100	Peña L	PE243	148
Narbaiz M	PE151	173	Oderiz S	PE043	248	Panno M	PE053	100	Peña M	PE053	203
Nardi S	OR070	174	Odzack A	PE306	206	Pannunzio E	PE324	101	Peñaflor LT	PE270	50
Nardi S	PE136	44	Ojeda DS	PE131	177	Pantano V	OR005	160	Peñaflor LT	PE271	60
Nastro M	PE294	73	Olazar G	OR032	92	Papale R	PE127	68	Peñaranda G	PE225	66
Natiello M	OR043	75	Olea M	PE066	103	Paravano L	PE120	94	Peñaranda G	PE293	142
Navarro Albarracin F	OR077	75	Olivera CP	PE081	235	Paravano L	PE294	143	Peralta V	PE149	146
Navarro Gutiérrez K	PE268	94	Olivera N	OR081	139	Pardo P	PE160	254	Pereda R	OR011	161
Navia D	PE258	185	Olivera N	PE336	83	Pardon F	OD006	182	Pereda R	PE317	68
Negroni R	PE067	190	Olivo L	PE059	104	Parenti P	OR066	237	Pereda R	PE342	100
Nemirovsky C	OR028	91	Orduna M	PE060	214	Parenti P	PE137	49	Peres S	OR022	100
Nemirovsky C	OR033	70	Orduna T	OR040	78	Pasciutto N	PE076	96	Pereyra Gerber P	OR069	101
Nenna A	OD001	124	Orduna T	PE070	79	Pascuale C	OR069	112	Pereyra M	OD001	63
Nenna A	OR048	123	Orduna T	PE082	184	Pasinovich M	OR003	113	Pereyra M	OR048	63
Nenna A	OR053	218	Orduna T	PE128	234	Pasinovich M	OR004	252	Pereyra ML	PE003	101
Neuspiller S	PE138	252	Orduna T	PE238	70	Pasinovich M	OR011	190	Pereyra ML	PE020	143
Neves DB	PE156	109	Orduna TA	PE080	45	Pasinovich M	OR013	216	Pereyra ML	PE353	233
Neves DB	PE340	107	Orduna TA	PE090	69	Pasinovich M	PE312	159	Pérez AR	OR050	205
Neyro M	PE312	130	Orduna TA	PE140	71	Pasinovich M	PE317	159	Pérez Blanco L	PE065	57
Neyro S	OR003	246	Orduna TA	PE176	132	Pasinovich M	PE342	202	Pérez Carrega ME	OR009	128
Neyro S	OR004	248	Orduna TA	PE233	133	Pasinovich M	PE367	241	Pérez Catalan S	PE254	150
Neyro S	PE367	68	Orejas MC	PE077	112	Pasinovich M	PE372	153	Pérez CF	PE297	55
Neyro S	PE372	58	Orellana N	PE042	74	Pasteran F	OR025	154	Pérez D	OR030	168
Nícita D	PE188	195	Orellana NR	PE039	215	Pasterán F	OD001	154	Pérez D	PE118	83
Nícita D	PE190	198	Orellana NR	PE348	222	Pasterán F	OR048	171	Pérez D	PE074	145
Nicola F	OD001	182	Orellana NR	PE351	229	Pasterán F	OR053	131	Pérez G	OR032	145
Nicola F	OR048	73	Orlando J	PE257	221	Pastore F	PE023	129	Pérez H	PE130	233
Nicola F	OR052	182	Orlando M	PE196	252	Pastore F	PE024	178	Pérez H	PE249	234
Nicola F	OR053	183	Ormazabal C	PE006	171	Pastore F	PE026	58	Pérez H	OR005	228
Nicola F	PE011	168	Ormazabal C	PE029	74	Pastore L	PE157	97	Pérez H	OR025	96
Nicola F	PE212	119	Ormazabal C	PE323	102	Pastore RLO	OR039	146	Pérez H	OR035	195
Nigro L	PE223	85	Ortega S	PE111	178	Pastrana R	PE011	149	Pérez H	PE117	125
Nigro M	PE004	85	Ostrowski M	OR069	214	Patterson E	PE118	242	Pérez H	PE125	230
Nilva G	OR043	185	Osuna A	PE032	190	Paulin P	PE365	95	Pérez H	PE158	78
Nisovich G	PE076	220	Osuna C	PE275	190	Paulosky L	PE206	206	Pérez HM	OR039	79
Niveyro C	PE075	122	Otermin F	OR059	222	Paz ME	PE327	209	Pérez J	PE023	184
Niveyro C	PE284	61	Otermin F	OR060	259	Paz S	OR002	84	Pérez J	PE024	79
Niveyro C	PE360	60	Otermin F	PE210	196	Paz S	PE015	199	Pérez J	PE026	116
Noblega L	PE042	91	Otero V	PE320	113	Paz S	PE050	113	Pérez J	OR029	143
Nóblega LM	PE039	140	Otreras A	OR042	236	Paz S	PE052	211	Pérez J	OR030	173
Nóblega LM	PE091	109	Ottolenghi J	OD004	50	Paz S	PE361	212	Pérez J	PE025	109
Nóblega LM	PE348	227	Otonelli M	OR041	147	Paz V	PE224	190	Pérez J	PE118	211
Nóblega LM	PE351	149	Otonelli M	OR045	144	Pazos J	PE280	222	Pérez K	PE319	236

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Pérez M	PE254	201	Portal G	OR079	108	Radisic MV	PE296	230	Relloso S	PE350	111
Pérez MG	OR018	206	Portal G	PE035	216	Radosevich A	OR043	255	Remón C	PE098	95
Pérez MG	PE085	112	Portal G	PE103	220	Radosevich A	PE097	256	Repetto M	PE199	251
Pérez MG	PE135	160	Porteiro N	PE264	244	Radusky P	PE161	258	Repetto S	OD004	112
Pérez MG	OR014	243	Portnoy F	OR070	250	Radusky P	PE287	55	Repetto S	PE068	49
Pérez MG	PE176	161	Posse G	PE067	253	Radusky PD	PE168	213	Repetto S	PE094	96
Pérez P	OR069	150	Prado C	PE349	251	Raffo C	OR029	229	Repetto S	PE120	113
Pérez S	PE122	56	Prado F	PE206	149	Raffo C	OR030	89	Repetto S	PE230	252
Pérez S	PE123	44	Pranzetti M	PE076	76	Raffo C	OR034	179	Repetto S	PE294	186
Pérez V	PE319	73	Prchal A	PE316	97	Raffo C	PE118	82	Requena A	PE107	157
Pérez Valoy S	PE320	75	Prentiss T	OR062	205	Raffo C	PE299	45	Requena A	PE192	70
Perrín C	PE307	94	Prestera J	PE116	250	Raich S	PE175	196	Rey G	PE313	190
Perrone M	PE014	167	Prevo M	PE197	145	Raimondo E	OR031	120	Rey M	OR060	99
Pesce Loglio M	PE237	211	Prieto M	PE070	145	Rajha J	PE270	75	Reyes M	PE364	126
Pesce M	PE078	215	Prieto M	PE292	92	Rajha J	PE271	76	Reynaldi M	OD001	200
Pesce M	PE310	244	Prieto R	PE279	214	Ramírez F	PE109	247	Reynaldi M	OR048	44
Pessacq P	OR059	245	Provecho Y	OR046	118	Ramírez FA	PE327	185	Reynaldi M	OR053	73
Pessacq P	OR060	198	Pryluka D	PE016	88	Ramírez MS	PE025	76	Ribeiro Lomes N	PE340	73
Pessaq P	PE210	221	Pryluka D	PE018	105	Rampulla S	PE055	202	Ricart JJ	PE173	75
Petasny M	OR061	146	Pryluka D	PE375	136	Rancaño C	OR003	247	Ricci B	PE139	159
Petraroia C	PE058	46	Puentes T	OR084	129	Rancaño C	OR004	210	Ricci B	PE185	159
Petraroia C	PE119	194	Puentes T	PE163	129	Rancaño C	PE312	208	Richetta L	PE222	202
Petraroia C	PE188	45	Puentes T	PE250	148	Rancaño C	PE367	156	Richetta L	PE355	178
Petricca JP	PE044	82	Pueyrredon H	OD004	148	Rancaño C	PE368	74	Riera F	PE291	156
Pezzini S	PE269	179	Pugliese H	PE018	170	Rancaño C	PE372	82	Riera F	PE362	175
Pfister P	PE325	120	Puig G	PE315	48	Ranea P	PE202	158	Rinas M	PE093	242
Pfoh C	PE246	197	Pujato N	PE041	80	Ranea P	PE217	198	Rinaudo M	OR028	243
Piccinini F	PE258	246	Pujato N	PE282	83	Raña P	PE364	55	Rinaudo M	PE276	77
Pidone J	PE049	205	Pujato N	PE289	119	Rapaport S	OR003	56	Ringer A	OR050	183
Pimentel CF	PE156	148	Pujato N	PE343	73	Rapaport S	OR004	57	Rintoul MR	PE046	70
Pimentel CFMG	PE340	194	Pujato N	PE357	75	Rapaport S	PE312	150	Rintoul MR	PE047	234
Pinasco K	PE159	50	Pujato N	PE363	244	Rapaport S	PE367	183	Riselli V	PE012	235
Pincheira C	PE134	148	Pupuche	PE358	250	Rapaport S	PE368	76	Rissi D	PE358	235
Pinhero J	OR016	148			223	Rapaport S	PE372	247	Risso A	PE050	84
Pinoni M	OD001	142			70	Rapetti G	OR015	134	Risso Patrón A	OR002	155
Pinoni M	OR048	46	Quarleri J	PE131	133	Rapetti GC	PE274	178	Risso Patrón A	PE015	187
Pinoni M	OR053	60	Querci M	OR055	162	Rapetti GC	PE309	45	Risso Patrón A	PE052	222
Pinoni MV	PE010	88	Quintana C	PE016	219	Ravea S	OR082	120	Risso Patrón A	PE361	98
Pinoni MV	PE173	105	Quintana G	PE256	165	Ré V	PE200	132	Rivera E	PE214	177
Pinoni MV	PE268	136	Quintana G	PE356	63	Re VE	OR065	144	Rivera L	PE150	161
Pinoni MV	PE279	209	Quintas L	PE122	63	Ré VE	OD003	193	Rivero M	OR043	71
Pinoni MV	PE343	84	Quintas L	PE123	65	Ré VE	PE239	222	Rivero M	PE223	87
Pinoni MV	PE344	120	Quinteros M	PE005	143	Rea MC	PE066	137	Rivero N	PE022	220
Pinoni V	PE241	247	Quinteros M	PE277	225	Rearte A	OR052	175	Riveros F	PE080	117
Pinoni V	PE292	182	Quinteros Yulow C	PE062	168	Rearte A	OR056	231	Riveros F	PE244	137
Piñeiro MF	PE125	124	Quipildor M	OR079	64	Rearte A	PE350	79	Roccia Rossi I	OD001	205
Piorno P	OD005	232	Quipildor M	PE035	211	Rearte AN	PE212	253	Roccia Rossi I	OR048	216
Piraino E	PE235	80	Quipildor M	PE104	212	Rearte N	OR055	44	Roccia Rossi I	OR049	190
Pisano MB	OD003	142	Quipildor MO	PE087	138	Rebora J	PE248	73	Roccia Rossi I	OR053	75
Pisano MB	OR065	178	Quiroga F	PE087	237	Rebora J	PE349	75	Rocculi M	PE154	107
Pisano MB	PE200	121	Quiroga F	PE129	101	Rébora J	PE266	243	Rocculi M	PE155	246
Pisaresky A	PE068	221	Quiroga F	PE130	114	Rebora JM	PE262	167	Rocculi M	PE247	246
Pizarro S	PE240	215	Quiroga G	PE180	50	Recchi J	PE149	152	Rode J	PE199	248
Plat F	PE347	71	Quirós RE	OD010	50	Rechimont A	OR050	172	Rodríguez C	PE149	81
Playonero G	PE254	97	Quirós RE	OR062	230	Rechimont A	OR066	189	Rodríguez A	PE192	112
Poblete G	PE130	98			255	Rechimont A	PE153	250	Rodríguez A	PE337	113
Poblete G	PE235	259			256	Rechimont A	PE242	221	Rodríguez A	PE341	49
Poggio L	OR005	127	Rabinovich GA	OR069	258	Reijtman V	OR014	252	Rodríguez A	OR057	96
Polo MJ	PE130	163	Racca Naveira HF	PE065	180	Reijtman V	OR016	131	Rodríguez AR	PE209	252
Polo ML	PE129	203	Racioppi A	OR048	187	Reijtman V	OR018	62	Rodríguez B. M	OR042	65
Pons N	PE116	45	Racioppi A	OR053	253	Reijtman V	PE135	214	Rodríguez B. M	PE321	90
Pontoriero A	OD006	98	Radisic M	PE343	50	Relloso MS	PE209	74	Rodríguez B. M	PE323	152
Pontoriero A	OR024	232	Radisic M	PE357	50	Relloso S	OR056	110	Rodríguez B. MT	PE322	172

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Rodríguez C	OR071	249	Romero R	PE009	54	Sabato S	PE299	243	Saralegui M	OR003	193
Rodríguez C	PE145	147	Romero R	PE320	239	Sábato S	OR029	205	Saralegui M	PE312	223
Rodríguez C	PE216	155	Rondinelli N	PE356	239	Sábato S	OR030	64	Saralegui M	PE372	177
Rodríguez C	PE294	98	Roriguez LC	PE249	240	Sablich J	PE254	49	Saranitte JA	PE249	87
Rodríguez C	PE018	120	Rosales MV	PE194	110	Sader MC	PE108	96	Saravia E	PE235	121
Rodríguez C	PE196	120	Rosanova M	PE074	139	Sader SL	PE045	136	Sardina N	PE277	245
Rodríguez CG	PE160	242	Rosanova MT	OR018	202	Sader SL	PE110	156	Sarkis C	PE365	96
Rodríguez F. M	OR044	154	Rosas A	PE030	210	Sadino G	PE285	208	Sarkis Claudia	PE329	111
Rodríguez F. M	OR078	195	Rossanigo C	PE240	247	Saez A	PE185	113	Sarmiento MD	PE211	99
Rodríguez J	PE289	200	Rosselot S	PE339	180	Sáez A	PE139	252	Saucedo D	OR001	104
Rodríguez Llanos M	PE061	74	Rossi E	PE115	92	Salazar E	OR037	190	Saul P	OR038	88
Rodríguez N	PE106	194	Rossi E	PE189	103	Salazar E	PE203	155	Saul P	PE061	88
Rodríguez P	PE255	142	Rotllant V	OR007	235	Salazar E	PE220	104	Sauro N	OR066	74
Rodríguez P	PE281	148	Rotllant V	PE106	180	Salazar M	PE375	111	Savino L	PE304	54
Rodríguez Peria C	PE224	148	Rotryng F	PE060	103	Saleh DA	PE045	149	Sarkis M	PE058	239
Rodríguez R. M	OR054	161	Rotryng F	PE065	90	Saleh DA	PE110	170	Sawicki M	PE119	46
Rodríguez R. M	PE039	50	Rotryng F	PE231	152	Salgueira C	OR051	64	Scala G	PE286	108
Rodríguez R. M	PE346	60	Rotryng F	PE296	172	Salgueira C	PE083	206	Scala G	PE370	253
Rodríguez R. M	PE348	64	Rottengatter K	PE114	46	Salgueira C	PE343	76	Scala S	PE069	128
Rodríguez R. M	PE351	66	Rousseau M	OR014	60	Salgueira C	PE344	112	Scala S	PE207	168
Rodríguez V	OR063	146	Royo NA	PE045	56	Salido J	OR068	164	Scala S	PE208	194
Rodríguez V	PE050	203	Royo NA	PE110	123	Salido J	OR069	129	Scala S	PE305	120
Rodríguez V	PE052	60	Rozenblum P	PE313	231	Salinas L	PE230	205	Scapellato P	OR028	124
Rodríguez V	OR002	91	Rubione J	OR069	120	Salinas L	PE251	120	Scapellato P	OR042	216
Rodríguez V	PE015	195	Rueda D	PE078	189	Salmeron Olsina A	OR023	126	Scapellato PG	PE018	92
Rodríguez VE	PE361	51	Rueda D	PE196	190	Salmeron Olsina A	PE167	168	Scarpinelli P	PE207	190
Rodríguez VM	OR033	137	Ruffino JP	OR050	222	Salmeron Olsina A	PE221	170	Scarpinelli P	PE208	84
Rodríguez VM	PE001	76	Ruggeri D	PE209	250	Salomon D	OR093	177	Scazzuso F	PE265	81
Rodríguez VM	PE139	156	Ruiz C	PE339	119	Salomón H	OR068	73	Schamun D	PE246	63
Rodríguez VM	PE185	252	Ruiz de Huidobro G	PE027	143	SalussoDD	PE064	183	Schamún M	OR015	63
Roiter F	PE353	221	Ruiz F	OR012	151	Salvatierra KA	PE284	177	Schamún M	PE274	65
Roitman K	PE127	170	Ruiz F	PE331	225	Salzedas AA	PE156	50	Schamún M	PE309	143
Roitman K	PE145	66	Ruiz F	PE332	63	Salzedas AA	PE340	230	Schejtman A	PE231	225
Rojas F	PE019	93	Ruiz F	PE333	63	Samper C	PE254	258	Schejtman A	PE296	232
Rojas F	PE067	234	Ruiz Huidobro G	PE045	205	Sanabria M	OR031	203	Schell MC	PE195	205
Rojas F	PE068	250	Ruiz Huidobro G	PE110	138	Sánchez A	OR002	194	Schenfeld M	OR078	116
Rojas Ríos A	PE338	203	Ruiz M	PE248	110	Sánchez A	PE015	214	Schieffer M	PE070	175
Roldán V	PE144	176	Ruiz M	PE266	139	Sánchez A	PE105	254	Schijman AG	PE344	115
Roldán V	PE237	123	Ruiz M	PE349	218	Sánchez A	PE147	238	Schijman M	PE014	120
Roldán V	PE244	57	Ruiz MS	PE201	172	Sánchez AG	PE261	185	Schijman M	PE048	46
Rolla I	OR050	103	Ruiz O	PE006	152	Sanchez AV	PE052	49	Schinchirimi M	PE021	72
Rollet R	PE233	197	Ruiz O	PE029	67	Sánchez AV	PE361	68	Schmeling M	PE033	134
Rolón M	PE117	243	Ruiz O'Neil M	PE322	181	Sanchez C	PE223	117	Sciacaluga S	OR081	167
Rolon MJ	PE129	141	Ruiz S	PE202	188	Sánchez DV	PE146	82	Sciara M	OR081	61
Rolon MJ	PE130	174	Ruschioni Martin C	PE030	259	Sanchez E.NM	PE032	226	Sciarratta P	OR050	97
Rolon MJ	PE158	51	Russo Lacerna D	PE001	110	Sanchez J	PE048	116	Sciola G	OR012	220
Rolón MJ	OR005	137	Russo Lacerna D	PE139	139	Sanchez L	PE131	143	Sciola G	PE332	81
Rolón MJ	OR025	117	Russo Lacerna D	PE185	74	Sanchez ML	PE180	219	Scollo K	OD005	88
Rolón MJ	OR032	119	Russo M	OD006	127	Sanchez Thomas D	OR031	257	Seijo MS	PE041	236
Rolón MJ	OR035	193	Russo M	OR024	244	Sanchez Thomas D	PE258	121	Seijo S	PE363	187
Rolón MJ	PE125	223	Ruvinsky S	OR016	245	Sánchez Thomas D	OR056	182	Selent C	PE085	154
Rolón MJ	PE249	141	Ruvinsky S	PE074	83	Sanchez V	PE050	183	Selent C	PE174	195
Romandetta A	OR024	55	Ruvinsky S	PE314	83	Sandoval MM	PE165	227	Selent C	PE233	200
Romandetta A	PE004	110	Ruybal P	PE068	193	Santiago S	PE088	62	Sellares O	PE067	68
Romano J	PE237	139			203	Santillan P	PE254	70	Sellart G	PE077	189
Romano M	OR007	231			59	Santiso G	PE067	98	Selliart G	PE281	250
Romano ML	PE106	83	Saad E	PE222	165	Santiso G	PE082	182	Semeshchenko D	PE005	120
Romano V	OR055	125	Saad E	PE225	189	Santiso G	PE174	183	Seminara E	PE224	144
Rombini MF	PE148	177	Saad E	PE293	131	Santiso G	PE179	209	Serantes D	OR070	192
Romero CF	PE362	74	Saad E	PE355	83	Santolín MC	PE195	201	Seravalle A	OR064	192
Romero F	PE291	183	Sabater L	PE064	119	Santonato D	OR049	55	Serio E	OR029	251
Romero M	PE179	243	Sabato S	PE118	218	Santoni G	PE209	213	Serio E	OR030	194
Romero R	OR036	102	Sabato S	PE137	160	Santoro F	PE196	229	Serio E	OR034	56

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Serio E	PE118	178	Solari R	PE179	220	Stecher D	PE032	92	T		247
Serio EDA	PE299	187	Solari R	PE234	134	Stecher D	PE040	103	Taborda D	PE116	245
Serna Góngora MB	PE316	188	Soler Puy L	PE243	60	Stecher D	PE068	121	Taborro A	PE300	151
Serra D	PE254	160	Soloaga R	PE041	91	Stecher D	PE094	227	Taicz M	OR014	160
Serrano C	PE059	243	Soloaga R	PE049	121	Stecher D	PE120	214	Taicz M	OR018	243
Serrano D	PE191	160	Soloaga R	PE282	227	Stecher D	PE133	189	Taicz M	PE074	202
Serrano J	PE057	146	Soqueff K	PE319	90	Stecher D	PE193	190	Taicz M	PE135	208
Serrano N	PE067	168	Soria Ronveaux AE	PE086	152	Stecher D	PE198	222	Taicz M	PE354	210
Serrano P	OD005	191	Sormani M	PE365	172	Stecher D	PE228	250	Talavera AD	PE239	247
Serrat V	OR047	153	Sormani MI	OR018	54	Stecher D	PE229	95	Tamagno G	PE025	111
Serrat V	PE099	237	Sosa	PE358	239	Stecher D	PE278	73	Tamagno G	PE152	102
Serrat V	PE172	122	Sosa D	PE120	239	Stecher D	PE294	81	Tamagno G	PE215	236
Serruto G	OR026	256	Sosa F	PE079	240	Stecher D	PE304	83	Tanno F	PE182	251
Serruto G	PE017	60	Sosa L	OR019	245	Stecher D	PE312	83	Tártara S	PE267	250
Seu F	PE288	64	Sosa M	PE328	233	Stecher D	PE359	159	Tatta M	PE153	249
Sfalcin J	OR064	66	Sosa M	PE358	238	Stecher D	PE367	159	Tavella S	PE122	45
Sfalcin J	OR081	98	Sosa MA	PE019	176	Stecher D	PE368	162	Tavella S	PE123	99
Sheeham G	PE324	148	Sosa MA	PE067	177	Stecher D	PE372	165	Tavella S	PE187	116
Sibilla M	PE218	148	Sosa MJ	OR065	64	Stecher D	PE373	202	Teglia O	OR021	128
Siciliani D	PE144	161	Sosa MP	OR065	46	Steinbrecher L	PE030	219	Teglia O	PE152	143
Siciliani D	PE237	143	Sosa T	PE112	107	Steinbrecher L	PE122	94	Teglia O	PE215	205
Siciliani D	PE244	182	Sosa VME	PE360	212	Steinbrecher L	PE123	221	Teglia O	PE236	144
Sidra GL	OR039	183	Soto A	PE320	122	Stelzer M	PE242	142	Teijeiro M	PE117	166
Sierra J	PE222	46	Soto I	PE169	67	Stepanik D	PE219	194	Tejada N	OR036	116
Sierra J	PE355	107	Soto I	PE299	181	Stepanik D	PE301	74	Tello Brogiolo N	PE079	204
Sierra M	PE068	244	Soubelet M	OR020	188	Stepanik D	PE302	68	Temporiti E	OR052	211
Sierra M	PE120	245	Soulas G	PE160	45	Stepanik D	PE303	71	Temporiti E	OR055	121
Sierra M	PE228	235	Spadaro ML	OR061	50	Stimbaum C	PE310	208	Temporiti E	OR056	227
Sierra M	PE229	121	Spadaro ML	PE063	50	Stover S	PE158	220	Temporiti E	PE011	84
Sierra M	PE359	147	Spanevello V	PE116	88	Strella T	OR047	70	Temporiti E	PE020	195
Siguelboim D	PE235	227	Sparo MD	PE195	103	Strella T	PE172	205	Temporiti E	PE205	90
Silenzi V	OR017	170	Spennato M	PE263	104	Stringa J	PE228	142	Temporiti E	PE212	189
Silicaro F	PE197	194	Spennato M	PE290	108	Suarez G	PE006	225	Temporiti E	PE343	250
Silva C	PE218	199	Spillmann C	PE098	120	Suarez G	PE029	55	Temporiti E	PE350	180
Silva C	PE219	108	Spinelli N	OR024	132	Suarez J	PE069	57	Temporiti E	PE344	44
Silva CA	PE156	112	Spinelli N	PE004	144	Suárez J	PE305	123	Teran R	PE137	73
Silva CA	PE340	216	Spinelli N	PE069	150	Suárez S. LV	PE275	150	Terra MPR	PE156	79
Silva ISS	PE156	233	Spinelli N	PE305	176	Suasnabar D	PE222	249	Terra MPR	PE340	127
Silva ME	PE124	128	Spiratos R	PE001	178	Suasnabar D	PE225	196	Terusi A	PE248	163
Silva R	PE175	254	Spiratos R	PE139	192	Suasnabar D	PE293	101	Terusi A	PE262	203
Símboli N	PE226	57	Spiratos R	PE185	192	SuasnabarD	PE355	158	Terusi A	PE266	44
Simioli F	PE140	251	Spoleti MJ	OR012	215	Sucari A	PE012	186	Terusi A	PE349	63
Simoni A	PE327	144	Spoleti MJ	PE331	222	Suchowiercha N	OR049	171	Terzano M	PE048	63
Sinchi A	PE072	125	Spoleti MJ	PE332	226	Sued O	OR063	210	Theill L	PE028	65
Sinchi A	PE368	57	Spoleti MJ	PE333	230	Sued O	OR068	158	Tineo S	PE324	73
Sisto A	OR025	238	Squassi V	PE345	251	Sued O	OR069	145	Tiraboschi IN	PE359	75
Sisto A	OR032	251	Stagnaro JP	PE318	255	Sued O	PE154	145	Tiraboschi N	PE357	75
Sisto A	OR035	98	Stagnaro María	PE329	256	Sued O	PE155	173	Tisi Baña M	PE353	76
Sisto A	PE018	120	StagnaroJP	PE194	258	Sued O	PE161	58	Tissera G	OD003	143
Sisto A	PE129	82	StagnaroJP	PE195	258	Sued O	PE168	158	Titanti P	PE021	182
Sisto A	PE130	82	Stamboulían D	OR031	103	Sued O	PE247	186	Tittarelli C	PE058	185
Sisto A	PE158	140	Stanek V	OD007	145	Sued O	PE287	195	Tittarelli C	PE085	225
Smayevsky J	PE118	252	Stanek V	PE038	145	Sujemecki A	PE010	142	TittarelliC	PE119	72
Smayevsky J	PE205	234	Stanek VC	PE272	198	Sujemecki A	PE292	66	Togneri A	PE254	172
Smayevsky J	PE209	165	Staneloni E	PE071	188	Sustersic A	PE116	125	Toledano A	PE120	45
Smud A	OD007	225	Staneloni M	OR037	225	Sutton G	PE235	75	Tomas G	PE170	117
Smud A	PE038	58	Staneloni M	PE203	226	Svetaz MJ	OR050	76	Tomás JG	PE059	50
Smud A	PE343	161	Staneloni M	PE220	226	Svidler López L	OR039	76	Tomás JG	PE253	230
Smud A	PE344	79	Stecher D	OD004	230	Svidler López L	OR044	94	Tomasella F	PE270	258
Sobrino F	PE322	118	Stecher D	OR003	161	Swieszkowski S	PE263	99	Tonin D	PE069	52
Solari AM	PE069	142	Stecher D	OR004	72	Swieszkowski S	PE290	182	Tonin D	PE305	247
Solari J	PE127	177	Stecher D	OR080	167	Szlain M	OR042	185	Torales G	OR071	45
Solari M	PE305	208	Stecher D	PE031	192	Sztochamer D	PE254	244	Torales G	PE237	215

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Torales N	PE002	226	Tula L	OR048	73	Vasta L	PE375	198	Vidal ME	OR012	132
Toranzo A	PE222	61	Tula MC	PE295	74	Vaustat D	PE363	211	Vidal ME	PE331	133
Toranzo A	PE355	89	Turk G	OR068	75	Vay C	OD004	215	Vidal ME	PE332	74
Torrado M	PE202	166	Turk G	PE129	99	Vay C	OR080	221	Vidal ME	PE333	110
Torre V	OD001	108	Turk G	PE130	59	Vay C	PE031	106	Videla C	OR051	139
Torre V	OR048	253	Turpo M	PE253	189	Vay C	PE032	91	Videla C	OR055	121
Torre V	OR060	236	Tuttobene M	PE025	259	Vay C	PE278	128	Videla H	OR001	227
Torres C	PE084	120			142	Vay C	PE294	130	Vidiella G	PE127	61
Torres C	PE163	45	U		74	Vay C	PE304	205	Vila A	OR028	89
Torres C	PE250	171	Uez O	OR077	225	Vay CA	PE040	219	Vila M	PE127	106
Torres D	OD001	45	Uranga M	PE003	240	Vázquez AN	PE103	257	Vila M	PE149	203
Torres D	OR029	83	Urbina L	OR036	54	Vazquez E	PE188	159	Vila Roza MV	PE195	169
Torres D	OR030	148	Urbina L	PE009	54	Vazquez E	PE190	159	Vilaró M	OD001	208
Torres D	OR034	148	Uriarte V	PE308	232	Vazquez S	PE225	202	Vilaró M	OR048	210
Torres D	OR048	184	Uriarte V	PE328	244	Vázquez S	PE293	97	Vilaró M	OR053	247
Torres D	OR052	173	Urioste A	PE129	254	Vázquez S	PE355	61	Vilaró M	PE037	102
Torres D	OR053	174	Urioste A	PE130	129	Vázquez V	PE222	122	Vilaró M	PE227	238
Torres D	OR056	232	Urquiza D	PE147	230	Vecchio C	PE148	119	Vilches V	OD001	246
Torres D	PE118	213	Urquiza D	PE261	185	Vechetti GF	PE046	109	Vilches V	OR048	143
Torres D	PE205	108	Urueña A	PE148	85	Vechetti GF	PE047	127	Vilches V	PE003	175
Torres D	PE212	120	Urueña A	PE149	85	Vega S	OR062	163	Vilches V	PE020	206
Torres D	PE299	132			239	Veiga F	PE272	203	Vilches V	PE032	92
Torres M	OR047	150	V		208	Velasco C	OR011	112	Villa L	OR019	221
Torres M	PE184	176	Vacchino M	PE297	220	Velasco C	OR013	176	Villa M	PE320	46
Torres SB	OD003	178	Valdez E	PE327	103	Velasco C	PE342	192	Villafañe Fioti F	PE169	107
Torrez Gómez F	PE060	192	Valdez M	PE232	98	Velasco Malberti MC	PE317	192	Villafañe Fioti MF	PE164	188
Torrilla P	OR003	192	Valdez R	PE067	259	Velasquez P	OR038	54	Villafañe S	PE288	212
Torrilla P	PE312	215	Valdez S	PE320	253	Venezuela F	OD003	239	VillagraB	PE170	202
Torrilla P	PE372	222	Valdez Y	PE270	45	Venezuela RF	PE239	239	Villalba Apestegui P	PE075	208
Tortoriello A	OR008	44	Valdez Y	PE271	88	Ventura MF	OR039	240	Villalba Apestegui PA	PE284	210
Tortoriello AL	PE350	73	Valencia D. MD	PE086	103	Venuta ME	OR076	74	Villalba Apestegui PA	PE360	247
Tosello C	OD004	223	Valencia D. MD	PE091	104	Vera Blanch M	PE307	76	Villalba Sampaoli C	PE197	147
Tosello C	PE278	83	Valiño A	PE282	215	Vera L	PE300	49	Villalva JM	PE300	65
Tossello C	PE304	148	Valle S	OD001	222	Vera Ocampo C	OR080	147	Villamandos S	PE075	131
Touceda B	OR027	148	Valle S	OR048	226	Vera Ocampo C	PE031	62	Villamandos S	PE284	56
Touceda B	OR082	204	Valle S	OR053	108	Verbanaz S	PE010	147	Villamandos S	PE360	57
Touceda B	PE171	101	Valledor A	OD001	136	Verbanaz S	PE173	156	Villani M	OR041	231
Touron I	PE041	87	Valledor A	OR048	173	Verbanaz S	PE241	177	Villani M	PE095	206
Tourón I	PE363	91	Valledor A	OR051	174	Verbanaz S	PE268	44	Villani M	PE096	89
Touzon MS	PE325	66	Valledor A	OR053	190	Verbanaz S	PE279	73	Villar S	OR050	84
Tracogna F	PE067	93	Valledor A	PE020	222	Verbanaz S	PE292	75	Villarreal YP	PE045	156
Traglia G	OD004	229	Vallejo M	OR023	250	Vercelli B	PE037	106	Villarreal YP	PE110	131
Trapé L	PE183	238	Vallejo M	PE221	189	Verdaguer V	PE003	191	Villegas DV	PE069	248
Travella C	OD003	148	Vallejos A	PE375	156	Vergara MA	PE086	44	Villegas V	PE305	84
Trifone C	OR068	148	Van De Castele G	PE116	110	Vergara MA	PE091	73	Viloria G	OR027	145
Trifone C	PE129	156	Vandale JM	OR050	111	Vergara V	PE254	91	Viloria G	OR082	145
Trifone C	PE130	208	Vannelli M	PE299	80	Vernazzi M	PE286	99	Viloria G	PE036	173
Trillo A	PE210	156	Vaquero L	PE335	212	Vernazzi M	PE370	104	Vinante A	PE250	81
Trione N	PE188	156	Varela A	OR011	54	Veron D	PE154	57	Vinciguerra M	PE178	200
Trione N	PE190	223	Varela A	OR013	54	Veron D	PE155	234	Vinicoff G	PE262	70
Tua M	PE316	237	Varela A	PE317	244	Veron D	PE247	165	Vinicoff G	PE266	142
Tuculet B	PE273	193	Varela A	PE342	232	Veron M	PE017	163	Vinicoff G	PE349	112
Tudanca V	PE040	120	Varela A	PE365	68	Verón MT	OR026	220	Vintiñi E	PE027	97
Tudanca V	PE068	234	Varela T	PE089	45	Veron T	PE071	166	Vinuesa M	PE328	97
Tudanca V	PE094	211	Varela T	PE310	196	Verón T	PE064	123	Viña A	PE347	98
Tudanca V	PE133	212	Vargas J	PE213	68	Vescina C	PE043	218	Viñas M	PE118	259
Tudanca V	PE193	128	Vargas JM	OR072	86	Viceconte R	PE084	252	Virga E	PE191	73
Tudanca V	PE198	130	Vargas JM	OR074	228	Viceconte R	PE163	178	Viruel M	PE258	182
Tudanca V	PE228	216	Vargas MF	PE330	225	Viceconte R	PE250	225	Visca M	PE007	183
Tudanca V	PE229	44	Varini S	PE263	88	Vicente F	PE051	123	Visic L	PE292	98
Tudanca V	PE278	73	Varini S	PE290	103	Vicente L	PE193	218	Visus M	OD007	204
Tudanca V	PE294	75	Varrenti NA	PE030	94	Vicente L	PE228	252	Visus M	PE038	92
Tula L	OD001	44	Vasen W	PE018	167	Vicente L	PE229	69	Visus M	PE220	103

Autor	Resumen	Página	Autor	Resumen	Página
Vísus M	PE272	90	Zambrano M	PE254	150
Viteri A	PE248	74	Zamora A	PE027	258
Viteri A	PE262	56	Zamora A	PE045	106
Viteri A	PE266	159	Zamora AM	PE110	202
Viteri A	PE349	159	Zanella M	PE302	211
Vittori E	PE126	202	Zanella M	PE303	80
Vizca Klajn D	OR033	172	Zapata A	PE237	62
Vizcaychipi KA	PE093	162	Zapiola I	OR064	131
Voto C	OR016	165	Zapiola I	OR082	227
Voto C	OR018	219	Zapiola I	PE140	208
Voto CJ	PE314	253	Zapiola I	PE146	220
Vrancic M	PE258	205	Zaracho J	PE017	
Vulcano F	OR082	102	Zarate MS	PE017	
Vulcano S	OR070	110	Zárate MS	OR026	
Vulcano S	PE149	139	Zarate S	PE071	
		226	Zarlenga L	PE084	
W		226	Zarra J	PE106	
Wachs A	PE092	195	Zarra JA	OR007	
Wachs A	PE352	81	Zavala M	OR029	
Wainziger T	OR071	89	Zerboni S	OR052	
Warley E	PE122	153	Zerboni S	OR055	
Warley E	PE123	155	Zerboni S	OR056	
Warley E	PE187	97	Zerboni S	PE343	
Weiss S	OR063	97	Zerboni S	PE350	
Weisz A	PE244	61	Zervos M	OR062	
Wettstein M	OR043	122	Zielinski MC	PE101	
Wiemeyer G	PE117	127	Zigrino T	OR003	
Wilde N	PE051	137	Zigrino T	PE312	
Wisner B	PE017	51	Zigrino T	PE372	
		63	Zintgraff J	PE034	
		75	Zintgraff J	PE053	
Y		76	Zitko P	PE137	
Yahni D	PE016	76	Zitto T	PE218	
Yahni D	PE018	76	Zitto T	PE219	
Yahni D	PE375	244	Zitto T	PE301	
Yantorno ML	OR049	247	Zitto T	PE302	
Yantorno ML	PE207	80	Zitto T	PE303	
Yantorno ML	PE208	135	Zitto T	OD004	
Ybarra V	PE018	50	Zubeldía Brenner L	PE068	
Yepes J	PE253	230	Zubeldía Brenner L	PE094	
Yernazian MV	PE006	258	Zubeldía Brenner L	PE198	
Yernazian MV	PE029	105	Zubeldía Brenner L	PE304	
		113	Zubeldía Brenner L	PE373	
		151	Zubeldía Brenner L	PE133	
Z		187	Zubeldía L	PE372	
Zaballa J	PE001	188	Zubieta A	PE037	
Zafra M	OR050	225	Zucotti A	PE248	
Zala C	OR017	226	Zugasti N	PE269	
Zalaya NA	PE154	226	Zunino LV	OR062	
Zalaya NA	PE155	45	Zurita JO	OR028	
Zalaya NA	PE247	120	Zylberman M	PE092	
Zalazar N	PE185	132	Zylberman M	PE306	
Zalazar V	PE161	178	Zylberman M	PE263	
Zalazar V	PE168	226	Zylbersztejn H	PE290	
Zalazar V	PE287	258	Zylbersztejn H		
Zambelli M	PE364				

Orales destacados

OD001 Bacteriemia por enterobacterias en pacientes con cáncer: etiología, características clínicas y evolución según el perfil de resistencia antibiótica. Datos del registro ROCAS

Herrera F, Laborde A, Baldoni N, Jordán R, Rocca Rossi I, Valleder A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Pereyra M, Lambert S, Carena A, Gonzalez Ibañez M, Torre V, Pinoni M, Inwinkelried E, Benso J, Luck M, Iglesias C, Tula L, Pasterán F, Corso A, Nicola F, García Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Vilches V, Blanco M, Torres D.

CEMIC. Argentina.

Introducción: Las características clínicas y microbiológicas, y la evolución de las bacteriemias por enterobacterias en pacientes con cáncer y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) pueden diferir según el perfil de resistencia antibiótica.

Objetivo: describir y comparar la etiología, las características clínicas y la evolución de los episodios de bacteriemia por enterobacterias en pacientes con cáncer y TCPH, según el perfil de resistencia antibiótica. Identificar factores de riesgo de mortalidad.

Métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se incluyeron los episodios de bacteriemia por enterobacterias en pacientes adultos con cáncer o TCPH de 12 centros de Argentina, desde mayo de 2014 hasta junio de 2018. Se compararon los episodios de bacteriemia sin resistencia a cefalosporinas de 3ra generación (G1) con episodios con resistencia a cefalosporinas de 3ra generación (G2) con episodios con resistencia a carbapenemes (G3). Para identificar factores de riesgo con mortalidad a 30 días, las variables con una $p < 0.05$ en el análisis univariado, se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se incluyeron 532 episodios: G1: 307, G 2: 140 y G3: 85. Respecto de la enfermedad de base, la leucemia fue más frecuente en G3 (G1: 46,4 vs. G2: 59,7 vs. G3: 63 %, $p = 0,009$), y la neoplasia refractaria en G1 (25,7 vs. G2: 22,1 vs. G3: 12,9 %, $p = 0,004$). El G1 tuvo mayor frecuencia de *score* de Charlson > 4 (G1: 26,7 vs. G2: 12,9 vs. G3: 15,3 %, $p = 0,001$), con scores de APACHE II y Pitt semejantes entre los grupos. La neutropenia fue más frecuente en G3 (G1: 64,2 vs. G2: 76,4 vs. G3: 84,7 %, $p < 0,001$). Respecto de la etiología, *Escherichia coli* fue más frecuente en G1 (G1: 60,3 vs. G2: 28,4 vs. G3: 3,5 %, $p = 0,001$) mientras que *Klebsiella* spp. fue más frecuente en G3 (G1: 25,4 vs. G2: 50 vs. G3: 91,8 %, $p < 0,001$). El G3 recibió menor tratamiento empírico apropiado (G1: 95,1 vs. G2: 83,6 vs. 57,6 %, $p < 0,001$), presentó más shock (G1: 19,9 vs. G2: 23,6 vs. G3: 45,9 %, $p < 0,001$) y mayor mortalidad a 30 días (G1: 17,6 vs. G2: 17,9 vs. G3: 54,1 %, $p < 0,001$). En el análisis multivariado, los factores asociados con mortalidad fueron: shock, neoplasia refractaria, foco respiratorio, requerimiento de UCI y bacteriemia por enterobacterias resistentes a carbapenemes.

Conclusiones: Las bacteriemias por enterobacterias tienen características clínicas diferentes según el perfil de resistencia antibiótica. Dado que tener una bacteriemia por enterobacteria resistente a carbapenemes es un factor de riesgo independiente para mortalidad, resulta fundamental identificar los pacientes en riesgo y tratarlos apropiadamente.

OD002 Vigilancia de infecciones invasivas por *Haemophilus influenzae* en población pediátrica

Del Valle Delgado G.

Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: *Haemophilus influenzae* (Hi) se subdivide en *Haemophilus* capsulados tipo a, b, c, d, e y f, y no encapsulados o no tipificables (HiNT). *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), es el principal responsable de infecciones invasivas severas tales como meningitis, neumonía y sepsis. En Argentina, la vacunación contra Hib permitió un descenso importante en la incidencia de la enfermedad. Sin embargo, a partir del año 2012 se reportó un aumento de aislamientos de Hib, principalmente en nuestra provincia. Consideramos de importancia el conocimiento de la epidemiología local para contribuir en la toma de decisiones destinadas al control y prevención de las patologías causadas por estos patógenos en la era posvacunal.

Objetivo: Describir la epidemiología de las infecciones invasivas por Hi y determinar la frecuencia de serotipos en pacientes pediátricos en la era de la vacuna conjugada contra Hib.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se estudiaron todos los aislamientos de Hi remitidos al Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. Período enero de 2016 a diciembre de 2018. Las cepas provenían de pacientes pediátricos internados con infecciones invasivas en 3 hospitales públicos. Se confirmó identificación por espectrometría de masa (Malditof MS Bruker). Se investigó mediante la técnica de PCR la presencia de los genes *OmpP2*, *bexA*, y los genes específicos de los tipos capsulares a-f. Se analizaron las variables sexo, edad, tipo de infección, genotipo y estado de vacunación para Hib.

Resultados: de los 51 casos, el 68 % correspondió al sexo masculino. Rango de edad: 1 mes a 8 años. El 62 % fueron menores de 1 año; el 22 % entre 1 y 2 años; el 14 % entre 2 y 8 años. En el 1 % no se registró edad. Tipo de infecciones: neumonía 44 %, meningitis 36 %, celulitis con bacteriemia 16 %, bacteriemia sin foco documentado 4 %. El genotipo más frecuente fue el b 80 %, seguido del A 16 % y los HiNT un 4 %. De los 40 pacientes con infección invasiva por Hib el 67,5 % fueron menores de 1 año. El estado de vacunación para Hib en el subgrupo de pacientes con infecciones invasivas por este genotipo fue: 62,5 % completo para la edad, 25 % incompleto para la edad, 10 % no vacunados y 2,5 % sin datos.

Discusión: la mayoría de los aislamientos de Hib perteneció a pacientes menores de 1 año demostrando la vulnerabilidad de este grupo etario. Aunque la disminución de infecciones causadas por Hib como resultado de los programas de inmunización ha sido reportada, este patógeno permanece como un importante agente de infecciones invasivas en niños con 3 y 4 dosis de vacuna aplicadas. Se recomienda sensibilizar la sospecha diagnóstica ante la detección de signos y síntomas compatibles con la enfermedad y la notificación de enfermedad invasiva por Hib a los fines de reforzar la vigilancia. Asimismo, se deben realizar acciones para aumentar las coberturas de vacunación, particularmente la del refuerzo de los 18 meses de vida; evaluar factores de riesgo como condiciones socioeconómicas, número de convivientes, asistencia a jardines o guarderías maternas, factores de virulencia de los aislamientos y estado inmunológico de los pacientes.

OD003 Infección por el virus de la hepatitis E en mujeres embarazadas de Córdoba, Argentina

Pisano MB¹, Tissera G¹, Lardizabal MC², Torres SB², Fantilli AC¹, Martínez Wassaf MG³, Venezuela F¹, Capra R², Balderramo DC², Travella C², Ré VE¹.
¹Instituto de Virología "Dr. J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina, ²Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.
³LACE Laboratorios. Prov. de Córdoba. Argentina.

Introducción: El virus de la hepatitis E (HEV) es un patógeno de distribución mundial causante de hepatitis de transmisión entérica. La infección es usualmente benigna y auto limitada. Sin embargo, puede producir hepatitis severa fulminante en mujeres embarazadas y pacientes con hepatopatías crónicas. En Argentina, existe evidencia serológica de infección en humanos por HEV en distintas poblaciones y regiones geográficas (tasas de 0,15 % a 35 %), y se ha realizado detección del RNA viral (genotipo 3) en muestras humanas, ambientales y de cerdos. En embarazadas, existe sólo un estudio previo, de la ciudad de La Plata, que reportó una prevalencia de IgG anti-HEV del 2,4 %. Por otro lado, recientemente se reportó un caso de hepatitis E aguda en Mendoza en una mujer que sufrió un aborto espontáneo un mes antes del inicio de los síntomas, lo que plantea el interrogante acerca de la posibilidad de que este virus tenga implicancias clínicas en embarazadas en nuestro país.

Objetivo: Describir la frecuencia de infección por el HEV y factores asociados en embarazadas de Córdoba, y comparar los hallazgos con un grupo control de mujeres no embarazadas en edad fértil.

Materiales y métodos: Se analizaron 202 muestras de mujeres embarazadas (52 muestras prospectivas obtenidas en 2018, de las que se contó con datos epidemiológicos, y 150 muestras retrospectivas obtenidas en 2016-2017) y 155 muestras de mujeres no embarazadas (2018) del mismo grupo etario (grupo control) de Córdoba, a las que se les realizó determinación de IgG anti-HEV (ELISA, Diapro). Aquellas muestras positivas, fueron procesadas para la detección de IgM anti-HEV (ELISA, Diapro) y RNA-HEV (RT-Nested PCR, región genómica: ORF2). Además, se colectó muestra de 2 mujeres embarazadas con síntomas de hepatitis aguda.

Resultados: La seropositividad de IgG anti-HEV en mujeres embarazadas fue de 8,4 %, mayor al 2,6 % obtenido en el grupo control, observándose asociación entre embarazo e infección por HEV ($p = 0,023$; OR=3,5, CI95 % = 1,1-10,5). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la seropositividad para HEV de acuerdo al trimestre de embarazo, aunque sí según los grupos etarios estudiados, encontrándose mayor prevalencia en mujeres embarazadas menores de 25 años (16,7 %, $p = 0,032$). De las pacientes IgG anti-HEV+, 2 presentaron IgM anti-HEV, indicando infección reciente, aunque ninguna de ellas presentó síntomas ni factores de riesgo asociados (consumo frecuente de carne de cerdo y/o pescado, transfusiones, etc.). Ninguna muestra resultó positiva para el RNA-HEV.

Conclusiones: Este estudio demuestra la circulación del HEV en mujeres embarazadas de Córdoba, generando conocimientos inéditos en este grupo, que aportan a mejorar la vigilancia y diagnóstico de un virus poco conocido en nuestro medio, y por lo tanto subdiagnosticado. El hallazgo de la asociación entre embarazo e infección por HEV alerta al equipo de salud a considerar a este microorganismo como un posible agente etiológico de enfermedad hepática en embarazadas.

OD004 Utilidad de la PCR del gen 16S ARN ribosomal seguida de secuenciación en el diagnóstico de las infecciones protésicas articulares

Traglia G, Tosello C, Arévalo G, Zubeldia Brenner L, Repetto S, Barberis C, Vay C, Ivalde F, Melo M, Pueyrredon H, Ottolenghi J, Ferrero A, Stecher D.

Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones protésicas articulares (IPA) representan una de las complicaciones más devastadoras de la cirugía de reemplazo articular. El diagnóstico etiológico de las mismas es fundamental para un tratamiento adecuado, pero, en ocasiones, los cultivos pueden ser negativos, por lo que se requieren métodos diagnósticos alternativos.

Objetivo: evaluar la utilidad de la PCR del gen 16S ARN ribosomal seguida de la secuenciación, comparada con el cultivo de muestras quirúrgicas en el diagnóstico de IPA

Diseño: estudio prospectivo, comparativo.

Material y métodos: se incluyeron como casos pacientes mayores de 18 años sometidos a una cirugía de exploración protésica articular por sospecha de infección según criterios de IDSA (CID 2013) y como controles negativos, artroplastias primarias de cadera o rodilla. A todas las muestras quirúrgicas se les efectuó cultivo convencional. La identificación se realizó por espectrometría de masas MALDI-TOF MS (Bruker). utilizando los criterios microbiológicos de infección de IDSA. Para la amplificación por PCR del gen 16S ARN ribosomal se utilizó el equipo Highway® ADN PuriPrep-GP kit, seguido de secuenciación (secuenciador automático ABI Prism 3100 bioanalyzer.) En el análisis de las secuencias se utilizó el software BioEdit versión 7.2.5 y en el estudio comparativo, el Blast version 2.4.0 utilizando la base de datos GenBank. Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes Se calculó Sensibilidad, Especificidad, VPP y VPN utilizando como comparador a los criterios de IPA de IDSA 2013. Se consideró significativa $p < 0,05$. Se utilizó el programa SPSS versión 24.0

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes: 20 casos (34.5 %) 38 controles (65.5 %), con mediana de edad 70 años (23 /91) y predominio de sexo femenino (69 %). De los casos, el cultivo fue positivo en 11 (55 %) y negativo en 9 (45 %) muestras. Se aisló *S. epidermidis* en 15 %, *S. aureus* 15 %, *E. coli* 10 %, *S. hominis* 5 %, *E. cloacae* 5 % y *Streptococcus* grupo *viridans* 5 %. La PCR fue positiva en todos los casos con cultivo positivo amplificando para el mismo microorganismo. De los casos con cultivo negativo, la PCR resultó positiva en 7 casos: *Propionibacterium* sp. 3, *E. faecalis* 1, *S. aureus* 1 y microorganismos no cultivables 2. En dos casos la PCR detectó, además de los gérmenes aislados por cultivo, la presencia de *Propionibacterium* sp. Los cultivos y la PCR fueron negativos en el 100 % de los controles negativos. Cuando se evaluó la PCR frente a los criterios de IDSA la Sensibilidad fue 90,0 % (IC 95 % 74,55-100,00), la Especificidad 100 % (IC 95 % 98,68-100); el VPP 100 % (IC 95 % 97,22- 100) y el VPN 95,0 (87,0- 100,00), $p < 0,001$. Para el cultivo Sensibilidad 55 % (IC 95 % 30,70-79,30), Especificidad 100 % (IC 95 % 98,68-100); VPP 100 % (IC 95 % 95,45- 100) y VPN 80,45 (68,54- 93,16), $p < 0,001$.

Conclusión: En nuestro estudio la PCR del gen 16S ARN ribosomal seguida de secuenciación fue una herramienta útil en el diagnóstico de las IPA especialmente en los casos con cultivo negativo y las infecciones polimicrobianas al permitir identificar agentes etiológicos no detectados en el cultivo convencional. Palabras claves: Infección prótesis articulares, biología molecular, PCR, gen 16s ARN ribosomal.

OD005 Validación diagnóstica de dos pruebas rápidas para el tamizaje de la infección por *Trypanosoma cruzi* en cuatro localidades de Salta y un centro de CABA, Argentina

Lopez Albizu C¹, Danesi E¹, Piorno P², Fernandez M², Guilera A², García Campos F³, Serrano P³, Cardozo A³, Herrero C³, Scollo K⁴, Crudo F².

¹Instituto Nacional de Parasitología Dr. Mario Fatała Chaben. CABA. Argentina. ²Fundación ADESAR. Prov. de Salta. Argentina. ³Ministerio de Salud de Salta. Salta. Argentina. ⁴INP

Introducción: La enfermedad de Chagas o tripanosomiasis americana es una antropozoonosis producida por el parásito *Trypanosoma cruzi*. En Argentina se estima hay alrededor de 1,5 millones de infectados (prevalencia del 4 %), con más de 1000 nuevos casos anuales por vía vectorial y 1500 por vía congénita (OMS/OPS 2015). Actualmente el diagnóstico de la infección crónica se realiza con dos pruebas inmunoserológicas. En el mercado hay disponibles pruebas rápidas inmunocromatográficas pero que no han tenido una evaluación en terreno. Contar con herramientas de fácil aplicación y resultado rápido, facilitaría estudios poblacionales y la captación de casos, en especial en áreas de difícil acceso y/o recursos limitados.

Objetivo: Realizar la validación diagnóstica de las pruebas rápidas SD Chagas Ab Rapid de Standard Diagnostics (Korea) y WL Check Chagas de Wiener Lab. (Argentina) en sangre entera para ser utilizada como prueba de tamizaje para infección por *T. cruzi* en estudios poblacionales.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo con participantes mayores de 18 años residentes en las localidades de la prov. de Salta (Alto La Sierra, Orán, Cafayate y San Carlos) y en un centro de referencia en CABA. Fue criterio de exclusión que no hubieran realizado tratamiento tripanocida. A todos los participantes se les realizaron las pruebas rápidas con sangre venosa entera con EDTA. En el INP se realizó la serología confirmatoria, incluyendo ELISA, HAI e IFI mediante kits in-house. Para el análisis de desempeño de las pruebas rápidas se realizaron tablas de 2x2 para cada prueba rápida frente a las pruebas diagnósticas. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), índice kappa e índice de Youden, con sus IC 95 %.

Resultados: Entre junio-setiembre 2018 se reclutaron y obtuvo muestra de 607 participantes (470 en Salta y 137 en CABA), de los cuales 545 casos fueron incluidos para el análisis de desempeño de las pruebas rápidas. De estos, 106 casos tuvieron diagnóstico confirmado de infección por *T. cruzi* (19.44 %). Hubo 6 casos inválidos con la prueba WN, los cuales fueron repetidos, y ninguno con la prueba SD. Parámetros de la prueba SD: sensibilidad 97,2 % (IC95 %:93,5-100,0), especificidad 97,72 % (IC95 % 96,21-99,23 %), VPP 91,15 % (IC95 % 85,47-96,83 %), VPN 99,31 % (98,41-100,00 %), índice kappa 0,93 (IC95 % 0,89-0,97), índice de Youden de 0,95 (0,91-0,98). Parámetros de prueba WN: sensibilidad 93,4 % (IC95 88,20-98,60 %), especificidad 99,1 % (IC95 91,9-100,0 %), VPP 96,12 % (91,90-100,00 %), VPN 98,42 % (97,14-99,69 %), índice kappa 0,93 (IC95 % 0,90-0,97), índice de Youden 0,92 (0,91-0,98).

Conclusión: En la población estudiada las pruebas rápidas SD y WL tienen parámetros de sensibilidad y VPN adecuadas para tamizaje. Como todas las pruebas de este tipo, requiere que los casos positivos sean confirmados por serología convencional, y en caso de aplicarse en otras áreas geográficas se recomienda determinar el rendimiento en la población local, previamente a su aplicación. Como en VIH, HBV y Sífilis estas pruebas se emplean con éxito en el sistema sanitario, en Chagas sería muy útil poder avanzar en el mismo sentido.

OD006 Brotes de sarampión en Argentina durante 2018 por múltiples introducciones

Baumeister E¹, Elbert G², Pontoriero A¹, Avaro M¹, Benedetti E¹, Czech A¹, Pardon F¹, Machicado E¹, Russo M¹, Lopez Yunes M², Biscayart C².

¹ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Argentina, ²Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: El sarampión es una enfermedad infecciosa altamente contagiosa, se propaga eficientemente de persona a persona por vía respiratoria y es una de las cinco causas principales de morbi/mortalidad prevenible por vacunación. Posee un serotipo único y múltiples genotipos. En el año 2016, la OMS declara su eliminación en la región de las Américas. En Argentina el último caso endémico ocurrió en el año 2000. El diagnóstico clínico compatible no es suficiente para establecer la etiología por lo que todos los casos sospechosos deben ser estudiados por laboratorio. En Venezuela, la transmisión endémica se ha restablecido alcanzando la cifra de 6.202 casos con 76 fallecidos y numerosos casos en Europa y otras regiones. Entre 2010 y 2018 se han detectado en Argentina solo casos relacionados a importación. El riesgo de introducción por movimientos migratorios y turísticos es elevado lo que puede llevar a la pérdida de la condición de país libre.

Objetivos: 1. confirmar los casos de sarampión ocurridos en Argentina durante 2018, 2. determinar genotipos, linajes, origen y cadenas de transmisión.

Materiales y Métodos: En los casos sospechosos que presentaron IgM específica para sarampión se realizó la búsqueda de genoma viral por real time RT-PCR en muestras de orina e hisopados nasofaríngeos. En las muestras positivas se secuenciaron 634 nt del gen de la Nucleoproteína viral. El análisis filogenético se realizó utilizando los paquetes informáticos DNASTar, Bioedit, MEGA 5, MeaNS (base de datos de nt de calidad controlada de la OMS).

Resultados: Durante el año 2018, el Sistema Nacional de Vigilancia de Sarampión y Rubéola detectó 2.442 casos sospechosos de enfermedad febril exantemática, entre ellos 14 casos de Sarampión fueron confirmados. Los casos se distribuyeron en 3 brotes, identificándose el genotipo D8. En el primer brote se detectaron 1 caso importado en SE 11 en un adulto, con antecedente de viaje a Tailandia que contagió a 1 residente de CABA de 9 meses de edad, en el que se identificó el linaje Mvs.Osaka/JPN/29.15D8. Un segundo brote fue causado por 1 caso detectado en CABA en SE 12 en un adulto con antecedente de viaje a Tailandia. Un tercer brote con 11 casos detectados en CABA y Provincia de Buenos Aires, entre SE 29 y 39, fueron afectados 6 niños menores de 1 año, 2 de 1 año, 1 de 10 años y 2 adultos jóvenes, asociados con el linaje Mvi/Hulu Langat.MYS/26.11D8, cepa circulante en Venezuela, Brasil y Colombia. En el tercer brote el análisis molecular permitió identificar al menos tres cadenas de transmisión.

Conclusiones: Todos los casos caracterizados corresponden a un único genotipo, D8, pertenecientes a 2 linajes diferentes, tratándose al menos de 3 introducciones independientes. Los más afectados fueron niños menores de 1 año. La circulación de sarampión en otras regiones del mundo y el regreso de la circulación endémica en Venezuela representan una amenaza. Para sostener la eliminación es necesario contar con altas coberturas de vacunación, vigilancia epidemiológica sostenida, medidas de control oportunas y que el laboratorio disponga de herramientas que permitan identificar los casos, su origen y cadenas de transmisión.

OD007 Beneficio de las técnicas rápidas para el procesamiento de hemocultivos positivos en pacientes hospitalizados

Mañez NS, Barcán L, Greco G, Stanek V, Losada C, Benso J, Alderete M, Visus M, Alexander V, Smud A.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La rápida detección e identificación de los patógenos responsables de las bacteriemias son fundamentales para un adecuado uso de antimicrobianos. En estudios previos se demostró que pueden asociarse a reducción de la mortalidad, costos y tiempos de internación. En la actualidad contamos con las siguientes técnicas rápidas de procesamiento (TRP) de hemocultivos (HC): * Panel BCID del sistema Film Array®: detecta 24 microorganismos y 3 genes de

resistencia a antibióticos (ATB); * Vitek MS® para tipificación; * Vitek 2C® para sensibilidad. La utilidad de estas técnicas se ve favorecida cuando se asocian a programas de *stewardship* o de gestión de antimicrobianos, dado que optimizan su puesta en práctica en tiempos adecuados.

Objetivo: Comparar el tiempo entre positividad del HC y ajuste del esquema ATB entre dos métodos de tipificación y antibiograma (método tradicional vs. TRP). Análisis del impacto de estas técnicas en la mortalidad, estadía hospitalaria y consumo de carbapenems.

Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte prospectiva, comparado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes hospitalizados con HC positivos procesados con TRP (casos), comparados con una cohorte histórica de pacientes con HC procesados con técnicas tradicionales (controles: cultivo en placa 24 h y luego procesamiento por Vitek y confirmación por técnicas de difusión). Se incluyeron 130 casos entre enero/17 y enero/18, pareados cada uno con dos controles de la misma franja estacional del año previo. Se obtuvo un poder del 90 % para detectar diferencia de 1 día en la duración de las internaciones, con una probabilidad de error tipo I del 5 %. El análisis estadístico fue realizado mediante un análisis multivariable de tiempo al evento (tiempo al ajuste antibiótico) a través de una regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 130 casos y 260 controles. La edad promedio fue 67 años ($r = 19-97$). El 22 % tenía inmunosupresión severa. El lugar de adquisición predominante fue el intrahospitalario (42 %) y el 18 % se encontraba en unidades críticas al momento de la toma del HC. Los gérmenes predominantes fueron las enterobacterias (54 %), el 34 % eran organismos multirresistentes, y la tasa de cultivos polimicrobianos fue del 8,2 %. El 12,3 % fueron contaminantes. El foco predominante fue el urinario (32,8 %) seguido por el abdominal (22,8 %). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, grado de inmunosupresión, *score* de Charlson, Pitt, lugar de adquisición, sitio de internación, foco infeccioso, o germen implicado entre ambos grupos. El tiempo promedio desde la positividad del hemocultivo hasta el ajuste del esquema ATB empírico fue de 10,9 h (IQ 8.9-13.3) cuando se utilizaron las TRP, y de 36 h (IQ 25.7-53.4) con las técnicas convencionales ($p < 0.000$). Esta diferencia también se observó en el subgrupo de pacientes que descalaron su tratamiento empírico con carbapenems (13,6 hs vs. 51,1 hs $p < 0.0001$), dato que podría inferir una disminución del consumo de carbapenems con las TRP. No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de conducta tomada (desescalamiento, progresión, suspensión, mantenimiento del tratamiento ATB), ni en la mortalidad, o estadía hospitalaria entre ambos grupos. La mortalidad sólo se asoció a un *score* de Pitt ≥ 5 ($p = 0,0004$). No se encontró relación entre mortalidad y grado de inmunosupresión, *score* de Charlson o presencia de patógenos multirresistentes.

Conclusiones: Las técnicas de rápido procesamiento de hemocultivos permiten un tiempo de ajuste del esquema antimicrobiano empírico significativamente menor que las técnicas tradicionales. Aunque no se encontró impacto en la mortalidad o estadía hospitalaria, podrían resultar de utilidad para reducir el consumo de carbapenems.

OD008 Evaluación del impacto de la vacuna en la incidencia de varicela en Tucumán, Argentina

Barrenechea GG, Bastos LS.

Programa de Computação Científica (PROCC) Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. Brasil.

Introducción. Varicela es una de las enfermedades inmunoprevenibles más comunes. En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó incorporar la vacuna a los programas nacionales de vacunación. Argentina lo hizo en 2015.

Objetivos. Evaluar el impacto en la provincia de Tucumán de la implementación de la vacuna implementada en 2015.

Metodología. Se realizó un estudio observacional de tipo ecológico utilizando como fuentes de datos secundarias los casos de varicela del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y los datos del censo Nacional. Se realizó una descripción de la serie temporal de casos notificados de varicela para Tucumán y se construyeron modelos aditivos generalizados (GAM) utilizando una distribución binomial negativa. Para la verificación del impacto de la vacuna se tomó el período 2005-2015 y se realizó un pronóstico para los años siguientes. Se evaluó el impacto comparando las tasas con sus intervalos de confianza entre lo pronosticado y lo observado.

Resultados. Tucumán reportó 82810 casos en el período 2005-2017. La tasa anual varió entre 5.6×100.000 hab (2017) y 11.6×100.000 hab (2007). La serie presentó estacionalidad y en los últimos años una tendencia decreciente en el número de casos. Se observó una disminución significativa de la tasa de incidencia luego de la implementación de la vacuna. El riesgo de transmisión disminuyó significativamente en la provincia.

Conclusiones. Este trabajo se convierte en la primera evidencia concreta de la disminución de la incidencia de Varicela con un programa de aplicación de una única dosis.

OD009 Situación de la tuberculosis multirresistente en Argentina, 2016-2017

Fernández H, Arias S, Mordini N, Gómez L, Bossio JC.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni. Santa Fe. Argentina.

Introducción: En 2017 se estimó que 558 000 personas desarrollaron tuberculosis (TB) resistente a la rifampicina, y de estos, el 82 % eran multirresistente (MDR). La resistencia a los medicamentos aparece principalmente por un uso inadecuado de las drogas en el tratamiento a pacientes afectados de TB farmacosenible, que incluye regímenes inadecuados y falta de seguimiento del paciente.

Objetivo: Describir la situación de la tuberculosis (TB) multirresistente (MDR) en Argentina, sus características principales y distribución en el bienio 2016-2017.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo de los casos de TB MDR detectados en los años 2016 y 2017. Se obtuvieron las bases de datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, del Laboratorio de Tuberculosis del INER "Dr. Emilio Coni" y del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas. Se identificaron los casos MDR, y para las variables de interés se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Se calcularon tasas específicas de notificación por 100000 habitantes. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadística y Censos. La evaluación de la significancia estadística de las diferencias de proporciones se realizó mediante test de chi cuadrado. Se utilizó Microsoft Office Excel 2013 y Software Epidat 3.1.

Resultados: Durante el bienio 2016-2017, en Argentina se notificaron 387 casos de TBC con algún tipo de resistencia, de los cuales 223 (57,6 %) fueron MDR. Este número representa el 0,97 % del total de casos notificados en el país, con una tasa bianual de 0,25 casos por 100000 habitantes. Además, se encontraron 11 casos extremadamente resistentes (0,05 % del total de casos). Los casos MDR se registraron en mayor proporción en hombres (55,9 %) que en mujeres (44,1 %) ($p = 0,003$). El 81,0 % de los casos se concentró en las edades de 20 a 55 años, encontrándose un 17,1 % en menores de 20 años. 8 provincias no presentaron casos MDR (Catamarca, Corrientes, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja, Neuquén y San Juan). El 86,1 % del total se concentró en Buenos Aires (49,8 %), Santa Fe (20,3 %) y CABA (15,7 %). A su vez, el 82,5 % se concentró en el departamento Rosario (18,5 %) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) (45,5 % en partidos de Buenos Aires que conforman AMBA y 18,5 % en CABA). El 3,1 % de los casos se encontraban privados de la libertad. El 65,8 % de los casos con información al respecto registraron atenciones en centros que atienden más de 100 casos de TB y el restante 34,2 % en centros que atienden menos de 100

casos. El 89,2 % de los casos presentó localización pulmonar, 5,8 % localización extrapulmonar, y 4,9 % no contó con información respecto a la localización. El 46,6 % de los casos fueron casos nuevos de TBC, 9,4 % recaídas, 34,5 % registraron tratamiento previo, y 9,4 % no registraron información al respecto. Se contó con información acerca de coinfección con VIH en el 37,2 % de los casos, de los cuales el 56,7 % registró resultado VIH positivo. En 1 de cada 3 casos MDR no se conoce el resultado del tratamiento y la tasa de éxito entre caso evaluados fue del 61,4 % para 2016.

Conclusiones: La multirresistencia a las drogas usadas para tratar la TB constituye un importante obstáculo para el control global de la enfermedad, adquiriendo mayor magnitud en las grandes áreas urbanas del país donde la configuración de los factores sociales favorece su perpetuación. Resultan entonces de gran importancia la detección y tratamiento completo de los casos sensibles, detección oportuna, seguimiento estricto de los MDR y estudio sus características.

OD010 Análisis del consumo de antibióticos en usuarios adultos de un Sistema Integrado de Salud (prepaga) asociado a un Hospital de Alta Complejidad

Quirós RE, Escobar E.

Clínica Ángel Foianini. Santa Cruz de la Sierra. Bolivia.

Introducción: Se ha reportado que, del total de antibióticos usados en humanos, el 95 % se utilizan en forma ambulatoria y sólo el 5 % en internación. Esto implica que la mayor presión de selección de resistencia ocurre por el uso ambulatorio de estos agentes. Por otro lado, existen pocos estudios evaluando la tasa y el patrón de consumo de antibióticos en sistemas integrados de salud asociados a hospitales. Contar con este tipo de información resulta de utilidad para planificar las intervenciones necesarias para la implementación de un Programa Integral para la optimización del uso de antimicrobianos (PROAs) tanto a nivel hospitalario como ambulatorio.

Objetivos: Determinar la tasa y el patrón de consumo de antibióticos en los usuarios adultos de un sistema integrado de salud (prepaga) asociado a un hospital de alta complejidad.

Material y métodos: La Clínica Ángel Foianini es un centro asistencial privado de alta complejidad con actividad académica de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, Bolivia. Cuenta además con un Sistema Integrado de Salud (prepaga) creado en junio 2016 con atención de emergencias e internación en la propia institución. El sistema posee 7.100 usuarios (1.800 de ellos en un sistema gerenciado con médico de cabecera). Para el análisis de consumo sólo se consideraron los antibióticos de uso sistémico correspondientes a la categoría J01 de la clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). El consumo fue expresado en dosis diarias definidas (DDD) cada 1000 usuarios-día y agrupado según el sitio de prescripción (consultorios, emergencias e internación). Para el análisis los antibióticos fueron agrupados según las categorías del nivel 4 de la clasificación ATC. Las tasas de consumo se compararon a través de test de Poisson y como medida de efecto se estimaron sus diferencias con sus intervalos de confianza del 95 % (IC 95 %).

Resultados: El estudio demostró que la tasa de consumo de antibióticos es significativamente más alta en ambulatorio (consultorios + emergencias) que en internación (7,90 (96 %) vs. 0,32 (4 %) DDD c/1000 usuarios-día; dif. 7,58; IC95 % 7,48 a 7,68; $p < 0,0001$). Por otro lado, el consumo de antibióticos entre los usuarios con médico de cabecera fue significativamente menor que el resto de los usuarios (7,69 vs. 8,41 DDD c/1000 usuarios-día; dif. -0,72; IC95 % -0,50 a -0,94; $p < 0,0001$). Los grupos de antibióticos más consumidos fueron las penicilinas+inhibidores de betalactamasas, los macrólidos y las fluoroquinolonas. En la tabla se muestra el patrón del consumo de antibióticos por sitio de prescripción.

Conclusiones: El estudio confirma que el mayor consumo de antibióticos se registra en el área ambulatoria, con un patrón asociado a grupos de antibióticos que deberían ser restringidos (ej. fluoroquinolonas y macrólidos) por los efectos adversos reportados. El hallazgo del menor consumo de los usuarios con médicos de cabecera puede estar asociado al mejor conocimiento de sus pacientes. Esta información permitirá elaborar estrategias dirigidas a optimizar el consumo de antibióticos en las distintas áreas de atención.

Categoría de antibióticos	DDD c/1000 usuarios-día			
	Consultorios	Emergencias	Internación	TOTAL
Penicilinas + inhibidores de betalactamasas	1,46	1,78	0,05	3,29
Macrólidos	0,72	0,71	0,02	1,45
Fluoroquinolonas	0,73	0,45	0,02	1,19
Penicilinas de amplio espectro	0,44	0,11	0,00	0,56
Sulfametoxazol+trimetoprima	0,21	0,15	0,01	0,36
Tetraciclinas	0,34	0,02	0,00	0,35
Cefalosporinas de 3 generación	0,20	0,12	0,03	0,34
Cefalosporinas de 1 generación	0,07	0,08	0,10	0,25
Nitrofurantoina	0,13	0,04	0,00	0,18
Aminoglucósidos	0,04	0,03	0,04	0,11
Penicilinas resistentes a betalactamasas	0,03	0,01	-	0,04
Lincosaminas	0,02	0,01	0,01	0,04
Penicilinas sensibles a betalactamasas	0,02	0,00	0,00	0,02
Derivados del carbapenem	-	-	0,02	0,02
Cefalosporinas de 4 generación	-	-	0,00	0,00
Glicopéptidos	-	-	0,00	0,00
TOTAL	4,41	3,49	0,32	8,22

Orales

1 - Vacunas e inmunología

OR001 Vacunación antineumocócica en adultos internados. Rol del médico en el cumplimiento de la indicación

Castro P, Londoño Y, Brey H, Videla H, Alvarez F, Gulo M, Saucedo D.
Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez. CABA. Argentina.

La Comisión Nacional de Inmunización recomienda la vacunación antineumocócica a todos los adultos mayores de 65 años y aquellos grupos comprendidos entre los 18 y 64 años con determinadas comorbilidades, con el objetivo de disminuir la incidencia y morbimortalidad de las infecciones producidas por *S. pneumoniae*. A pesar de estar incluida en el Calendario Nacional de Vacunación la tasa de cobertura en esta población es baja. Desde el año 2017 se sumó la vacuna conjugada 13 valente a la polisacárida 23 valente ya presente, con el fin de mejorar el efecto inmunológico y comenzó una campaña a nivel nacional en medios gráficos y televisivos. Sin embargo, no se conocen las tasas locales de vacunación y la efectividad de estas medidas para lograr el aumento de dichas tasas. En un estudio observacional previo realizado en un Sanatorio de C.A.B.A. durante 2016 el porcentaje de pacientes vacunados fue del 31 %.

Objetivo: Describir en la población adulta de pacientes internados en sala general de un sanatorio de C.A.B.A. la proporción de sujetos que, cumpliendo criterios de vacunación antineumocócica, están efectivamente cubiertos y el rol de la indicación médica en el cumplimiento de dicha vacunación.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal por cuestionario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados en la sala de internación indiferenciada durante los meses de marzo a julio de 2018. Fueron excluidos aquellos con deterioro cognitivo moderado-severo o que no estaban en condiciones de contestar el cuestionario (se utilizó el Mini-mental Test, Test del Reloj, y escalas de evaluación del grado de dependencia). Se consideró la indicación de vacunación según los criterios sugeridos por el Ministerio de Salud de la Nación. Se indicó la vacunación antineumocócica posterior al alta sanatorial a los pacientes que cumplían dichos criterios y deseaban vacunarse. Los resultados se presentan como media y desvío estándar para variables numéricas y porcentaje para la categóricas; se utilizó el software estadístico Epi Info TM.

Resultados: Fueron encuestados 174 pacientes, 100 femeninos (57.5 %). La edad media de los pacientes fue de 67.8 ± 14.5 años. El 66 % de los pacientes eran mayores de 65 años. En 10 encuestados (5.7 %) no se detectó algún criterio de vacunación. De los 164 que tenían indicación de vacunación, 55 estaban vacunados (33.5 %), de los cuales 35 (63.6 %) lo hicieron por la indicación de un médico, 12 (21.8 %) por campaña nacional, 7 (12.7 %) por campaña en el sanatorio y 1 (1.8 %) no recordaba. De los 109 encuestados que cumplían criterios y no estaban vacunados, 95 (87 %) refirieron estar dispuestos a vacunarse y sólo 7 (7.36 %) habían recibido la indicación médica.

Conclusiones: Se sigue observando una cobertura de vacunación subóptima a pesar de las campañas y de la gratuidad de la misma. La indicación médica resultó fundamental para que se cumpla la vacunación, incluso mayor con respecto a campañas de difusión masiva. Se considera importante por tal motivo evitar la pérdida de oportunidades en la indicación médica tanto en la internación como en otros contactos con el sistema médico.

OR002 Eventos adversos severos asociados a la vacuna contra fiebre amarilla en mayores de 60 años

Iglesias DE, García Allende N, Risso Patrón A, Paz S, Antezana Trigo I, Sánchez A, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodríguez V.
Hospital Alemán. CABA. Argentina.

Introducción: La fiebre amarilla (FA), enfermedad viral de zonas tropicales de África y América Latina cursa con una mortalidad en ocasiones superior al 60 %. La vacunación puede causar efectos adversos graves incluyendo enfermedad neurológica (1:125000), viscerotrópica (1:250000) y shock anafiláctico (1:55000), con una tasa de mortalidad del 20-80 %. La vacuna está contraindicada ante hipersensibilidad a alguno de sus componentes (huevo o derivados, proteínas de pollo, gelatina, látex), en niños <9 meses e inmunocomprometidos (inmunodeficiencias primarias o adquiridas: sida, leucemia, linfoma, enfermedad del timo, miastenia gravis, uso de corticoides sistémicos, inmunomoduladores o radioterapia). Se aconseja precaución en pacientes VIH con carga viral indetectable y CD4 >200 cel/mm³, embarazo, insuficiencia renal o hepática crónica, lactancia, niños entre 6-9 meses y adultos > 60 años.

Objetivo: Estimar tasa de eventos adversos severos atribuibles a la vacuna contra FA, cepa 17D, en adultos >60 años, socios del Plan de Salud del hospital, atendidos entre enero 2006 y diciembre 2018.

Materiales y métodos: Serie de casos de un hospital de agudos de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires que asiste 1000 pacientes/mes en su vacunatorio. Se incluyeron viajeros >60 años que recibieron la vacuna luego de ser evaluados por médico infectólogo. Se revisaron las historias clínicas electrónicas con seguimiento a 30 días desde la aplicación en busca de consultas por síntomas atribuibles a la vacunación. En una tabla tipo Excel se consignaron los datos del paciente (iniciales del nombre y apellido), demográficos (fecha de nacimiento, género), comorbilidades (diabetes, enfermedad hepática o renal crónica, autoinmune, oncológica, endocrinológica -no diabetes-, esclerosis múltiple, VIH, EPOC, hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca), alergias (fármacos, vacunas, huevo, látex, gelatina) y uso de inmunosupresores (incluidos corticoides). Se realizó un análisis estadístico descriptivo para las variables relacionadas con las características de la población en estudio. Se calculó promedio, porcentaje y rango.

Resultados: Se incluyeron 281 pacientes, 49 % varones, edad promedio 66 años (60-87). Ningún paciente tenía contraindicaciones absolutas ni relativas (salvo la edad) para recibir la vacuna, ni refirieron alergia al huevo, látex o gelatina. Diez pacientes presentaron más de tres comorbilidades al ser evaluados. La comorbilidad más frecuente fue la endocrinológica (no diabetes) en 23 pacientes. No se reportó ningún efecto adverso severo relacionado con la vacunación en el seguimiento.

Conclusión: No se observaron efectos adversos severos por vacunación para FA en >60 años. El estudio tiene como limitante el escaso número de pacientes lo que disminuye su poder estadístico.

OR003 Estrategia para la sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola: Campaña Nacional de Seguimiento 2018

Elbert G¹, Lopez Yunes M¹, Katz N¹, Zigrino T¹, Juárez MV¹, Rancaño C¹, Neyro S¹, Pasinovich M¹, Rapaport S¹, Lucconi V¹, Iglesias M¹, Stecher D¹, Mele D¹, Torrilla P¹, Alvarez MS¹, Saralegui M¹, Iriarte G¹, Monti A¹, Magariños M², Biscayart C¹.

¹Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina. ²OPS.

Introducción: Argentina sostiene el compromiso de mantener el estado de eliminación de la circulación endémica de sarampión (S) y rubéola (R), siguiendo la estrategia preconizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), una de cuyas líneas consiste en asegurar coberturas de vacunación útiles mediante el programa de rutina y campañas de vacunación, que deben realizarse cuando el acúmulo de susceptibles se acerca a una cohorte de nacidos vivos, correspondiente a 700.000 niños aproximadamente en Argentina.

Objetivos: Describir y analizar los resultados de la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) 2018.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los resultados de la CNS dirigida a niños de 13 meses a 4 años inclusive. Se utilizó vacuna triple viral con cepa Jeryl Lynn contra parotiditis. Las dosis aplicadas se registraron en forma agrupada en NOMIVAC-SISA. Se calcularon coberturas administrativas. Se efectuó la vigilancia de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización (ESAVI) mediante el sistema pasivo vigente en el país.

Resultados: La CNS se realizó entre el 1 de octubre y el 30 de noviembre y los monitores de vacunación continuaron hasta el 17 de diciembre. Se aplicaron 2.502.701 de dosis, alcanzando una cobertura global del 88.9 % y por grupo de edad: 97.1 %, 84.6 %, 87.2 %, 88.2 %; correspondientes a 13-23 meses, 2, 3 y 4 años respectivamente. Cuatro jurisdicciones (17 %) superaron el 100 % de cobertura administrativa (101-105 %), 7 (29 %) presentaron coberturas entre el 95-100 % y 13 (54 %) de 80-94,9 % con 8 de éstas debajo del 90 %. Similar heterogeneidad se observó dentro de las jurisdicciones. El 74 % de los grandes conglomerados urbanos presentaron coberturas < 95 %.

Se notificaron 142 ESAVI (tasa: 5,7/100.000 dosis aplicadas), de los cuales 52 (37 %) fueron errores programáticos, 34 (24 %) coincidentes y 40 (28 %) relacionados (53 % leve y 4 eventos graves con recuperación *ad integrum*). Siete provincias no informaron ningún evento.

Conclusiones: La mayor dificultad para alcanzar las coberturas adecuadas en los grandes conglomerados urbanos debe motivar a revisar las estrategias de su abordaje.

La existencia de extensas franjas poblacionales sin vacunar obliga a efectuar acciones para evitar brotes extensos frente a importaciones, especialmente teniendo en cuenta el contexto regional y global de la circulación del S. Las coberturas superiores al 100 % evidencian, principal, pero no exclusivamente, problemas con los denominadores poblacionales utilizados, lo que requiere acciones sobre calidad del dato. Es necesario fortalecer la notificación y vigilancia de ESAVI como componente de calidad en relación con la estrategia de eliminación de S y R y en términos generales de todo el programa, a la luz de la incorporación de numerosas vacunas al esquema de vacunación del país. Palabras claves: Campaña –Sarampión- Rubéola- Eliminación – Coberturas.

OR004 Vacunación de embarazadas en Argentina: perfil de seguridad

Katz N, Rapaport S, Neyro S, Elbert G, Stecher D, Rancaño C, López Yunes M, Juárez MV, Pasinovich M, Lucconi V, Iglesias M, Cañete J, Biscayart C.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: Argentina incorporó la vacunación durante el embarazo como estrategia fuertemente priorizada en la prevención de enfermedades para el binomio madre-hijo, siendo un país pionero en el mundo en este sentido. En 2011, se introdujo la vacuna antigripal (VA) al Calendario Nacional (CNV) para embarazadas en cualquier trimestre y en 2012 se implementó la vacunación contra coqueluche (dTpa) después de la semana 20 de gestación, incorporándose al CNV en el año 2014. Resulta fundamental contar con datos de seguridad en este grupo para fortalecer la confianza en la vacunación.

Objetivo: Describir el perfil de seguridad de las vacunas aplicadas durante la gestación

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, de los Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación o Inmunización (ESAVI) asociados a VA y dTpa en embarazadas, durante los períodos 2011-2018 y 2012-2018 respectivamente. Argentina cuenta con un sistema de vigilancia pasivo de ESAVI. Se analizaron los datos disponibles según la clasificación de la OMS. 2012. Las tasas (T) se expresan cada 100.000 dosis aplicadas.

Resultados: Desde la incorporación al CNV en 2011, se aplicaron 2.949.404 dosis de vacuna antigripal en embarazadas. En este período se notificaron 19 ESAVI (T: 0,64). Los errores programáticos fueron los eventos más frecuentes (37 %; T: 0,24). Seis eventos fueron relacionados a la vacuna: 5 leves (T: 0,17) y 1 grave (T: 0,03). El caso grave presentó un síndrome de Guillain-Barre que recibió en forma conjunta VA y dTpa, y se recuperó sin secuelas. Se reportó un caso de parálisis aguda flácida ascendente clasificada como no concluyente por falta de estudios complementarios. Desde 2012, se administraron 3.293.402 dosis de vacuna dTpa en embarazadas. Se notificaron 49 ESAVI en este período (T: 1,49). Los más frecuentes fueron los errores programáticos (63 %; T: 0,94), tratándose principalmente de administración antes de la edad gestacional recomendada y de revacunación en el mismo embarazo. Quince eventos fueron relacionados a la vacuna (30 %; T: 0,45): uno de ellos fue el caso grave, antes mencionado, que recibió también VA. (T: 0,03). No hubo eventos fatales notificados para ninguna de las dos vacunas.

Conclusiones: La aplicación de ambas vacunas (dTpa y VA) durante el embarazo evidenció un perfil de seguridad satisfactorio a más de 8 años de su implementación como estrategia nacional. Estos datos ponderan la importancia de fomentar la vacunación oportuna en esta etapa priorizada de la vida, mediante una herramienta segura que beneficia tanto a la madre como al recién nacido, reduciendo la morbimortalidad por gripe y coqueluche.

OR005 Descripción de la prevalencia de vacunación del paciente internado en el Servicio de Clínica Médica en un hospital general de agudos

Aranda MJ, Poggio L, Pantano V, Abusamra L, Rolón MJ, Pérez H.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: La vacunación es una de las estrategias de salud pública más importante en la prevención de enfermedades infecciosas, sin embargo, la vacunación del adulto no recibe la misma atención ni tiene una demanda asistencial similar a la observada en la población pediátrica. Varios reportes muestran que la cobertura vacunal en la población general adulta de Argentina es baja.

Objetivo: Determinar la prevalencia de vacunación completa según el calendario de vacunación vigente en una población adulta argentina internada en un hospital general de agudos.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal. Se incluyeron a pacientes adultos internados en un servicio de clínica médica entre noviembre

de 2016 y mayo de 2017. Se realizó una encuesta sobre sus antecedentes de vacunación. Se evaluó el estado de inmunización según las recomendaciones nacionales de vacunación vigentes. La información fue procesada en Epi-InfoTM versión 7.2. Las variables categóricas se presentaron con medidas de frecuencia absoluta y relativa (%) y las variables continuas, con mediana y rango intercuartílico (RIC).

Resultados: Se incluyeron 366 pacientes con una mediana de edad de 58 años (RIC: 26). 59 % correspondían al sexo masculino. El 34 % y el 57.7 % presentó alguna comorbilidad inmunosupresora y no inmunosupresora, respectivamente. Del total de pacientes estudiados, 19 (5 %; IC95 % 3,4-8) tenían el calendario de vacunación completo. Al estratificar por rango de edades, esto ocurría en el 0,2, 5,5 y el 33,3 % de los grupos >65, 25-64 y 18-24 años respectivamente. Al valorar coberturas específicas, se observó que, de todos los casos, 39 (10.7 %) tuvo vacunación completa de hepatitis B y 90 (24,6 %) recibió doble bacteriana. Al comparar las coberturas de los 277 pacientes que tenían indicación conjunta de vacunas antigripal (AG) y antineumocócica (VN), estas fueron de 47 % y 25,6 % respectivamente ($p < 0.001$). El 76,5 % de los pacientes tuvo algún contacto con el sistema de salud en los 2 años previos. De estos, solo el 29 % refirió haber recibido alguna indicación de vacunación.

Discusión: La prevalencia de vacunación global fue baja. La población mayor a 65 años fue la más desprotegida con una tasa de cobertura menor al 1 %. Estos datos ponen en evidencia la necesidad de reevaluar y reforzar la indicación de inmunización en la población de adultos mayores de referencia. Con respecto a las vacunas AG y VN, aunque presenten indicaciones similares, se vio un mayor porcentaje de vacunados con AG. Se cree que esta diferencia podría estar sujeta al ya reportado impacto de los medios masivos de comunicación en contribuir a la utilización de los servicios de salud y a la adherencia de la población a la vacunación antigripal. Finalmente, la indicación de vacunas por los profesionales de la salud fue baja a pesar de que más de la mitad de los sujetos encuestados refirió un contacto con el sistema de salud en los 2 años previos.

Conclusión: A pesar de contar con un amplio calendario de vacunación y posibilidad de acceso al sistema de salud, un alto porcentaje de los adultos presentaron un esquema de vacunación incompleto. Es importante recordar que todo contacto con el sistema de salud es una oportunidad para actualizar las vacunas, siendo el ámbito de internación una excelente oportunidad.

OR006 Aceptación de la indicación de vacuna antihepatitis B en el marco de una campaña de concientización acerca de su importancia

Falco IA, Bastianelli C, López B, Aguilera A.
Hospital Público Materno Infantil. Salta. Argentina.

La OMS establece la necesidad de "conocer la hepatitis" y "actuar ahora". La principal medida para eliminar la hepatitis B es ampliar los programas de vacunación. En Argentina en el año 2012 se implementó la vacunación universal, gratuita y con administración sin prescripción médica. Sin embargo, la cobertura de vacuna antihepatitis B es baja en adultos.

Objetivo: Evaluar el estado de vacunación antihepatitis B en una población que concurre al hospital y determinar la aceptación de la aplicación de esta vacuna luego de la explicación de su importancia.

Material y Método: Se realizó encuesta a personas, al azar, en área de recepción del hospital durante dos días de junio del 2018. Se solicitaban datos: sexo, edad, localidad, vacunación antihepatitis B y número de dosis previas, sector a donde concurrían y aceptación para vacunarse. Si aceptaban vacunarse podían acceder inmediatamente a la misma. Además, se constató planillas de registro del vacunatorio del hospital en días de campaña, registrándose edad, sexo y localidad de adultos vacunados.

Resultados: 260 personas encuestadas, 203 mujeres (78 %) y 57 varones (22 %). Grupos etarios: 15-30 años: 107/260 (41 %) 31-60 años: 140/260 (54 %) y >60 años: 13/260 (5 %); Media de edad: 35 años. Procedencia 68 % fueron de Capital y el 32 % de otros departamentos de Salta, más frecuentes Anta y San Martín. Motivo de consulta a HPMI: solicitud de turnos: 40/260 (15 %); 36/260 (14 %) visitas; 11/260 (4 %) registro civil del HPMI; 25/260 (10 %) acompañantes y 76/260 (29 %) turnos programados de Pediatría (padres), 23/260 (9 %) turno tocoginecología, 6/260 (2 %) neonatología y 17/260 (6 %) a unidades de apoyo (farmacia, fisioterapia, laboratorio). Antecedentes de vacunación: 49/260 (19 %) habían recibido alguna dosis de vacuna antihepatitis B; 10 (20 %) 3 dosis; 16 (33 %) 2 dosis, 19 (39 %) 1 dosis y 4 (8 %) desconocían el número de dosis; 58 % (151/260) nunca fueron vacunadas y 23 % (60/260) referían no conocer su estado de vacunación. Ante la pregunta ¿Usted se vacunará hoy?: 44 (17 %) respondieron negativamente; 16 (6 %) no sabían qué hacer; 10 (4 %) no requerían vacuna y 190 (73 %) respondieron que sí. Análisis de planillas de registro de vacunas anti hepatitis B del vacunatorio del HPMI de los días de campaña: se vacunaron 141 personas, 54 % del total de encuestados (260) y 74 % de los que aceptaron la vacuna (141/190), 102/141 (72 %) eran mujeres. Grupos etarios: 48/141 (34 %) de 15 a 30 años, 85 (60 %) de 31 a 60 años y 8 (6 %) >60 años. El 77 % fueron del área Capital. El promedio mensual de dosis aplicadas de vacuna hepatitis B en adultos en el vacunatorio del hospital es de 85 mientras que los 2 días de campaña se aplicaron 141 dosis.

Conclusiones: Las tasas de vacunación contra hepatitis B en adultos es baja (19 %). Hay diferentes estrategias para mejorar las coberturas de vacunación entre estas el asesoramiento personalizado y el acceso inmediato a la vacuna como se realizó durante esta campaña.

OR007 Experiencia en vacuna de fiebre amarilla y sus eventos supuestamente atribuidos a vacunación o inmunización (ESAVI) en un centro de referencia de la Ciudad de Buenos Aires

Rotlant V, Zarra JA, Falcone C, Romano M, Cusmano L
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad inmunoprevenible, reemergente en algunos países de América Latina. La vacuna se comenzó a utilizar en 1937 y desde entonces se han aplicado más de 500 millones de dosis en todo el mundo utilizando una vacuna con cepa viral atenuada (cepa 17D), la cual presenta una demostrada seguridad y eficacia. La enfermedad neurológica por vacuna FA a nivel mundial presenta una incidencia de 1.4/100.000 dosis aplicadas (DA) y en la Argentina 0.5/100.000 DA. El propósito de este trabajo fue describir datos obtenidos de los ESAVIs notificados en un vacunatorio de referencia en la C.A.B.A.

Objetivos: Analizar los ESAVIs relacionado a vacuna fiebre amarilla (VFA) de acuerdo a su severidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizaron los registros de ESAVIs recibidos en el área y se realizó búsqueda en Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA 2.0). El periodo en estudio fue febrero 2016 al 15 marzo 2019. Los ESAVIs se clasificaron en 1) Leves-moderados y 2) Graves: a) Anafilaxia b) Enfermedad neurológica (YFV-ND) c) Enfermedad viscerotrópica (YFV-VD). Se evaluaron datos demográficos, requerimiento de internación y evolución clínica.

Resultados: Se obtuvieron 20 registros de ESAVI relacionados a VFA. Presentaron los siguientes datos agrupados y en promedio: Relación 1:1 mujer/hombre, edad 31 y 43 respectivamente. Días en aparición 1º síntoma luego de recibir la vacuna fue de 8.5 días. Los ESAVIs leves-moderados fueron: 9 casos, de los cuales

dos presentaron reacciones inmediatas (hipotensión y mareos). En los 7 restantes se observó cómo síntomas más frecuentes: Fiebre 55.5% -cefalea 33.3% y mialgia 33.3%; los ESAVIs graves fueron: 11 casos de YFV-ND, dentro de los cuales 1 se clasificó como sospechoso, 7 probables (MAC Elisa IgM o PCR suero Reactivo) y 3 confirmados (MAC Elisa IgM o PCR LCR Reactivo). No se registraron casos anafilaxia ni YFV-VD. Requiritieron internación 5/20 todos presentaron buena evolución. Se detectó un error programático en mujer con reciente embarazo.

Conclusiones: La enfermedad neurológica fue el ESAVI más frecuentemente reportado dado que el paciente concurre a la consulta en forma activa. Los ESAVIs leves-moderados no suelen ser motivo de consulta por lo que se interpreta que existe un subregistro. Es relevante el diagnóstico YFV-ND para una mejor valoración de riesgo-beneficio en la vacunación al viajero.

OR008 Vigilancia de ESAVI secundarios a vacunación de fiebre amarilla

Glasman MP, Greco D, Tortoriello A, Deluca M, Lopardo G.
Centro de Estudios Infectológicos Dr. Stamboulian. CABA. Argentina.

Introducción: La principal medida de prevención contra la fiebre amarilla es la vacunación. Si bien es una vacuna a virus vivo atenuado con conocidas precauciones y contraindicaciones, es considerada segura y efectiva. Los eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización (ESAVI) se definen como todo cuadro clínico que aparece luego de la administración de una vacuna y que potencialmente puede atribuirse a ésta. En el caso de vacuna de fiebre amarilla los ESAVI se dividen en leves, moderados y graves. Estos últimos corresponden a los casos de enfermedad viscerotrópica y neurológica. La situación epidemiológica en Brasil caracterizada por la expansión del área histórica de transmisión de fiebre amarilla, así como la alta frecuencia de viajeros argentinos a este país representó un importante aumento en la vacunación frente a fiebre amarilla en nuestro país.

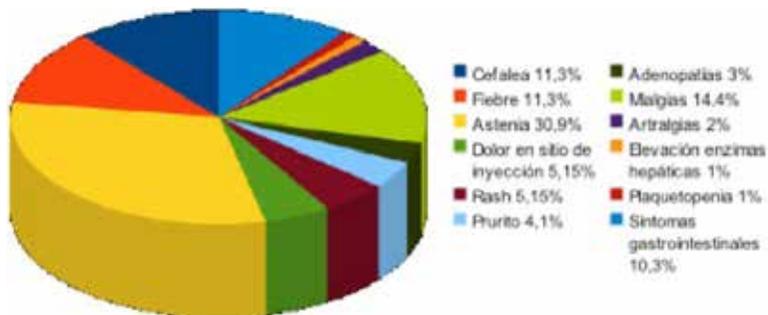
Objetivo: -Describir frecuencia y severidad de los ESAVI vigilados en un vacunatorio privado, asociado a un efector de salud especializado en infectología de la Ciudad autónoma de Buenos Aires. -Analizar características demográficas de los pacientes afectados.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de vigilancia pasiva en base al análisis de las historias clínicas de los pacientes vacunados en dicho centro entre el 07 diciembre del 2018 y el 18 de marzo de 2019 que consultaron en nuestros consultorios por presentar algún síntoma posterior a la aplicación de dicha vacuna.

Se definió ESAVI leves y moderados a los eventos atribuibles a la vacunación que se presentaron dentro del quinto y décimo día posvacunación sin otra causa atribuible, y como graves a los casos de enfermedad viscerotrópica, enfermedad neurológica y anafilaxia. Se describe caso probable de enfermedad viscerotrópica: a todo aquel que inicia la sintomatología hasta 15 días de recibida la vacuna.

Resultados: Durante el periodo analizado, se aplicaron 18.576 dosis de vacuna para fiebre amarilla, estas fueron provistas por la Secretaría de Salud, en presentación de frasco multidosis. Se registraron 34 pacientes que presentaron algún ESAVI (0.18%). Fueron leves a moderados 32 (0,17%) y graves: 2 (0,01%). Distribución de síntomas hallados en pacientes con ESAVI (ver gráfico): El 52,9% eran de sexo masculino; 97% tenían 60 años o menos, un solo paciente tenía 66 años. Ninguno de los pacientes analizados en este trabajo presentaba contraindicaciones para recibir la vacuna. Solo 0,01% (n: 2) presentaron ESAVI grave con probable enfermedad viscerotrópica: Caso 1: paciente de sexo femenino 45 años que desarrolla al 8º día de aplicación de la vacuna astenia, fiebre, mialgia y plaquetopenia (90,000/ul), sin otra causa aparente. Caso 2: paciente de sexo masculino de 41 años de edad, desarrolla al 7º día de la aplicación astenia, fiebre, cefalea, náuseas y elevación de transaminasas por tres, sin otra causa aparente. Ambos pacientes resolvieron sus síntomas completamente.

Conclusiones: En nuestro centro en el periodo analizado hubo una frecuencia de ESAVI asociados a vacuna de fiebre amarilla de 0,18%. La mayoría de éstos fueron clasificados como leves a moderados y sólo dos pacientes presentaron ESAVI graves. Ambos en pacientes menores de 60 años. Una limitación de nuestro estudio fue la vigilancia pasiva de los ESAVI. Los resultados obtenidos destacan la importancia de realizar vigilancia activa de ESAVI.



OR009 Baja prevalencia de anticuerpos protectores contra sarampión en adultos jóvenes en Argentina

Bissio E, Biscayart C, Cisneros V, Pérez Carrega ME, Cassetti I, Montes JL.
FUNCEI Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Argentina.

Introducción: En los últimos años, hubo un aumento en la incidencia de casos de sarampión en varios países. En Argentina, el último caso endémico se reportó en el año 2000, y en los últimos años se reportaron más de 30 casos importados o relacionados a importación. El objetivo de este estudio fue determinar la seroprevalencia de anticuerpos contra sarampión en adultos con y sin infección por VIH.

Métodos: Estudio de corte transversal. Todas las serologías para sarampión procesadas en personas >18 años entre enero 2015-diciembre 2017 en un Centro de Referencia fueron analizadas de acuerdo a edad, género e infección por VIH. Todas las determinaciones fueron realizadas con VIDAS Sarampión IgG, BioMérieux. Se utilizaron los tests de Chi Cuadrado y Exacto de Fisher para las comparaciones.

Tabla 1: Proporción de sujetos negativos a sarampión según infección HIV y grupo etario

	Sarampión negativo (%)	Sarampión negativo + indeterminado (%)
HIV+ (n=348)	28,2	40,8
HIV- (n=2663)	22,9	33,2
P	0,03	0,005
HIV+ < 40 años	32,5	45,3
HIV+ > 40 años	14,5	31,3
P	0,002	0,02
HIV- < 40 años	26,4	38,3
HIV- > 40 años	14,0	20,2
P	< 0,001	0,001

Tabla 2: Número y proporción de personas seronegativas para sarampión según década de edad y serología para HIV

HIV	Grupo etario	Total (n)	Negativo sarampión (n)	Negativo + indet. Saramp (n)	Negativo sarampión (%)	Negativo + indet. Saramp (%)
Positivo	18-29	96	30	46	31%	48%
	30-39	169	56	74	33%	44%
	40-49	71	12	25	7%	35%
Negativo	50-60	12	0	1	0%	8%
	18-29	550	132	200	24%	36%
	30-39	1115	383	438	27%	39%
	40-49	380	78	111	21%	29%
	50-60	270	13	20	5%	7%

INDIT: Indeterminado, se incluyen los valores de serología en el área "gris" según método VIDAS

Resultados: Se incluyeron 2663 determinaciones de pacientes únicos en el periodo mencionado. De éstas, 348 son personas VIH+ (edad media: 34,7 ($\pm 6,2$) años; 85 % varones, nadir CD4 medio: 369,6 ($\pm 219,5$) células/mm³; 89 % CV <50 cps/mL); 2315 personas VIH- (edad media 31 ($\pm 5,9$) años; 67 % mujeres). Se encontró una alta proporción de sujetos seronegativos para sarampión en ambos grupos, significativamente más alta en personas VIH+ (40.8 % vs. 33.2 %; $p = 0,005$). Al estratificar por grupo etario, en menores de 40 años la proporción de muestras seronegativas fue mayor en ambos grupos (VIH+: 45,3 % vs. 31,3 %, $p = 0,02$; VIH-: 38,3 % vs. 20,2 %, $p < 0,001$; fig 1). Los mayores de 50 años (más probablemente expuestos al virus del sarampión) tuvieron la mayor prevalencia de Ac (>92 % en ambos grupos, tabla 2); y aquellos menores de 40, la más baja (55 % en VIH+ y 62 % en VIH-). La estratificación por género no cambió ningún hallazgo. En personas VIH+, la ausencia de Ac para sarampión no se asoció con nadir de CD4 <200 ($p = NS$).

Conclusión: Encontramos una proporción muy alta de personas menores de 40 años sin Ac protectores contra el sarampión (especialmente en personas VIH+). Esto es llamativo pues en Argentina todos los menores de 40 años deberían haber recibido dos dosis de vacuna S/SR/SRP. La falta de circulación viral podría acelerar la caída de los anticuerpos vacunales. Podría haber un aumento de riesgo de sarampión en jóvenes (especialmente VIH+), y se requieren medidas para evaluar esta situación (ej estudio inmunidad celular) y eventualmente revacunar a los susceptibles.

OR010 EL cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en los ingresantes en un instituto superior de formación técnica

Arce MB, Cocozzella JP, Bampi MC, Gullo M, Gimenez Villalba MF, Gonzalez Ayala SE.

Facultad de Ciencias Médicas. UNLP. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina. .

Introducción. La importancia del cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación no ha sido incorporada en la comunidad, particularmente en los adolescentes y adultos en quienes todavía prevalece el concepto que "las vacunas son para los niños". Las vacunas del Calendario Nacional son gratuitas y obligatorias en nuestro país. Sin embargo, no se ha logrado su cumplimiento sostenido en >90 % de la población. La vacunación del grupo de edad 0 – 6 años rige desde el año 1971 por Calendario y desde el año 2003, se incorporó la vacunación de los adolescentes con la administración de las vacunas triple viral y hepatitis B. Ésta fue ampliada con otras vacunas: 2009, dTpa; 2011, vacuna virus papiloma humano (HPV) bivalente en las mujeres, 2014, la tetravalente; y, a partir de 2017, HPV tetravalente también a los varones. La vacuna hepatitis B es obligatoria para todos los habitantes desde julio del año 2012.

Objetivo. Describir el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación.

Material y métodos. Se realizó el control de las certificaciones de vacunación de los ingresantes de 18-26 años, a un Instituto Superior de Formación Técnica de una ciudad capital quienes proceden de distintos municipios de la provincia.

Resultados. En los 202 estudiantes, la media de edad fue 20,9; el 74,6 % ($n = 138$) eran varones. Presentaron la certificación el 91,6 % ($n = 185$). De estos, el 42,2 % ($n = 78$) tenía vacunación completa. Y, algunos habían recibido otras vacunas: varicela zoster, 4,9 % ($n = 9$); meningocócica AC, 3,8 % ($n = 7$); meningocócica BC, 2,7 % ($n = 5$); fiebre amarilla, 1,6 % ($n = 3$); y, 579 – neumocócica 23 valente, 1,1 % ($n = 2$). Se observa diferencia en el cumplimiento del Calendario Nacional entre varones, 42,2 % y mujeres, 38,3 %. Se necesitó el siguiente número de dosis de vacuna: 62, dT; 109, hepatitis B adultos; 73, triple viral para completar esquemas. Comentario. El régimen de internado de estos estudiantes dificulta la inmunización en los vacunatorios municipales y provinciales, surgiendo entonces la necesidad de completar esquemas en la institución. Por este motivo los esfuerzos son dirigidos a la articulación de los distintos actores para llevar adelante el control de los certificados de vacunación, el seguimiento del cumplimiento del Calendario Nacional y arbitrar los medios para generar acciones para completar esquemas oportunamente. Con la colaboración del personal del Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de una Región Sanitaria y el Municipio correspondiente se procedió a iniciar las actividades para completar los esquemas. Es importante implementar estrategias comunicacionales intrainstitucionales referidas a la vacunación según calendario, así como también por los medios masivos de comunicación y las redes sociales para el alcance poblacional. La reglamentación de la Ley Nacional de Vacunación 27.491/2018 deberá ser taxativa estableciendo un plazo máximo de seis meses para el cumplimiento del Calendario Nacional en los establecimientos educativos de todos los niveles.

2 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

OR011 Colonización en pacientes internados en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica: frecuencia, epidemiología y progresión a infección

Matteucci E, Velasco C, Dondoglio P, Pasinovich M, Juárez X, Echave C, Delgado M, Meregalli C, Aprea V, Pereda R, Varela A, Kuzawka M, Cancellara A.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA. Argentina.

Los pacientes internados en unidades de cuidados intensivos se encuentran expuestos a mayor riesgo de colonización por microorganismos multiresistentes (MR), lo que está asociado con una alta incidencia de infecciones severa y morbimortalidad. El conocimiento precoz de esta colonización permite instaurar tratamientos empíricos (TEI) adecuados y oportunos.

Objetivos: Evaluar la frecuencia y tipo de colonización en pacientes internados en UTIP y el riesgo de infección ulterior.

Material y método: Estudio retrospectivo analítico que incluyó a los pacientes internados en UTIP de un hospital pediátrico de tercer nivel desde junio 2016 hasta julio de 2018. Se excluyeron pacientes previamente colonizados y con resultados positivos antes de las 72 hs de internación. Se analizaron las muestras correspondientes a hisopado anal (HA), aspirado traqueal (AT) y orina (O) tomadas luego de 72 hs de Internación. El análisis estadístico se realizó con EpiInfo 7.2.

Resultados: Se incluyeron 662 pacientes, 33 de ellos presentaron colonización microbiana; la mediana de edad de éstos fue 8 meses (2-204), la mediana de días desde la internación hasta la colonización fue de 11 (3-91). Los agentes colonizantes que predominaron fueron: *Cándida albicans* (11), *Klebsiella* spp BLEE (10) y *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenems (7), otros (5). De los 33 pacientes colonizados, 13 (40 %) tuvieron alguna infección ulterior; la media de días desde la colonización hasta la infección fue 5,6 (DS 5). De los 629 pacientes no colonizados, el 12,8 % presentó alguna infección. La infección más frecuente en ambos grupos fue la Neumonía Asociada a Respirador (NAR). Los pacientes colonizados tuvieron 17 veces más probabilidad de padecer alguna infección (OR 17,9 IC 95 % 7,9 – 40,6) ($p < 0.01$). La colonización del AT implicó 17 veces mayor probabilidad de padecer NAR (OR 17,2 IC95 % 5-56) ($p < 0.01$) y la colonización por *Candida* en HA y/u O 94 veces más probabilidad de padecer una Infección Urinaria (OR 94,8 IC 95 % 20 –447) ($p = <0.01$).

Conclusiones: • Se observó que los pacientes colonizados presentan mayor probabilidad de padecer una infección por MR, por lo que sugerimos tener en cuenta estos aislamientos para la indicación de TEI adecuado ya que éste es un factor determinante en la evolución del paciente. • Al igual que lo que describe la bibliografía, la NAR y la ITU son las infecciones más frecuentes en pacientes colonizados. • En nuestra casuística no se observaron infecciones asociadas a catéter de manera significativa. • Sugerimos continuar con la vigilancia activa de pacientes de UTIP. Palabras claves: colonización - UTI - epidemiología - infección.

OR012 Rhinovirus como causa de hospitalización en niños con ira

Vidal ME, Spoletti MJ, Sciola G, Moses R, Ruiz F, Gorosito M.

Hospital De Niños Zona Norte. Rosario. Santa Fe. Argentina.

El Rhinovirus (HRV) no se ha tenido en cuenta en el pasado porque generalmente se lo percibía como un virus respiratorio capaz de causar un resfriado común leve. Los estudios epidemiológicos contemporáneos que utilizan ensayos moleculares han demostrado que el Rhinovirus se detecta con frecuencia en pacientes pediátricos con infecciones del tracto respiratorio superior e inferior. Se conocen cada vez más complicaciones pulmonares y extrapulmonares graves. El advenimiento del diagnóstico molecular para detectar virus respiratorios ha llevado a nuevos conocimientos sobre el papel de las infecciones por HRV en el desarrollo y la exacerbación aguda del asma en los niños. El objetivo fue describir las características clínicas de las IRA de pacientes de 0 a 5 años internados en Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) en los que se detectó HRV/E. Analizar la relación con la edad del paciente. Es un estudio descriptivo prospectivo de las infecciones confirmadas por Rhinovirus en niños hospitalizados en UTIP por infección respiratoria aguda. Para la detección de los patógenos respiratorios se utilizó el Panel Respiratorio FilmArray que permite realizar la detección simultánea de 20 patógenos respiratorios incluyendo HRV/enterovirus humanos en aspirado nasofaríngeo. Se describen las características clínicas de los pacientes y su relación con la edad. Se analizó fiebre; bronquiolitis, sibilancia, hipoxia, catarro, laringitis, necesidad de ventilación no invasiva o incubación. Se describen un total de 27 niños hospitalizados con infección por Rhinovirus, lo que supuso el 54 % de los pacientes hospitalizados por procesos respiratorios. El 85 % ($n = 23$) de los pacientes fueron menores de 2 años. Las características clínicas más frecuentes fueron sibilancias recurrentes en el 59.2 % ($n = 16$), bronquiolitis en 22.2 % ($n = 6$), neumonía en el 7.4 % ($n = 2$) e infección respiratoria de vías altas en el 51.8 % ($n = 14$). Presentaron fiebre de más de 38 °C el 59.2 % ($n = 16$) de los niños e infiltrado radiológico el 18.5 % ($n = 5$). Presentaron hipoxia el 44,4 % ($n = 12$) de los niños. En el 74 % ($n = 20$) de los casos produjo coinfección con otros virus. De acuerdo a estos resultados, el Rhinovirus en nuestro medio, es el agente viral que con más frecuencia se detecta en pacientes con sibilancias de repetición y uno de los agentes más frecuentemente implicados en infecciones respiratorias de la suficiente consideración para precisar internación en UTIP. Rhinovirus fue uno de los patógenos más detectado entre los niños internados en UTIP que se sometieron a pruebas virales respiratorias. En un alto porcentaje de casos forma parte de una infección múltiple con otros virus. La coinfección aumenta la gravedad de la enfermedad. Los datos virológicos pueden ayudar en la toma de decisiones clínicas para los niños con infecciones por Rhinovirus en la UTIP.

OR013 Osteomielitis en pediatría

Juárez X, Delgado M, Dondoglio P, Echave C, Pasinovich M, Velasco C, Mateucci E, Varela A, Cancellara A.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA. Argentina.

Introducción: La osteomielitis es la inflamación ósea generalmente causada por bacterias piógenas. La emergencia de gérmenes virulentos como el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) requiere un diagnóstico precoz y tratamiento agresivo para evitar secuelas.

Objetivos: Caracterizar los casos de osteomielitis asistidos en un hospital pediátrico de tercer nivel. Evaluar factores de riesgo para complicaciones.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo analítico que incluyó pacientes de 1 mes a 18 años de edad con diagnóstico de osteomielitis asistidos en el Servicio de Infectología de un hospital pediátrico de alta complejidad durante el periodo 2012-2017. Se recolectaron los datos clínicos, microbiológicos y de imágenes y

se volcaron en una ficha. El análisis estadístico se realizó con Epi Info 7.2. Se excluyeron las osteomielitis intrahospitalarias.

Resultados: Se analizaron 79 pacientes con osteomielitis. Mediana de edad de 86 meses (rango 1-216). Relación varón/mujer 1.5:1. El 96 % fueron sanos. El 73.4 % fueron agudas. Mediana de edad de las osteomielitis agudas: 68 meses (rango 1-192) y de las crónicas: 143 (rango 19-216) con una $p < 0.05$. El 29 % tuvo antecedente de traumatismo. El 15.2 % fueron osteoartritis. El 83.3 % fueron hematógenas y el 16.7 % fueron por contigüidad. El 63.3 % presentó compromiso de piel y partes blandas concomitante y éste fue más frecuente cuando el rescate fue SAMR $p < 0.02$. Las localizaciones más frecuentes fueron: fémur (16,5 %), tibia (12,5 %), húmero (10.1 %), calcáneo (10.1 %). El 69.6 % ($n = 55$) tuvo rescate microbiológico, hallándose *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) en 45.6 % y *Staphylococcus aureus* meticilino sensible en 13.9 %. La resistencia a clindamicina fue del 8.3 %. El 36 % de las osteomielitis agudas presentaron bacteriemia. El 38 % de los cultivos de purulentos, el 22 % de los óseos y 19 % de los articulares fueron positivos. El estudio por imágenes más utilizado para diagnóstico de osteomielitis aguda fue el centellograma. La mediana de glóbulos blancos al ingreso en osteomielitis aguda fue de 14.800 /mm³ y en osteomielitis crónica de 9970 /mm³ ($p < 0.02$). La mediana de PCR de las formas agudas fue mayor comparada con las crónicas (73 vs. 23 mg/dl) con una $p < 0.01$. El antibiótico empírico más utilizado fue clindamicina en el 65.4 %. Las osteomielitis agudas recibieron en promedio 19 días de tratamiento endovenoso y las crónicas 16. Evolucionaron a la cronicidad el 37.9 % de las formas agudas. El 55.5 % de las formas crónicas las causó SAMR y el 23.5 % fueron sin rescate de germen. Las osteomielitis con rescate de SAMR presentaron el doble de probabilidad de evolución a la cronicidad frente a otros aislamientos o sin rescate de germen, con un OR 2.85 IC 95 % 1-7,9 ($p = 0.04$). Requirieron cirugía 41 pacientes. Las osteomielitis agudas completaron un promedio de 69 (DS: 27) y las crónicas 232 días (DS 110) de tratamiento.

Conclusiones: Un gran porcentaje de osteomielitis agudas evolucionó a la cronicidad. La osteomielitis con rescate de SAMR tiene mayor riesgo de evolución a la cronicidad. La OC se resentó en niños de mayor edad. El germen más frecuente aislado fue SAMR.

OR014 Reacciones adversas a fármacos antituberculosos en pediatría: estudio comparativo 2012-2013 vs. 2017-2018

Pérez MG, Ferraro D, Highton E, Taicz M, Brizuela M, Dell'Orso M, Rousseau M, Izaguirre MJ, Reijman V, Berberian G, Bologna R.
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública en Argentina. Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) son poco frecuentes en pediatría. Sin embargo, cuando se presentan, podrían ser potencialmente letales, así como prolongar el tiempo de tratamiento y recurrir al uso de drogas de segunda línea.

Objetivo: Estimar la incidencia, describir las características de RAFA en niños en un hospital de alta complejidad en los periodos 2012-2013 y 2017-2018.

Materiales y métodos: Estudio de series temporales, retrospectivo. Para estimar la incidencia de RAFA se incluyeron todos los pacientes en tratamiento para tuberculosis administrado en un hospital pediátrico de alta complejidad en la Ciudad de Buenos Aires Argentina, durante dos periodos: 2012-2013 y 2017-2018. Se compararon las características clínicas y evolutivas de los pacientes con RAFA.

Resultados: Se identificaron 16 pacientes con RAFA en el período 2012/2013 (incidencia 12.5 %) y 15 pacientes (incidencia 11.9 %) en el 2017-2018. Eran mujeres 8 (50 %) del primer período y 11(73 %) del segundo, la mediana de edad en meses fue 72 meses vs. 128. Tenían enfermedad de base 3 (19 %) vs. 3 (20 %), recibían otra droga hepatotóxica 6 (37 %) vs. 6 (40 %) respectivamente. Las formas clínicas de tuberculosis fueron en el primer período pulmonar 8 (5 %) vs. 6 (40 %) en el segundo, extrapulmonar 5 (31 %) vs. 6 (53 %) y diseminada 2 (13 %) vs. 1 (7 %). Se identificó *Mycobacterium tuberculosis* en 13 pacientes (81 %) del primer período vs. 10 (67 %) del segundo y *Mycobacterium bovis* en 1 (6 %) vs. 3 (20 %). La mediana en días de tratamiento hasta la aparición de la toxicidad fue de 11 días en el período 2012-2013 vs. 23 días en 2017-2018. El compromiso hepático fue el más frecuente en ambos períodos. La hepatitis ($n:12$, 75 % vs. $n:12$, 80 %) y las alteraciones hematológicas ($n:3$, 18 % vs. $n:2$, 13 %) fueron más frecuentes en el primer período que el segundo. En el segundo período además se identificaron 3 pacientes (20 %) con reacciones severas en piel y 2 con neuropatía (13 %). Debieron utilizarse drogas de segunda línea en 6 pacientes (37 %) del primer período vs. 5 (33 %) del segundo. En el primer período todos pudieron reiniciar drogas de primera línea, mientras que en el segundo 2 pacientes (13 %) no pudieron hacerlo.

Conclusiones: No se registró un aumento en las RAFA en esta serie temporal. Sólo que en el segundo período un 13 % debieron completar tratamiento con drogas de segunda línea y 3 niños tuvieron farmacodermia severa.

OR015 Impacto de la implementación de un protocolo para el manejo de pacientes en el contexto de un brote de meningitis aséptica por enterovirus

Falco IA, Schamún M, Aguilera A, Rapetti G.
Hospital Público Materno Infantil. Salta. Argentina.

Introducción: La meningitis aséptica por enterovirus puede aparecer en brotes epidémicos en los meses de verano y otoño y generalmente los pacientes evolucionan en forma favorable en pocos días. En nuestra ciudad se presentó un brote de meningitis aséptica por enterovirus que comenzó a fines de enero con un aumento importante de casos a partir de la semana 10 coincidiendo con el inicio de las clases. Ya confirmada la circulación de enterovirus (echovirus 6) y ante la observación de un uso inadecuado de antibióticos y antivirales se elaboró un protocolo para el manejo de pacientes con meningitis aséptica que se implementó a partir de la semana epidemiológica 13.

Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación de un protocolo de manejo de pacientes con meningitis aséptica.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Población: niños entre 1 mes y 14 años que cumplían con la definición de caso sospechoso de meningitis aséptica por enterovirus. Se analizaron las historias clínicas de pacientes con meningitis atendidos en nuestro hospital entre enero y mayo de 2018. Para el análisis se definieron dos grupos de pacientes, los que fueron manejados antes del protocolo y los que se atendieron luego de implementar el protocolo. Variables estudiadas fueron: edad, sexo, características

Características (media)	Total (105)	Pre protocolo (44)	Con protocolo (61)	Diferencia de medias	Ic 95%	Valor p
Edad (años)	6,4	6,7	6,3	-0,46	-1,9 a 0,9	NS
Sexo (% V)	67 (64%)	28 (64%)	39 (64%)			
Células LCR (cel/mm3)	150	170	136	-35	-106 a 37	NS
Proteínas LCR (gr/l)	0,44	0,46	0,42	-0,05	-0,2 a 0,1	NS
Glucosa LCR (mg/dl)	61,7	62,3	61,2	-1,1	-6,1 a 3,9	NS
Rcto. leucocitos (x 1000)	11.348	11.254	11.416	162	-14.58 a 17.82	NS
PCR (mg/l)	27,4	31,4	24,4	-7,0	-15,7 a 1,8	NS
PCR Enterovirus pos (n/N)	32 (31%)	16 (36,4)	16 (26,2%)			
Días internación	3,4	4,4	2,6	-1,8	-3,0 a -0,6	0,0028
Costo de internación (\$)	\$13.562	\$17.727	\$10.557	-\$7.170	-\$11.823 a -\$2.519	0,0028
Días de antibiótico	1,60	2,77	0,67	-2,10	-2,79 a -1,41	0,0001
Costo de ATB (\$)	\$246	\$439	\$106	-\$333	-\$442 a -\$224	0,0001
Días de antivirales	0,8	1,5	0,25	-1,25	-1,25 a -0,47	0,0021
Costo de antivirales (\$)	\$105	\$201	\$33	-\$168	-\$273 a -\$63	0,0021
Costo total (\$)	\$13.911	\$18.367	\$10.697	-\$7.671	-\$12.436 a -\$2.926	0,0018

citoquímicas y microbiológicas del LCR, días de internación, días de tratamiento antibiótico y antiviral, costos de internación y antimicrobianos. El análisis se realizó con Epi InfoTM 7.2.2.6.

Resultados: Durante este periodo se atendieron en nuestro hospital 105 niños con diagnóstico de meningitis aséptica por enterovirus, 44 (42 %) se atendieron antes de implementar el protocolo y 61 (58 %) se manejaron con el protocolo. No había diferencias significativas con respecto a las características de sexo, edad y hallazgos de laboratorio entre ambos grupos. Se encontraron diferencias significativas en días de internación (-1,8), días de uso de antibióticos (-2,10) y uso de antivirales (-1,25) (ver tabla). Además, se redujo el costo total promedio por paciente de \$18367 a \$10697 (-\$7670), lo que significó un ahorro neto de \$331.521 para la institución. Todos los pacientes tuvieron buena evolución.

Conclusión: la implementación de un protocolo para el manejo de meningitis aséptica en este caso permitió disminuir el uso de antibióticos y antivirales, los días de internación y redujo significativamente los costos de atención de estos pacientes lo que demuestra la importancia de normatizar el manejo de esta y otras patologías.

OR016 Análisis de las infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* en el contexto de la aparición de un alerta epidemiológico: experiencia en un centro pediátrico de referencia

González SE, Ruvinsky S, Voto C, Reijtman V, Isasmendi A, Blanco A, Mastroianni A, Pinhero J, Hernandez C, Bologna R.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: A partir de la semana epidemiológica 35 del año 2018 surge una alerta por incremento inusitado de casos de infecciones invasivas por *Streptococcus pyogenes* (IISP). Analizar el comportamiento epidemiológico de las IISP en pediatría es importante por su alta morbimortalidad asociada.

Objetivo: Analizar el comportamiento epidemiológico, microbiológico y evolución clínica de las IISP en niños hospitalizados en un centro pediátrico de referencia a partir de la aparición de la alerta a nivel nacional.

Material y Métodos: estudio de cohorte retrospectivo, analítico en niños de 0 a 18 años internados en el Hospital Juan P. Garrahan. Período 1/1/2016- 31/12/2018. Se analizó: carga de enfermedad anual, características epidemiológicas clínicas, microbiológicas y de evolución. Análisis estadístico STATA 11.0

Resultados: Se observaron un total de 64 casos confirmados de IISP del 2016-2018, las tasas de incidencia anuales según total de egresos hospitalarios fueron 6.5/10000 (2016), 7.9/10000 (2017) y 8.2/10000 (2018), respectivamente. No se observó incremento estadísticamente significativo en el número de casos reportados durante la alerta respecto a los años previos analizados ($p < 0.05$). Del total de pacientes (p) analizados 24 (37.5 %) tenían enfermedad de base, la mediana de edad fue de 48 meses (RIC:21-78.5 meses), sexo femenino en el 58 %. Otros factores de riesgo asociados presentaron el 47 % (quemaduras u otros). Los focos clínicos de IISP fueron: IPPB 30 p., osteoarticular 8 p, infección de SNC 6 p, fascitis necrotizante 6 p, pulmonar 5p. Un total de 14 p (22 %) presentaron sepsis, 28 p (43.7 %) presentaron bacteriemia asociada. El tratamiento antibiótico fue con ceftriaxone en todos los casos y asociado a clindamicina en 40 (62 %), gammaglobulina recibieron 3 p. Requirieron ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) 9 p (14 %), la mediana de días de internación UCI fue de 7.5 días (RIC:5.5-17.5 días) la mediana de días de internación total fue de 10 días (RIC:8-17 días). No se observaron fallecidos en esta serie. Los sitios de aislamientos más frecuentes fueron: hemocultivos 28 p (43.7 %), PPB 23p (35.9 %), osteoarticular 7p (10.9 %), líquido pleural 3p (4.6 %). Del total de aislamientos se realizó subtipificación en 8 casos, observándose la presencia de Emm1 como más frecuente y cluster emm AC3.

Conclusiones: A partir de la alerta generada no se observó en relación a años previos, un incremento significativo en los casos de IISP. Las formas clínicas de presentación más frecuentes fueron las IPPB en todos los periodos incluidos. La presencia de IISP representan un problema de importancia para Salud Pública debido a su morbilidad asociada.

OR017 Resultados de la oferta de testeo y tratamiento para parejas sexuales de gestantes con sífilis asistidas en una maternidad de la Zona Norte del Gran Buenos Aires: impacto en la reinfección

Barris M¹, Figueras L¹, Silenzi V², Conesa A¹, Daneri J², Abojer L², Carro C², Zala C¹.

¹Hospital Central de San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse. ²Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El tratamiento de las parejas sexuales de mujeres gestantes con sífilis es una intervención recomendada para interrumpir la cadena de transmisión y evitar reinfecciones durante el curso del embarazo. En una cohorte de gestantes con sífilis recientemente evaluada en nuestro centro la tasa de reinfección al final del embarazo fue del 15 %. El impacto de intervenciones destinadas al testeo y tratamiento de las parejas no ha sido evaluado en nuestro medio.

Objetivo: Evaluar la tasa de reinfección por sífilis y su relación con la implementación de la oferta de testeo y tratamiento para las parejas sexuales de mujeres gestantes con diagnóstico de sífilis asistidas en una maternidad municipal de la zona norte del Gran Buenos Aires (GBA).

Material y Métodos. Todas las gestantes con un diagnóstico inicial de sífilis entre el 2014 y 2018 completaron una entrevista orientada por un cuestionario estructurado para obtener información sobre sus parejas sexuales recientes, antecedentes de otras ITS, prácticas sexuales durante la gestación y percepción del riesgo de transmisión materno infantil de la sífilis. Durante la entrevista se recomendó a las gestantes informar a sus parejas sexuales recientes y se ofreció asistencia irrestricta para el testeo (implementada formalmente a partir de septiembre 2016) y tratamiento de las mismas. Se entregó material gráfico informativo para facilitar el abordaje de la situación.

Definimos acceso irrestricto: Posibilidad de texto sin turno previo en el sistema de salud del municipio de lunes a sábado. Centralizándolo en el Hospital Central donde se encuentra la sección de serología principal del sistema. Acceso directo de los resultados otorgados por parte de la sección de serología al servicio de infectología en menos de 7 días.

Resultados: Sobre un total de 228 gestantes con sífilis asistidas en la maternidad durante el periodo de observación, 178 (79 %) reportaron una relación actual o estable. 153 parejas hombres (68 %) concurren al testeo, de ellos, 79/153 (52 %) presentaron VDRL reactiva. 70/79 (88 %) con VDRL reactiva confirmada recibieron un tratamiento adecuado. Principales razones de no-concurrencia al testeo reportados por las gestantes incluyeron: privación de la libertad, desconocimiento de paradero, limitación horaria por trabajo. Las tasas de reinfección de las embarazadas fueron a partir del 2014: 26 % (11/42), 25 % (7/28) 14 % (7/47), 13 (4/29) y 7.3 % (82/6).

Comentarios: En las gestantes con sífilis asistidas en una maternidad de zona norte del GBA, se observa una respuesta significativa de las parejas estables al testeo y tratamiento. El seguimiento en simultáneo en la Maternidad, la demanda espontánea y el testeo irrestricto significaron una disminución en las tasas de reinfección de las embarazadas. Intervenciones adicionales incluyendo búsqueda de contactos que no concurren, agregan otro desafío para la erradicación de la sífilis congénita. Nuestro trabajo también demuestra, que el número significativo de parejas masculinas seronegativas, avalan el testeo de las mismas para priorizar el uso racional de antibióticos y disminuir así la cantidad de tratamientos empíricos.

OR018 Variables clínicas asociadas a resistencia a la vancomicina en niños con bacteriemia por *Enterococcus* spp

Perez MG, Mussini S, Taicz M, Arias AP, Rejtman V, Voto C, Mastroianni A, Sormani MI, Garcia E, Rosanova MT, Bologna R.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Enterococcus spp. (E) es comensal del tracto digestivo que ocasionalmente, y en huéspedes especiales, puede comportarse como patógeno. Las bacteriemias por E ocurren en pacientes con internación prolongada, cirugías previas, uso de antibióticos y catéteres de larga permanencia. La emergencia de E resistente a la vancomicina en el ámbito nosocomial condiciona el tratamiento empírico y limita las opciones terapéuticas.

Objetivos: describir las características clínicas y epidemiológicas de los niños con bacteriemia por *Enterococcus* spp. resistente a la vancomicina (EVR) vs. sensible (EVS). Identificar variables asociadas a EVR

Material y métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron niños mayores de 1 mes, con hemocultivos positivos para *E. faecalis* o *E. faecium* desde 1.1. 2016 a 31.12.2018 con relevancia clínica en un hospital pediátrico de alta complejidad. Se compararon las características clínicas y microbiológicas de los pacientes según tuvieran bacteriemia por EVR o EVS. Se utilizó STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 82 pacientes (p). La mediana de edad de los pacientes fue de 37.6 meses (RIC 2-48). Cuarenta y cinco p eran varones (54.9 %). Tenían enfermedad de base 76 p (92.7 %) Predominaron los p con insuficiencia intestinal (n: 18, 21.9 %), cardiopatas (n:14, 17.1 % nacidos pretérminos (n: 10, 12.2 %), pacientes con enfermedad hematológica (n:9, 10.9 %) e insuficiencia hepática (n:6, 7.3 %). Dieciséis p recibieron tratamiento inmunosupresor (19.5 %). Sesenta de las bacteriemias fueron por *E. faecalis* (73,2 %) y 22 por *E. faecium* (26,8 %). Se documentó resistencia a la vancomicina en 13 p (15.8 %). Todos ellos fueron *E. faecium*. En el análisis bivariado, los pacientes con bacteriemia por EVR tuvieron significativamente mayor edad en meses que los que p con bacteriemia por EVS [75.4 (RIC 6-151) vs. 30.5 (RIC 2-33), p < 0.02]; más frecuencia de colonización previa con EVR [n:8 (61.5 %) vs. n:4 (5.8 %) p < 0.001], enfermedad hematológica [n: 5(38.5 %) vs. n: 5 (5.8 %), p 0.01], e insuficiencia hepática [n: 3 (23.1 %) vs. n:3 (4.4 %), p 0.02] y tratamiento inmunosupresor [n:6(46.2 %) vs. n:10(14.5 %) p 0.008]. Los pacientes con identificación de EVR tuvieron menor mediana de glóbulos blancos [7040 (RIC 2150-10250) vs. 14474 (6160-17090), p < 0.03]. La mortalidad en los p con EVR fue 15.4 % (n:2) y 4.3 % en los EVS (n:3), p 0.1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a antecedentes de cirugía, hospitalización previa, antibioticoterapia en los últimos 3 meses, ni presentación clínica. En el modelo multivariado, en esta cohorte de pacientes con bacteriemia por E fueron predictores de bacteriemia por EVR ajustado por el resto de las variables significativas, la enfermedad hematológica OR 11.1 (IC95 % 2.3-53.8) p 0.003 y la insuficiencia hepática OR 7.7 (IC95 % 1.2-50.4) p 0.03

Conclusiones: En esta cohorte de niños con bacteriemia por E la enfermedad hematológica y la insuficiencia hepática fueron variables predictoras de bacteriemia por EVR."

OR019 Sífilis gestacional y congénita en una maternidad de tercer nivel

González DJ, Villa L, Loyola S, Sosa L, Mercado C, Higa V, Fissore J, Asis E.

Hospital Materno Neonatal.

Introducción: La sífilis congénita (SC) es un problema de salud pública a pesar del incremento en el control prenatal y acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Objetivos: conocer la prevalencia de sífilis gestacional (SG) y SC e identificar posibles factores de riesgo para SC en recién nacidos (RN) vivos de madres con sífilis.

Material y método: trabajo observacional, retrospectivo, analítico, realizado en un hospital de tercer nivel de la ciudad de Córdoba, Argentina, entre enero de 2010 a diciembre de 2017. Se incluyeron RN de madres con SG diagnosticadas por VDRL más prueba treponémica. Se consideró definición de caso de SC según normas nacionales. Se analizó: edad, cantidad de gestas, sífilis previa, control de embarazo, serología de las parejas, condición del RN (sano, SC) y motivo de tratamiento del RN. Análisis estadístico por Infostat, considerando significativa una P < 0,05.

Resultados: En el período analizado hubo 48720 nacimientos y legrados, en los que se diagnosticó SG en 741 casos. El 60,6 % fueron SC, 22,1 % sanos, 5,1 % abortos, 2 % mortinatos, y el 10,1 % sin datos. La edad media de los casos de SG fue de 24,8 años. En el 32,2 % (n = 379) de RN con SC se observó diagnóstico previo de sífilis en sus madres (P < 0,0001 OR 2,44 IC 1,77-3,37), en el 44,7 % (n = 436) sus madres tuvieron controles prenatales inadecuados (P < 0,001 OR 2,03 IC 1,48-2,79), y en el 43,8 % (n = 413) se realizó el diagnóstico materno en los últimos 30 días de la gestación o en el puerperio (P 0,01), al igual que la falta de control serológico de la pareja (P 0,01 OR 1,46 IC 1,08-1,96). Motivos del tratamiento en el RN: tratamiento tardío en las madres (26,5 %), diagnóstico en el parto/ puerperio (25,2 %), falta de descenso de VDRL (15,1 %), entre otros.

Conclusión: La prevalencia de SG en nuestra población es del 1,5 %, con una tasa de SC del 10,9%. Los factores de riesgo relevantes para SC fueron, diagnóstico materno tardío, control prenatal inadecuado, y falta de control serológico de las parejas. Este análisis representa una imagen de nuestra situación actual, el que nos permitirá guiar las estrategias de prevención para disminuir la SG y SC.

3 - Infecciones generales en adultos

OR020 Colonización por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad y factores predisponentes en un grupo de reclutas ingresantes a una institución militar

Chedrese PN, Mutti SL, Pelozo PA, Ayala NB, Micucci N, Blanco G, Lorenzini A, Soubelet M, Maurizi D.

Hospital Naval Puerto Belgrano. Punta Alta. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Desde que se describió por primera vez el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) hace más de 35 años, se ha visto un aumento creciente de su prevalencia en todo el mundo, probablemente favorecido por el uso irracional de antibióticos. Muchos reportes enfatizan la alta proporción de infecciones por SAMR-AC, estimada en base a pacientes que concurren a centros de salud con infecciones establecidas. En el presente trabajo se estudia la prevalencia de SAMR-AC en individuos sanos de diferentes regiones del país, y la dinámica de colonización en situación de convivencia.

Objetivos: Conocer la prevalencia de SAMR-AC o Intrahospitalario (SAMR-H) en los soldados reclutados, determinar los factores predisponentes para la colonización por SAMR-AC y conocer la dinámica de colonización en individuos convivientes.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se incluyeron al azar la mitad de los soldados ingresantes a un establecimiento militar, se realizó un muestreo de tipo probabilístico sistemático: de la lista total se seleccionaron los números pares. Se tomó una muestra de hisopado nasal en dos días consecutivos, se sembró en medios de enriquecimiento y selectivos, tipificando la cepa según métodos validados en conjunto con la realización del antibiograma por método manual. La cepa se definió según el antibiograma como: *Cepa salvaje: sensible a todos los antibióticos (SAMS) *Cepa comunitaria meticilino-resistente: resistente a oxacilina o cefoxitina, con o sin resistencia a macrólidos y sensible al resto de los antibióticos (SAMR-AC) *Cepa hospitalaria meticilino-resistente: resistente a oxacilina o cefoxitina, y resistencia a gentamicina, cloranfenicol, eritromicina, con sensibilidad variable al resto de los antibióticos (SAMR-H). Además, se realizó una encuesta sobre los posibles factores predisponentes para la colonización por SAMR-AC. Luego de 6 meses de convivencia se realizó un nuevo hisopado y se analizó el cambio en la prevalencia y la dinámica de colonización según el resultado de ambas muestras: colonización intermitente, colonización persistente, y negativos. Se utilizó la prueba exacta de Fisher para probar la significación estadística.

Resultados: De un total de 700 soldados ingresantes se incluyeron 346 (49%), de los cuales 143 (41%) fueron mujeres, y 203 (59%) varones, de entre 18 y 25 años y de varias provincias del país. Ninguno de ellos se encontraba cursando una infección de piel o partes blandas al momento del examen. La prevalencia inicial de soldados colonizados por SAMR fue de 7,5% (27/346), de las cuales el 100% fueron cepas de la comunidad. Del total, 10 fueron mujeres (37%, $p = 0,85$) y 17 varones (63%, $p = 0,87$). El factor que mostró mayor asociación con la colonización por SAMR fue el antecedente de un conviviente con forunculosis (RR = 2,8, $p = 0,027$). Luego de 6 meses se realizó el segundo hisopado, observándose una prevalencia de 9,5% (26/273), correspondiente a un aumento del 18% (IC 95% -0,068; 0,028, $p = 0,46$). De estos, el 79% presentaron colonización persistente.

Conclusiones: La prevalencia de colonización nasofaríngea por SAMR-AC en jóvenes sanos de diferentes provincias del país fue de 7,5% en este estudio. Es posible que la prevalencia se encuentre subestimada debido a que aproximadamente un 12% de personas colonizadas en faringe no presentan cultivos nasales positivos para SAMR (Arch Intern Med. 2009;169(2):172) Se comprobó que la convivencia con personas que hayan tenido forunculosis es un factor de riesgo de colonización por SAMR-AC. No hubo un aumento de la prevalencia estadísticamente significativo luego de 6 meses de convivencia en barracas.

OR021 Incidencia y factores relacionados a la evolución y resolución de la enfermedad asociada a *Clostridioides difficile* en el adulto mayor

Beltramo C, Teglia O, Nogueiras M.

Policlínico Pami I. Rosario. Santa Fe. Argentina.

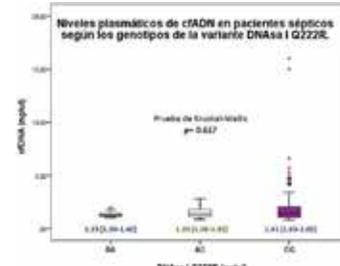
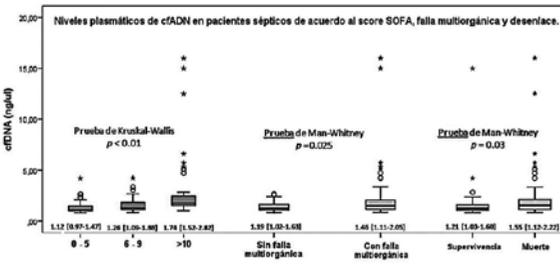
La enfermedad asociada a *Clostridioides difficile* (EACD) a pesar de conocerse desde 1978 tomó protagonismo en estos últimos años. Se ha vuelto una problemática mundial con nuevos desafíos tanto para su diagnóstico, control y prevención como así también para su tratamiento efectivo y disminución de recurrencias. Se propuso analizar la incidencia de EACD y evaluar los principales factores relacionados a la severidad, recurrencia, y mortalidad. Se realizó para ello un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo basado en la incidencia y factores asociados a severidad, recurrencia y mortalidad en pacientes con diagnóstico de EACD que concurren a un hospital con asistencia a adultos mayores en la ciudad de Rosario durante el período comprendido entre el 1/1/2014 y 31/5/2018. Los datos fueron analizados estadísticamente, se consideró significativo una $p < 0,05$. En el presente trabajo se incluyeron 54 episodios. El promedio de edad de los pacientes fue de 85 años (63-101). El 76% (n:41) fueron EACD nosocomial (EACD-no), 22% (n: 12) EACD asociada al ámbito sanitario (EACD-as) y 2% (n: 1) EACD comunitaria. La incidencia de EACD-no (casos cada 10000 paciente/día) fue de 3,09 (n: 8) en 2015; 0,9 (n:2) en 2016; 6,3(n: 15) en 2017 y 7,5 (n: 8) en el primer cuatrimestre del 2018. En el mismo período la incidencia de EACD-as (casos cada 1000 admisiones/día) fue de 0; 1,03 (n: 2); 1 (n: 2) y 4,7 (n:5) respectivamente. Se evidenció asociación entre severidad-edad: 88 años severa-fulminante vs. 82 años no severa ($p = 0,0195$) y severidad-suspensión de antimicrobianos(AMB) posterior al diagnóstico: 64,3% severa sin suspensión vs. 37,5% con suspensión ($p = 0,16$). Se relacionó la recurrencia-presencia de comorbilidades: índice de Charlson 3,5 en el grupo con recurrencia vs. 2 sin recurrencia ($p = 0,07$), recurrencia-número de AMB previos: 22% con más de 3 vs. 11% con menos de 3 ($p = 0,4$) y recurrencia-estadía en institución sociosanitaria: 30% en institucionalizados vs. 8% no institucionalizados ($p = 0,1$). También se asoció mortalidad-número de AMB previos: 40,7% con más de 3 vs. 11% con menos de 3 ($p = 0,03$), mortalidad-suspensión de AMB posterior al diagnóstico: 39,2% quienes no suspendieron vs. 12,5% quienes suspendieron ($p = 0,8$), mortalidad-suspensión de inhibidores de la bomba de protones(IBP): 33% sin suspensión vs. 0% con suspensión ($p = 0,03$) y mortalidad-EACD-no: 34,4% EACD-no vs. 14,2% en EACD-as ($p = 0,7$). Podemos concluir entonces que se observa un incremento sostenido en la incidencia de EACD en los últimos años. La edad, las comorbilidades, la institucionalización de los pacientes, el uso de AMB e IBP, impactan desfavorablemente en las manifestaciones clínicas, evolución y resolución. Resalta por esto la importancia fundamental del uso racional de AMB e IBP en el adulto mayor.

OR022 Altos niveles de ADN libre circulante están en fuerte relación con una evolución desfavorable en pacientes sépticos

Moiana M, Cunto E, Aranda F, Chediack V, Domínguez C, Peres S, Chamorro J, de Larrañaga G.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

A pesar de los avances en el manejo de los cuidados intensivos y en el entendimiento de su fisiopatología, la sepsis sigue siendo un grave problema debido a su alta morbi/mortalidad. El ADN circulante (cfADN) derivado de diferentes mecanismos de muerte celular podría predecir las complicaciones asociadas. El objetivo fue estudiar los niveles plasmáticos de cfADN y la variante genética Q222R de la ADNasa I (implicada en la degradación de cfADN) para evaluar sus valores predictivos en el diagnóstico y pronóstico de la sepsis, en las primeras horas de admisión en la Unidad de Terapia Intensiva. Fueron reclutados 144 pacientes sépticos (mediana de la edad: 44 años [32-54]; mujeres: 36.1 %) y 85 controles (mediana de la edad: 30 años [25-39]; mujeres: 56.5 %).

Los niveles de cfADN de los pacientes sépticos (mediana: 1.34 ng/ul [1.09-1.95]) fueron significativamente superiores respecto a los controles (mediana: 1.01 ng/ul [0.92-1.07]) (test de Mann-Whitney; $p < 0.01$). Se realizaron 3 análisis diferentes para estudiar la posible asociación con un pronóstico desfavorable. Se evidenció que los niveles de cfADN fueron significativamente superiores ($p < 0.05$) en pacientes con un score SOFA ≥ 10 , en pacientes que sufrieron falla multiorgánica y en pacientes que fallecieron (figura 1). Estableciendo un valor de corte en 1.95 ng/ul de cfADN (correspondientes al percentil 75 de los pacientes con sepsis), se encontró que ≥ 1.95 ng/ul cfADN estarían asociados a una mayor mortalidad (OR=2.79 [1.16-6.70]; $p = 0.022$; regresión logística binaria). Además, no se observaron diferencias significativas ($p > 0.05$) en la distribución del polimorfismo Q222R de la ADNasa I ni en controles ni en pacientes con distinto pronóstico. A pesar de que los niveles de cfDNA no fueron diferentes con relación a los genotipos de la ADNasa I ($p = 0.617$; test de Kurskal-Wallis), se observan que aquellos pacientes con niveles más altos de cfADN son portadores del genotipo G/G que codifica para una ADNasa I de menor actividad (figura 2). Estos resultados, algunos inéditos, son promisorios a la hora de considerar a la medición de cfADN como potencial biomarcador de mal pronóstico en sepsis.



OR023 Prevalencia de resistencia antibiótica en bacteriemias por Escherichia coli en un hospital de comunidad en adultos hospitalizados mayores de 65 años. Revisión años 2014-2018

Michelud C, Salmeron Olsina A, Gordóvil M, de Wouters L, Vallejo M.
Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias por *Escherichia coli* (*E. coli*) en adultos mayores son unas de las principales causas de ingresos hospitalarios en nuestro nosocomio, aumentando la estadía hospitalaria, los costos y eventualmente el desarrollo de resistencia por uso inadecuado de antibióticos. Acorde a estudios publicados, cerca del 30 % de las bacteriemias son causadas por gérmenes productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). El objetivo de nuestro estudio es evaluar el patrón resistencia antibiótica en nuestra población en contexto de bacteriemias por *E. coli*.

Métodos: Se analizaron las historias clínicas informatizadas de pacientes hospitalizados. El periodo estudiado fue desde 06/2014 a 06/2018. Se evaluó la sensibilidad antibiótica de hemocultivos positivos con desarrollo de *E. coli*, por sistema BACT/ALERT. La sensibilidad se evaluó por difusión con disco y CIM por tiras reactivas (Etest). La determinación de mecanismo BLEE se realizó por protocolo WHONET. El análisis estadístico se realizó por EPI info 7.2.1(CDC). Se consideró estadísticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: De un total de 487 bacteriemias por *E. coli*, 77 fueron *E. coli* BLEE (15.81 %) y 410 *E. coli* NO BLEE (84.18 %). La mediana de edad fue 83(65-101). Sexo femenino 63.24 %. La mortalidad global fue 19 % (93/487), 22 % *E. coli* BLEE y 18.5 % No BLEE ($p = 0.5$ -RR 1.19, IC 0.74-1.89). La sensibilidad global a xiprofloxacina fue 45.7 %, a trimetoprima/sulfametoxazol (TMP-SMZ) 50.92 %, a amoxicilina-inhibidor BL (AM-s) 49.28 %, a cefalosporinas de 1º generación 58.93 %, ceftriaxona 81.72 %, gentamicina 80.08 %, amikacina 93.84 %. El foco clínico más frecuente fue urinario (54.15 %). El antibiótico más utilizado como terapia empírica: Ceftriaxona (40.86 %). El tratamiento empírico adecuado en *E. coli* BLEE fue 24.6 % y en *E. coli* no BLEE fue 79.5 %. El 35.93 % tenía internación previa (<90 días). El uso de antibióticos previos (<90 días) se observó en 30 %, en *E. coli* BLEE fue 48 % ($p = 0.0004$). Los más utilizados fueron amoxicilina-inhibidor BL y ciprofloxacina. La media de días de tratamiento endovenoso fue 8(DS 12) para *E. coli* BLEE y 6(DS 6.3) para no BLEE ($p = 0.0075$). La media de días de internación fue 12(DS 16) para *E. coli* BLEE y 8(DS 9) para no BLEE ($p < 0.001$). La media de días de tratamiento inadecuado para *E. coli* BLEE fue 2(DS 2.19) y no BLEE 0.7 (DS 1.83) con $p < 0.01$.

Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia de bacteriemias por *E. coli* BLEE fue menor a la reportada. En este subgrupo se observó un aumento en los días de internación, tratamiento endovenoso y tratamiento empírico inadecuado. En el estudio se demostró marcada resistencia a quinolonas, TMP-SMZ y betalactámicos en el análisis global de sensibilidad, conservando una elevada sensibilidad a cefalosporinas. Estos datos serán tomados en cuenta para los esquemas empíricos iniciales en nuestra institución.

Sensibilidad agrupada por *E. coli* BLEE y No BLEE

Sensibilidad antibiótica	<i>E coli</i> BLEE (%)	<i>E coli</i> no BLEE (%)
Sensibilidad a Ciprofloxacina	0	223 (54.39)
Sensibilidad a AM-s	11 (14.29)	229 (55.85)
Sensibilidad a Ceftriaxona	0	398 (97.07)
Sensibilidad a TMP-SMZ	22 (28.57)	226 (55.12)
Sensibilidad a Gentamicina	24 (31.17)	366 (89.27)
Sensibilidad a Amikacina	64 (83.12)	393 (95.85)
Sensibilidad a Cefalosporinas 1º g	0	287 (70)

OR024 Rol del virus sincicial respiratorio en una cohorte de adultos mayores

Cooke B, Obed M, Romandetta A, Spinelli N, Alzogaray M, Chaparro G, Galeano L, Alcorta B, Balbuena J, Russo M, Avaro M, Czech A, Benedetti E, Pontoriero A, Baumeister E, Mykietiuik A.

Instituto medico Platense. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El rol de los virus respiratorios distintos de influenza en las infecciones respiratorias agudas en los adultos mayores ha sido probablemente subestimado. Los avances en técnicas moleculares de diagnóstico en los últimos años han hecho posible la identificación rápida del virus sincicial respiratorio (VSR) en infecciones respiratorias. El objetivo de este estudio es evaluar el rol del VSR en una cohorte de pacientes mayores de 65 años que se hospitalizaron por infecciones respiratorias en nuestra institución.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo observacional (abril 2018 hasta febrero 2019) en un hospital privado de 137 camas en Buenos Aires, Argentina. Se realizó el enrolamiento consecutivo de todos los pacientes mayores de 65 años que ingresaron por infección respiratoria aguda (definición: conjunto de enfermedades del tracto respiratorio agudas que presenten fiebre y tos de inicio dentro de los últimos 10 días y con requerimiento de hospitalización). Se documentaron variables clínicas, epidemiológicas y de laboratorio. Microbiología: cultivo de esputo, hemocultivos y detección de virus respiratorios en hisopado nasofaríngeo. La detección RSV, hMPV e Influenza A y B viral se realizaron en todos los pacientes, de acuerdo a las técnicas Real-Time RT-PCR desarrolladas por el CDC de USA. El seguimiento clínico fue realizado durante la hospitalización y hasta el día 30 luego del alta en todos los pacientes.

Resultados: Fueron reclutados 124 pacientes. Edad promedio 82 años; R: (65-98), sexo femenino 58 %. Diagnósticos clínicos al momento de la admisión: neumonía adquirida de la comunidad (NAC) (90), exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (11), bronquitis aguda (9), neumonía asociada a los cuidados de la salud (8), enfermedad tipo influenza (6). Hemocultivos fueron obtenidos en 92 pacientes (4 *Streptococcus pneumoniae*, 2 *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, 1 *Klebsiella pneumoniae* y 3 *Escherichia coli*). Se obtuvieron muestras de esputo en 20 pacientes, sin aislamiento microbiológico. Detección viral: VSR 13 (10,4 %), Influenza B 9 (7,2 %), Influenza A 8 (6,4 %). En referencia a los 13 pacientes positivos para VSR: 10 presentaron NAC (77 %), 2 exacerbación de EPOC (15 %) y 1 bronquitis (8 %). La presentación clínica en el 46 % de los casos fue tos no productiva y en el 85 % broncoespasmo. La estadía hospitalaria promedio fue 9 días (R: 4-16). La duración del tratamiento antibiótico promedio fue 9.5 días (R: 4-15). La mortalidad durante la hospitalización fue 23 %.

Conclusión: Este estudio confirma que el VSR es un patógeno relevante en la población de adultos mayores, asociado a morbilidad y mortalidad significativas. El tratamiento actual está limitado a las medidas de soporte y la prevención a las precauciones de aislamiento. Es necesario un nuevo abordaje para mejorar el manejo de la infección por VSR desarrollando nuevas vacunas y antivirales efectivos.

OR025 Reporte de 29 casos de enterobacterias productoras de OXA-163 en un hospital general de agudos de CABA

Jaume M¹, Flor Montero M¹, Amaya MP¹, Sisto A¹, Abusamra L¹, Errecalde L¹, Pasteran F², Aranda MJ¹, Rolón MJ¹, Pérez H¹.

¹Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. , ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

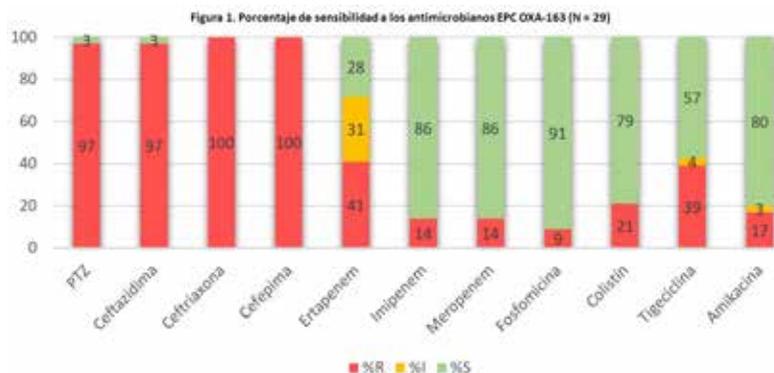
Introducción: La emergencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) con opciones terapéuticas limitadas representa un problema de salud a nivel mundial. Desde el año 2011 existen reportes de casos en Argentina y Egipto de EPC tipo oxacilinas 163 (OXA-163), una variante de OXA-48, que hidroliza debilmente carbapenemes (CBP) y eficientemente cefalosporinas de espectro extendido. Sin embargo, la experiencia clínica publicada acerca de este grupo de EPC es limitada.

Objetivo: Describir las características clínicas de una cohorte de pacientes con EPC OXA-163, la tipificación y sensibilidad de estos aislamientos.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con aislamientos de EPC OXA-163 entre el año 2012 y 2018 en un hospital general de agudos de CABA. Se evaluaron variables epidemiológicas, clínicas y microbiológicas a partir de datos recolectados de las historias clínicas y registros bacteriológicos. La identificación microbiológica y pruebas de sensibilidad antimicrobiana se realizaron mediante métodos convencionales y automatizados (PHOENIX, MALDI-TOF MS). Los resultados obtenidos se analizaron con el programa WHONET 5.6 (puntos de corte CLSI 2019). Se confirmó la presencia de OXA-163 por inmunocromatografía y PCR. El análisis estadístico se realizó con Epi Info 7.2.

Resultados: Se identificaron 29 pacientes con aislamientos de EPC OXA-163, 6 fueron excluidos del análisis clínico por falta de datos. De los 23 pacientes incluidos, 70 % eran hombres, la mediana de edad fue 63 (RIC 46-67) y 2 eran neonatos. El 78 % (18/23) de los episodios ocurrieron entre el año 2016 y 2018. Dentro de los 90 días previos, 21/23 (91 %) tenían antecedentes de uso de antibióticos, 16/23 (70 %) internación en UTI y 15/23 (65 %) intervención quirúrgica. La mediana de días de internación previo al aislamiento fue de 16 (RIC 9-38). Los principales focos de infección fueron: urinario 10/23 (43 %), intraabdominal 4/23 (17 %) y bacteriemia primaria 4/23 (18 %). Se aisló *K. pneumoniae* en 19/29 (66 %) de los casos, *E. cloacae* 6/29 (21 %), 2/29 (7 %), *P. mirabilis* 1/29 (3 %) y *P. stuartii* 1/29 (3 %). El gráfico 1 muestra el perfil de sensibilidad antibiótica. Se detectó coproducción de BLEE en 13/29 (45 %) cepas, KPC en 1/29 y NDM en 1/29. Se indicó tratamiento antibiótico en 18/23 (78 %) pacientes, de los cuales 7/16 (44 %) recibieron un esquema empírico adecuado. El tratamiento ajustado basado en CBP se utilizó en 14/18 (78 %) y 12/18 (67 %) recibieron esquemas de monoterapia. La mediana de duración del tratamiento ajustado fue de 11 días (RIC 7-19) y la cura clínica a los 7 días se observó en 15/18 (83 %). La mortalidad global a los 30 días fue del 17 % (4/23), sin identificarse factores asociados a mayor mortalidad.

Conclusión: El aumento del número de casos de infecciones por EPC OXA-163 en los últimos años en pacientes expuestos a múltiples factores de riesgo es un factor a tener en cuenta en la elección del tratamiento empírico inicial. A diferencia de otras EPC, la sensibilidad a imipenem y meropenem permitiría su utilización, incluso en esquemas de monoterapia, con un elevado éxito terapéutico. Se deberían considerar mecanismos de resistencia adicionales en los casos de ausencia de sensibilidad a CBP.



OR026 Bacteriemia por *Staphylococcus aureus* e incidencia de endocarditis infecciosa. ¿Siempre debemos hacer ecocardiograma y buscar embolias?

Núñez S, Martínez M, Serruto G, Zárate MS, Verón MT.
Sanatorio Güemes. CABA. Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) y las embolizaciones viscerales (EV) son complicaciones graves de la bacteriemia por *S. aureus* (BSA). Diferentes guías habitualmente recomiendan ecocardiograma e imágenes abdominales en el contexto de la BSA. Sin embargo, la incidencia de EI puede ser baja en ciertos escenarios, y la búsqueda de complicaciones de la BSA podría ser evitada.

Objetivos: Determinar la incidencia de EI y EV, y encontrar factores asociados a EI en pacientes con BSA.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio de cohorte retrospectiva, incluyendo pacientes mayores de 18 años con BSA internados en nuestra institución entre Enero/2016 y Agosto/2017. Se recabaron variables demográficas, clínicas y aspectos de la BSA, como también los resultados del ecocardiograma (ECO), imágenes abdominales (IA) y fondo de ojo (FO). Se realizó estadística descriptiva habitual, análisis univariado para determinar factores asociados a EI, y análisis multivariado por regresión logística con las variables con significancia estadística en el univariado.

Resultados: Identificamos 217 pacientes con BSA. En 153 se realizó ECO (70.5%). La incidencia de EI fue de 7.2% en pacientes con cualquier ECO, y de 10.6% en pacientes con ECO transesofágico (TE). Las características de los pacientes y el análisis estadístico se muestran en la tabla 1. Se detectó que la presencia de un soplo nuevo se asocia a EI en el análisis multivariado con un OR 9.3 (IC 1.7-50.2) en pacientes con cualquier ECO, y OR 12.8 IC (1.7-93) en pacientes con ECO TE. El sexo masculino mostró una tendencia a la asociación (OR 7.9, IC 0.7-82). Se realizaron 159 estudios de IA, con 3 EV detectadas (1.9%). El FO se realizó en 85 pacientes con 1 hallazgo positivo (1.2%).

Conclusiones: Los predictores clásicos de EI en esta cohorte de BSA fueron infrecuentes, lo que determinó una baja incidencia de EI. En los pacientes con soplo nuevo, masculinos y jóvenes se debería continuar haciendo ECO. Dado el bajo pretest de la cohorte, no se pudieron identificar otros predictores. Se necesitan estudios a mayor escala en pacientes de bajo riesgo para identificarlos. La incidencia de EV y hallazgos en FO fue muy baja, y podría evitarse realizar estos estudios de rutina.

Tabla 1. Pacientes con hemocultivo de control n= 87¹. ETE= ecocardiograma transesofágico. ETT= ecocardiograma transtorácico. CS= cuidados de la salud. CDI= cardiodesfibrilador implantable. MCP= marcapasos.

	ETT y/o ETE (n=153) n(%)				TEE (n=85) n(%)			
	Pacientes con BSA		EI (n=11)		Pacientes con BSA		EI (n=9)	
	Univariado	Multivariado	Univariado	Multivariado	Univariado	Multivariado	Univariado	Multivariado
Masculinos	96 (62.7)	10 (90.9)	p=0.045	p=0.08	51 (60)	8 (88.9)	p=0.06	p=0.08
Edad (mediana)	68.9	61.9	p=0.06	p=0.06	67.6	61.9	p=0.1	p=0.2
Origen BSA	p=0.8						p=0.4	
Nosocomial	88 (57.5)	6 (54.5)			46 (54.1)	4 (44.4)		
Asociada a CS	35 (22.9)	3 (27.3)			22 (25.9)	3 (33.3)		
Comunitaria	30 (19.6)	2 (18.2)			17 (20)	2 (22.2)		
BSA persistente ¹	17 (19.5)	3 (37.5)	p=0.18		10 (17.5)	2 (28.6)	p=0.3	
SAMR	66 (44.1)	6 (54.5)	p=0.3		46 (54.1)	6 (66.7)	p=0.4	
Valvulopatía previa	16 (10.5)	0			11 (12.9)	0		
Válvula protésica	5 (3.3)	0			5 (5.9)	0		
CDI/MCP	5 (3.3)	0			4 (4.7)	0		
Soplo nuevo	12 (7.9)	3 (27.3)	p=0.04	p=0.009	7 (8.3)	3 (33.3)	p=0.004	p=0.01

OR027 Diagnóstico de sífilis en mujeres transgénero en una clínica de VIH e infecciones de transmisión sexual en un hospital público

Ballivian J, Ivalo S, Viloría G, Burgoa P, Touceda B, Ebersrtejin J, Losso M.
Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina.

Introducción: La sífilis es una infección fácilmente tratable en etapas tempranas. Debido a sus prácticas sexuales, las mujeres transgénero MT se encuentran entre las poblaciones de alto riesgo (PAR) para adquirir sífilis. Otras PAR son los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la población VIH+ y las parejas de personas diagnosticadas con sífilis. Por otro lado, existen evidencias de sinergismos entre ambas infecciones; lesiones mucosas por *T. pallidum* facilitan el acceso del VIH y el déficit del sistema inmune por VIH puede disminuir la resistencia a *T. pallidum*. Las MT en Argentina son la PAR con mayor prevalencia de infección por VIH. El objetivo del presente estudio es evaluar las características de las MT en una clínica de VIH/ITS, que fueron evaluadas para infección por sífilis.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de corte transversal para evaluar la prevalencia de sífilis entre MT en una clínica de VIH/ITS en Buenos Aires, Argentina, de 2014 a 2017. Se incluyeron MT entre 20 y 60 años en la primera visita a la clínica. Se determinaron las características demográficas, el uso de la terapia hormonal (TH) y el estado del VIH. La investigación serológica se realizó con una prueba no treponémica (VDRL) y se confirmó mediante una prueba treponémica específica (aglutinación pasiva de partículas). Las variables categóricas se describieron utilizando frecuencias absolutas y relativas y se compararon mediante la prueba de X² o la prueba exacta de Fisher según los valores esperados. Las variables continuas se describieron utilizando medianas y rangos intercuartílicos (RIC) y se compararon mediante la prueba t o la prueba de Mann-Whitney según la normalidad de las variables.

Resultados: 112 MT fueron elegibles para este análisis, 40 (35.7%) fueron VIH positivos, 32 (26.8%) tuvieron una prueba reactiva para la sífilis y 16 (14.3%) tuvieron ambas. La mediana de edad fue de 31,9 años (IQR 25-36). Encontramos asociación estadísticamente significativa entre tener serología positiva para VIH y el diagnóstico de sífilis (X² 5.54, p-valor = 0.019). Las MT migrantes tienen 3.09 chances más elevadas de contraer sífilis que aquellas que nacieron en Argentina (OR 3.09 X² 6.76 p-valor= 0.009). Encontramos asociación limitrofe entre el trabajo sexual entre MT y el diagnóstico de sífilis (X² 3.92, valor de p = 0.048). No se encontró asociación con el

Tabla 1. Características de las mujeres transgénero en su primera visita a la clínica de VIH / ITS

Características	Todas n = 112	Sífilis n = 30	p-valor
Edad (mediana, RIC)	31 (25-36)	30 (25-35)	0.66
Argentinas	30 (27%)	11 (37%)	0.009
Residentes de CABA	36 (32%)	8 (28%)	0.49
Obra social	8 (7%)	0 (0%)	0.076
VIH positivas	40 (36%)	16 (53%)	0.019
Trabajadoras sexuales	73 (65%)	23 (82%)	0.048
Uso/abuso Alcohol	57 (51%)	19 (66%)	0.085
Abuso de Cocaína	52 (46%)	18 (60%)	0.082
Uso de drogas IV	1 (0.89%)	0 (0%)	0.54

uso / abuso de alcohol, el uso / abuso de cocaína y el uso de drogas intravenosas (valor de $p = 0,085$, valor de $p = 0,082$ y valor de $p = 0,732$ respectivamente).

Conclusiones: Nuestro estudio encontró tres veces más chances de tener sífilis en las MT migrantes que fueron atendidas en nuestro centro. Aunque la atención clínica en nuestro país se brinda a todos los pacientes sin tener en cuenta su ciudadanía, una mayor proporción de diagnósticos en MT migrantes demanda una investigación más exhaustiva de sus causas. Las personas que ejercen el trabajo sexual pueden ser población clave para programas de prevención de ITSs, sin embargo, se soslaya el hecho que estas MT no usen preservativos con sus parejas. Las MT son PAR que necesita atención específica con respecto a las ITS en Argentina. El advenimiento reciente de pruebas rápidas duales para diagnóstico de VIH y sífilis quizá mejoren los resultados de diagnóstico y tratamiento oportuno en esta población. Será esto objeto de futuras investigaciones muy necesarias.

OR028 Abscesos hepáticos por *Klebsiella pneumoniae* hipermucoviscosa: enfermedad emergente también en argentina

Nannini E¹, Lahitte M², Scapellato P³, Nemirovsky C⁴, Zylberman M⁵, Vila A⁴, Marchiaro P⁶, Limansky A¹, Rinaudo M⁶.

¹IBR Conicet UNR Instituto de Biología Molecular y Celular de Rosario. Prov. de Santa Fe. ²Sanatorio Británico. Rosario. Santa Fe. Argentina. ³Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina. ⁴Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. ⁵Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. ⁶Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)- Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina. Argentina.

Introducción: El síndrome de absceso hepático por *Klebsiella pneumoniae* (SAHKP) es endémico en Asia, aunque se ha reportado esporádicamente en otras regiones. Es causado por cepas hipervirulentas e hipermucoviscosas del serotipo capsular K1/K2, pudiendo asociarse a infecciones metastásicas serias como endoftalmítis y meningitis. Hay escasos reportes en Argentina. El objetivo del trabajo es describir 13 casos clínicos de SAHKP y el análisis molecular de la cepa infectante de 7 de ellos.

Métodos: Se efectuó un análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con SAHKP de 5 centros del país, por participación voluntaria. Se realizaron pruebas de sensibilidad por difusión de disco y prueba de filancia para detección de hipermucoscosidad (>5 mm) a 7 cepas (1 de ellas ya reportada en: Open Microbiol J. 2011;5:107-13), además de la búsqueda de genes del cluster cps requeridos para la biosíntesis del polisacárido capsular específicos para K1 (wzc_K1), o K2 (orf10_K2), así como genes involucrados en el fenotipo hipermucoviscoso como el gen magA (restringido a serotipo K1) y rmpA (de ambos serotipos). La caracterización molecular incluyó la secuenciación de múltiples alelos mediante MLST (multilocus sequence type), PCR específica, y secuenciación de los productos amplificados.

Resultados: Se reportan 13 pacientes con SAHKP (4 mujeres) de 5 Hospitales (3 de Buenos Aires, 1 de Rosario y 1 de Mendoza), ocurridos desde oct-2015 a nov-2018 (más el caso reportado en el 2011). La edad promedio fue 62 años (48-77) y el de días a la consulta 9,5; 5 pacientes eran diabéticos y la mayoría no presentaban otra comorbilidad significativa. Todos padecieron fiebre y los hemocultivos fueron positivos en 7 casos (54%). En 11 pacientes (85%) se realizó drenaje percutáneo del absceso hepático y en 3 (23%) quirúrgico. No presentaron focos de infección extrahepáticos 3 pacientes, mientras que 5, 4, y 1 paciente presentaron 1, 2, y 3 focos, respectivamente; los más frecuentes fueron: endoftalmítis (3), abscesos pulmonares (3), de partes blandas (2), y empiema (3); y con 1 caso por sitio: absceso epidural, prostático, de pared gástrica, submandibular y artritis. Se administraron antibióticos endovenosos por un promedio de 32 días (14-44). Las cepas fueron sensibles a la mayoría de los antibióticos probados, observándose resistencia solo a ampicilina; el test de filancia fue positivo en los 11 de 13 aislamientos. Todos los pacientes resolvieron el cuadro clínico y fueron considerados cura; en 2 casos fue necesaria la enucleación ocular por endoftalmítis. El análisis molecular se presenta en la tabla 1.

Discusión: El SAHKP causado por cepas hipermucoviscosas del serotipo K1/K2 ocurriría por translocación gastrointestinal; la mayor cantidad de polisacáridos extracapsulares de las mismas afecta la fagocitosis por polimorfonucleares. La mayoría contienen el gen cromosomal magA (codificante de proteína asociada a mucoviscosidad), y el gen plasmídico regulador rmpA (codificante de proteína asociada a mucoviscosidad), y pertenecen al secuenciotipo ST23. En este estudio encontramos que 4 de las 7 cepas analizadas fueron K1, una K2, y 2 fueron negativas para ambos. De las 2 cepas analizadas, 1 fue ST23 y la otra ST571; se encuentra en análisis el secuenciotipo del resto.

Conclusión: Es importante reconocer este síndrome para realizar tratamiento temprano y atender las posibles complicaciones a distancia, que pueden causar importante morbilidad. Son necesarios estudios para determinar la portación intestinal de estas cepas en nuestra población, los factores predisponentes, y la vigilancia de cepas hipervirulentas emergentes con genes de resistencia como ya ha sido descrito.

Hospital Nro	Cepa Nro	Filancia	Genes				Serotipo K1/K2	Secuenciotipo
			magA	rmpA	wzc_K1	orf10_K2		
2	3	+	neg	pos	pos	neg	K1	ND
3	1	+	neg	pos	neg	pos	K2	ND
3	2	+	neg	pos	pos	neg	K1	ND
4	2	+	pos	pos	pos	neg	K1	ST571
4	3	+	neg	neg	ND	ND	neg	ND
5	1	+	pos	pos	pos	neg	K1	ST23
5	2	+	neg	neg	ND	ND	neg	ND

ND: no disponible; Nro: número; neg: negativo; pos: positivo

4 - Infecciones asociadas al cuidado de la salud

OR029 Profilaxis antibiótica precesárea: cuando trabajar fuera de las guías se transforma en una regla

Favier P¹, Raffo C¹, Torres D¹, Sábato S¹, Serio E¹, Campuzano F², Pérez J¹, Lovigné M¹, Luzi S², Moriya M¹, Macchi A¹, Zavala M².

¹Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Eva Duarte de Perón. Buenos Aires. Argentina

Antecedentes: La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una de las complicaciones más frecuentes de la cesárea abdominal. La misma se traduce en estancias hospitalarias prolongadas y aumento de costos en salud. La profilaxis antibiótica pre quirúrgica (PAP) reduce la incidencia de ISQ. Si bien las guías de PAP vigentes son muy útiles, en algunos escenarios resultan insuficientes, por lo tanto, consideramos crucial evaluar la utilidad de esquemas ajustados a la microbiología local.

Objetivos: Describir y comparar la tasa de ISQ de pacientes sometidas a cesárea bajo PAP según guías vigentes versus PAP ajustada a la microbiología local. Además, evaluar el impacto de esta intervención, así como estimar el ahorro teórico que supuso (SOGIBA y Kairos®, agosto de 2018).

Materiales y métodos: Estudio cuasiexperimental, pre y posintervención, que comparó la tasa de ISQ de pacientes sometidas a cesárea en una maternidad municipal del Conurbano Bonaerense. Durante el período preintervención (julio de 2016 a julio de 2017) se utilizó cefazolina 1g EV una hora antes de la incisión inicial. En el período de intervención (julio de 2017 a julio de 2018) se indicó gentamicina 5mg/kg/EV más clindamicina 900 mg/EV una hora antes de la incisión inicial (PAP ajustada). El diseño de esta última se fundamentó en los resultados de cultivos de las muestras quirúrgicas obtenidas de ISQ durante el período preintervención (45 % *Staphylococcus aureus*, 31 % *Staphylococcus coagulasa*-negativos y 9.1 % bacilos gram negativos, siendo la resistencia de los primeros 55.5 % a oxacilina, 16.6 % a eritromicina, 16 % a gentamicina, 8.3 % a trimetoprima-sulfametoxazol y 1.1 % MLSb). Se definió ISQ según las directrices actuales del Center for Disease Control and Prevention. En todos los casos se tomaron cultivos del lecho infeccioso por técnica estéril. La identificación bacteriana y los antibiogramas se realizaron siguiendo las normas del Clinical and Laboratory Standards Institute. Teniendo en cuenta la estancia hospitalaria promedio que representa esta complicación, los antibióticos y procedimientos necesarios, se calcularon los costos teóricos directos en salud. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$. Para el análisis univariado se utilizó el test de Chi2 por medio de EPI-INFO®7.2.

Resultados: Durante el período pre intervención, la tasa de ISQ fue 4.2 % (44 casos sobre 1040 procedimientos), mientras que la del período de intervención fue 1.2 % (12 casos sobre 960 procedimientos). Esta diferencia resultó ser estadísticamente significativa ($p < 0,00005$). Las pacientes que recibieron PAP ajustada presentaron menor probabilidad de ISQ (ORcrudo= 0.28, IC95 % 0.14-0.53). A su vez, nuestra intervención podría prevenir cerca del 70 % de nuevas ISQ (RRR 70.45 %, IC95 % 44.4-84.3). El ahorro teórico en hospitalizaciones, procedimientos quirúrgicos y antibióticos resultó en 1.580.591,90 AR\$ cada 1000 cesáreas.

Conclusiones: La tasa de ISQ de cesáreas disminuyó cuando se utilizó PAP ajustada a la microbiología local. Esta estrategia resultó ser una intervención útil y eficaz para prevenir nuevos casos de ISQ, así como también disminuir los costos directos en salud.

OR030 Restricción programada de cefalosporinas de tercera generación: una estrategia contra los bacilos gram negativos productores de β -lactamasas tipo AmpC

Favier P, Raffo C, Torres D, Sábato S, Serio E, Pérez J, Lovigné M, Luna R, Kumar L, Pérez D, Macchi A.

Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La estrategia de restricción programada (ERP) de antimicrobianos (ATM) podría disminuir las infecciones por gérmenes multiresistentes y los costos en salud. Un claro ejemplo son las bacterias productoras de Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Tabla 1.	P ₁	P ₂	p valor	ORcrudo (IC95%)	RRR (IC95%)
HC, %(n/total)	17% (14/141)	8.3% (18/378)	<0.03*	0.44 (0.21-0.94)	52.04% (6.2-75.5)
mB, %(n/total)	13% (15/115)	6.8% (24/351)	<0.03*	0.49 (0.25-0.97)	47.58% (3.5-71.5)
UC, %(n/total)	2.5% (1/39)	1.9% (3/155)	0.8	0.75 (0.07-7.41)	N/A

-lactamasas de tipo AmpC (bBLAAmpC), que son seleccionadas por ATM como las cefalosporinas de tercera generación (C3G). Adicionalmente, las mismas desarrollan resistencia intra-tratamiento al utilizar estos ATM. Por otro lado, estos microorganismos tienen la capacidad de adquirir elementos génicos portadores de otras β -lactamasas, algunas con capacidad hidrolítica sobre carbapenems como las metalobetalactamas de Nueva Delhi (bBLANDM). Por estos motivos, consideramos fundamental evaluar el impacto de esta estrategia en nuestro medio.

Objetivos: El objetivo primario fue disminuir la tasa de aislamientos de bBLAAmpC en cultivos positivos, no contaminados de pacientes internados en una unidad de terapia intensiva (UTI) luego de aplicar una ERP de C3G a nivel hospitalario. Los objetivos secundarios fueron: disminuir la tasa de aislamientos de bBLANDM y evaluar el ahorro teórico en costos directos de ATM que esta estrategia supuso (Kairos® agosto/2018).

Materiales y métodos: Estudio cuasi-experimental, previo (P1: julio/2016 a julio/2017) y posterior (P2: julio/2017 a julio/2018) a la implementación de una ERP de C3G en un hospital general de adultos del Conurbano Bonaerense. La ERP implicó el cambio de ATM de C3G a otra opción terapéutica, siempre que fuera posible, en todas las salas del hospital. El consumo de ATM, expresado en dosis diaria definida (DDD) de ATM/100 pacientes, fue evaluado en las salas generales (principales tributarias de la UTI) durante un intervalo de P2 (diciembre/2017 a febrero/2018). A su vez, se relevaron durante ambos períodos los hemocultivos (HC), urocultivos (UC) y mini lavado bronco-alveolares (mB) positivos, no contaminados de pacientes internados en la UTI. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$, para el análisis univariado se utilizó el test de Chi2, por medio de EPI-INFO®7.2.

Resultados: Durante la evaluación, el uso de C3G fue de 2.5 DDD/100 pacientes (1.488 DDD/451 pacientes). Se observó una diferencia significativa en la tasa de aislamientos de bBLAAmpC en HC y mB entre ambos períodos (tabla 1). Los HC y mB durante P2 presentaron menor probabilidad de desarrollar bBLAAmpC (tabla 1). Así mismo, hubo diferencia significativa en los aislamientos de bBLANDM en HC (ORcrudo 0.32, IC95 % 0.13-0.79, RRR 66.09 %, IC95 % 21.91-85.28). Esto supuso un ahorro teórico en consumo de ATM de 3.606.820,56 AR\$/100 bacteriemias y 1.717.539,00 AR\$/100 infecciones respiratorias por bBLAAmpC en pacientes de la UTI.

Conclusiones: La ERP de C3G en nuestro estudio fue efectiva en la reducción de los aislamientos de bBLAAmpC en HC y mB en la UTI. A su vez, se observó la misma tendencia en los relevos de bBLANDM en HC. Finalmente, esta medida implicó una disminución teórica de los gastos asociados al consumo de ATM."

OR031 Neumonía asociada a los cuidados de la salud y factores asociados a mortalidad

Sanchez Thomas D¹, Lopardo GD¹, Fridman D¹, Raimondo E², Albornoz H³, Lopardo A¹, Bagnulo H³, Goleniuk D⁴, Sanabria M⁵, Stamboulian D¹.

¹FUNCEI Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Argentina. ²Hospital Zonal Francisco López Lima. Río Negro. Argentina. ³Hospital Maciel. Montevideo. Uruguay. ⁴Sanatorio Casmer Femi Rivera. Uruguay. ⁵Hospital Regional Concepción

Introducción: La neumonía asociada a los cuidados de la salud (NACS) es un concepto introducido en 2005 que buscó definir un subgrupo de pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) con mayor riesgo de patógenos resistentes y mortalidad. En años posteriores se generó debate pues guías de manejo de pacientes con NAC recomendaron antibióticos de amplio espectro para NACS. Actualmente evidencias que soportan mayor riesgo de resistencia son controvertidas, sin embargo, el análisis de factores asociados a mortalidad son un tema de estudio que permitiría un mejor manejo de las NACS.

Objetivos: Describir y analizar el grupo de pacientes con NACS respecto a comorbilidades e identificar factores de relevancia en su evolución y pronóstico.

Materiales y métodos: El presente es un análisis poshoc del estudio NACREG1, estudio poblacional, descriptivo, y prospectivo cuyo objetivo fue estimar tasa de incidencia de NAC en adultos. El mismo fue realizado en 3 ciudades (General Roca, Argentina; Concepción, Paraguay y Rivera, Uruguay) entre enero 2012 a diciembre de 2016. En la evaluación inicial de pacientes que cumplieron los criterios de NAC definidos por el estudio se interrogó sobre los 5 criterios que definen NACS, sobre comorbilidades y se determinó el *score* CRB-65. Se evaluó mortalidad a 14 días (BMJ Open. 2018 Apr 10;8(4): e019439). Se utilizó χ^2 y test exacto de Fischer para variables categóricas y Student's T para continuas. El análisis multivariado se hizo por regresión lineal con IBM® SPSS 24.

Resultados: NACREG-1 enroló 2677 pacientes, 467 con uno o más criterios de NACS. Media de edad para pacientes con NACS fue 71,82 años ($p < 0.05$), siendo en el grupo NAC de un 61.49 (SD ± 19.84); 51.8 % eran mujeres. La prevalencia de comorbilidades en el grupo NACS fue 70,3 % y en NAC del 41,5 %. Las más frecuentes en NACS fueron: enfermedad cardiovascular (51,8 %), enfermedad neuropsiquiátrica (34,5 %), tabaquismo (35,5 %), hospitalización por NAC en el último año (31,5 %), diabetes (18,5 %), EPOC (18,5 %), enfermedad renal crónica (17,6 %) y neoplasia (16,3 %), presentando una mortalidad global a 14 días del 28,7 % y en NAC, del 9,1 % ($p < 0.05$). Aquellos con al menos un criterio de NACS y 2 o más comorbilidades presentaron mayor mortalidad a 14 días (31,6 % $p = 0,032$ OR 1,66 [1,045-2,654]), comparado con pacientes con NACS sin comorbilidades en quienes la mortalidad fue del 14,3 % siendo del grupo NAC de iguales características de un 3,5 % ($p < 0,011$). Las comorbilidades en el grupo NACS con aumento significativo del riesgo de mortalidad en el análisis multivariado fueron neoplasia, enfermedad neuropsiquiátrica, internación por NAC en el año previo y enfermedad cardiovascular. Respecto del CRB-65, la media al ingreso fue 1.70 (SD ± 1.007) para NACS y 1.05 (SD ± 0.87) para NAC ($p < 0.05$). La mediana del *score* CRB-65 al ingreso para pacientes con NACS fue de 2, y para NAC fue de 1 punto. Se determinó AUROC respecto del CRB-65 en NACS obteniéndose un valor de 0,712.

Conclusiones: Los pacientes con NACS presentan una carga de morbilidad mayor respecto a aquellos con NAC. El manejo individual y dirigido de comorbilidades es crucial en el plan terapéutico del paciente para prevenir complicaciones asociadas.

OR032 Intervención multimodal para aumentar la adherencia al lavado de manos en un hospital municipal de CABA: reporte de resultados preliminares

Gismondi M, Marcelo G, Aranda MJ, Sisto A, Abusamra L, Agüero D, Olazar G, Rolón MJ, Perez H.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: La higiene de manos (HM) es la medida principal para la prevención de infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), y se destaca por su bajo costo y sencillez. La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve un abordaje multimodal para aumentar la adherencia a la higiene de manos (AHM). La falta de cumplimiento entre los profesionales de salud (PS) constituye un problema histórico y de escala mundial.

Objetivos: 1. Medir la AHM en los PS antes y después de implementar un plan de acción multimodal. 2. Identificar factores locales que dificultan o facilitan la AHM. 3. Al final del estudio se evaluará variación de tasas de IACS.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, tipo antes y después, cuasiexperimental, realizado en salas de internación de un Hospital de Agudos de CABA, en unidades de cuidados intensivos (UCI) y áreas clínicas desde de oct-18 a feb-19. Se implementó un plan de acción de tres fases, repetido de forma mensual: 1) recopilación de datos mediante observación directa y pasiva de AHM sobre los sujetos de estudio (médicos, enfermeros y kinesiólogos), cuestionario dirigido a identificar factores locales que influyen la AHM y evaluación de infraestructura (disponibilidad de alcohol en gel o sitios de lavado). 2) Intervenciones multimodales, basadas en la evidencia y en los datos recolectados en la 1ra fase: programa educativo con entrenamiento, retroalimentación continua de resultados (feedback), folletos informativos, encuestas anónimas, 3) análisis de resultados. El análisis estadístico se realizó con Epi InfoTM7.2.

Resultados: Se realizaron un total de 1019 observaciones (49 % médicos de sala). El cambio global en la AHM con respecto al basal luego de tres meses de intervenciones en áreas clínicas fue de 25,8 % (95 % IC: 19.9- 32.7 %) a 46 % (95 % IC: 30,1-47 %) $p < 0,05$, mientras que en UCI fue de 46 % (95 % IC: 38.7-53.4) a 53 % (95 % IC: 49.1-58.6) $p < 0,05$, ambas estadísticamente significativas. Estratificado por servicio y profesión existió gran heterogeneidad en los resultados. Se observó variación máxima de AHM en el primer momento de la OMS (antes del contacto con el paciente), de 14,3 % (95 % IC: 9.4-21.2) a 38,6 % (95 % IC: 31,1-46,7 %, $p < 0,001$). Se encuestaron a 92 PS de los cuales el 71 % fueron médicos. Fue amplia la brecha de AHM percibida por los PS mediante encuestas vs.. la AHM observada de forma directa. Dicha situación mejoró con el *feedback* de resultados. El 81 % de los PS encuestados no reconoció el correcto funcionamiento de los "5 momentos de la HM" propuestos por la OMS. Un tercio de los PS no identificó a las manos como la principal causa de contaminación cruzada y el 33 % de los médicos, con más de cinco años de experiencia en el hospital, consideró que el uso de guantes reemplaza al lavado de manos. Se destaca que el 70 % de las habitaciones de áreas clínicas no disponía de alcohol en gel y esto no ha variado durante el estudio.

Conclusiones: Las intervenciones realizadas demostraron, en poco tiempo, efectividad para aumentar la AHM tanto en áreas clínicas como en UCI, a pesar de que la disponibilidad de alcohol en gel en el sitio de atención fuese inferior a las recomendaciones. Quedaron en evidencia las necesidades educativas locales de los PS con respecto a la HM y la percepción errónea en cuanto a los niveles de adherencia. Esto permitió direccionar el esfuerzo del plan educativo y generar un fuerte impacto mediante el *feedback*. Es fundamental el rol de la gestión de recursos para que estas intervenciones sean exitosas.

OR033 Estudio multicéntrico de adherencia a la profilaxis quirúrgica y sus determinantes en instituciones de salud de la Argentina

Rodríguez VM¹, Clara L², Colque A³, Vizca Klajn D¹, Nemirovsky C², Angeleri P, Herrera MP⁴.

¹Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina. ²Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina. ³Complejo Médico Churruca. CABA. ⁴Instituto Médico de Alta Complejidad, Salta. Grupo multicéntrico para el estudio de "Adherencia a las guías de profilaxis quirúrgica en Argentina". Comisión de IACS y SP (CUAR SADI). a un autor le falta filiación

Introducción: La profilaxis antibiótica quirúrgica adecuada es una práctica costo-efectiva que reduce en forma significativa las infecciones de sitio quirúrgico y su indicación inadecuada genera muchos errores médicos evitables. No se han realizado estudios multicéntricos en Argentina que evalúen el nivel de adherencia a guías de profilaxis quirúrgica (AG) ni sus determinantes.

Objetivos: Evaluar nivel de AG en instituciones de salud de Argentina y determinantes de falta de adherencia.

Material y métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico, transversal realizado en 35 centros de septiembre a diciembre de 2018. Se revisaron partes de procedimientos quirúrgicos (PQ) de una semana asignada; excluyéndose PQ con datos incompletos. Se determinó AG según antibiótico utilizado, momento, vía y dosis de administración, duración, refuerzo intraoperatorio e indicación correcta. Se registró sexo y experiencia de anestesista; edad de paciente; especialidad quirúrgica, tipo, urgencia y duración de PQ; dependencia institucional, población objetivo, aplicación de PROA y reporte a VIHDA. Los datos fueron recolectados online en una base centralizada.

Análisis estadístico: Se describieron las variables con medias, medianas, desvío estándar y rango intercuartílico; valores absolutos y relativos. Se determinó nivel de AG y distribución porcentual de formas de no adherencia. Se comparó nivel de AG según características de institución, edad de paciente, especialidad quirúrgica, urgencia y duración de PQ, sexo y experiencia de anestesista, con test X² o T de Student y nivel de significación de 0,05. Se ajustó un modelo de regresión logística múltiple.

Resultados: Se revisaron 1083 PQ, después de excluir 327 por datos incompletos. La AG fue 67,04 %; formas más frecuentes de no adherencia: antibiótico incorrecto (28,85 %), profilaxis innecesaria (25,49 %) y profilaxis prolongada (24,37 %). La AG fue mayor en pacientes menores de 18 años (84,88 % vs. 65,50 %, p < 0,001) y varió según dependencia de obra social, privada, pública o comunitaria (33,33 %, 64,37 %, 78,82 % y 83,33 %, p < 001) y según población maternoinfantil, pediátrica, de patología específica y general (97,92 %, 97,22 %, 89,36 % y 63,24 %, p < 0,001). Fue mayor en Neurocirugía (91,11 %), Obstetricia (82,44 %) y Cirugía Cardiovascular (CCV) (72,85 %) y menor en ORL (47,83 %), Oftalmología (50,00 %) y Urología (55,95 %) (p < 0,001). El análisis ajustado mostró mayor AG en pacientes menores de 18 años (OR: 4,97; IC95, 1,13-21,80), cirugía de urgencia (OR: 2,18; IC95, 1,11-4,26) e institución de dependencia pública, privada o de comunidad (OR 9,35; IC95, 3,85-22,70). Fue mayor en instituciones para población maternoinfantil o patología específica (OR: 10,52; IC95, 1,30-85,12); en PQ de CCV, Neurocirugía u Obstetricia (OR: 2,73; IC95, 1,55-4,78) y en instituciones con PROA (OR1,95; IC95, 1,10-3,45).

Conclusiones: Este estudio mostró una prevalencia de 67,04 % de profilaxis quirúrgica adecuada y las formas más frecuentes de no adherencia fueron ATB incorrecto, uso innecesario y duración prolongada. Es posible que la alta AG observada en nuestro estudio se deba a la presencia de Infectólogo o Comité de control de infecciones en todas las Instituciones. Los determinantes de la AG fueron menor edad del paciente, aplicación de un PROA, dependencia privada, pública o de comunidad y población maternoinfantil o de patología específica. La AG fue mayor en PQ de urgencia y en algunas especialidades. Los resultados sugieren la necesidad de reforzar especialmente la AG en pacientes adultos, PQ programados, instituciones para población general y en ciertas especialidades, así como la importancia de aplicar un programa de gestión de antimicrobianos.

OR034 ¿Qué papel juega la portación de enterobacterias productoras de carbapenemasas en adultos mayores internados en instituciones geriátricas?: estudio multicéntrico

Favier P¹, Carrión N¹, Martins R¹, Serio E¹, Galindo I², Torres D¹, Raffo C¹.

¹Centro médico RACAIS. CABA. Argentina. ²Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) son un problema global debido a las escasas opciones terapéuticas. Estas son más frecuentes en adultos mayores, ya que presentan intrínsecamente factores predisponentes. Es bien conocida la prevalencia de su portación en internados, los factores de riesgo y la predictibilidad que implica para el desarrollo de infecciones por estos microorganismos. Sin embargo, no disponemos de datos provenientes de instituciones geriátricas.

Objetivos: Determinar la tasa de portación de EPC en adultos mayores internados en instituciones geriátricas, así como también establecer factores de riesgo asociados a la adquisición de la misma.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo y analítico que incluyó mayores de 60 años internados en 6 geriátricos (G1 a G6) de la Ciudad de Buenos Aires, entre diciembre de 2018 y marzo de 2019. Ninguno contaba con políticas restrictivas de admisión, aislamiento o pesquisa de EPC. Tampoco brindaban atención a pacientes en asistencia respiratoria. A todos los pacientes se les tomaron hisopados de vigilancia de EPC a nivel axilar, inguinal y perianal. La detección bacteriana y los antibiogramas se realizaron bajo las normas del CLSI. Los positivos fueron confirmados por métodos moleculares (PCR). Se relevaron antecedentes clínicos y epidemiológicos relacionados a posibles factores vinculados a la colonización. Se usó estadística descriptiva, U de Mann Whitney o Chi² según correspondiera, y para el análisis multivariado, regresión logística. Se consideró significativa una p < 0.05. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

Resultados: Se incluyeron 205 pacientes (G1 12.7 %, G2 24.4 %, G3 14.6 %, G4 11.7 %, G5 15.6 % y G6 21 %). El 77.1 % fueron mujeres, la mediana de edad fue 87 años (RIC 11) y la mediana de institucionalización fue de 26 meses (RIC 39.8). La mediana de auto validez (Score de Katz) fue 2 (RIC 2) y de comorbilidades (Score de Charlson) fue 5 (RIC 2). El 17.1 % había presentado ingreso hospitalario en el año previo y el 9.8 % había recibido antimicrobianos (ATM) el mes anterior. Un paciente tuvo infección previa por EPC (no presentando hisopados positivos ni siendo conviviente de los pacientes colonizados) y uno por bacterias productoras de blaBLEE. La prevalencia de la portación de EPC fue 1.46 % (n = 3). Los colonizados provenían de dos instituciones (G2, tasa 2 % y G6, tasa 4.5 %). Ninguno había compartido habitación. Asimismo, sus convivientes no presentaron hisopados positivos. Al analizar factores de riesgo posiblemente asociados a la portación de EPC, sólo el uso de ATM sistémicos el mes previo se asoció de manera significativa (ORajustado 2.9, IC95 % 1.3-273.7, p = 0.031).

Conclusiones: En nuestro estudio, se observó una tasa de portación de EPC cercana al 1.5 %. Este dato resulta inédito considerando la ausencia de experiencias similares. Asimismo, el uso de ATM sistémicos se asoció de manera significativa a esta condición. Por lo tanto, resulta fundamental el seguimiento de esta población, para poder obtener información que nos permita generar directrices sobre el manejo de pacientes colonizados por EPC en estas instituciones.

OR035 Colonización en dispositivos celulares móviles en una Unidad de Terapia Intensiva de un hospital de CABA

Farbman MA, Balseca J, Abusamra L, Sisto A, Herrera V, Aranda MJ, Cogut S, Rolón MJ, Pérez H.
Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: La utilización de los dispositivos celulares móviles (DCM) por los trabajadores de la salud hoy en día es frecuente en su actividad laboral debido a su gran utilidad y acceso rápido a información virtual. Esto podría asociarse a la colonización de los mismos y la consecuente transmisión horizontal de microorganismos. Algunos estudios reportaron que los DCM son una fuente constante y móvil de infección para pacientes hospitalizados debido a su fácil traslado y uso habitual. En este estudio se investigó la colonización por microorganismos patógenos de los DCM en una Unidad de Terapia Intensiva con alta prevalencia de infecciones nosocomiales, en primer lugar, por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) seguido de bacilos gram negativos no fermentadores (BGNNF) y *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR).

Objetivo: Determinar la colonización de gérmenes en DCM de trabajadores de la salud en una unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital general de agudos de CABA.

Método: Estudio de corte transversal, en el que se analizó la colonización bacteriana de los DCM pertenecientes a los trabajadores de la salud de UTI en el transcurso de su actividad asistencial. Se hisoparon 30 DCM pertenecientes a médicos, enfermeros, kinesiólogos y auxiliares de limpieza que ejercen su actividad dentro de la UTI. La muestra se recolectó de manera aséptica con un hisopo estéril que se deslizó sobre toda la cubierta externa de los DCM. Se sembraron en medios de Manitol y Chrom agar BLEE. A su vez, se evaluó mediante una encuesta los hábitos de uso del celular durante el contacto con los pacientes y modo de limpieza del mismo.

Resultados: De 30 DCM hisopados, 29 obtuvieron desarrollo bacteriano, de los cuales el 79 % correspondió a *Staphylococcus coagulasa* negativo. A su vez, se detectaron en 9 muestras crecimiento polimicrobiano, obteniendo 11 microorganismos patógenos: 6 *S. aureus* (1 SAMR) y 5 BGNNF (*Pseudomonas* spp y *Acinetobacter* spp). De acuerdo con datos de la encuesta, se obtuvo que el 100 % de los trabajadores utilizaron el celular dentro de la UTI, 21/30 lo usaron durante la atención a los pacientes y sólo 9/30 lo higienizaron con un desinfectante a base de alcohol dentro de las 24 horas.

Conclusión: Nuestros datos sugieren que los DCM son susceptibles a estar colonizados por gérmenes potencialmente patógenos como *S. aureus* o BGNNF. Hubo correlación parcial entre los gérmenes aislados en este estudio y los microorganismos prevalentes del área evaluada, que podría explicarse por la baja sobrevida que poseen gérmenes como Enterobacterias, de aislamiento frecuente, en ambientes secos a largo plazo. Se evidenció que dos tercios de los trabajadores de la salud utilizan los DCM durante la atención del paciente sin realizar la limpieza correspondiente de los mismos. Dado que los DCM son necesarios y la restricción en cuanto a su uso no resulta práctico, se debe entonces, trabajar en una mejor adherencia a medidas de control de infecciones para la utilización de estos dispositivos. Se deberían realizar estudios adicionales para determinar la capacidad de los DCM para preservar patógenos bacterianos a lo largo el tiempo y su potencial fuente de transmisión horizontal.

OR036 Tuberculosis en trabajadores de la salud

Ciappina A¹, Echaide M¹, Urbina L¹, Romero R¹, Tejada N², Bobatto A¹, Bechini F¹, Iriart J¹, Corral G¹, Hualde M¹, Miglioranza C¹, Luz A¹.
¹Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar E. Alende. Ing. Budge. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Prof. Bernardo Houssay. Vicente Lopez. Prov. De Buenos Aires. Argentina

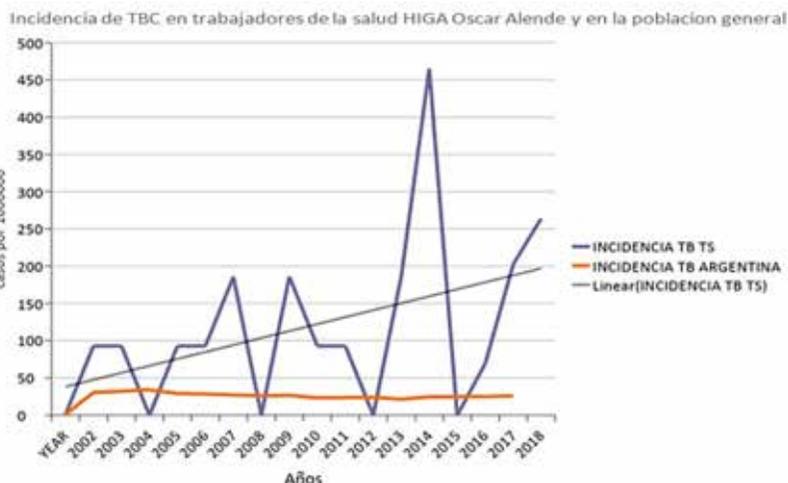
Introducción: La tuberculosis en trabajadores de la salud (TBTS) se ha notificado en países de todo el mundo. A pesar de ser el nuestro un país de baja incidencia, nuestra institución se considera de alto riesgo de transmisión (CDC-2005). En países con baja incidencia de TB la tasa de TBTS es de 67/100.000 TS. En Argentina, el único estudio publicado de TBTS (Palmero-2005) mostró una tasa de 111.3/100.000; 3.7 veces mayor que en población general. En nuestro hospital en el periodo 2002-2014 se estimó una tasa media de 149.3/100.000 TS(SADI-2014).

Objetivos: Describir la situación de la TBTS en nuestro hospital. Calcular su incidencia y compararla con los datos nacionales.

Métodos: Estudio descriptivo, retro-prospectivo de los años 2002-2018. Se calculó la tasa de incidencia y la mortalidad de TBTS. Se analizaron variables clínicas,

Tabla 1. Descripción de los casos por año

AÑO	N: TS	AREA	OCCUPACION	LOCALIZACION
2002	1	CLINICA MEDICA	MEDICO	Pulmonar
2003	1	CLINICA MEDICA	ENFERMERA	Pulmonar (P)
2005	1	UNIDAD RENAL	MEDICO	Pulmonar
2006	1	GUARDIA	ENFERMERA	Pulmonar
2007	2	INFECTOLOGIA	MEDICO	Pulmonar
			MEDICO	Pleural
2009	2	CIRUGIA	INSTRUMENTISTA	Pulmonar
			ENFERMERA	Pulmonar
2010	1	UTI	KINESIOLOGO	Pulmonar
2011	1	UTI	ENFERMERA	Pulmonar
2013	2	CLINICA MEDICA	TRABAJADOR SOCIAL	Pulmonar
		LABORATORIO	TECNICO	Peritoneal
2014	5	NEUROLOGIA	MEDICO	Diseminada
		GUARDIA	MEDICO	Pulmonar
		IMAGENES	TECNICO	Pleural
		SEGURIDAD	PERSONAL	Pulmonar
		MANTENIMIENTO	PERSONAL	Pulmonar
2016	1	CIRUGIA	INSTRUMENTISTA	Pulmonar
2017	3	CIRUGIA	MEDICO	Pleural
		MANTENIMIENTO	PERSONAL	Pulmonar
		PSIQUIATRIA	ENFERMERA	Pulmonar
2018	4	GUARDIA	ENFERMERA	Pleural
		CLINICA MEDICA	ENFERMERO	Pleural
		GUARDIA	ENFERMERA	Pulmonar
		GUARDIA	ENFERMERA	Pleuropulmonar



microbiológicas y sociodemográficas, áreas de trabajo y evolución.

Resultados: Se identificaron 25 casos. Edad media de 38 (DS 8.1); femenino 15 (60 %); uno tenía factor predisponente: LNH. El diagnóstico fue clínico en 7 casos, por anatomía patológica en 5 casos y microbiológico en 13. Se identificó 1 caso de multirresistencia. Finalizaron el tratamiento 22 personas, un caso se encuentra en tratamiento y dos fallecieron (mortalidad:0,078/1000). La media de la incidencia estimada de TBTS fue de 124/100.000 personas/año, cerca del doble de la esperada en TS según CDC. Siendo 4.7 y 3.5 veces mayor que la reportada en población general Argentina (2017) y de Buenos Aires (2016) respectivamente.

Discusión/Conclusión: La incidencia de TBTS en nuestro hospital continúa siendo mayor que la reportada a nivel nacional y muestra una preocupante tendencia ascendente. Siendo la guardia el área de mayor riesgo en la actualidad. Se debe reforzar el cumplimiento del aislamiento respiratorio, garantizando una infraestructura adecuada, reducir los tiempos diagnósticos según recomendación de la OMS (mediante GeneXpert) así como la estadía hospitalaria de los pacientes con TB y el screening periódico del personal de salud.

OR037 Restricción y validación de PCR para una vigilancia de KPC más costo efectiva

Burokas S, Salazar E, Gimenez C, De Matos Lima S, Staneloni M.
Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La vigilancia activa por medio de hisopados es una de las intervenciones para controlar la transmisión intrahospitalaria de KPC. No existe consenso para definir el mejor método de screening microbiológico, y el costo efectividad depende de la tasa local. El método óptimo debe balancear riesgos y recursos.

Los estudios de biología molecular para la detección de colonización por gérmenes resistentes son de gran utilidad y tienen ventajas con respecto al cultivo por la sensibilidad de la prueba y el tiempo que demora en obtenerse el resultado. El costo de la PCR en nuestro centro es 10 veces mayor al cultivo. A partir del aumento del número de casos de KPC en 2018 y la falta de reactivos, se buscó desarrollar un sistema propio con una estrategia de vigilancia costo efectiva. A continuación, se describe esta estrategia y el impacto en la tasa de incidencia de KPC y costos en nuestro hospital.

Metodos: Desde fines de 2017 se reforzó y auditó la vigilancia de KPC en unidades cerradas y sectores con predominio de

pacientes inmunocomprometidos. La búsqueda para KPC está indicada en estas áreas en determinadas situaciones: pacientes derivados con >24 horas de internación, al ingreso en aquellos con internación previa en el último año y luego seguimiento con hisopados semanales. La vigilancia se acompaña con una política de aislamientos con control de la implementación por el comité de control de infecciones.

Según la política hospitalaria, la búsqueda de KPC por PCR está indicada sólo en los pacientes inmunosuprimidos y para aquellos casos en los que por razones clínicas o por

flujo de pacientes, se requiere con mayor urgencia un resultado. El resto de los casos se realiza cultivo y aislamientos preventivos hasta obtener los resultados. En setiembre del 2018 se implementó junto con el equipo de informática la restricción de pedidos para KPC por PCR por medio de la validación de estos estudios por Infectología y el Comité de Control de Infecciones. Cuando el profesional realiza el pedido, éste queda en suspenso hasta ser evaluado por un especialista quien aprueba o cancela el mismo. Además, se reforzaron con los distintos equipos las indicaciones de PCR para evitar pedidos innecesarios. Se analizaron los pedidos de PCR para KPC y cultivo para KPC y sus costos pre y posintervención. Se observó posible impacto en la tasa de KPC.

Resultados: Desde enero 2016 a enero 2019, fueron solicitados 4490 hisopados de KPC por PCR. En el 2016 y 2017, el promedio de pedidos por mes fue de 102. Este valor asciende a 237 en la primera parte del 2018, en el cual aumentaron los casos de KPC en nuestro centro. Inclusive considerando mayo y junio, meses en los cuales se terminaron los reactivos y no se realizó PCR. Durante el 2018 el valor asignado a esta práctica fue de aproximadamente 60 dólares. Valores de referencia y costo en nuestro hospital: adjunto. Se logró reducir de un promedio de 237 pedidos por mes a 21. Inclusive si asumimos que los hisopados que no se realizaron por PCR se procesaron como cultivos el ahorro mensual es de 11.146 USD y un anual de 133753.2. Pedidos por mes de PCR para KPC y tasa de KPC: ver gráficos. Limitantes: si bien en primera instancia, no impresiona haberse afectado el flujo de pacientes ni la dinámica de los aislamientos, en este estudio no se realizaron mediciones respecto al flujo de pacientes o días de aislamiento preventivo.

Discusión: Con esta metodología y a pesar de que se incrementó la vigilancia en la mayoría de los sectores, se logró reducir en más de un 90 % la realización de PCR para KPC. En el análisis costo beneficio se observó que con un control diario en la solicitud de este estudio de mayor costo se obtuvo un ahorro mensual de 13608 USD sin interrumpir el descenso significativo de la tasa de KPC en el último trimestre de 2018 y primeros meses de 2019.



	Valores de referencia	
	PCR	Cultivo
Sensibilidad	0.93-1	0.68-0.99
Especificidad	0.98-1	0.91-1
Tiempo al dx	0.5 días	2 días
Costo	33 USD	11 USD

Costo en nuestro hospital 59,9 UDS* 7,9 USD

tiempo al dx 1 día 2-4 días

*este valor es un promedio, varía según la obra social y el precio del dólar (50-69 para PCR y 6.7-9.1 para cultivo)



5 - Enfermedades endémicas emergentes y medicina del viajero

OR038 Síndrome cardiopulmonar por hantavirus: experiencia en Cuidados Intensivos

Saul P, Gregori Sabelli R, Chediack V, Mammoliti G, Dominguez C, Nano M, Cortez E, Bocassi A, Caceres S, Lamberto Y, Velasquez P, Cunto E, Nogueras C.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es una enfermedad emergente causada por virus del género *Orthohantavirus*, familia *Bunyaviridae*. Afecta a humanos principalmente a través de la inhalación de aerosoles contaminados provenientes de las excretas de roedores, aunque la transmisión interhumana ha sido descripta. La presentación clínica varía de un síndrome febril inespecífico hasta insuficiencia respiratoria y shock cardiogénico. Tiene baja incidencia en Argentina, pero con relevancia para la salud pública por la epidemiología y letalidad (promedio 20 %).

Objetivo: describir la experiencia en cuidados intensivos de pacientes con SCPH.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo y descriptivo. Período 1999-2019. Se evaluaron 31 pacientes con SCPH confirmados por serología (anticuerpos tipo IgM e IgG) y biología molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Variables analizadas: Sintomatológicas, Radiológicas, Clínicas, Respiratorias: Ventilación mecánica (VM), PAFI (presión arterial de oxígeno/fracción inspirada de oxígeno), parámetros de laboratorio, infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS), entre otras. Se utilizó SPSS 25.0. Las variables continuas de distribución normal se expresaron como \pm SD, el resto se expresó como mediana (Me) y rango. Variables nominales se registraron en frecuencias y porcentajes. Se consideró significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: 74 % hombres, edad: Me 32 (14-67); días de internación: Me 10 (1-26). Contacto con roedores 64 %. Síntomas más frecuentes: fiebre (100 %), disnea (93 %), mialgias (70 %), gastrointestinales (61 %), tos (45 %). Requiritieron VM 80 %, (ventilación invasiva 14 pacientes y no invasiva 11 pacientes) con una Me de 5 días (1-12) y uso de vasopresores 48 %. Radiografía con infiltrados bilaterales (100 %), patrón intersticial 45 %, alveolar 3 % y mixto 51 %. IACS 32 %. Diagnóstico con serología específica (Inmunoglobulinas M y G) 87 % y 12.9 % serología más reacción de cadena de polimerasa (PCR). 96 % recibieron antibioticoterapia y 80 % metilprednisolona. Tabla 1. Evolución de parámetros de laboratorio. La mortalidad fue 19 % (6/31). Se relacionaron IACS ($p = 0,05$), VM ($p = 0,009$), vasopresores ($p = 0,01$) y PAFI ≤ 200 ($p = 0,05$) con mortalidad, resultando p estadísticamente significativa. Las demás variables, incluso el tratamiento con metilprednisolona ($p = 0,19$) no fueron estadísticamente significativa.

Conclusión: Recomendamos ante un síndrome febril con epidemiología, y sospecha de SCPH, el ingreso precoz a terapia intensiva para mejorar manejo hemodinámico y respiratorio. Tratándose de una neumonía de la comunidad, sugerimos antibióticos de amplio espectro hasta tener diagnóstico definitivo.

Tabla 1. Evolución de parámetros de laboratorio

	Ingreso (Me)	48 horas (Me)	7 días (Me)
Hematocrito %	45 (27-62)	40 (19-54)	35 (19-43)
Neutrofilia %	82 (46-97)	76 (46-94)	76 (50-95)
Plaquetas células/mm ³	41.000 (17.-201.)	83.000 (36.-194.)	164.000 (85.-345.)
AST UI/l	102 (19-555)	91 (26-467)	72 (17-569)
ALT UI/l	40 (11-373)	72 (13-797)	97 (39-418)
PAFI	197 (63-607)	212 (53-500)	229 (98-570)
Lactato mmol/l	2.7 (0.6-5.6)	2 (0.8-13.7)	2 (0.9-5.2)

OR039 Sífilis anorrectal: una entidad subdiagnosticada. Casuística de un hospital público de CABA.

Cipollone S, Svidler López L, López Aquino D, Sidra GL, Cabrini M, Ventura MF, Cordero Muñoz M, Pérez HM, Pastore RLO.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones transmisibles sexualmente (ITS) afectan a millones de personas al año. *Treponema pallidum* ocasiona sífilis, una de las ITS globalmente más frecuente. En Argentina el reporte de casos asciende anualmente, siendo la mayoría menores de 30 años. El sexo anal no protegido constituye un factor de riesgo por la mayor permeabilidad de la mucosa rectal. Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) representan un grupo particularmente vulnerable. La clínica varía según el estadio. El estadio primario ocasiona intensa proctalgia similar a la fisura anal idiopática y en el secundario las lesiones pueden simular condilomas virales. La hipótesis del estudio es la existencia de un aumento progresivo de los casos de sífilis rectoanal y que, puesto que las manifestaciones resuelven espontáneamente, suelen quedar sin diagnóstico etiológico. El objetivo de la presentación es describir la población afectada, comunicar los resultados e instar a la comunidad médica a contemplar la sífilis anorrectal como diagnóstico diferencial.

Métodos: Estudio descriptivo, ambispectivo y transversal. Revisión de registros de pacientes atendidos en consultorio de coloproctología del Hospital Juan A. Fernández entre 01-01-2015 y 01-03-2019. Se incluyeron pacientes con pruebas de laboratorio confirmatorias de sífilis. Variables analizadas: sexo, edad, diagnóstico con el que fue referido, infección por VIH, otras ITS, sexo anal/oro-anal no protegido, estadio, manifestaciones clínicas y casos/año detectados.

Resultados: 77 casos (61 hombres, 12 mujeres, 4 mujeres trans). Edad mediana 30 años (rango: 18 - 72), 48 % menores de 30 años. 75 % de las trans eran trabajadoras sexuales. 83 % de la serie, y el 100 % de los VIH+, no utilizó preservativo. 17 (22 %) de los casos fueron detectados en contexto de pesquisa de *Chlamydia* como agente causal de proctitis. 58 pacientes (75 %) presentaron al menos una infección asociada: 64 % con VIH, 42 % con HPV, 17 % con *Chlamydia* y 13 % con gonococo. Coexistieron sífilis, VIH y LGV en 8 pacientes HSH. Se diagnosticó sífilis primaria en 62 pacientes (81 %) y secundaria en 15 (19 %). Las manifestaciones más observadas fueron proctalgia (77 %), secreción (53 %), proctorragia (55 %), úlcera anal (51 %). Cuatro pacientes sin ITS asociadas cursaron con tumor inflamatorio y 9 presentaron adenopatías inguinales. Un paciente cursó un cuadro similar a colitis ulcerosa. Seis de las 12 mujeres (50 %) llegaron derivadas con diagnóstico erróneo: 3 hemorroides, 1 fisura y 2 reacciones alérgicas. Distribución de casos por año: 6 pacientes en 2015, 13 en 2016, 21 en 2017, 31 en 2018 y 6 primer bimestre 2019.

Conclusiones: Se detectó un aumento progresivo de casos de sífilis anorrectal, la mayoría en HSH VIH+ que no usa preservativo. El elevado porcentaje de casos diagnosticados en estadio primario responde a la pesquisa sistemática de sífilis en contexto de otras ITS, debiendo sospecharse la asociación con LGV en HSH VIH+. La similitud clínica con otras patologías no venéreas y la remisión espontánea de las lesiones hace preciso su testeo para evitar la progresión de la enfermedad y cortar la cadena de contactos.

OR040 Enfermedades al regreso de un viaje: 5 años de experiencia (2013-2017)

Cutraro F, Echazarreta S, Falcone C, Garro S, Gonzalez G, Lloveras S, Fernandez M, Enzenhofer M, Orduna T.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: Los viajes internacionales y nacionales se han incrementado en forma exponencial en los últimos años por lo cual son más frecuentes las consultas asociadas al posviaje (PV). El retraso diagnóstico por inadecuada sospecha podría implicar aumento de morbimortalidad y del riesgo de transmisión de enfermedades.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes que consultaron en el PV en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de las consultas médicas en el PV que se efectuaron en nuestro centro en el período 2013 al 2017 inclusive.

Resultados: Se realizaron 423 consultas. La edad media fue de 37 años (2-80 años), 50 % de sexo femenino, 63 % tenían obra social o prepaga y 0,9 % eran inmunocomprometidos (VIH o patología oncológica). El 80 % correspondió a viajes internacionales y los principales destinos fueron Sudamérica (64 %), África (12 %) y Asia (11 %). La mediana de duración del viaje fue de 17 días. El propósito del viaje fue turismo (78 %), trabajo (8,5 %), visita a familiares (8,5 %) y tareas comunitarias (5 %). El 85 % no había realizado consulta previaje. El 15 % viajó a zonas de riesgo para paludismo, de ellos el 31 % realizó quimioprofilaxis, pero el 55 % no la cumplió adecuadamente. Los motivos de consulta fueron dermatosis (41 %), fiebre (39 %), alteraciones gastrointestinales (7 %), accidentes con animales (5 %), patología respiratoria (3 %), trauma (0,5 %) y otros (4,5 %). Dentro de la patología cutánea los principales diagnósticos fueron larva migrans cutánea, dermatobiasis y leishmaniasis cutánea. De los síndromes febriles, las arbovirosis (dengue y chikungunya) representaron el 28 % (45/163) y paludismo el 25 % (40/163). Con respecto a las arbovirosis el 35,5 % provenían de Paraguay, 18 % de Argentina, 31 % de otros países de Latinoamérica y 7 % de sudeste asiático. En relación a paludismo 50 % de los casos lo habían adquirido en África subsahariana y 38 % en Latinoamérica (Perú, Venezuela, Bolivia y Brasil), de ellos el 17,5 % había realizado quimioprofilaxis, pero solo uno adecuadamente. El 93 % de la patología gastrointestinal se debió a diarrea, 28 % aguda y 36 % persistente. El 41 % de los pacientes presentaron los primeros síntomas intra viaje, 52 % en el primer mes PV y 6 % más allá de los 30 días del regreso. Dentro de este último grupo, el principal diagnóstico fue recaída de paludismo. Leishmaniasis cutánea fue la patología más frecuente entre aquellas con más de 60 días de evolución. El 11 % del total de casos requirió internación y no se registraron óbitos. En el 28 % no se arribó a un diagnóstico definitivo.

Conclusiones: En nuestra serie la mayor parte de los pacientes no habían realizado consulta previaje. La misma se convierte en una herramienta fundamental para poder aplicar medidas de prevención que minimicen los riesgos de enfermar, tanto por patologías infecciosas como no infecciosas. En el 93 % de todas las consultas los síntomas se presentaron antes de los 30 días PV por lo que este período es crítico en la sospecha de patología asociada al mismo.

OR041 Once años de hantavirus en la provincia de Santa Fe, área endémica de Argentina

Otonelli M, Befani Bernal J, Ferrer MF, Galatti F, Brazza S, Detarsio F, Moreno S, Villani M, Cudos MC.
Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: El hantavirus es una zoonosis emergente producida por el virus de la familia *Bunyaviridae*. El virus se adquiere por vía inhalatoria, contacto directo con secreciones de roedores silvestres infectados. La transmisión interhumana fue descrita solo con el genotipo Andes Sur. El objetivo es describir la distribución y presentación clínica de los casos confirmados de hantavirus en la provincia en 11 años de seguimiento.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo transversal y cuantitativo de los casos de hantavirus diagnosticados en la Provincia de Santa Fe entre 2008 y 2018 inclusive.

Se analizaron los casos confirmados según normativas nacionales vigentes que incluye anticuerpos IgM específicos o seroconversión IgG por ELISA y/o detección de genoma viral por PCR-RT. Se estudiaron variables demográficas, clínicas y mortalidad. Los datos fueron adquiridos de la base informática provincial, nacional e historias clínicas. Se calcularon cifras absolutas y relativas.

Resultados: En la provincia de Santa Fe, en el período 2008-2018, fueron confirmados 88 casos, masculino 63 (71 %) femenino 25 (29 %), la edad promedio fue 33,4 años (rango 3 a 85 años). El 89 % requirió internación. La presentación clínica al inicio fue, fiebre 100 %, cefalea y mialgias 64 %, síntomas abdominales 54 %. El laboratorio inicial promedio fue Hematocrito 41 %, Leucocitos 10833/uL y Plaquetas 73004/uL. VSG 18 mm 1ª hora, GOT 113, GPT 71. Fallecieron 20 pacientes (22,7 %): 12 masculinos y 8 femeninos (19 % y 32 % según sexo respectivamente); edad media 32 años; 89 % fallecieron en las primeras 72 hs de internación. La distribución de los casos según estación fue: primavera 35 %, otoño 25 %, verano 21 % e invierno 19 %. El lugar de adquisición de 80 casos fue en la provincia, en ámbitos rurales, periurbanos y urbanos; mientras que 8 casos se contagiaron fuera de la provincia. El tiempo promedio entre el inicio de síntomas y el diagnóstico serológico fue de 8,1 días. Todos fueron confirmados por serología, 65 % presentaron IgM + con IgG -, los restantes seroconversión IgG. 2 casos por PCR RT.

Conclusiones: En la provincia la enfermedad se presentó en adultos jóvenes, con predominancia del sexo masculino. Un mayor porcentaje de casos ocurrió en primavera. La distribución geográfica demostró casos en áreas rurales, periurbanas y urbanas, destaca una tendencia menor en los departamentos del norte provincial. Los pacientes fallecidos presentaron una distribución heterogénea. Todos los pacientes tuvieron fiebre como motivo de consulta principal, más de la mitad presentaron síntomas abdominales. La mayoría requirió internación. El laboratorio inicial destacó leucocitosis, trombocitopenia y aumento leve de transaminasas como datos a tener en cuenta. La mortalidad fue del 22 %, similar a otras provincias de nuestro país. Las mujeres fueron menos afectadas, sin embargo, presentaron una mortalidad mayor. Consideramos necesario pensar en hantavirus dentro de los diagnósticos diferenciales de síndromes febriles, en zona rurales como urbanas, lo que permitiría un manejo adecuado del paciente.

OR042 Tolerancia y seguridad del benznidazol en pacientes adultos con enfermedad de Chagas: experiencia en cuatro centros públicos de CABA

Otreras A¹, Carro N², Chadi R³, Galetar J⁴, Szlain M⁴, Rodríguez Brieschke M¹, D'Alessandro D¹, Errea S¹, Bottaro E¹, Scapellato P¹.

¹Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina. ²Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. CABA. Argentina. ³Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano. CABA. Argentina. ⁴CeSAC.

Introducción: La enfermedad de Chagas-Mazza es considerada una entidad desatendida representando una importante causa de morbimortalidad en toda América Latina. El tratamiento en adultos durante la fase crónica sin daño de órgano específico (aunque sea recomendado) genera aún cierto debate. Los eventos adversos (EA) a los medicamentos es una limitante, sin embargo, cada vez existe una mayor tendencia a tratar este grupo de pacientes.

Métodos y materiales: Se trata de un estudio descriptivo y observacional de los EA relacionados al benznidazol (BZN) en cuatro centros médicos en CABA desde el 1/6/2012 hasta el 31/12/2018. Se incluyeron pacientes entre 18 y 65 años, sin enfermedad cardiovascular o digestiva y puntuación de Kushnir de 0-1. Se excluyeron las mujeres embarazadas o en período de lactancia, mayores de 65 años y aquellos con puntuación Kushnir 2-3. Los pacientes incluidos firmaron un consentimiento informado sobre los riesgos-beneficios de la medicación recibiendo recomendaciones para mejorar la tolerancia. BZN se utilizó a una dosis de 5 mg / kg durante 60 días. Se realizaron registros diarios de autocontrol y controles médicos semanales y se categorizó los EA en leve, moderado y severo según ANMAT. Se proporcionaron líneas telefónicas de contactos en caso de necesidad.

Resultados: Se incluyeron 106 pacientes (85 sexo femenino y 21 masculino) con una mediana de edad de 36,7 años (18-60). Los EA se observaron en 56/106 (52,8 %) de los pacientes. Del total de pacientes; 80/106 (75,4 %) completaron el tratamiento y 26/106 (24,6 %) no lo completaron. De los que no completaron, 21/26 presentaron EA, siendo solo 6/21 (28,5 %) los suspendidos por indicación del equipo tratante. De todos los EA; 67/79 (84,8 %) fueron leves y 6/106 (5,6 %) severos. Solo 1 paciente (0,9 %) requirió hospitalización y no se observaron muertes atribuibles a EA. Los distintos EA son analizados en la tabla 1.

Conclusión: En nuestra experiencia BZN fue seguro. La mayoría de los EA fueron considerados leves y moderados, manejándose de manera exitosa con tratamiento sintomático. Aunque algunos médicos e incluso pacientes podrían otorgar más peso a los aspectos negativos (eventos adversos) de la intervención de tratamiento que, a los posibles beneficios, sugerimos (basado en las últimas recomendaciones y en los resultados de este ensayo); entablar la decisión compartida de tratar, informando de manera clara al paciente acerca de los beneficios y riesgos de la medicación aplicando además un estricto seguimiento periódico y sostenido en los mismos

Eventos adversos	N	%	Leve	Moderado	Severo
Total EA	79	100	67	6	6
Gastrointestinal	28	35,5	28	-	-
Cutáneo	30	38	24	4	2
Hepatitis	5	6,4	2	1	2
Hematológico	6	7,5	4	-	2
Neurológico	10	12,6	9	1	-

OR043 Situación de la tuberculosis en Argentina, 1980-2017

Fernandez H¹, Bossio JC¹, Arias S¹, Radosevich A¹, Luque G¹, Armando G¹, Wettstein M¹, Nilva G¹, Mordini N¹, Gómez L¹, Moncagatta T¹, Hussein L¹, Rivero M¹, López R¹, Natiello M², Acuña A², Angueira L², Araoz C², Chernomoretz M², Ioannoy S².

¹Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni. Santa Fe. Argentina. ²Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y Lepra- Dirección de SIDA y ETS

Introducción: La tuberculosis (TB) es considerada una de las enfermedades infecciosas de mayor importancia global, en términos del número de casos nuevos, como un número importante de defunciones por esta causa. En 2017 se estimó que 10 millones de personas se enfermaron de TB en el mundo y 1,3 millones fallecieron por esta causa. Al mismo tiempo la TB se caracteriza por una gran desigualdad en la distribución de los casos entre los países y hacia el interior de cada uno de ellos. En la República Argentina, la TB constituye un problema de salud pública prioritario y en los últimos decenios no mostró un ritmo de reducción esperado. Analizar las características de los casos y su distribución desigual en el país, permite identificar las áreas y grupos de población que no solo concentran la mayor cantidad de casos de TB sino que están expuestos a un mayor riesgo de contraer la enfermedad en el futuro.

Objetivo: Describir la situación de la Tuberculosis en Argentina en el período 1980-2017.

Metodología: Se realizó un análisis descriptivo de los casos notificados y defunciones por TB, según edad, sexo, jurisdicción y subjurisdicción de residencia. Se calcularon tasas específicas por 100000 habitantes utilizando las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos. La tendencia se evaluó con el coeficiente de regresión lineal del logaritmo natural de base e de la tasa de casos nuevos y recaídas, y se expresó como Variación Anual Promedio (VAP). Se midió desigualdad con el índice de Gini. La fuente de datos fue el Sistema Nacional de Vigilancia de TB y la Dirección de Estadísticas e Información en Salud para mortalidad.

Resultados: En 2017 se notificaron 11659 casos de TB (tasa 26,5 por 100000), siendo 10313 casos nuevos (tasa 23,4 por 100000). Los casos nuevos pulmonares fueron 8821 (tasa 20,0 por 100000), y 6219 (70,5 %) se confirmaron bacteriológicamente. La tasa en varones fue 27,5 por 100000 y en mujeres 19,4 por 100000. El 9,6 % de total de casos fue en adolescentes (15 a 19 años) y el 50,8 % adultos jóvenes entre 20 y 44 años. Jujuy, Salta, Formosa, CABA, Buenos Aires y Chaco presentaron tasas por encima de la tasa media nacional. La región del AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires) concentró el 55 % del total de casos y el 60 % de menores de 20 años. El índice de Gini por departamentos para el bienio 2016-2017 fue 0,392 (0,365; 0,419). La tasa de notificación descendió desde 1980 un 61 %, con una VAP de -2,7 %. En los últimos 5 años la tendencia se invirtió (VAP de 1,7 %). En el 75 % de los casos no se conoce su situación de VIH. Las defunciones por TB en 2017 fueron 706 (1,7 por 100000). La tasa de mortalidad fue 1,7 veces más alta en varones que en mujeres y 9 jurisdicciones presentaron tasas mayores al promedio nacional. La tendencia de la mortalidad tuvo una VAP de aproximadamente -4,0 % entre 1980-2017 y un descenso no significativo entre 2010-2017, -0,37 %. En 2016, en el 30 % de los casos se desconoce el resultado del tratamiento y la tasa de éxito fue sólo 53,3 %. Entre los casos evaluados el 76,3 % terminó con éxito, 16,6 % fueron pérdidas de seguimiento, 6,9 % muertes y 0,3 % fracasos.

Conclusiones: El aumento de los casos notificados, la existencia de tasas altas en jurisdicciones con alta densidad de población, como el AMBA, altas tasas en adolescentes y adultos jóvenes y baja tasa de éxito del tratamiento, configuran un escenario de transmisión sostenida de la TB en la comunidad. El programa Nacional de Tuberculosis desde su plan Estratégico en consonancia con la estrategia Fin de la TB fortalece el sistema de vigilancia, trabaja con poblaciones vulnerables con actividades centrada en las personas y en la comunidad."

OR044 Brote de linfogranuloma venéreo, un año de estudio

Rodríguez Fermepin M¹, Entrocassi AC¹, Büttner KA¹, López Aquino D², La Rosa L³, Svidler López L².

¹Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina. ²Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. ³Centro Privado de Cirugía y Coloproctología

Introducción: Las infecciones transmisibles sexualmente (ITS) son un motivo frecuente de consulta. Además de las ITS clásicas prevalentes (sífilis, gonorrea, HPV y tricomoniasis), deben ser contempladas nuevas formas de presentación y reemergencias de infecciones menos frecuentes. Una de ellas es el Linfogranuloma Venéreo, producido por cepas del biovar LGV de *Chlamydia trachomatis* (genotipos L1, L2, L3 y sus variantes). En Europa y Estados Unidos se ha reportado un aumento de Linfogranuloma Venéreo en hombres que tiene sexo con hombres (HSH) -principalmente infectados por VIH- con manifestaciones anorrectales leves, moderadas o graves. Ante la falta de datos a nivel local, se diseñó un protocolo para detectar y genotipificar *C. trachomatis* en pacientes con proctitis infecciosa.

Materiales y Métodos: El estudio fue observacional, transversal, analítico y multicéntrico. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con proctitis infecciosa atendidos en un centro público y otro privado que consultaron entre el 31/8/2017 y el 31/08/2018. Se excluyeron aquellos con enfermedad inflamatoria intestinal y los que recibieron radioterapia pélvica. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y los pacientes firmaron un consentimiento informado. Se tomaron muestras de hisopado anal y se realizó la detección de *C. trachomatis* mediante Nested PCR, con genotipificación de las muestras positivas mediante PCR-RFLP.

Resultados: Se incorporaron 89 pacientes (81 hombres, 5 mujeres trans y 3 mujeres), en 44 (49,44 %) se detectó *C. trachomatis*. Todos ellos (42 HSH y 2 mujeres trans) refirieron practicar sexo anal u oral receptivo no protegido. En 38/44 (86,36 %) se detectó el biovar LGV (principalmente genotipos L2: 26,3 % y L2b: 52,6 %). Todos los pacientes con Linfogranuloma Venéreo eran HSH, con una mediana de edad de 36 años. El 86,84 % tenía infección por VIH (versus 75,28 % del total estudiado), y se encontraba en tratamiento antirretroviral. La coinfección con otras ITS fue del 38,63 %, prevaleciendo HPV, gonococia y sífilis. La mayoría de las consultas se debieron a: proctorragia, pujo, tenesmo, proctalgia y secreción anal. Las manifestaciones clínicas fueron variadas: proctitis, úlcera perianal, tumor endoanal/rectal y absceso/fístula. Las proctitis con infección por cepas de *C. trachomatis* del biovar LGV fueron moderadas a graves en un 62 %. La mediana de tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de 21 días. Los casos más prolongados correspondieron a cuadros clínicos y endoscópicos más graves. La duración del tratamiento antibiótico se adecuó al biovar involucrado. Todos los pacientes respondieron favorablemente; las dos fístulas perianales requirieron resolución quirúrgica adicional.

Conclusiones: Se detectó un brote de linfogranuloma venéreo con manifestaciones anorrectales, principalmente en HSH VIH positivos. La proctitis, úlceras y fístulas son manifestaciones inespecíficas; sólo una anamnesis minuciosa permite presumir una ITS como agente causal. La tipificación en caso de detección de *C. trachomatis*, resulta indispensable para definir el tratamiento y cortar la cadena de transmisión.

OR045 Descripción de casos de fiebre hemorrágica Argentina en la provincia de Santa Fe en el período 2016-2018

Ferrer MF, Ottonelli M, Detarsio F, Brazza S, Galati F, Moreno S, Cudós C, Befani Bernal J.

Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: la fiebre hemorrágica argentina (FHA) es endémica en la zona sur de Santa Fe. La vacunación con Candid#1 está incluida en el calendario nacional, siendo la principal estrategia de prevención. El tratamiento con suero de convaleciente disminuye la mortalidad si se instaura oportunamente. Las características de los pacientes, la presentación clínica y su evolución aportan herramientas para mejorar el abordaje de esta infección.

Objetivos: describir los casos confirmados de FHA en la Prov. de Santa Fe desde 2016 a 2018 inclusive.

Materiales y Métodos: se describen los casos confirmados de FHA notificados en el marco de la vigilancia del síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) atendidos en efectores públicos y privados de la prov. de Santa Fe entre el 1 enero 2016 y el 31 diciembre 2018. Se utilizaron las bases de datos de SIVILA y SASIPRO. Se define caso confirmado por PCR detectable y /o Ac. Neutralizantes según algoritmo nacional (ANLIS Maiztegui). Se estudiaron variables demográficas, clínicas y mortalidad. Se utilizó Excel para el cálculo de frecuencias.

Resultados: Se estudiaron 30 casos de FHA. Período analizado: 2016: 6 confirmados de 317 sospechosos, 2017: 15/192 casos y 2018: 9/149 casos respectivamente. Procedencia (departamentos): Caseros (1), San Lorenzo (3), Constitución (6) y Rosario (12). 2 pacientes residían en el sur de Córdoba. Edad promedio: 36 años (4-66). Sexo: 73 % (22/30) hombres. Ocupación: Trabajo rural: 27 % (8), Trabajo urbano-periurbano: estudiante-escolar, changarin, mantenimiento-limpieza: 17 % (5) respectivamente; ama de casa 7 % (2) y otros 17 % (5). La totalidad se hospitalizó. Período entre inicio de síntomas e internación: mediana 5,9 (1-13) días. Clínica: fiebre 100 %, cefalea 60 % (18), dolor abdominal 40 % (12), mio-artralgias 43 % (13), rash 13 % (4), manifestaciones hemorrágicas 47 % (14). Laboratorio: (media): leucocitos: 3309 cel/ul, plaquetas 82.340 cel/ul, VES 12mm, TGO 770 U/l, TGP 414 U/l. Recibieron tratamiento específico: 16/30 (53 %). Período entre inicio de síntomas y tratamiento: mediana 5 días (3-8). Solo 1 paciente estaba vacunado Candid#1 con buena evolución. Fallecidos: 4/30; uno con secuelas neurológicas; los 4 pacientes se internaron tardíamente (media 6,7 días), y 3 no recibieron tratamiento específico por la demora en la sospecha; 1 paciente falleció a pesar del tratamiento recibido al octavo día; todos presentaron manifestaciones neurológicas a la internación: confusión (1), y convulsiones (3).

Conclusión: Los casos de FHA se presentaron en departamentos del sur de la provincia. La mayoría se desempeñaba en áreas urbanas y periurbanas. La mortalidad fue 13 %. Estos casos se internaron con manifestaciones neurológicas, por sospecha clínica tardía. La mayoría no se encontraban vacunados. Este trabajo demuestra un nuevo escenario epidemiológico (urbano y periurbano), la necesidad de sensibilizar a los equipos de salud para la detección y tratamiento oportuno, y de mejorar las tasas de vacunación a fin de disminuir la morbi-mortalidad.

OR046 Programa Nacional de Chagas (PNCh) de la Argentina: dónde estamos y hacia dónde vamos

Angeleri P, Brandt L, Hernández R, Basilio M, Provecho Y, Giéco A, Mozzone D, Burgos M.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas es el resultado de la infección por el *T. cruzi*, un protozoo que tiene como reservorio al hombre y otros mamíferos domésticos y silvestres de las zonas rurales de los países del continente americano. Desde los primeros casos agudos identificados en la Argentina en la década de 1930 hasta la identificación posterior como problema socio sanitario de importancia a nivel nacional, la problemática del Chagas, fue emprendida a través de las diferentes líneas estratégicas como política de salud pública a lo largo de todo el territorio argentino.

Objetivo: •Describir las líneas estratégicas llevadas adelante por el Programa Nacional de Chagas (PNCh) de la Argentina. •Actualizar la situación epidemiológica del Chagas en la Argentina.

Materiales y métodos: Se realizó un relevamiento y sistematización de las actividades llevadas adelante por el Programa en las distintas líneas estratégicas en conjunto con los actores provinciales. Se caracterizaron: los lineamientos para el tratamiento químico de las viviendas, así como las intervenciones realizadas; la vigilancia del vector; la información relacionada con el control de embarazadas, detección de recién nacidos, control de bancos de sangre, así como los estudios poblacionales en niños menores de 19 años. Se actualizaron los lineamientos relacionados al diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad de Chagas así como también las áreas con interrupción de la transmisión vectorial del *T. cruzi* en Argentina.

Resultados: Se evaluaron 284.330 viviendas por búsqueda activa triatomina encontrándose 7.040 viviendas positivas - índice medio de infestación de la unidad domiciliaria (IUD) para el país de 2,47 % y el de infestación intradomiciliaria (IID) de 0,96 %. Se trataron 54.887 viviendas en áreas con ataque químico y bajo vigilancia, según normas técnicas del Programa Nacional. La seroprevalencia en bancos de sangre en el sector público disminuyó de 4.4 % en el 2000 a 1,77 % para el 2017. La prevalencia de infección por *T. cruzi* en embarazadas del subsector público fue de 2,06 % observándose un importante descenso respecto de 2010: 4,84 %. La transmisión congénita sobre los niños estudiados y seguidos hasta el año de vida, fue de 4,55 % con una cobertura sobre el total de niños estudiados de 38,55 %. La cobertura de RN expuestos con seguimiento completo está por debajo del 20 %. Sobre un total de 56.230 niños menores de 15 años estudiados de áreas endémicas se detectó una prevalencia de 1,09 %.

Conclusiones: Se observa un marcado descenso en el reporte de casos agudos vectoriales desde 2010 con importante disminución en los niveles de infestación tanto en la unidad domiciliaria como en el intra domicilio. A su vez se observa una marcada disminución en la prevalencia en mujeres embarazadas, así como de la seroprevalencia en bancos de sangre. La vigilancia de la transmisión congénita del Chagas en la Argentina continúa representando un desafío sobre todos para el primer nivel de atención. La implementación del tratamiento tripanocida en la población en edad fértil representa un área de investigación operativa prioritaria para el delineamiento de estrategias que disminuyan el Chagas congénito en nuestro país.

OR047 Transmisión interhumana en brote por hantavirus: intervenciones de control. Argentina, 2018-2019

Serrat V, Bentancourt C, Iturra A, Serrat V, Torres M, Levite J, Strella T, Elías J.

Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Chubut. Argentina.

Introducción: En diciembre de 2018, tres semanas luego de confirmarse un caso de hantavirus con antecedentes de exposición ambiental, se asumió la existencia de brote de hantavirus. Las características de presentación, la correlación de los casos identificados y la investigación ambiental, permitieron generar la hipótesis de transmisión interhumana. El brote se extendió, involucrando 3 provincias, dos países, un total de 34 casos confirmados y 11 fallecidos.

Objetivo: Describir las características de la investigación epidemiológica e intervención en un brote de hantavirus en región del sur argentino.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal. Población en estudio: Casos confirmados y contactos estrechos de hantavirus en epicentro del brote. Criterios de exclusión: casos confirmados y contactos estrechos de hantavirus relacionados al brote que no residen en la región epicentro. Período de estudio: noviembre de 2018 hasta marzo de 2019. Se realizó la investigación epidemiológica, con elaboración e implementación de encuestas con validez de forma e investigación ambiental con trapeos/capturas para análisis de muestras de órganos y sangre de roedores a Centro Nacional de Referencia. Se definió como contacto estrecho a todo Individuo que hubiese compartido al menos media hora, un vínculo estrecho o cercano (convivientes, parejas sexuales, padres, familiares) con un caso confirmado, durante el período prodrómico (3 a 5 días de síndrome febril) ó 48 horas previas a la aparición de síntomas (cefalea, mialgias, síntomas gastrointestinales y/o fiebre. Se implementó medida de intervención para control de brote: aislamiento respiratorio selectivo (ARS) a los contactos estrechos. Inicialmente se definió un período de 30 días para el ARS según la dinámica observacional del brote y fuentes secundarias de información. Se realizó seguimiento con PCR durante dicho período.

Resultados: Se confirmaron 31 casos en la provincia donde se localiza el epicentro del brote. Media de período de incubación: 21 días con un desvío estándar de 9,59. Media de edad 42 años (rango de 7 a 90 años). Razón mujer/varón de 1,21. Se reportaron 10 fallecidos con una letalidad del 41 % en mujeres y 21 % en varones. La implementación del ARS alcanzó el 99 % de los contactos estrechos identificados oportunamente por la investigación epidemiológica. Solo una persona de las que enfermó, no se identificó previamente como contacto estrecho y no se indicó el ARS. Se realizó el seguimiento de contactos en ARS con técnica PCR para detección precoz de la enfermedad. Se tomó muestra al 74 % (105) de las personas en ARS. Se detectó de manera precoz al 100 % (3/3) personas que desarrollaron síntomas durante su seguimiento.

Conclusión: El trabajo en terreno y la investigación epidemiológica, permitieron establecer la hipótesis sobre la transmisión interhumana del brote e identificar oportunamente los contactos estrechos, para tomar medidas de intervención efectivas para el control del brote. La realización de PCR en contexto del brote se convirtió en la herramienta que permitió confirmar tempranamente los casos incluidos en el ARS.

6 - Inmunocomprometidos no VIH y trasplantes

OR048 Factores de riesgo para bacteriemias por enterobacterias resistentes a carbapenemes en pacientes con cáncer: resultados del registro ROCAS

Herrera F, Laborde A, Torre V, Jordán R, Rocca Rossi I, Valledor A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Pereyra M, Lambert S, Carena A, Gonzalez Ibañez M, Baldoni N, Pinoni M, Inwinkelried E, Benso J, Luck M, Racioppi A, Tula L, Pasterán F, Corso A, Nicola F, García Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Vilches V, Blanco M, Torres D.

CEMIC. Argentina.

Introducción: Las enterobacterias resistentes a carbapenemes (ERC) constituyen uno de los patógenos prevalentes en pacientes con cáncer y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Las bacteriemias por ERC se asocian con una alta proporción de tratamientos empíricos inapropiados y elevada mortalidad.

Objetivo: Identificar factores de riesgo para padecer bacteriemia por enterobacterias resistentes a carbapenemes en pacientes con cáncer

Metodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se incluyeron pacientes adultos con cáncer o TCPH que presentaron bacteriemia por Enterobacterias de 12 centros de Argentina, entre Mayo de 2014 y Junio de 2018. Para identificar factores de riesgo con ERC, las variables con $p < 0.05$ en el análisis univariado fueron incluidas en un modelo de regresión logística multivariado.

Resultados: Se incluyeron 443 pacientes (56.7 % hombres) con bacteriemia por enterobacterias. Respecto de la enfermedad de base, 266 (60 %) tenían neoplasias hematológicas, 85 (19.2 %), TCPH y 92 (20.8 %) tumores sólidos. Trescientos diez (70 %) estaban neutropénicos (90 % de alto riesgo según el score MASCC). Los microorganismos más frecuentemente aislados fueron *Escherichia coli*: 204 (46 %), *Klebsiella* spp.: 182 (41.1%) y *Enterobacter* spp.: 35 (7.9 %). En el análisis univariado, los factores asociados con ERC fueron: colonización previa con Enterobacterias productoras de carbapenemasa KPC (EPC-KPC) (OR 10.6, IC 95 %, 4.4-25.5), uso previo de carbapenemes (OR 4.1, IC 95 %, 2.3-7.7), uso reciente de antibióticos por más de 7 días (OR 4.6, IC 95 %, 2.6-8.1), colonización reciente con EPC-KPC (OR 24.9, IC 95 %, 11.3-55), neutropenia (OR 3.6, IC 95 %, 1.6-8.2), catéter venoso central (OR 3.4, IC 95 %, 1.7-6.7) y ≥ 10 días de internación hasta la bacteriemia (OR 4.4, IC 95 %, 2.3-8.6). En el análisis multivariado, los factores asociados independientemente con ERC fueron: uso reciente de antibióticos por más de 7 días (OR 4, IC 95 %, 1.8-9, $p = 0.001$), colonización reciente con EPC-KPC (OR 40.5, IC 95 %, 11.6-141.7, $p = 0.0001$), neutropenia (OR 2.9, IC 95 %, 1.00-8.6, $p = 0.049$) y ≥ 10 días de internación hasta la bacteriemia (OR 2.75, IC 95 %, 1.2-6.2, $p = 0.015$).

Conclusiones: Se identificaron cuatro factores de riesgo para bacteriemia por ERC que deben ser tenidos en cuenta para la elección de tratamientos antibióticos empíricos en esta población. Dado que la colonización reciente con EPC-KPC es el factor de riesgo con mayor peso, sugerimos la vigilancia sistemática de EPC-KPC como parte de la práctica clínica.

OR049 Betalactámicos/inhibidores de betalactamasa versus carbapenemes para bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en pacientes con enfermedades oncohematológicas

Santonato D, Argüello F, Coppola A, Inwinkelried E, Lovano F, Suchowiercha N, de la Parra G, Aguilera K, Nuccetelli Y, Angeletti V, Yantorno ML, Rocca Rossi I. Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (E-BLEE) constituyen un problema en pacientes oncohematológicos (OH)1,2, y la antibioterapia adecuada puede determinar la evolución. Los carbapenemes (CRB) constituyen el tratamiento de elección para infecciones severas por E-BLEE1. Empero, su uso indiscriminado se asocia al desarrollo de enterobacterias resistentes a CRB (ERC)1. En pacientes OH, la eficacia de betalactámicos/inhibidores de betalactamasas (BLIBL) para el tratamiento de bacteriemias por BGN-BLEE fue evaluada recientemente en dos estudios2,3,4 concluyendo que estos pueden ser opciones efectivas. En nuestro nosocomio el surgimiento de ERC constituye un problema creciente. Desde 2016 el tratamiento empírico (TE) en pacientes OH se modificó para restringir el uso de CRB. Nos proponemos realizar un análisis de bacteriemias en pacientes OH tratados con monoterapia con piperacilina/tazobactam (TZP) vs. CRB.

Objetivo: Describir características clínicas y microbiológicas, y comparar la evolución de bacteriemias por E-BLEE en pacientes OH con TE con CRB vs. TZP.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo de episodios de bacteriemia por BGN-BLEE con TE con monoterapia; sobre la base de estudio prospectivo y observacional desde 1 de enero de 2008 a 31 de diciembre de 2017 en pacientes adultos OH neutropénicos febriles (NTF) asistidos en un hospital de 3° nivel. Los episodios fueron asignados a dos grupos según recibieran monoterapia con carbapenemes (grupo 1) o piperacilina/tazobactam (grupo 2). La selección del TE fue decisión de los médicos tratantes. Se utilizó el Software SPSS 19.0. Se realizó un análisis univariado, considerándose estadísticamente significativa un valor de $p \leq 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 362 episodios de bacteriemia en el total de cohorte. Se analizaron 37 (10,2 %) episodios de E-BLEE tratados con monoterapia, totalizando 38 aislamientos.

Sexo masculino 48,6 %, edad mediana 37 años. Aislamiento más frecuente *K. pneumoniae* (45,9 %), seguido por *E. coli* (31,6 %). 5 episodios fueron polimicrobianos. Sensibilidad a imipenem (IMP) 100 %; a meropenem (MEM) 97,4 %; a TZP 60,5 %. De los 37 episodios, 20 (54 %) recibieron TE con IMP o MEM (G 1) y 17 (46 %) recibieron TZP (G 2). El TE fue adecuado en el 100 % del grupo 1 y en el 35,5 % del grupo 2. El 20 % del G1 y 23,5 % del G2 presentaron shock, y fallecieron 3 pacientes en cada grupo, representando un 15 % y 17,6 % para G1 y G2, respectivamente. Al analizar a la cohorte en relación a la variable de mortalidad (tabla), solo el shock presentó un estadístico exacto de Fisher con significación estadística ($p = 0,013$). En tanto, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación al TE.

Conclusiones: En nuestra cohorte de estudio no se halló diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento empírico con TZP o CRB y la evolución de la bacteriemia. Al analizar la variable de mortalidad solo la presencia de shock presentó significación estadística ($p = 0,013$).

OR050 "Enfermedad de Chagas e inmunosupresión en Reumatología": resultados preliminares de un estudio longitudinal

Ringer A¹, Rechimont A², Cuadranti N¹, Ruffino JP¹, Vandale JM¹, Rolla I¹, Achilli C¹, Martínez F¹, Argento C¹, Cortese N¹, Palatnik M¹, Gonzalez F⁵, Villar S⁵, Pacini F⁵, Lagrutta M³, Svetaz MJ⁷, Cordoba L⁶, Zafra M⁶, Gambande T⁶, Sciarratta P⁷, Leiva R⁴, Perez AR⁵, Bottasso OA⁵, Aguila D², Abdala M¹.

¹Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. de Santa Fe. Argentina. ²Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. De Santa Fe. Argentina. ³Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ⁴Servicio de Cardiología, HPC. ⁵Instituto de Inmunología Clínica y Experimental de Rosario (IDICER)-UNR. Rosario. Santa Fe. Argentina. ⁶Cátedra de Microbiología. Facultad de Ciencias Médicas, UNR. ⁷Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)- Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La reactivación de la enfermedad de Chagas (EC) en fase crónica ha sido bien establecida en pacientes con VIH, trasplante de órgano sólido y médula ósea, pero es escasa la evidencia en aquellos con patologías reumatológicas (PR) en tratamiento inmunosupresor/inmunomodulador (TII).

Objetivos: Describir aspectos demográficos, PR y TII en pacientes con EC. Detectar reactivación de EC.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo observacional y longitudinal. Inclusión: mayores de 18 años, concurrentes a los servicios de Reumatología y Clínica Médica desde enero a diciembre de 2018, con diagnóstico de EC (definida por al menos dos de tres técnicas serológicas: ELISA, IFI y HAI) y PR con drogas antirreumáticas modificadoras de enfermedad (DARME) clásicos (hidroxicloroquina, metotrexate, leflunomida y azatioprina), sintéticos, biológicos (Anti-TNF, inhibidor JAK, Anti-CTLA4) y/o corticoterapia (CTC) previo a su inicio o ya en tratamiento. Exclusión: Chagas agudo, inmunosupresión por otra causa. Variables: demográficas, PR, TII, afectación clínica (por anamnesis) y cardiológica (trastornos de la conducción por ECG y/o de la contractilidad por ecocardiograma), Strout, PCR y cuantificación de niveles de anticuerpos. Cada paciente fue evaluado en al menos 2 oportunidades en un lapso de 3 meses, con seguimiento a los 6 meses. Reactivación: parásitos en sangre detectados por Strout y/o PCR con o sin signos sintomatología, ante inmunosupresión. Tratamiento según normas nacionales de Argentina y seguimiento semanal con Strout y PCR hasta obtener 2 resultados negativos. Análisis estadístico descriptivo.

Resultados: De 700 pacientes en seguimiento, se identificaron 33 con EC y PR en TII (4,7 %). 93,9 % (31/33) mujeres. Edad promedio 51 años (35 - 63 años). 51 % (17/33) de la provincia de Chaco. 60 % (20/33) presentaron artritis reumatoidea. Los TII fueron: 30,3 % DARME clásicos (10/33), 9 % DARME biológicos y sintéticos (3/33), 48 % DARME clásico más CTC a dosis <20 mg/día (16/33) y 12 % CTC a dosis > 20 mg/día (4/33). El 18 % presentó afectación cardiológica (6/33). 2/33 pacientes (6 %) presentaron parasitemia: mujeres de 57 y 64 años, con cardiopatía chagásica y diagnósticos de poliangeítis microscópica y lupus eritematoso sistémico, con corticoides a dosis de 60 y 40 mg/día respectivamente. Ambas desarrollaron fiebre y astenia. A la semana del tratamiento antiparasitario, se encontraron asintomáticas, negativizaron Strout y PCR y disminuyeron títulos de anticuerpos.

Conclusión: Se detectaron 2 pacientes con parasitemia, en contexto de dosis inmunosupresoras de corticoides al realizar el Strout y PCR de inicio, por lo tanto, no podemos afirmar el diagnóstico de reactivación de la EC por definición. Sin embargo, se destaca la importancia de la búsqueda activa de parasitemia previo y durante el TII, ya que la clínica puede solaparse y los escenarios de inmunosupresión de la población con PR son muy variados. Consideramos necesaria la continuidad de nuestro trabajo con el fin de ampliar el conocimiento sobre *screening*, seguimiento y tratamiento oportuno.

OR051 Infección por virus sincicial respiratorio en pacientes tratados con ribavirina oral: impacto clínico y evolución en neoplasias hematológicas comparados con trasplantes de células progenitoras hematopoyéticas

Herrera F, Losada C, Salgueira C, Carena A, Valledor A, Espinel D, Fernández M, Bonvehí P, Barcán L, Eusebio M, Altclas J, Videla C, Frecha C, Cañete M, Mendez L, Jordán R.

CEMIC. Argentina.

Introducción: La infección por virus sincicial respiratorio (VSR) causa una elevada morbimortalidad en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). No obstante, existen pocos datos al respecto en pacientes con neoplasias hematológicas (NH) y tratamiento con ribavirina oral.

Objetivo: describir y comparar las características clínicas y la evolución de pacientes con TCPH y NH con infección por VSR tratados con ribavirina oral.

Métodos: estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo realizado en 5 centros de Argentina entre Julio de 2008 y Agosto de 2018. Se incluyeron pacientes con NH y TCPH con infección por VSR tratados con Ribavirina oral a dosis de 1800 mg/día. Se compararon variables de riesgo, clínicas y de evolución entre TCPH (G1) y NH (G2). Se emplearon los análisis de chi-cuadrado y Kruskal-Wallis para las variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados: se incluyeron 112 pacientes (TCPH: 58 y NH: 54). Las enfermedades de base más frecuentes fueron linfoma (33.9 %) y leucemia (30.4 %), y 51.8 % recibieron un TCPH (53.3 % alogénico). La presentación clínica fue infección del tracto respiratorio superior (ITRS): 26.8 % e infección del tracto respiratorio inferior (ITRI): 73.2 %, siendo bilateral en el 68.8 % de los casos. Se diagnosticó coinfección en 39.3 % (77 % viral). La mediana de duración de tratamiento con ribavirina fue de 10 días, y 28.6 % de los pacientes recibieron también gammaglobulina IV. Los factores de riesgo para ITRI y mortalidad fueron: tabaquismo: 28.6 %, linfopenia < 200 células/ml: 31.5 %, neutropenia < 500 células/ml: 41.4 %, edad > 65 años: 22.3 %, TCPH alogénico < 1 mes: 6.3 %, TCPH no relacionado: 14.3 %, Irradiación corporal total: 7.1 %, TCPH en preengraftment: 8 %, inmunosupresión severa: 40.2 %, requerimiento de oxígeno suplementario: 31.2 % y ventilación mecánica (VM): 6.3 %. Comparando G1 vs. G2, la edad, el score de Charlson, el tratamiento con quimioterapia y con corticoides fueron respectivamente: 49 vs. 57 años (p = 0.001), 2 (2-2) vs. 2 (2-3) (p = 0.046), 31 vs. 87 % (p = 0.001) y 62.1 vs. 37 % (p = 0.008). También se observaron diferencias en términos de progresión de ITRS a ITRI (5 vs. 0 %, p = 1), requerimiento de internación (77.6 vs. 87 %, p = 0.027), mediana de duración de hospitalización (7 vs. 12 días, p = 0.027), VM (1.7 vs. 11.1 %, p = 0.055) y mortalidad a 30 días (5.2 vs. 11.1 %, p = 0.30), respectivamente. La mortalidad relacionada a la infección por VSR fue baja en ambos grupos (0 y 2 pacientes respectivamente).

Conclusiones: Los pacientes con TCPH y NH e infección por VSR presentaron una morbilidad significativa. A pesar de tratarse de una población con una alta proporción de factores de riesgo para ITRI y mortalidad, la frecuencia de estas complicaciones fue baja. Ribavirina oral puede ser una alternativa de tratamiento tanto para pacientes con TCPH como con NH.

OR052 Tratamientos acortados para bacteriemias por enterobacterias en pacientes con cáncer: menos es posible

Herrera F, Carena A, Bonvehí P, Temporiti E, Jorge L, Nicola F, Zerboni S, Rearte A, Bues F, Torres D.
CEMIC. Argentina.

Introducción: Recientemente, un estudio randomizado demostró que el tratamiento antibiótico (TA) de 7 días para bacteriemias por bacilos Gram-negativos es una opción segura en pacientes seleccionados. En dicho estudio, la mayoría de las bacteriemias fue de foco urinario, y si bien se incluyeron pacientes con cáncer, estos correspondieron a una cuarta parte de la muestra. Hasta el momento, no se dispone de estudios que evalúen esta opción terapéutica exclusivamente en población de pacientes con cáncer donde predominan las bacteriemias primarias o de otros focos.

Objetivo: Describir y comparar las características clínicas, microbiológicas y evolución de pacientes con cáncer y bacteriemias por Enterobacterias según hayan recibido menos o más de 10 días de TA apropiado.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado entre mayo de 2014 y enero de 2019. Se incluyeron pacientes adultos con cáncer y bacteriemia por Enterobacterias, que hubiesen presentado los siguientes criterios: haber recibido TA empírico apropiado, con resolución clínica dentro de los 10 días y haber sobrevivido al menos 24 hs luego de la suspensión del TA. Fueron divididos en dos grupos según la duración del TA: menor a 10 días (TC) o mayor a 10 días (TP). Se realizó seguimiento a 30 días para evaluar mortalidad y recurrencia de la bacteriemia. El análisis estadístico se realizó con las pruebas de Chi-Cuadrado o test exacto de Fisher para variables categóricas y U de Mann Withney para continuas.

Resultados: Se incluyeron 58 pacientes (TC: 17 y TP: 41). La mediana (P25-75) de duración en días del TA fue de 7 (7-8) en TC y 14 (13-14) en TP. No se observaron diferencias en las características basales, inmunosupresión, scores de comorbilidad y de severidad, neutropenia y riesgo entre TC y TP respectivamente: edad 53 años (45-68) vs. 61 años (46-66) ($p = 0,63$); neoplasia hematológica 58,8 vs. 65,8 % ($p = 0,61$); quimioterapia 94,1 vs. 85,4 % ($p = 0,35$); corticoides 35,3 vs. 22 % ($p = 0,29$); score de Charlson 2 (2-6) vs. 2 (2-4) ($p = 0,47$); score de APACHE II 16 (14-18) vs. 15 (11-19) ($p = 0,57$); score de Pitt 1 (0-2) vs. 1 (0-2) ($p = 0,48$); neutropenia 52,9 vs. 58,5 % ($p = 0,69$), alto riesgo por score MASCC 88,9 vs. 83,3 % ($p = 0,69$). Tampoco se observaron diferencias en la presentación clínica, características microbiológicas, tipo de TA y evolución entre TC y TP respectivamente: foco clínico 58,8 vs. 78 % ($p = 0,13$), siendo el más frecuente abdominal 52,9 vs. 31,7 % ($p = 0,12$); hipotensión 35,3 vs. 34,1 % ($p = 0,93$), *E. coli* 52,9 vs. 36,6 % ($p = 0,25$); *Klebsiella* spp. 35,3 vs. 39 % ($p = 0,79$); Bacilos gram-negativos multirresistentes 23,5 vs. 17,10 % ($p = 0,71$); TA empírico combinado 35,3 vs. 41,5 % ($p = 0,66$); shock 5,9 vs. 9,8 % ($p = 1$); mortalidad global 5,9 vs. 7,3 % ($p = 1$). Ninguno de los 2 grupos presentó recurrencia de la bacteriemia y la duración de la internación en días desde la bacteriemia fue menor en TC aunque no alcanzó significancia estadística: 7 (6-15) vs. 12 (7-19) ($p = 0,20$).

Conclusiones: En pacientes con cáncer y bacteriemia por enterobacterias que reciben TA apropiado, con resolución clínica, 7 días de duración pueden ser adecuados.

OR053 Etiología, perfil de resistencia e impacto en la mortalidad de episodios de bacteriemia en pacientes neutropénicos: diferencias entre el primer evento y subsiguientes

Herrera F, Laborde A, Jordán R, Rocca Rossi I, Guerrini G, Valledor A, Costantini P, Dictar M, Nenna A, Caeiro J, Torres D, Gonzalez Ibañez M, Pinoni M, Inwinkelried E, Luck M, Racioppi A, Nicola F, Garcia Damiano C, Giovanakis M, Reynaldi M, Greco G, Bronzi M, Valle S, Chaves M, Vilaró M, Pasterán F, Corso A, Carena A.
CEMIC. Argentina.

Introducción: La etiología y el perfil de resistencia de los eventos de bacteriemia pueden diferir según el tiempo de presentación durante la neutropenia. Estas diferencias pueden influir en la mortalidad.

Objetivo: Describir y comparar la etiología, el perfil de resistencia y la evolución de los episodios de bacteriemia durante la neutropenia según se trate del primer evento o subsiguientes.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se incluyeron episodios de bacteriemia en pacientes neutropénicos adultos con cáncer o trasplante de células de progenitoras hematopoyéticas (TCPH) de 10 centros de Argentina, desde mayo de 2014 hasta enero de 2018. Se compararon las características entre el primer evento (G1) y los subsiguientes (G2) durante un mismo episodio de neutropenia. Se excluyeron eventos recurrentes por el mismo microorganismo. Para identificar factores de riesgo con mortalidad a 30 días, las variables con $p < 0,05$ en el análisis univariado se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariada.

Resultados: se incluyeron 681 eventos de bacteriemia (G1: 604; G2: 77). Las diferencias más importantes en etiología entre G1 and G2 fueron, respectivamente: Bacilos gram-negativos (BGN): 69.9 vs. 81.8 % ($p = 0,029$), *Klebsiella* spp.: 24.2 vs. 36.4 % ($p = 0,021$), *Enterobacter* spp.: 4.1 vs 11.7 % ($p = 0,004$), *Acinetobacter* spp.: 3.1 vs. 9.1 % ($p = 0,01$) y organismos multirresistentes (OMR): 44.9 vs. 72.7 % ($p < 0,0001$). Los perfiles de resistencia en BGN en G1 y G2 fueron, respectivamente: cefalosporinas de 3ra. generación: 44.1 vs. 79.4 % ($p < 0,0001$), piperacilina-tazobactam: 38.4 vs. 73 % ($p < 0,0001$), meropenem: 19.2 vs. 49.2 % ($p < 0,0001$) y aminoglucosidos: 11.6 vs. 36.5 % ($p < 0,0001$). La mortalidad a 30 días en G1 y G2 fue de 21.2 vs. 37.7 % ($p = 0,001$). Los factores independientemente asociados con mortalidad fueron: OMR (OR, 1.67, IC 95 %, 1.01-2.75, $p = 0,043$), score de Charlson > 4 (OR, 2.42, IC 95 %, 1.18-4.99, $p = 0,016$); eventos subsiguientes de bacteriemia (OR, 2.04, IC 95 %, 1.00-4.18, $p = 0,049$), shock (OR, 10.81, IC 95 %, 5.32-21.93, $p < 0,0001$), foco respiratorio (OR, 4.25, IC 95 %, 1.87-9.66, $p = 0,001$), bacteriemia de brecha (OR, 2.31, IC 95 %, 1.21-4.40, $p = 0,011$, y requerimiento de UCI (OR, 2.47; IC 95 %, 1.21-5.04, $p = 0,013$).

Conclusiones: Los eventos subsiguientes de bacteriemia son causados mayormente por OMR, y tienen elevada mortalidad. Estos datos deben ser tenidos en cuenta en la elección del tratamiento antibiótico empírico.

OR054 Análisis de infecciones por enterobacterias portadoras de carbapenemasas en relación a portaciones de pacientes internados oncohematológicos

Cudmani NM¹, Rodríguez Raimondo M², Fonio Mermet S², Logwiniuk C², Figueroa F², Delgado G¹, Caro C¹, Barrenechea G¹.
¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital de Día Pte. N. C. Kirchner. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: Las infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas (IEPC) representan un problema de alto impacto a nivel mundial con una elevada morbimortalidad. Los pacientes oncohematológicos (POH) desarrollan mucositis del tracto gastrointestinal que puede ocasionar translocación, produciendo infecciones bacterianas. La vigilancia de la colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) mediante cultivo de hisopado rectal

(CHR) sería una estrategia útil para predecir la etiología de posibles eventos y contribuir a la elección del tratamiento empírico inicial.

Objetivo: Describir la frecuencia de CHR positivos previos en POH internados con IEPC.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional de corte transversal. Población estudiada: POH internados en un hospital público. Período: julio de 2016 a febrero de 2019. Se analizaron los casos de IEPC y los CHR realizados en los pacientes previamente a la ocurrencia del evento infeccioso. Se realizaron a todos los pacientes internados CHR desde su ingreso hasta el alta. Se incluyeron como IEPC los eventos infecciosos ocurridos en POH internados con infección bacteriana documentada con EPC. Los CHR positivos se obtuvieron a partir de muestras cultivadas en CHROMagar mSuperCARBA, identificación bacteriana por Malditof-MS, detección rápida por Blue Carba Test, detección fenotípica con discos combinados (DCMBrit) y confirmación por PCR convencional. Desde diciembre de 2018, los aislamientos fenotípicamente compatibles con producción de OXA y KPC se confirmaron por método inmunocromatográfico con anticuerpos monoclonales. Se realizó la estadística descriptiva, se calcularon las medidas de tendencia central y proporciones. Se utilizó software R.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con IEPC. El promedio de edad fue de 33 años (19 a 65). Las enfermedades oncohematológicas fueron: leucemia linfoblástica aguda 40 %; leucemia mieloide aguda 33 %; Linfoma Burkitt 11 %; linfoma Hodgkin 3,7 %; linfoma no Hodgkin 3,7 %; leucemia mieloide crónica 3,7 %; aplasia medular 3,7 %. El 66,6 % de los pacientes con IEPC se hallaban en fase de neutropenia (90 % con neutropenia severa y prolongada). Los tipos de IEPC fueron: Infección Primaria de la Sangre 40,7 %, Infección Urinaria 33 %, neumonía 11 %, neumonía asociada a ARM 7,4 %, enteritis neutropénica 3,7 %, tumor abscedado 3,7 %. El porcentaje global de IEPC relacionadas a CHR previos positivos para el mismo mecanismo de resistencia fue de 48 % (13 de 27 IEPC). En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de portaciones positivas, días promedio entre 1º CHR positivo y IEPC, mortalidad cruda global y mortalidad cruda a los 30 días del IEPC.

Año	IEPC	Frecuencia de CHR (+)	Nº de CHR previos (-)	Nº de CHR previos (+)	Días Promedio entre el 1º CHR (+) y la IEPC	Mortalidad cruda global	Mortalidad cruda a los 30 días
2016	6 (3 NDM y 3 KPC)	0	5	0	0	0	0
2017	4 (KPC)	2	5	9	76	6	1 (16%)
2018	15 (12 KPC y 3 OXA)	10	40	159	45,6	8	6 (75%)
2019	2 (OXA)	1	3	23	5	0	0

Conclusiones: Las IEPC se correlacionaron con colonización previa en casi la mitad de los casos. Los pacientes con IEPC tuvieron mayor número de CHR realizados, lo que sugiere que la mayor frecuencia de cultivos de vigilancia resultó beneficiosa en la detección de la colonización. El tiempo de colonización de los pacientes se fue acortando, lo que nos replanteó nuevas estrategias en el control de infecciones y el PROA institucional. El análisis del año 2018 llevó a la modificación de los esquemas empíricos iniciales, incorporando nuevas drogas efectivas para el tratamiento.

OR055 Infección respiratoria baja por virus respiratorios en pacientes con neoplasias hematológicas y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas: comparación de características e impacto clínico

Zerboni S, Rearte N, Bues F, Carena A, Querci M, Bonvehí P, Temporiti E, Videla C, Romano V, Echavarría M, Herrera F. CEMIC. Argentina.

Introducción: Los virus respiratorios son causa frecuente de infecciones del tracto respiratorio inferior (ITRI) con impacto clínico significativo en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). No obstante, también pueden representar una complicación importante en pacientes con neoplasias hematológicas (NH).

Objetivo: Describir y comparar características clínicas e impacto de ITRI causadas por Influenza A y B (Flu A/B), Parainfluenza (PIV), Adenovirus (AdV), Virus Sincicial Respiratorio (VSR), Rinovirus (hRV) y Metapneumovirus (hMPV) en pacientes con NH vs. TCPH.

Métodos: Estudio observacional prospectivo entre enero de 2013 y enero de 2019. Se compararon las ITRI por FluA/B, PIV, RSV, hRV, AdV, hMPV en pacientes con NH (G1) y TCPH (G2). Se definió ITRI por la presencia de 3 criterios: signos y síntomas respiratorios + detección de virus respiratorios por detección directa de antígenos y/o PCR de hisopado nasofaríngeo y/o lavado broncoalveolar + infiltrados pulmonares en TC de tórax. Se utilizaron el análisis de chi-cuadrado y test de U Mann Whitney para variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados: Se incluyeron 92 episodios: 54 en G1, y 38 en G2. La mediana de edad del G1 fue de 67 años, y la del G2 de 53.5 ($p < 0.001$). El linfoma fue la enfermedad de base más frecuente en ambos grupos (33 % vs. 39.5 %, $p = 0.54$) seguido en G1, por la leucemia linfática crónica y leucemia mieloide crónica (20.4 % vs. 5.3 % $p = 0.04$) y en G2 por mieloma múltiple (28.9 % vs. 13 %, $p = 0.06$). La mayoría de los pacientes del G1 presentaban diagnóstico reciente de la enfermedad (31.5 % vs. 0 %, $p < 0.001$), mientras que en el G2 la mayoría se encontraba bajo remisión completa (39.5 % vs. 7.4 %, $p < 0.001$). La terapia con esteroides fue significativamente más alta en G2 (31.5 % vs. 55.3 %, $p = 0.02$), mientras que la neutropenia lo fue en G1 (37 % vs. 10.5 %, $p = 0.005$). Del total de pacientes del G2, el 77.8 % presentaba enfermedad de injerto contra huésped (EICH). La infección viral más frecuente en ambos grupos fue hRV, seguida por VSR. La adquisición fue comunitaria en G1: 83.3 % y en G2: 86.8 %, $p = 0.64$. La presentación clínica fue similar en ambos grupos, así como también el requerimiento de oxígeno (50 % vs. 44.7 %, $p = 0.61$) y la asistencia respiratoria mecánica (13 % vs. 10.5 %, $p = 0.72$) en G1 vs. G2 respectivamente. El patrón tomográfico más frecuente fue infiltrados mixtos y bilaterales, siendo estos últimos más frecuentes en G2: 86.8 % vs. 57.4 %, $p = 0.001$. Se realizó lavado bronquioalveolar en el 18 % de los pacientes de cada grupo. Hubo mayor coinfección bacteriana y fúngica pulmonar en pacientes del G2 (14.8 % vs. 28.9 %, $p = 0.08$). El 97.5 % de los casos requirió internación, sin diferencias significativas entre ambos grupos. La mortalidad global a los 30 días en G1 y G2 fue de 13 % y 7 %, respectivamente ($p = 0.22$).

Conclusiones: La ITRI por virus respiratorios en pacientes con NH se presentó con características clínicas y epidemiológicas e impacto clínico similares a pacientes con TCPH, con una morbilidad significativa. Estos datos deben ser tenidos en cuenta para el abordaje de pacientes con NH que se presenten con síntomas respiratorios.

OR056 Infección fúngica invasora en pacientes oncohematológicos: epidemiología, características clínicas y evolución

Bues F, Herrera F, Relloso S, Torres D, Sánchez Thomas D, Temporiti E, Zerboni S, Rearte A, Bonvehí P.

Sección Infectología, Dpto. de Medicina Interna. Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, Dpto. de Análisis Clínicos, CEMIC. Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las infecciones fúngicas invasoras (IFI) representan una importante causa de morbimortalidad en pacientes con neoplasias hematológicas (NH). A pesar de los avances en los métodos diagnósticos, y del uso de profilaxis antifúngica (PAF), el manejo de estas infecciones continúa siendo un desafío en la

actualidad.

Objetivo: Describir la epidemiología, las características clínicas y la evolución de los episodios de IFI en pacientes con NH.

Materiales y métodos: estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron los episodios de IFI en ≥ 14 años con NH, internados en nuestra institución, entre enero de 2004 y diciembre 2018. Los episodios se clasificaron en probados y probables según los criterios de la EORTC/MSG (2008). Se recolectaron datos clínicos, microbiológicos y de evolución a 90 días, o hasta el fallecimiento. Se utilizó estadística descriptiva y test de Chi cuadrado para el análisis comparativo.

Resultados: se presentan 60 episodios de IFI, 45 % probadas y 55 % probables. Los géneros más frecuentes fueron *Aspergillus* spp. (62 %) y *Candida* spp. (20 %). En el 46 % de los casos se obtuvo confirmación microbiológica: 100 % de las candidiasis, y 16 % de las aspergilosis. El galactomanano fue positivo en el 60 % de las IFI: 42 % en sangre, 50 % en lavado broncoalveolar y 8 % en ambas muestras. En el 94 % de los casos se interpretó secundario a aspergilosis (probada o probable). Los focos clínicos más frecuentes fueron: respiratorio (60 %), mucocutáneo (22 %) y rinosinusal (20 %). El 8 % presentó infección diseminada. Las enfermedades de base más frecuentes fueron LMA (43 %) y linfoma no Hodgkin (13 %). El 33 % había recibido un TCPH (65 % alogénico). El 30 % de las IFI ocurrieron durante el debut de la enfermedad, y el 40 % en fase refractaria o recaída. El 80 % de los pacientes estaban neutropénicos, 70 % recibían quimioterapia, 40 % recibían corticoides (66 % a altas dosis), 35 % habían recibido terapias antilinfocitarias, y 23 % agentes biológicos. El 63 % de las IFI se presentó intra profilaxis o tratamiento con antifúngicos (AF). Esto fue mayor en pacientes con neutropenia profunda y prolongada (63 % vs. 36 %, p 0.02). El tratamiento fue guiado por diagnóstico en el 72 % de los casos y empírico en el 27 %. Los AF más utilizados fueron anfotericina B liposomal (33 %) y voriconazol (32 %). La mortalidad a 30 días fue del 27 %. La tendencia fue mayor en pacientes con LMA (62 % vs. 37 % en otras NH, p 0.07), IFI durante el uso de AF (81 % vs. 19 %, p 0.08) y en neutropénicos (69 % vs. 31 %, p 0.1), sin alcanzar significancia estadística. La mortalidad global a 90 días fue del 56 %, sólo el 22 % fue relacionada a la IFI.

Conclusiones: En nuestra serie, *Aspergillus* spp. fue la causa más frecuente de IFI. La mayoría se presentó con foco respiratorio, durante neutropenia o inmunosupresión celular secundaria a tratamientos inmunosupresores, y la mortalidad fue elevada. Un alto porcentaje de los casos se presentó durante el uso de AF. Estos datos confirman la importancia de conocer la epidemiología local de cada Institución e implementar de manera precoz métodos diagnósticos de IFI en pacientes de riesgo, independientemente si reciben o no AF.

OR057 Tuberculosis pos trasplante de órgano sólido: experiencia de 12 años en un hospital de alta complejidad de Argentina

Andrés P, Fernández A, Madsen E, Rodríguez A, Nagel C.

Fundación Favaloro para la Investigación y la Docencia Médica. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una de las infecciones oportunistas pos trasplante de órgano sólido (TX). Su incidencia (INC) es 20-74 veces > a la de la población general. Las dificultades en el diagnóstico y las interacciones de las drogas antituberculosas con los inmunosupresores (INs), contribuyen a la alta mortalidad en estos pacientes (pc).

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de TB postTX en nuestro hospital. M&M

Análisis retrospectivo de los casos de TB postTX, con confirmación bacteriológica, entre 01/06 y 12/17 [seguimiento ≥ 12 meses (m)]. Estadística: Fisher, $P \leq 0,05$.

Resultados: Se diagnosticaron 19 casos de TB postTX (8 renales, 4 hepáticos, 4 pulmonares, 3 cardíacos) en 1890 pc trasplantados. INC '06-17: 1 %. Sexo, edad [Me (rango), años]: 13 ♂, 58 (15-69); 6 ♀, 43 (26-78). PPD preTX [4 sin datos (s/d)]: 14/15 (93 %) (-); 1/15 (7 %) (+). Dos pc tuvieron contacto postTX y pre enfermedad con fuente TB. Un pc tuvo TB previo al TX, recibió profilaxis con etambutol (E) y pirazinamida (Z) preTX. Tiempo TB postTX (Me, rango): 12, 1-240 m; 11/19 (58 %) ≤ 12 m. Inmunosupresión con corticoides altas dosis (CAD), 10/19 (53 %) pc: a) basal con metilprednisolona ≥ 20 mg/día: 6; b) pulsos de solumedrol por rechazo agudo de injerto: 5. Asociación significativa con TB ≤ 12 m postTX, $P=0,005$. Clínica: fiebre 15(79 %), tos productiva 11(58 %), disnea/astenia 9(47 %), pérdida de peso 6(31 %); infiltrados pulmonares nuevos 16(84 %). Evolución (Me, rango): 9, 1-30 días. Tipo TB: 15(79 %) TB pulmonar (TBP); 3(16 %) TB extra pulmonar (TBeP): 1 laríngea, 1 de partes blandas (PBL), 1 ganglionar; 1(5 %) TB diseminada (TBd) con compromiso de PBL. Diagnóstico: lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial (BAL+BTB); luego biopsia pulmonar por otros abordajes (Bpu); y/o biopsia extra pulmonar. Baciloscopia (BAC) (+) en 11/19 (58 %) pc: 8 TBP [2 con BAC (-) en BAL+BTB, pero BAC (+) en Bpu]; 2 TBeP; 1 TBd [BAC (+) solo PBL]. Tratamiento [demora inicio (Me, rango): 17, 1-30 días]: Isoniacida (H), Z, E, moxifloxacina (11 pc) o levofloxacina (L) (5 pc); 1 pc recibió H, Z, E, L (6m), luego por toxicidad, H, L y cicloserina (6m); 2 pc s/d. Duración: TBP, 12m; TBeP y TBd, 18m. Mortalidad global 16 % (3/19). Co-infecciones con otros oportunistas: 1 criptococosis meníngea; 1 aspergilosis pulmonar. Ambos pc con cura clínica.

Conclusiones: La INC '06-17 fue 40 veces > a la de la población general en Argentina (INC '06-16: 0,024 %). La mortalidad global fue < a la reportada en otras series de TX (20-30 %). La mayoría de los pc tuvo TB el 1° año postTX pero hubo casos alejados del TX (≥ 3 años). En los primeros se destaca el uso de CAD. Predominó la TBP, pero en TX adquieren relevancia la TBeP y TBd. Las presentaciones atípicas y la co-infección con otros oportunistas retrasan el diagnóstico e impactan en la morbi-mortalidad. La PPD presenta serias limitaciones (anergia) para detectar TB latente. La toma de varias muestras, incluso biopsia de tejido, mejoró el rédito de la BAC. El cultivo fue fundamental para confirmar el diagnóstico. No se utilizó rifampicina para evitar interacciones con INs. Se obtuvo buena respuesta clínica con los esquemas empleados.

7 - Antimicrobianos

OR058 Resistencia a colistín en enterobacterias aisladas de pacientes ambulatorios

Corbella SM, Marino L, Elvas MG, Melito G.
Carrera de Bioquímica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Maimónides.

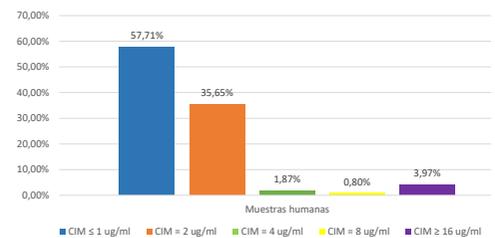
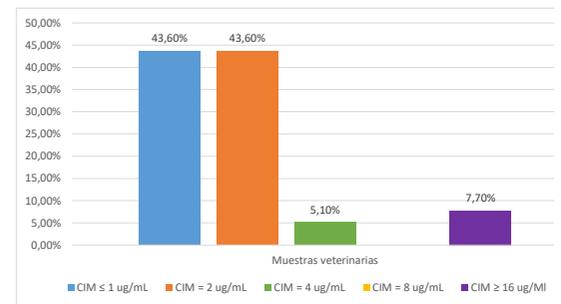
Introducción. El aumento en la frecuencia de infecciones producidas por bacterias Gram negativas multirresistentes junto con el escaso desarrollo de nuevas opciones terapéuticas llevó a reconsiderar al colistín como opción de tratamiento. En noviembre de 2015 se detectó en China el gen *mcr-1*, codificado en un plásmido, que confiere resistencia a colistín, en cepas de *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*. En nuestro país, el Instituto de referencia INEI-ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, detectó resistencias a colistín en 127 aislamientos de *E. coli* provenientes de pacientes internados, en los cuales se confirmó la presencia del gen *mcr-1*.

Objetivo. El objetivo del presente trabajo fue investigar si en la comunidad se encuentra circulando esta resistencia, ya que sólo existen estadísticas a nivel intrahospitalario.

Materiales y Método. Estudio prospectivo, experimental. Se analizaron las cepas de *E. coli* aisladas de urocultivos de pacientes ambulatorios y veterinarios provenientes de un laboratorio privado, durante los meses de diciembre 2017, enero y febrero 2018. Se determinó la CIM a colistín por microdilución en caldo.

Resultados. En total se estudiaron 539 cepas humanas y 39 veterinarias. De ellas, 35 cepas humanas (6.5 %) y 5 veterinarias (12.8 %) resultaron resistentes.

Discusión y Conclusión. Se comprobó la presencia de resistencia a colistín en la comunidad. No se la puede adjudicar al mal uso de antibióticos a nivel hospitalario, ya que estos pacientes fueron ambulatorios. Tampoco se la puede atribuir a la automedicación, ya que el colistín no es un antibiótico utilizado comúnmente por la población. La resistencia a colistín en estos pacientes genera un interrogante sobre su origen. Es posible que esté vinculada a su uso en la producción animal: se estima un uso de 12.000 toneladas de colistín al año con fines metafilácticos y como promotor del crecimiento y engorde. Esto se relaciona con la industria alimentaria, particularmente con la carne para el consumo humano. Consideramos de suma importancia que se comience a trabajar en la regulación del uso de este antibiótico, tendiendo a limitar y posteriormente eliminar su uso con estos fines.



OR059 Tratamiento de apendicitis agudas, sin quinolonas: adherencia, impacto en la evolución clínica, consumos y costos

Pessacq P, Otermin F, Farina J, Cremona A, Martínez Mónaco ME, Corvalan M, De Oliveira Santos R.
Hospital Italiano La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las fluoroquinolonas (FQ) han resultado útiles para tratar un amplio grupo de infecciones, incluyendo las intra-abdominales (IIA). Actualmente la OMS las considera como de alta prioridad para regular su uso. El estudio nacional de consumo de antimicrobianos (ATM) en hospitales (2016) evidenció que 14 % de los pacientes que recibían ATM incluían FQ. Actualmente, está demostrado que luego de un exitoso control quirúrgico del foco, no es necesario prolongar el ATM más de 4-5 días y un estudio nacional reciente que describió la etiología aeróbica en apendicitis agudas (AA) evidencia resistencias a FQ elevadas (>31 %), sugiriendo esquemas basados en amiglicósidos combinados con metronidazol u ornidazol

Objetivos: Evaluar la adherencia a un nuevo esquema de tratamiento empírico para AA (sin FQ), antes y después del consenso con el equipo quirúrgico y evaluar el impacto en la evolución clínica y en el consumo de ATM, en un hospital privado.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, cuasi experimental. Se realizó una jornada de actualización con el equipo quirúrgico para el tratamiento de las IIA (01/11/17), acordando un nuevo esquema: Amikacina (AMK) + Metronidazol (MET). Se generó una base de datos con información de las historias clínicas y registros hospitalarios. Se dividieron 2 grupos de 100 pacientes consecutivos, con diagnóstico de AA: uno previo y otro posterior al consenso. Se evaluó la adherencia al consenso, las conductas, los procedimientos y la evolución clínica. Se analizó el consumo y costos de los ATM implicados (12 meses previos y 12 posteriores), utilizando: dosis diarias definidas por cada 100 estadias (DDD/100e) y el valor de compra en USD, según la cotización al 30/10/18. Las variables continuas se expresaron con media y desvío standard (DS). Las comparaciones se realizaron mediante Chi cuadrado y p de Fisher ($p < 0.05$).

Resultados: Ambas poblaciones resultaron uniformes (tabla 1). No hubo asociación significativa entre: demoras >24 hs hasta el procedimiento quirúrgico o al inicio del ATM y la mortalidad o reingresos por complicaciones en 30 días. La adherencia a la medida fue de 88 %. No se observó incremento en los valores promedio de creatinina en 42 pacientes con mediciones al ingreso y al egreso. El redito microbiológico (36 muestras) fue 42 %. 17 aislamientos: *E. coli*. 70,6 %, con resistencia a ciprofloxacina y a ampicilina-sulbactam 33 %, TMP-SMX 50 %, y 0 % para AMK, carbapenems o piperacilina-tazobactam. Se observó una reducción del uso de FQ de 99 % y 77 % para ampicilina-sulbactam. En el consumo general: reducción de 55 % para Ciprofloxacina, incremento de 2325 % para AMK y 23 % para MET (DDD/100e). Costos (ATM) en AA: reducción 1.5 USD/día (4.5 USD/internación), ahorro anual de 805 USD (180 apendicetomías promedio).

Tabla 1: Descripción General de la Población

	Total	Pre-Consenso	Post-Consenso
Masculinos	117 (59%)	(58%)	(59%)
Edad Media	31,1	28,6	33,6
Días de internación promedio	2,9 (DS 15,6)	2,9 (DS 14,5)	3,0 (DS 16,3)
> 24 hs hasta la QX	46 (23%)	(24%)	(22%)
> 24 hs hasta el inicio de ATB	41 (21%)	(21%)	(20%)
Duración de ATB - EV promedio	2,53 (DS 1,6)	2,54 (DS 1,9)	2,53 (DS 1,3)
Indicación de ATB al Alta	125 (62,5%)	(63%)	(62%)
Evolución			
Favorable	195 (98%)	(97%)	(98%)
Reingreso /Complic. en 30 días	7 (4%)	(5%)	(2%)
Óbito Relacionado	1 (0,5%)	(0%)	(1%)

Conclusión: En 2 poblaciones homogéneas, con la microbiología y sensibilidad coincidente con la bibliografía y sensible a los ATM consensuados, se logró una elevada adherencia, con 99 % de reducción de FQ empíricas en AA. Así, una intervención sencilla y consensuada propició un mejor uso de ATM, reduciendo el impacto ecológico y los costos, sin cambios en la evolución clínica, nefrotoxicidad, complicaciones o mortalidad.

OR060 Uso racional de antimicrobianos en Argentina: análisis de la prescripción médica en patologías prevalentes

Pessacq P¹, Berrueto L², Rey M², Torre V², Baldoni N², Fernandez NA², Mauro J², Otermin F¹, Farina J¹, Cremona A¹, Bertoni G², Mykietiuik A³.

¹Hospital Italiano La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Interzonal General de Agudos Rodolfo Rossi. La Plata. Argentina. ³Instituto Médico Platense. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La resistencia a los antimicrobianos (ATM) es una amenaza real y contemporánea para la salud pública a nivel mundial y su variación entre países refleja diferencias socio-económicas, de los sistemas de salud, legislativas y culturales. El uso inapropiado de ATM exacerba la emergencia y diseminación de resistencias a los tratamientos de primera elección y la aparición de efectos adversos. Las prescripciones médicas inadecuadas, principalmente en infecciones de alta prevalencia, y la automedicación son 2 pilares en dicha problemática.

Objetivo: Analizar la prescripción médica de ATM en patologías prevalentes, según las recomendaciones vigentes

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, transversal, no financiado: encuesta estructurada y anónima dirigida a médicos de todo el país, distribuida por distintas vías entre los mismos médicos, por sociedades científicas, colegios, agremiaciones y entidades afines (Nov-Dic 2017). Se simulaban 3 casos clínicos de patologías prevalentes (farigoamigdalitis, cistitis y forunculosis) y se consultó por: la elección de un ATM para cada caso, la disponibilidad de información actualizada para un uso racional de ATM y sobre conceptos generales de la prescripción. Se consideraron como tratamientos adecuados a los coincidentes con las recomendaciones vigentes de la SADI al momento del estudio. Se utilizó el programa Epi-Info 7.2 para el análisis estadístico. Las variables categóricas se expresaron en número total y porcentajes. Las comparaciones se realizaron mediante Chi cuadrado y p de Fisher (p < 0.05).

Resultados: Participaron 1571 médicos de múltiples especialidades (Clínica 28 %, Med. General 14 %, Pediatría 12 %, Infectología 11 %, Otras 35 %) de 12 provincias (CABA 32 %, La Plata 24 %, resto Bs.As. 25 %, resto país 19 %). El ámbito del ejercicio profesional se distribuyó uniformemente: 39 % público, 31 % privado y 30 % ambos. El 33 % de los participantes refirió recibir información sobre uso racional de ATM de manera frecuente y el 92 % desearía recibirla de manera sintética y práctica. Se registraron datos de 4192 simulaciones de casos clínicos y se analizaron factores intervinientes en la prescripción (Fig.1). En promedio, solo uno de cada 5 tratamientos antibióticos (22 %) era coincidente con las guías (Tabla 1). El 83 % de los médicos refirió consultar siempre a sus pacientes por sus comorbilidades, 89 % por episodios similares previos, 81 % por embarazo o lactancia, 90 % por alergias y 74 % por uso reciente de ATM. El 44 % recuerda siempre la asesoría sobre efectos adversos, 50 % eventualmente y 6 % nunca.

Conclusión: La inadecuada prescripción ATM en patologías prevalentes resulta alarmante, siendo variable en los distintos grupos. Se evidencian numerosos errores en dosis y duración, así como elección de alternativas innecesarias o incorrectas. Dado el escenario actual de resistencias, resulta indispensable fomentar la difusión de recomendaciones actualizadas de tratamientos ATM para optimizar la prescripción por parte de los médicos del país.

OR061 ¿Cumplimos el objetivo de farmacocinética y farmacodinamia en pacientes críticos que reciben antibióticos betalactámicos?

Maurizi D, Maurizi D, Lamponi Tappatá L, Fuks V, Lamot L, Petasny M, Dietrich P, García Kraemer P, Spadaro ML.

Hospital Municipal De Agudos Dr. Leónidas Lucero. Bahía Blanca. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los pacientes críticamente enfermos presentan con gran frecuencia infecciones, siendo los antibióticos betalactámicos una elección de tratamiento habitual. Estos pacientes poseen cambios fisiopatológicos que alteran las concentraciones de antibióticos betalactámicos y por ende la posibilidad de alcanzar el objetivo de farmacocinética y farmacodinamia (PK/PD). Estudios realizados en pacientes críticos sugieren que la concentración de estos antibióticos debe mantenerse 4 veces por encima de la concentración inhibitoria mínima (CIM) para estar frente a la mayor actividad bactericida.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en una terapia intensiva de adultos desde enero de 2018 a enero de 2019. Se incluyeron pacientes que durante su internación recibieron cefazolina, ceftriaxona, ceftazidima o meropenem. Se excluyeron pacientes en diálisis, con síndrome ascítico edematoso, síndrome nefrótico, grandes quemados, pacientes con infecciones del sistema nervioso central, osteoarticulares o endocarditis. Se realizó, mediante una extracción de sangre venosa, el dosaje de concentración de antibiótico en plasma en el 50 % del intervalo de dosis (50 % f T). Se comparó la concentración de antibiótico libre (fracción no unida a proteínas) con los objetivos de CIM y CIM x 4 para los microorganismos susceptibles, según los criterios del CLSI. Se definió, para cada uno de los antibióticos, los posibles microorganismos a los que va dirigido cuando el mismo se inicia empíricamente, de forma tal, que algunos pacientes fueron analizados en relación a dos grupos de microorganismos. Se comparó el grupo de pacientes que cumplió el objetivo CIM x 4 con el que no, en términos de variables de PK/PD. Se utilizó la prueba t para muestras independientes para calcular la diferencia de medias de las variables numéricas y la prueba exacta de Fisher para las variables cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 29 determinaciones y 55 comparaciones. El 62 % de los pacientes fue de sexo masculino y la media de edad de 48,2 años. En el 92,7 % de los casos se alcanzó el objetivo 50 % f T mayor a CIM y en el 61,8 %, se cumplió la meta 50 % f T mayor a CIM x 4 (tabla 1). Si tomamos en cuenta el peor escenario, que sería en el que se basan los tratamientos antibióticos empíricos (el germen susceptible al antibiótico con CIM más alta), solo el 48,3 % de los pacientes cumplieron el objetivo 50 % f T mayor a CIM x 4. Los pacientes que no llegaron al objetivo 50 % f T mayor a CIM x 4 tuvieron mayor aclaramiento renal que los que llegaron al objetivo (160 vs. 108,5 ml/min/1,73m², p = 0,01).

Datos de PK/PD	Antibiótico (n° pacientes)							Total n=55
	Cefazolina n=6	Ceftriaxona n=5		Ceftazidima n=8	Meropenem n=12			
	Staphylococcus spp	Enterobacteriaceae spp	Enterobacteriaceae spp	Enterobacteriaceae spp	Enterobacteriaceae spp	Acinetobacter spp		
Dosis en 24 h ²	5 g (DS 1,55)	2 g	2 g	5,75 g (DS 0,71)	3 g			
Objetivo 50% fT > CIM	3 (50%)	5 (83,3%)	3 (100%)	8 (100%)	8 (66%)	12 (100%)	32,7%	
Objetivo 50% fT > CIM x 4	0 (0%)	2 (33,3%)	1 (33,3%)	8 (100%)	7 (57,5%)	10 (83%)	61,8%	
Peor escenario objetivo 50% fT > CIM x 4	0 (0%)		1 (33,3%)		7 (57,5%)	8 (50%)	48,3%	

Tabla 1. Datos sobre la llegada a los objetivos de farmacocinética/farmacodinamia¹ en pacientes críticamente enfermos.

¹ Ver definiciones de los objetivos en materiales y métodos.

² Media (desvío estándar)

Conclusiones: un gran porcentaje de pacientes críticos que recibe betalactámicos no alcanza las metas de PK/PD recomendadas en la actualidad para garantizar un beneficio clínico. Una variable asociada a valores subóptimos de antibióticos resultó ser el aumento en el aclaramiento renal. Es necesario comenzar a individualizar las dosis de tratamientos con betalactámicos para mejorar los resultados clínicos en pacientes críticos.

OR062 Implementación de un programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en unidades de cuidados intensivos de adultos de Latinoamérica

Quirós R¹, Bardossy A², Aleman Espinoza W³, Angeleri P⁴, Carneiro M⁵, Castañeda Luquerna X⁶, Cuellar Ponce de Leon L⁷, Guerra A⁸, Guerra S⁹, Medina J¹⁰, Munita J¹¹, Vega S¹², Zurita J¹³, Maki G¹⁴, Prentiss T¹⁴, Escobar E¹, Zervos M¹⁴, Grupo Proyecto PROA

¹Clinica Foianini, Bolivia. ²HFHS, EE. UU. ³Htal. Alcívar, Ecuador. Dirección de Epidemiología, MSN, Argentina⁴. Htal. Santa Cruz, Brasil⁵. ⁶Fundación Cardio-Infantil, Colombia. ⁷Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Perú. ⁸Clinica Rey David, Colombia. ⁹Uruguay. ¹⁰Uruguay. ¹¹Clinica Alemana, Chile. ¹²Panamá. ¹³Htal. Vozandes, Ecuador. ¹⁴HFHS, EE. UU.

Introducción: Estudios previos en Latinoamérica mostraron que la implementación efectiva de Programas para la Optimización del Uso de Antimicrobianos (PROAs) ha resultado ser una estrategia útil para mejorar los resultados asistenciales, de una manera segura y costo-efectiva, reduciendo además el impacto de los eventos adversos, las interacciones medicamentosas y el desarrollo de resistencia vinculados al uso de estos agentes.

Objetivos: Evaluar el impacto de la implementación de PROAs en Unidades de Cuidados Intensivos de Adultos (UCIAs) de hospitales de Latinoamérica

Material y métodos: En Ene-2018 se inició un proyecto multicéntrico de 24 meses de duración, con la participación de una muestra no probabilística de 84 UCIA de Latinoamérica. El estudio implicó la capacitación con evaluación on-line de los investigadores, una autoevaluación basal y la realización de estudios mensuales de Prevalencia, Consumo mensual de antimicrobianos, Registro mensual de indicadores de impacto, Registro mensual de medidas de control de infecciones. Al 7mo mes se realizó una autoevaluación intermedia. Presentamos los datos obtenidos del primer semestre del proyecto. Para la autoevaluación se utilizó un instrumento previamente validado que estima el nivel de desarrollo de los PROAs en una escala de 0 a 100 puntos. El consumo de antimicrobianos (J01 y J02 antibióticos y antimicóticos sistémicos) se midió en dosis diarias definidas (DDD) c/100 días-paciente. Los indicadores de apropiabilidad se calcularon como porcentaje de indicaciones cumpliendo con el indicador. La carga de resistencia antimicrobiana se estimó como densidad de incidencia. Mientras, para la comparación de las autoevaluaciones se utilizó t Student para muestras apareadas, para la evolución del consumo de antimicrobianos, los indicadores de apropiabilidad y los de impacto, se empleó coeficiente de correlación (Ro y R2). Un coeficiente Ro mayor de 0,80 ó menor de -0,80 y un R2 mayor a 0,4 fueron considerados como tendencias significativas.

Resultados: Se muestran los indicadores de las 74 UCIs que completaron los primeros 6 meses del proyecto (Tabla 1).

Conclusiones: El estudio muestra en general una mejora en los niveles de desarrollo de los PROAs de las UCIA participantes con una tendencia a la reducción en el consumo de antimicrobianos y mejora en los indicadores de apropiabilidad e impacto.

Indicadores autoevaluación	Puntaje basal	Puntaje final	Diferencia	IC 95%	p
Puntaje global	41,5±17,7	52±18,1	10,5	7,5 a 13,6	0,0000
Indicadores generales	Jul-Ago '18	Sep-Oct '18	Nov-Dic '18	Correlación (Ro)	R ²
Consumo de antimicrobianos (DDDs c/100 d-p)	148,6	150,5	144,8	-0,66	0,43
Indicadores de apropiabilidad					
Tasa de pacientes con antimicrobianos	62,1%	60,2%	58,9%	-0,99	0,99
Validación de la indicación por farmacéutico	63,9%	63,2%	64,5%	0,50	0,25
Registro en historia clínica	96,6%	96,4%	98,5%	0,80	0,65
Adherencia a guías clínicas	72,5%	73,7%	76,2%	0,98	0,97
Revisión periódica con devolución	81,1%	87,1%	86,4%	0,81	0,66
Aceptación de la recomendación infectológica	88,1%	88,7%	89,9%	0,98	0,97
Monitoreo terapéutico de vancomicina	34,9%	29,5%	31,1%	-0,69	0,47
Monodosis de aminoglucósidos	87,7%	91,7%	94,8%	1,00	1,00
Indicadores de impacto					
Infección por MMDR (eventos c/1000 d-p)	12,56	12,19	11,60	-0,99	0,98
Infección por C. difficile (eventos c/1000 d-p)	0,26	0,46	0,44	0,82	0,67
Mortalidad bruta (fallecimientos c/100 egresos)	19,11	15,54	14,90	-0,93	0,86

8 - Infección por VIH, otros retrovirus y hepatitis virales

OR063 Prevalencia y factores asociados a ideación suicida en adultos infectados por VIH revinculados al sistema de salud en Argentina

Cecchini D¹, Mandell L², Rodriguez V³, De La Rosa A², Abbamonte J², Sued O⁴, Cassetti I⁵, Cahn P⁴, Weiss S², Jones D².

¹Helios Salud. CABA. Argentina. ²Universidad de Miami. EEUU. ³Universidad de Georgia. EEUU. ⁴Fundación Huésped. Argentina. ⁵Helios Salud. CABA. Argentina.

Introducción: Argentina tiene una de las tasas más altas de suicidio en América Latina y el Caribe con tasas en el percentil 80 para la región. Aunque existe evidencia en la literatura de que las personas que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de comportamiento suicida, se dispone de escasa información sobre los factores asociados a ideación suicida en personas que viven con VIH en nuestra región.

Materiales y métodos: Este estudio es un análisis de las características basales participantes enrolados en el estudio COPA 2 (Conexiones Positivas en Argentina 2). Se trata de un ensayo clínico prospectivo multicéntrico y aleatorizado por grupos (*clusters*) dirigido a pacientes mayores de 18 años infectados por VIH con mala adherencia al tratamiento antirretroviral y/o sin controles de salud en los últimos 12 meses, que presentan carga viral detectable (>500 copias/mL) y son revinculados con el sistema de salud. La evaluación basal incluyó un perfil demográfico de cada participante y abordó evaluaciones de depresión, autoeficacia, abuso de sustancias, relación médico-paciente y motivación para la adherencia. Se evaluaron variables asociadas a ideación suicida con análisis de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 360 pacientes; 51 % de sexo femenino; edad promedio 39 años (SD: 11); 69 % asistidos por sistema público de salud; 44 % desempleados; 19 y 23 % reportaron comportamientos compatibles con abuso de drogas y alcohol respectivamente; 28 % presentaron depresión moderada a severa. Setenta y siete (21 %) reportaron ideación suicida en la semana previa; 8 (2 %) reportaron intento de suicidio en los últimos 30 días. En los modelos ajustados de regresión logística, menor edad (AOR = 0.97 [0.94, 0.99]), mayor sintomatología depresiva (AOR = 1.11 [1.08, 1.15]) y abuso de drogas (AOR = 3.16 [1.45, 6.89]) se asociaron con ideación suicida ($p < 0.05$).

Conclusiones: La ideación suicida fue frecuente en pacientes VIH positivos con mala adherencia y/o no retenidos en el sistema de salud en Argentina. Estos hallazgos evidencian la necesidad de incorporar en la rutina asistencial el screening de depresión, como así también intervenciones integradas, que aborden el abuso de sustancias, la depresión y el comportamiento suicida en personas que viven con VIH en nuestro medio

OR064 Análisis de carga viral mutacional de cuasiespecies portadoras de resistencia a inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa en embarazadas *naive* infectadas por VIH-1

Castro GM¹, Sosa MJ¹, Sosa MP¹, Muñoz F², Lescurat MP³, Borda MA¹, Moreno C¹, Pisano MB⁴, Barbas MG¹, Re VE⁴.

¹Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina. ³CIBIC Laboratorios. Rosario. Argentina.

Introducción: Los niveles de resistencia a antirretrovirales en pacientes embarazadas infectadas por VIH en Argentina se encuentran en niveles moderados a altos (particularmente para inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa, INNTR). Estudios previos de nuestro país en muestras pretratamiento de mujeres embarazadas (2008-2014) mostraron una prevalencia de resistencia primaria del 19.5 % (15.5 % para INNTR). Los niveles de resistencia observados podrían condicionar la eficacia de la profilaxis neonatal, para la cual se dispone históricamente en nuestro medio de 3 drogas: AZT, 3TC y NVP. Teniendo en cuenta que la profilaxis neonatal con NVP se indica en escenarios de mediano y alto riesgo de transmisión vertical, resulta de interés cuantificar las cepas virales que portan mutaciones asociadas resistencia (RAMs) a INNTR en esta población (carga viral mutacional, CVM).

Objetivo: Evaluar en embarazadas VIH+ *naive* portadoras de resistencia primaria el porcentaje de cuasiespecies virales con mutaciones asociadas a resistencia a INNTR y determinar la CVM (copias/mL) de las mismas.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de 42 muestras pretratamiento (2008-2014) de pacientes gestantes VIH+ previamente estudiadas por Trugene. Dichas muestras fueron resecuenciadas por técnica ultrasensible (Ultra Deep Sequencing, UDS) utilizando un protocolo provisto por la OPS y secuenciador MiSeq Illumina. Las lecturas se analizaron con el software HYDRA el cual informa el porcentaje de cada cuasiespecie, utilizando un filtro de detección del 1 %. Las mutaciones para INNTR se identificaron según listado de la OMS, encontrándose 9 mutaciones en 7 muestras (16.6 %). La CVM se estimó en muestras que presentaban RAMs a INNTR considerando la carga viral materna al momento del estudio de resistencia y el porcentaje de cuasiespecies con RAMs.

Resultados: Las mutaciones encontradas fueron K103N (n:4), G190A/E/S (n:3), Y181I (n:1) y P225H (n:1). El 78 % de las mutaciones se encontraban presentes en más del 93.5 % de la población viral. La CVM fue >1000 copias/mL en el 89 % de las mutaciones para INNTR, siendo la mediana de CVM de 8330 (RIC: 7738 - 29796) copias/mL. El porcentaje de cuasiespecies virales que portaban la K103N fue mayor al 97 % de la población viral, con una mediana de CVM de 8330 (RIC: 5583-26241) copias/mL. El porcentaje de cuasiespecies con mutaciones en el codón G190 fue del 1.05, 1,25 y 99.7 % respectivamente, con una mediana de CVM de 1387 (rango: 89-13281) copias/mL. Para las mutaciones Y181I y P225H los porcentajes fueron en ambas superiores al 93 %, siendo las CVM de 2223 y 46276 copias/ml, respectivamente.

Conclusiones: La tecnología UDS permitió cuantificar la CVM y, aún en RAMs presentes en baja proporción, se puede observar que la CVM fue elevada. En embarazadas VIH+ portadoras de resistencia primaria, las cuasiespecies que presentan RAMs para INNTR (particularmente la K103N) son predominantes dentro de la población viral. Frente a este perfil de resistencia materno, esta evidencia preliminar permitiría predecir que, en recién nacidos en escenarios de mediano o alto riesgo de infección según el consenso SADI 2018, la NVP no debería ser considerada droga útil en la profilaxis neonatal combinada, debiéndose considerar su sustitución por raltegravir.

OR065 Caracterización del perfil molecular y detección de variantes asociadas a resistencia a antivirales en pacientes de la provincia de Córdoba con hepatitis B aguda. Período 2015-2017

Castro GM¹, Sosa MJ¹, Sosa MP¹, Muñoz F², Lescurat MP³, Borda MA¹, Moreno C¹, Pisano MB⁴, Barbas MG¹, Re VE⁴.

¹Laboratorio Central - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina. ²Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (INICSA), Córdoba, Argentina. ³Programa Provincial de VIH. ⁴Instituto de Virología Dr. J.M. Vanella, Córdoba, Argentina.

Introducción: El virus de la hepatitis B (HBV) presenta una gran variabilidad genética. El análisis genómico del HBV permite identificar variantes genotípicas que pueden conducir a comportamientos biológicos y clínicos diferentes. Además, dicho análisis ha demostrado que existen mutantes en la población viral total, incluso antes del inicio de la terapia antiviral, que pueden influir en el diagnóstico, la respuesta a la vacuna y a los tratamientos antivirales.

Objetivo: caracterizar genéticamente al HBV y detectar variantes asociadas a resistencia a antivirales en pacientes con hepatitis B aguda.

Materiales y Métodos: estudio observacional, transversal, de carácter retrospectivo, en el que se estudiaron 79 muestras de suero o plasma provenientes de pacientes con infección aguda por HBV, obtenidas en el período 2015-2017. Se incluyeron muestras de pacientes mayores de 18 años, mono o coinfectados con VIH. Se excluyeron muestras de pacientes con alguna evidencia de hepatitis autoinmune o marcadores de hepatitis C o D y muestras con diagnóstico inconcluso. A partir de los registros médicos se recabaron datos epidemiológicos de cada paciente. Se determinaron los marcadores serológicos de la infección por HBV y se determinó la carga viral. Se amplificaron por PCR y se analizaron mediante secuenciación directa dos fragmentos del genoma de HBV (región del gen S y del promotor basal core y precore). El análisis filogenético se realizó utilizando el método de máxima verosimilitud, MEGA 6. El análisis estadístico se realizó aplicando el test t-Student o W-Mann Whitney, según la distribución de datos. Se adoptó un nivel de significación $\leq 0,05$.

Resultados: el 86,1 % de las muestras correspondieron a pacientes mono infectados y 13,9 % a pacientes coinfectados HBV/VIH. La edad media de adquisición de la infección fue de 42 años. La carga viral en la población de estudio varió entre 1,78 y 8,86 logaritmos (UI/ml), con una carga viral media de 7.59 logaritmos. La distribución de subgenotipos (sgt) hallada fue: en pacientes HBV: F1b (72,0 %), A2 (13,2 %), F4 (7,3 %), F (3,0 %), C (3,0 %), A1 (1,5 %) y en pacientes HBV/VIH: F1b (72,7 %), A2 (18,2 %), F4 (9,1 %). El estudio detallado de los fragmentos amplificados mostró la presencia de secuencias mutantes de relevancia clínica, en la región codificante del gen S, asociadas con fallas en el diagnóstico, hepatitis B oculta y/o variantes de escape. Se detectaron las mutaciones del core A1762 T/G1764A y la mutación precore G1896A que afectan la expresión del HBeAg. Además, se detectó mutación rT180M asociada a resistencia a LMV y LdT, en el sgt F4. **Conclusiones:** se evidenció una alta circulación del sgt F1b en pacientes adultos tanto mono infectados (HBV) como coinfectados (HBV/VIH), diferente a lo hallado previamente (el gTa es especialmente detectado en pacientes HBV/VIH positivos). Si bien la prevalencia de mutantes asociadas a resistencia encontrada fue baja, la mutación hallada puede generar resistencia cruzada a ETV influenciando su eficacia. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de una vigilancia temporal planificada, a fin de detectar precozmente la aparición de ésta o de nuevas variantes virales.

OR066 Uso de detección rápida de linfocitos T CD₄⁺ Alere Pima™ para el manejo de infecciones oportunistas en pacientes con VIH

Marconi LF, Botto MA, Marconi F, Gomez C, Pedrola M, Agostini M, Lupu S.

Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Santa Fe, Argentina.

Introducción: En pacientes VIH+ que requieren internación, conocer el valor de CD4+ puede influir en el tratamiento empírico (TE) elegido si presenta una probable infección oportunista (IO). Existen publicaciones donde demuestran que los pacientes con <200 cél/mm³ CD4+ tienen mayor mortalidad vs. los de mayor conteo. (Huang LF; 2013). El método para medición es la citometría de flujo en centros de referencia demorando varios días. En nuestro servicio, contamos con un dispositivo para la detección rápida de linfocitos T CD4+ con resultados en 20 minutos.

Objetivo: Describir el impacto del uso de dispositivos rápidos de recuento de CD4 en pacientes VIH+ que se internan con una probable IO.

Materiales y métodos: estudio prospectivo observacional. Medimos CD4+ a todos los pacientes VIH+ que requirieron internación en un hospital de tercer nivel entre enero 2018 y enero 2019. Las muestras se obtuvieron por dígito punición y se analizaron con el equipo CD4+ Alere PIMA Abbot® según instrucciones del fabricante. Variables estudiadas: género, edad, CD4+ <200 cél/mm³ o mayor. TE para IO según criterio del médico tratante, cuadro clínico (neumopatía, síndrome meníngeo, focalidad neurológica y síndrome constitucional) y valor de CD4 <200 cél/mm³. Evolución: alta hospitalaria a 30 días, requerimiento de terapia intensiva (UTI) y mortalidad a los 30 días. Software utilizado GraphPad Prism 8, prueba de Chi-cuadrado y Fisher's para el análisis estadístico. Diferencia significativa $p < 0,05$.

Resultados: 43 pacientes VIH+ que se internaron, le realizamos conteo rápido de CD4. 65 % (n = 28) eran hombres. La media de edad $44 \pm 10,92$ años. 30 % (n = 13) fueron diagnóstico reciente de VIH. 76,7 % (n = 33) del total tuvieron <200 cél/mm³ CD4+. Del grupo de <200 cél/mm³ CD4, 75 % (n = 25) realizaron TE para IO de los cuales el 68 % (n = 17) tuvieron buena evolución con alta a 30 días, 16 % (4/25) requirió UTI y la mortalidad a los 30 días fue del 12 % (3/25). Del grupo de ≥ 200 cél/mm³ CD4+, 23,2 % (n = 10) del total, un solo paciente recibió TE (*Pneumocystis jirovecii*). 80 % (8/10) presento buena evolución con alta a 30 días, los restantes requirieron más días de internación, sin UTI. Al comparar la evolución de los pacientes con <200 vs. ≥ 200 cél/mm³ CD4+, no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,45$). El cuadro clínico más frecuente fue de neumopatía 47 % (n = 20). El 85 % (17/20) tenían <200 cél/mm³ CD4+ y de ellos el 94 % (n = 16) realizo TE para IO, de los cuales 87 % (n = 14) presentó buena evolución con alta a 30 días. Y un solo paciente requirió UTI.

Conclusión: 76 % del total de pacientes, se encontraban en estadio sida al momento de la consulta. 13 fueron diagnóstico reciente de VIH. El uso de un método de detección rápida de CD4+ podría utilizarse al momento de decidir instaurar un TE para IO. En nuestro estudio a diferencia de la bibliografía consultada, no observamos diferencia estadísticamente significativa en mortalidad, días internación, y requerimiento de UTI, entre los pacientes con <200 vs. los ≥ 200 cél/mm³ CD4+. Podríamos inferir que el TE relacionado al valor de CD4 por un lado, mejoraría la sobrevida y evitaría tratamientos innecesarios, en el momento crucial de indicar un TE.

OR067 Rol del cociente CD4/CD8 como marcador pronóstico de progresión del VIH en pacientes bajo TARV

Angarola MA¹, Lupu S¹, Angarola E².

¹Universidad Abierta Interamericana - Instituto CAICI, CABA, Argentina. ²Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Con la implementación del TARV, la mayoría de los pacientes con VIH logra la recuperación de células CD4 y la supresión viral. Sin embargo, persiste una disfunción inmunológica y tanto la mortalidad como el riesgo de sufrir comorbilidades siguen siendo elevados. El cociente CD4/CD8 se postula como

un potencial marcador del estado inmunológico y del riesgo de padecer complicaciones.

Objetivos. Analizar la progresión del cociente CD4/CD8 en pacientes VIH bajo TARV. Reconocer la presencia de eventos definidores y no definidores de SIDA. Comparar el cociente CD4/CD8 con el recuento absoluto de CD4 como predictores de respuesta inmune efectiva.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo a partir de historias clínicas de 424 pacientes VIH positivos asistidos en un centro de atención de pacientes con VIH, diagnosticados entre 1990-2018. Los datos recolectados fueron codificados y se volcaron en una planilla de Microsoft Excel para ser procesados con el software estadístico SPSS. Se aplicaron los test estadísticos correspondientes según la naturaleza de los datos: Chi-Cuadrado y/o F de Fisher para variables cualitativas y Prueba de U Mann-Whitney y/o Prueba de regresión para variables cuantitativas. En todos los casos se consideraron estadísticamente significativos los valores de p asociados inferiores a 0,05 ($p < 0,05$).

Resultados: El 70,8 % de los pacientes no normalizó el cociente CD4/CD8, pero el 78,6 % lo mejoró. El 79,2 % de los eventos definidores de SIDA se produjo en pacientes que no normalizaron el cociente ($p < 0,02$), de los cuales el 56,6 % había normalizado el recuento de CD4 ($p < 0,001$). El 77,7 % de los ESNDS se produjo en pacientes que no normalizaron el ratio, pero no resultó estadísticamente significativo. Los pacientes con una ratio basal menor a 1, tuvieron menos probabilidades de normalizarlo (OR: 8,8, $p < 0,001$). Las mujeres tuvieron más probabilidades de normalizar el cociente (OR: 2,2, $p < 0,001$). No se demostró una relación significativa con tabaquismo, edad, nadir CD4, CMV, VHB, VHC, tipo de TARV ni herpes zóster.

Conclusiones. El cociente CD4/CD8 no se logra normalizar a pesar de un TARV efectivo en la mayoría de los casos. El cociente CD4/CD8 es mejor predictor de SIDA que el recuento absoluto de CD4. Valores basales bajos de la ratio CD4/CD8 y el sexo masculino disminuyen las probabilidades de normalizar este cociente.

Palabras clave: TARV – reconstitución inmune - cociente CD4/CD8.

OR068 La expresión elevada de PD-1 junto a una capacidad de diferenciación alterada en los LT CD4+ durante la infección aguda correlaciona con mayor disfunción inmune y persistencia viral en individuos luego de iniciado el tratamiento

Salido J¹, Czernikier A¹, Trifone C¹, Figueroa M², Fernández JA³, Sued O⁴, Salomón H¹, Laufer N¹, Ghiglione Y¹, Turk G¹.

¹Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina. ²Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina.

³Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. ⁴Fundación Huésped. Argentina.

Lograr una cura funcional para la infección por VIH continúa siendo un gran desafío. Diferentes estrategias se han ensayado sin éxito, debido principalmente a la disfunción inmune observada en los individuos infectados.

Objetivo: determinar la asociación entre las características inmunes observadas tempranamente en los linfocitos T CD4+ (LTCD4) y la inflamación, el reservorio viral y la respuesta LTCD8 VIH-específica postratamiento antirretroviral (pos-TARV). Se recolectaron muestras de sangre periférica de 25 sujetos VIH+, al momento del diagnóstico (muestra basal, BSL) y un año post-TARV. En la muestra BSL se evaluó, por citometría de flujo, el fenotipo de LTCD4 en el compartimento total y VIH-específico (CD45RO, CCR7, CD95 y PD1), y la proporción de LTCD4/HLA-DR+/CD38+. Pos-TARV, se expandieron *in vitro* los LTCD8 VIH-específicos; sobre ellos se evaluó el fenotipo y la actividad antiviral (ensayos VIA y VITAL). Se determinaron los niveles plasmáticos de IP-10 por ELISA. Se cuantificó el ADN viral asociado a células (total e integrado) y el ARN sin splicing (US-ARN) y con múltiple splicing (MS-ARN) por PCR en tiempo real. Los datos se analizaron por pruebas no paramétricas. Niveles elevados de LTCD4+PD1+ en la muestra BSL se correlacionaron inversamente con la capacidad de diferenciación de LTCD8 pos-TARV: el % de LTCD4/PD-1High correlacionó directamente con el % de LTCD8 stem cell (LTCD8SCM) y de memoria central (LTCD8MC), pero indirectamente con LTCD8 efectores terminales (LTCD8ET), tanto en el compartimento total ($p = 0,018$; $p = 0,0018$; $p = 0,010$) como VIH-específico ($p = 0,040$; $p = 0,012$; $p = 0,028$). Análogamente, un arresto temprano en el perfil de diferenciación de LTCD4 se correlacionó positivamente con el % de LTCD8MC ($p = 0,0096$) y de memoria efectora (LTCD8ME, $p = 0,0031$), pero inversamente con LTCD8ET ($p = 0,0003$) y LTCD8/PD1+ ($p = 0,023$), post-TARV. Los % de LTCD4ME, LTCD4/PD1+ y LTCD4ET/PD1+ en la muestra BSL, se correlacionaron directamente con los niveles de IP-10 post-TARV ($p = 0,037$; $p = 0,0096$; $p = 0,003$). Además, el fenotipo de LTCD4 y el nivel de activación en la muestra BSL se correlacionaron con el tamaño del reservorio viral: el % de LTCD4NAIVE correlacionó directamente con la cantidad de ADN integrado ($p = 0,05$); %LTCD4ME inversamente tanto con los niveles de MS-RNA ($p = 0,008$) y US-RNA ($p = 0,017$); %LTCD4/PD1+ directamente con el ADN total ($p < 0,0001$); y %LTCD4/CD38+ positivamente con el ADN integrado ($p = 0,0038$) y MS-RNA ($p = 0,036$). El %LTCD4 VIH-específicos en la muestra BSL correlacionó directamente con la capacidad de los LTCD8 de mediar citotoxicidad (VITAL; $p = 0,007$). Finalmente, las proporciones de LTCD4/PD1+ y de LTCD4/CD38+/HLA-DR+ correlacionaron inversamente con la magnitud de VIA ($p = 0,001$ y $p = 0,006$). Una alteración temprana en la diferenciación de LTCD4 así como un mayor agotamiento y mayor activación celular, impactaron de manera negativa en la persistencia viral, en la inflamación y en las características fenotípicas y funcionales de los LTCD8 VIH-específicos que persisten un año post-TARV. Estos parámetros podrían servir como predictores de la función de LTCD8 en individuos bajo tratamiento.

OR069 Galectina-1 promueve la reactivación de latencia del virus de la inmunodeficiencia humana

Rubione J¹, Duette G¹, Perez P¹, Pereyra Gerber P¹, Salido J¹, Pascuale C¹, Cagnoni A², Mariño K², Sued O³, Laufer N¹, Lewin S⁴, Rabinovich GA², Ostrowski M¹.

¹Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina. ²Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME). CABA. Argentina. ³Fundación

Huésped. Argentina. ⁴Universidad de Melbourne. Australia

Introducción: Galectina-1 (Gal-1) es una lectina endógena con importantes funciones inmunomoduladoras, actuando tanto a nivel de la inmunidad innata y como adaptativa. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta principalmente linfocitos T CD4+ y macrófagos causando la depleción de linfocitos T CD4+ y resultando en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). La implementación de la terapia antirretroviral combinada mejoró significativamente el pronóstico de individuos VIH positivos. Sin embargo, la inflamación crónica y la persistencia de células latentemente infectadas (reservorio viral) constituyen hoy día las dos principales barreras para lograr la cura de la infección. En este trabajo, analizamos el rol de Gal-1 en la reactivación de la latencia de VIH-1 y en la activación inmune crónica.

Objetivo: Evaluar el rol de Gal-1 en contexto de la infección por VIH, en particular la dinámica de reservorios y la inflamación crónica de pacientes bajo tratamiento.

Métodos: Se midieron los niveles plasmáticos de Gal-1 de Pacientes VIH+ (N = 62), divididos en cuatro grupos (basales, crónicos bajo tratamiento, crónicos sin tratamiento y controladores elite), y comparados con los niveles de dadores sanos (N = 14). Se utilizó reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real para cuantificar ADN asociado a células y ARN no empalmado (unspliced) (US-RNA). Los datos fueron analizados mediante métodos estadísticos no paramétricos. Cinco clones de la línea celular Jurkat latentemente infectada (J-LAT) fueron estimulados con Gal-1 recombinante humana (rGal-1).

Resultados: Mostramos que rGal-1 revierte la latencia de VIH y promueve la replicación viral en el modelo de J-LAT. Además, el tratamiento *in vitro* con rGal-1

de linfocitos T CD4+ estimula la secreción de citoquinas proinflamatorias (interferón gamma, factor de necrosis tumoral alpha e interleuquina 6). Asimismo, mostramos que individuos VIH positivos presentan niveles plasmáticos elevados de Gal-1 en comparación con dadores sanos ($p < 0.001$). El análisis de muestras de seguimiento longitudinal confirmó el aumento, aún en presencia de tratamiento antirretroviral efectivo. Interesantemente, observamos una correlación positiva entre Gal-1 y el tamaño del reservorio viral, medido a través del US-RNA ($p < 0.01$). Por último, mostramos que las vesículas extracelulares purificadas del plasma de pacientes VIH positivos inducen la expresión de Gal-1 por parte de macrófagos, sugiriendo que esta población podría ser la responsable de los niveles aumentados de Gal-1 en pacientes.

Conclusiones: Nuestros resultados demuestran que Gal-1 es capaz de revertir la latencia del VIH, en un modelo in vitro, y que este efecto podría explicarse por su capacidad de activar linfocitos T CD4+. Los niveles aumentados de Gal-1 en plasma de pacientes VIH positivos y la correlación establecida con el tamaño del reservorio viral sugieren un importante rol de Gal-1 en la modulación de la dinámica de reservorios y en la patogénesis viral. Por último, nuestras observaciones abren el camino para profundizar el estudio de moduladores farmacológicas de la actividad de Gal-1 en busca de nuevas estrategias terapéuticas para combatir el VIH/sida.

OR070 Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA

Bruno M, Duran A, Vulcano S, Nardi S, Hirsch C, Hojman M, Serantes D, Fernandez Cabanilla G, Portnoy F.
Coordinación Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Argentina.

Introducción: Los adolescentes son una población particularmente vulnerable en relación a las infecciones de transmisión sexual y están expuestos a presentar mayor morbi-mortalidad relacionada a la infección por VIH.

Objetivo: describir y analizar la situación epidemiológica de los niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA

Métodos: Revisión de las notificaciones de menores de 20 años con diagnóstico de VIH entre el 01-01-2003 y el 31-12-2017. Analizar los datos de las variables epidemiológicas disponibles en la ficha de notificación.

Resultados: Entre enero de 2003 y diciembre de 2017 se notificaron, en la CABA, 1.186 infecciones por VIH en menores de 20 años: el 57,6 % fueron menores de 15 años y 42,4 %, adolescentes de 15 a 19. La vía perinatal fue la forma de transmisión del VIH en más del 90 % de los menores de 14 años notificados, sin diferencias entre sexos. En el grupo de adolescentes, predominó la transmisión a través de relaciones sexuales no protegidas. Entre las mujeres, el 93 % por transmisión en relaciones heterosexuales y en la población masculina, el 26 % por relaciones sexuales con mujeres y el 64 % a través de relaciones entre hombres. La proporción de notificaciones en menores de 14 años disminuyó de 65,4 % a principios del período (2003-2005) a 30,2 % en el final (2015-2017). El estadio clínico al momento del diagnóstico varió significativamente entre los grupos etarios. Mientras que en la población adolescente la proporción de diagnósticos de VIH en estadio sintomático (sida y sintomático no sida) descendió de 27 % en el primer trienio a 16 % en el último, en los menores de 15 años se mantuvo por encima del 50 % durante todo el período.

Conclusiones: la disminución progresiva de la proporción de menores de 15 años con diagnóstico de VIH demuestra el impacto de las estrategias para prevenir la transmisión perinatal. Sin embargo, el alto porcentaje de diagnóstico en estadios sintomáticos en esta población, requiere un fortalecimiento del circuito de diagnóstico pediátrico. El predominio de nuevas infecciones por relaciones desprotegidas entre varones, durante la adolescencia, confirma la importancia de fortalecer las estrategias de prevención y promoción del uso de preservativo en esta población.

OR071 Aumento de la sífilis en la Argentina. Una alerta para la salud pública

Aquila S, Torales G, Giovacchini C, Wainziger T, Pennini V, Armendaraz S, Adaszko A, Angeleri P, Rodriguez C.
Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: Mientras que la epidemia de VIH se encuentra estable desde hace más de una década, durante los últimos años se observa en Argentina y en el resto del mundo un aumento sistemático en la incidencia de la sífilis y de otras infecciones de transmisión sexual. La sífilis es una enfermedad con medidas eficaces y disponibles para su prevención y tratamiento, pero que de no prevenirse o controlarse puede aparejar consecuencias graves para la salud. Este trabajo analiza la situación de la sífilis en la población argentina basado en los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, en los últimos 5 años.

Objetivos: Analizar la evolución de la sífilis en la Argentina en los últimos 5 años a través tres indicadores epidemiológicos: sífilis en población general, sífilis en embarazadas y sífilis congénita.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo de la tasa de notificación de sífilis en Argentina en los últimos 6 años, a partir de la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Se analizó la evolución de (a) sífilis en población general (sumando las notificaciones a los eventos sífilis temprana y sífilis sin especificar) según sexo y grupo etario, (b) sífilis en embarazadas y (c) sífilis congénita. La información para este trabajo proviene del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud. Los datos de sífilis temprana y sin especificar provienen del módulo C2 del SNVS para los años 2014 a 2017 y del componente clínico del SNVS2.0, luego de la SE18/2018. Los datos de sífilis congénita provienen del módulo C2 y se tomaron como casos todos los que fueron notificados confirmados por este componente, más los casos notificados al SIVILA hasta la SE17 de 2018 que registraron criterios de confirmación por laboratorio de sífilis congénita, y –luego de la semana 18 de 2018 se tomaron los mismos criterios para el análisis de la información integrada de los componentes clínico, epidemiológico y por laboratorios proveniente del SNVS2.0 Para el evento sífilis en embarazada se utilizó la notificación de controles de embarazo por pruebas no treponémicas desde 2014 a 2017 notificadas al SIVILA y controles de embarazo por pruebas de tamizaje (treponémicas o no treponémicas) notificadas al SNVS2.0 desde la SE18 de 2018.

Resultados: La sífilis muestra, en ambos sexos, un sostenido crecimiento que la llevó de 11,7 casos c/100 mil hab. en 2013 a 50,4 en 2018; 57,6 casos c/100 mil hab. para las mujeres mientras que en los varones llega a 45,2 casos c/100 mil hab. Las mayores tasas de notificación se observaron en grupos etarios de adolescentes y adultos jóvenes. Por otro lado, el porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje para sífilis en embarazadas ha aumentado de 2,15 % a 3,8 % en los últimos 5 años. Finalmente, la tasa de sífilis congénita muestra un ascenso que va del 1 cada 1.000 nacidos vivos en 2013 a 1,7 cada 1000 en 2017.

Conclusión: En los últimos cinco años se ha registrado un alto nivel en la notificación de casos de sífilis al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud tanto en población general, en embarazadas como en sífilis congénita. La repercusión mayor, en cuanto a morbilidad, se manifiesta en población adolescente y adultos jóvenes. En las últimas décadas, las ITS han estado en un segundo plano en relación a la pandemia del VIH. Sin embargo, mientras que el segundo se ha estabilizado, las primeras siguieron en aumento de modo solapado. Este fenómeno pone en evidencia la necesidad de poner en la agenda de los equipos de salud este problema y desarrollar una política nacional activa para el control de las ITS en pos de mejorar la salud de la población.

9 - Diagnóstico microbiológico

OR072 Factores de virulencia y multiclonalidad en aislamientos clínicos hipermucoviscosos de *K. pneumoniae* productores de KPC

Vargas JM¹, Moreno Mochi MP¹, Nuñez JM², Cáceres M², Mochi S², Del Campo R³.

¹Cátedra de Bacteriología. Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia UNT. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ³Hospital Ramón y C

La diseminación de *K.pneumoniae* productora de carbapenemasas (KPC) dentro de los nosocomios es un problema de salud pública importante; esto se debe a su capacidad de adquirir mecanismos de resistencia y factores de virulencia con facilidad. El objetivo de este trabajo fue determinar la susceptibilidad antibiótica y el trasfondo genético de aislamientos clínicos productores de KPC de un hospital en Tucumán, Argentina. Caracterizamos 35 aislamientos clínicos de *K.pneumoniae* resistentes a carbapenemes con valores de CIM ≥ 2 mg/mL. La hipermucoviscosidad se determinó mediante String Test. Los genes de carbapenemasas y β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) fueron detectados por Multiplex PCR y posterior secuenciación. Los factores de virulencia propuestos se determinaron por Multiplex PCR(magA, fimH, uge, iutA, wabG, rpmA, cnf1, ycfM, hly, iroN, k2A, mrkD, kpn, allS, entB, and wcaG). La capacidad de conjugación fue evaluada usando *E.coli* J53 azida-resistente como receptor. La tipificación plasmídica fue realizada mediante la caracterización de relaxasas. La diversidad clonal fue determinada por PFGE y MLST.

Los 35 aislamientos mostraron resistencia a β -lactámicos y ciprofloxacina y resistencia parcial a otros antibióticos: gentamicina (91.43%), TMS (88.57%), tigeciclina (6%), y fosfomicina (6%). La distribución de BLEE en las cepas estudiadas resultó: SHV-2(n = 5), CTX-M-2(n = 17), asociación entre SHV-2 y CTX-M-2(n = 4) y 9 cepas fueron negativas a ambas BLEE. Se detectaron 17 patrones diferentes por PFGE que correspondieron a 10 secuenciotipos; se observó predominio de ST25, seguido por ST 629, ST17, ST147, ST268, ST258, ST11, ST111, ST133, ST551 y 4 aislamientos cuyas combinaciones alélicas no se encuentran documentadas. El gen blaKPC-2 se encontró en un plásmido transferible IncL/M. La incidencia global de *K.pneumoniae*-KPC fue de 0.290 cada 1000 pacientes hospitalizados. La caracterización de los factores de virulencia demostró la presencia de fimbrias (97.14 %), sideróforos (94.29 %) y factores de resistencia a la fagocitosis (74.28 %). El 68.57 % de los aislamientos pertenecían al serotipo capsular K2 mientras que un 31.43 % de los aislamientos fueron considerados no tipificables. Este es el primer estudio de caracterización de factores de virulencia en múltiples clones de *K.pneumoniae* hipermucoviscosas productoras de KPC 2 en esta región, nuestros hallazgos indicarían que no existe una correlación significativa entre la asociación de factores de virulencia, resistencia a carbapenemes, tipos de infección y tipo clonal en las cepas estudiadas.

OR073 Evaluación del impacto económico de la implementación de espectrometría de masas aplicada a la práctica diaria del Laboratorio de Microbiología de hospitales públicos

Caro FC¹, Cudmani D¹, Delgado G¹, Mochi S², Fernández SM³, Assa J⁴, Flores S⁵, Basco L⁶, Farfán V⁷, Cudmani N¹.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ³Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ⁴Hospital del Niño Jesús. S.M. de Tucumán. Argentina. ⁵Hospital Escuela Eva Perón. Santa Fe. Argentina. ⁶Inst. Maternidad. ⁷Hospital Centro de Salud Zenón J. Santillán. Tucumán. Argentina

Introducción: En el campo de la Microbiología Clínica, la identificación rápida y segura de los agentes infecciosos es una herramienta crucial, principalmente en infecciones severas con alta morbilidad y mortalidad asociadas. La espectrometría de masas (MS) mediante la tecnología MALDI-TOF (Matrix- assisted laser desorption/ionization time-of-flight mass spectrometry), demostró ser una metodología de identificación bacteriana rápida, confiable, específica y de bajo costo. **Objetivos:** evaluar el impacto de la implementación de la tecnología MS en el sistema de salud público. Comparar costos y tiempo de obtención de resultados de identificación bacteriana (TOR) por MS versus métodos automatizados (MA). Estimar el ahorro anual en los laboratorios del sistema provincial de salud.

Materiales y métodos: Se creó una red de derivación formada por 6 hospitales cabeceras coordinada por la División Bacteriología del Laboratorio de Salud Pública (LSP). Cada hospital envió los aislamientos empleando una logística ya disponible para remitir muestras al LSP. El período analizado comprende desde enero a diciembre del 2018. El costo de cada determinación por MS se estimó en base al precio de reactivos consumidos (USD)/n° de muestras procesadas. Se comparó el costo de identificación utilizando MA por Vitek 2C versus Malditof-MS. Se estimó el tiempo de obtención de resultados por ambas metodologías.

Resultados: en el período de estudio se analizaron un total de 16.350 aislamientos. El costo de cada determinación por MS resultó en 0.5 USD versus 9.5 USD por MA. En el año se invirtió un total de 8.175 USD por MS versus 155.325 USD si se hubiera utilizado MA. El TOR por MS fue de 6 horas incluyendo la logística versus 12 horas por MA.

Discusión: la identificación de microorganismos por MALDI-TOF se posicionó en nuestro medio rápidamente como una herramienta revolucionaria en el diagnóstico con un costo por cada muestra inferior a otros métodos de identificación bacteriana. La disponibilidad de resultados dentro de las 6 horas, permite al staff médico de cada institución implementar conductas o cambios de conductas de tratamiento con un importante impacto en los pacientes críticos. El principal desafío fue su sistematización, y el eventual desplazamiento de los métodos automatizados.

OR074 Diseminación clonal hospitalaria de *Klebsiella pneumoniae* ST25 productora de KPC-2 en un hospital escuela, en el norte de Argentina

Moreno Mochi MP¹, Vargas JM¹, López C², Nuñez JM³, Mochi S³, Cáceres M³, Jure MA¹.

¹Cátedra de Bacteriología. Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia UNT. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Cátedra de Bacteriología. Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia UNT. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ³Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina.

La diseminación de *Klebsiella pneumoniae* productoras de carbapenemasas (Kp-KPC) ha sido un problema asociado con la diseminación de clones pertenecientes al grupo clonal 258; otros secuenciotipos de kp-KPC, como ST25 y ST65 están emergiendo y pueden convertirse en clones virulentos prevalentes en el futuro.

El objetivo de este estudio fue describir la emergencia y diseminación de un clon Kp-KPC ST25 en un hospital escuela en Tucumán, Argentina. Aislamientos no repetidos de Kp-KPC ST25, identificados de pacientes hospitalizados (periodo mayo- octubre 2014) fueron incluidos en el estudio. La información epidemiológica fue recolectada utilizando una ficha clínico-epidemiológica, se realizaron pruebas de susceptibilidad a los antimicrobianos y determinación molecular por PCR múltiple de genes de carbapenemasas (blaKPC, blaNDH, blaVIM and blaOXA-48); β -lactamasas de espectro extendido (blaSHV-2, blaCTX-M-2) y genes de virulencia (magA, k2A, rmpA, wabG, uge, allS, entB, ycfM, kpn, wcaG, fimH, mrkD, iutA, iron, hly and cnf-1). La relación clonal fue analizada usando PFGE. Los aislamientos de Kp-KPC fueron identificados en 14 pacientes (9 hombres, 20-90 años) hospitalizados en 5 salas diferentes. El primer paciente, politraumatizado, fue sometido a cirugía en mayo de 2014; y fue recuperado el primer aislamiento Kp-KPC de una muestra ósea (kp-PFGE A); una semana después fue recuperado un segundo aislamiento Kp-KPC (Kp2): en los siguientes 2 meses fueron recuperados 2 aislamientos (Kp3 y Kp4) y en el periodo agosto-octubre es resto de los aislamientos (Kp5-Kp14). Todos con patrones de PFGE similares al kp-PFGE A; de este modo se confirma su relación clonal. Los 14 aislamientos fueron resistentes a cefalosporinas, carbapenemes, ciprofloxacina y trimetoprima/sulfametoxazol; y susceptibles a ampicilina (100 %), colistina (100 %), fosfomicina (100 %) y tigeciclina (93 %). Por PCR múltiple y posterior secuenciación fue confirmado blaKPC-2 en todos los aislamientos; BLEE: blaCTX-M-2 (n = 9), y blaSHV-2 asociada a blaCTX-M-2 (n = 3). Los factores de virulencia encontrados resultaron en adhesinas totales (100 %), sideróforos (100 %), factores asociados a la resistencia a la fagocitosis (wabG 43 % y uge 72 %), todos magA y rmpA negativos y serotipo capsular K2. Hemos demostrado la rápida propagación clonal de Kp-KPC ST25/K2; Tucumán es un área cercana a fronteras con Bolivia, Chile y Paraguay; además de los numerosos esfuerzos realizados para controlar la propagación de estas especies, los estudios adicionales deben centrarse en el uso juicioso de los antibióticos disponibles y la implementación estricta de medidas de control de infecciones.

OR075 Emergencia de *Aspergillus fumigatus* resistentes a los azoles en Argentina

García-Effron G¹, Macedo D¹, Brito Devoto T², Leonardelli F¹, Isla G³, Cuestas L⁴, Córdoba S³.

¹Universidad Nacional del Litoral - CONICET. Santa Fe. Argentina. ²Facultad de Medicina. UBA. Instituto de Microbiología y Parasitología (CONICET). Argentina. ³IANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina. ⁴Facultad de Medicina. UBA. Instituto de Microbiología y Parasitología (CONICET). Argentina.

Introducción: La resistencia de *Aspergillus fumigatus* a los antifúngicos azólicos se ha convertido en un problema mundial. En Holanda, Reino Unido, algunas regiones de Asia y EEUU esta resistencia ha llegado a ser mayor al 10 %. Entre los mecanismos de resistencia descritos destacan las mutaciones en el gen CYP51A, las modificaciones en los promotores de este mismo gen y la sobreexpresión de bombas de eflujo. Este fenómeno, no se había descrito en pacientes de Sudamérica.

Objetivos: Estudiar una colección de *A. fumigatus* aislados de pacientes argentinos, detectar cepas resistentes a los azoles y establecer sus mecanismos de resistencia.

Material y métodos: Se estudiaron 130 cepas de *Aspergillus* sección Fumigati aislados de pacientes argentinos con diversas patologías. Se evaluó la sensibilidad frente a itraconazol, voriconazol y posaconazol siguiendo el protocolo de microdilución M38 3er. ed. estandarizado por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Se amplificaron y secuenciaron los genes CYP51A (3000 pares de bases que incluyen 5'UTR, 3'UTR y ORF) de las cepas que presentaron valores de Concentraciones Inhibitorias Mínimas (CIM) elevadas a los azoles (≥ 1 mg/L para itraconazol o voriconazol y $\geq 0,25$ mg/L para posaconazol).

Resultados: Se encontraron 7 (2,3 %) cepas con CIM elevada a 1 o más azoles. De estas cepas, 2 fueron identificadas molecularmente como *Aspergillus lentulus* (especie críptica intrínsecamente resistente a los azoles) y 5 como *A. fumigatus* sensu stricto que incluían: 1 cepa aislada de una lesión ocular de un paciente sin tratamiento antifúngico previo, 1 cepa aislada de una lesión cervical y cerebral de un paciente con leucemia linfoblástica aguda y tratamiento prolongado con voriconazol, 3 de pacientes con fibrosis quística (FQ) en tratamiento con itraconazol. Los 2 *A. lentulus* fueron aislados de pacientes con FQ, 1 en tratamiento con itraconazol y el otro *naive* a los azoles. Los mecanismos moleculares de resistencia encontrados en los *A. fumigatus* estaban relacionados al gen CYP51A. Uno de los mecanismos nunca había sido descrito. Se encontró la mutación G54E (n = 1), las sustituciones Y121/T289A en Cyp51Ap asociada a una repetición en tándem de 46-pb (TR46) en el promotor del gen CYP51A (n = 1), las mutaciones L98H (n = 2) y L98H/R65K (n = 1) combinadas con repetición en tándem de 34-pb (TR34) en el promotor de CYP51A. Todas las cepas presentaron CIM de 8 mg/L para itraconazol (resistentes). Las cepas con TR34 y TR46 presentaron además CIM elevadas para los otros 2 azoles estudiados. La cepa que presentó la mutación L98H/R65K asociada a TR34 fue resistente a todos los azoles.

Conclusiones: En este trabajo se pone en evidencia la necesidad de evaluar la sensibilidad a los azoles en todos los aislamientos clínicos de *Aspergillus* spp. independiente del estado inmune del paciente del que fue aislado y de la existencia o no de tratamientos antifúngicos previos.

OR076 Aplicación de una técnica molecular en la identificación de subespecies del complejo *Mycobacterium tuberculosis* desde cultivo en medio líquido en un hospital pediátrico

Abel S, Izaguirre M, Venuta ME, Melero S, Hernandez C.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: Los métodos diagnósticos clásicos de tuberculosis (TBC) se basan en la utilización de baciloscopia y cultivo. La identificación del agente etiológico desde la positividad del cultivo tiene una demora entre 10 y 15 días, mientras que el empleo de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) disminuye el tiempo a 24 horas, permitiendo no solo identificar las subespecies del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (CMTB) sino también diferenciarlas de las especies ambientales clínicamente importantes.

Objetivo Determinar la utilidad de la PCR en la identificación temprana de las micobacterias pertenecientes al CMTB a partir de cultivos positivos en pacientes pediátricos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo, realizado en un hospital pediátrico de CABA, desde enero 2018 a enero 2019 en el que se incluyeron 89 muestras de 57 pacientes (p) con cultivos positivos para CMTB. Se estudiaron esputos, lavados gástricos, biopsias, ganglios, líquidos y biopsias pleurales, líquidos cefalorraquídeos, biopsias sinoviales, granulomas de oído, biopsias óseas, abscesos cervicales, biopsias intestinales, colecciones del psoas y hemocultivos. La mediana etaria de los p fue de 12 años. En el laboratorio de microbiología a cada muestra con sospecha de TBC se le realizó baciloscopia y se cultivó en medio líquido MGIT960®. A los cultivos positivos se les realizó una inmunocromatografía TBID®, que permitió clasificar a las micobacterias dentro del CMTB. Luego se extrajo material genético y se realizó una PCR basada en la publicación de RC Huard et al (Journal of clinical microbiology, 2003, p1637-50) que emplea 6 pares de primers (16Sr RNA, Rv0577, IS1561, Rv1550, Rv1970 y Rv3877/8) permitiendo diferenciar las especies del CMTB en: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. bovis*-BCG, *M. africanum*, *M. caprae* y *M. microti*, de acuerdo al patrón de bandas que se observan en una corrida electroforética en gel de agarosa.

Resultados: El rendimiento de la baciloscopia directa sobre las muestras analizadas fue del 46 %, mientras que con la aplicación de PCR a partir de cultivo

no sólo elevó el rendimiento a un 97 %, sino que también se pudo establecer la identificación etiológica a las 24 horas. El 81 % de las muestras resultaron *M. tuberculosis*, un 18 % de *M. bovis* y un 1 % de *M. bovis*-BCG.

Conclusión La baciloscopia es importante para el diagnóstico de la tuberculosis, ya que es una técnica rápida, sencilla y de bajo costo, pero no suficiente, dado que los niños son paucibacilares. Por esta razón, se debe esperar el cultivo y a la identificación del agente etiológico para su diagnóstico y tratamiento. La utilización de medios de cultivos líquidos acelera los tiempos de recuperación de micobacterias y mediante el empleo de una PCR a partir del mismo se logra confirmar la especie dentro del CMTB en 24 horas. Por todo lo expuesto, consideramos que su empleo constituye una herramienta útil en el manejo clínico de las infecciones por micobacterias, especialmente en pediatría.

OR077 Detección de rinovirus y metapneumovirus en pacientes pediátricos sin diagnóstico viral e infección respiratoria aguda grave

Lerman AS, Figari A, Macías Lainez V, Navarro Albarracín F, Uez O.
ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Argentina.

Los virus son los principales agentes etiológicos en las infecciones respiratorias agudas; un alto porcentaje de las mismas quedan sin diagnóstico etiológico y no hay suficiente información epidemiológica sobre la implicancia de rinovirus y metapneumovirus. El objetivo de este estudio es describir la frecuencia de rinovirus y metapneumovirus en pacientes pediátricos de una Unidad Centinela de Influenza con infección respiratoria aguda grave y que fueron negativos para otros virus respiratorios durante el año 2015. Se realizó un Estudio Descriptivo de Corte transversal y se evaluó la presencia de rinovirus y metapneumovirus por biología molecular en 163 muestras respiratorias pediátricas con resultado negativo para virus respiratorio sincicial, adenovirus, para influenza por inmunofluorescencia y para influenza A y B por Real Time.

Resultados: De las 163 analizadas, 110 fueron positivas para al menos uno de los virus estudiados. 84 (51,5 %; IC95 % 43,6–59,4) fueron positivas para rinovirus, 16 (9,8 %; IC95 % 5,7–15,5) para metapneumovirus y 10 (6,1 %; IC95 % 3,0–11,0) presentaron coinfección. Solo 53 resultaron negativas para ambos virus. La mediana de edad general fue 6 meses. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la edad al comparar los subgrupos de rinovirus y metapneumovirus positivos y negativos. ($p = 0,76$ y $0,51$ respectivamente). Se evaluó la presencia de fiebre, tos, tiraje, taquipnea, diarrea, dolor abdominal, insuficiencia respiratoria, rechazo a alimentos, cianosis y vómitos. No se halló diferencia estadísticamente significativa entre la presencia de estos síntomas clínicos y la detección de rinovirus ($p > 0,05$). En cambio, los niños infectados con metapneumovirus mostraron asociación con la presencia de tiraje, dolor abdominal e insuficiencia respiratoria ($p = 0,037$, $0,025$ y $0,017$ respectivamente). Aquellos niños coinfectados con ambos virus tampoco mostraron una asociación positiva con los síntomas evaluados ($p > 0,05$). A excepción de un fallecido positivo para rinovirus con síndrome coqueluchoide, la evolución de los pacientes infectados con estos dos virus fue buena. Con respecto al consumo de antibióticos, el 15 % de los pacientes con rinovirus o metapneumovirus positivos los recibieron.

Conclusiones: La detección de rinovirus y metapneumovirus permitió mejorar el diagnóstico virológico. La selección de muestras negativas para otros virus, permitió demostrar el impacto de rinovirus y metapneumovirus en la morbi-mortalidad infantil y en el sistema de salud. Sería interesante incorporarlos a la vigilancia para contribuir a futuro con la toma de decisiones clínico-terapéuticas como el uso de antivirales, y la restricción del uso de antibióticos, disminuyendo costos, efectos adversos y aumento de la resistencia bacteriana.

OR078 Detección mutaciones en el gen 23S ARNr asociadas a resistencia a macrólidos en *Treponema pallidum*: un problema en aumento

Gallo Vaulet ML, Schenfeld M¹, Gallo Vaulet L¹, Losada M¹, Melgar A², Famiglietti A¹, Rodríguez Fermepín M¹.
¹Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina. ²Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA

Introducción: La sífilis es una enfermedad sexualmente transmisible causada por la bacteria *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* (*T. pallidum*). Puede causar manifestaciones graves a largo plazo (cardiovasculares, neurosífilis y gomas sífilíticas) y transmitirse al feto durante el embarazo (sífilis congénita). Esta infección debe ser tratada con penicilina G benzatínica intramuscular. El uso de macrólidos constituye una alternativa terapéutica atractiva debido a su fácil administración. El reporte de fallas terapéuticas posterior al tratamiento con macrólidos, ha permitido asociar mutaciones detectadas en el gen 23S ARNr a esta resistencia. Existe una preocupación mundial acerca del aumento de la prevalencia de las mutaciones asociadas a resistencia a macrólidos en *T. pallidum*. La prevalencia de las mismas varía en el mundo siendo baja o nula en algunos estudios de países africanos y de Rusia, así como otros reportes internacionales informan prevalencias mayores al 50 % (Estados Unidos, Irlanda, China y República Checa). En nuestro país se ha detectado un bajo nivel de estas mutaciones en muestras recolectadas entre 2006 y 2013 (14 %).

Objetivo: El objetivo de este estudio fue detectar mutaciones en el gen 23S ARNr de *T. pallidum* asociadas a resistencia a macrólidos en muestras de lesiones de individuos con sífilis en un hospital universitario.

Materiales y métodos: Se incluyeron en este estudio 51 muestras de lesiones de pacientes con sífilis que acudieron durante 2017 al Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual del Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires. En todos los casos el ADN se extrajo utilizando un equipo comercial (QIAamp DNA minikit, Qiagen) y se amplificó mediante una nested PCR el gen 23S ARNr. Sobre los productos de amplificación obtenidos se realizó una digestión enzimática (RFLP) con BsaI y MboII para la identificación de las mutaciones A2058G y A2059G asociadas a resistencia a macrólidos.

Resultados: En 49 muestras se pudo amplificar con éxito el gen 23S ARNr (96,1 %). Se detectó la presencia de mutaciones asociadas a resistencia a macrólidos en 30,6 % (15/49). La mutación A2058G se detectó 11 muestras (22,4 %) y la mutación A2059G en 4 muestras (8,2 %). En ninguna de las muestras se detectaron ambas mutaciones simultáneamente.

Conclusiones: En este estudio se detectó la duplicación de la presencia de las mutaciones asociadas a resistencia a macrólidos con respecto al período 2006-2013. Es necesario continuar la detección de las mismas en un número mayor de muestras para confirmar esta tendencia ascendente de manera significativa. Estos resultados junto al preocupante aumento en la tasa de notificación de sífilis observada en nuestro país en los últimos tres años demuestran la necesidad del correcto tratamiento con Penicilina de los individuos con diagnóstico de sífilis y de sus parejas sexuales evitando el uso de macrólidos.

OR079 Rol de distintos métodos diagnósticos de leishmaniasis tegumentaria americana en el Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IET) – Unsa. Oran. Salta

Portal G, Cimino R, Krolewiecki A, Gil J, Flores G, Aveldaño R, Díaz R, Quipildor M, Cajal SP.

Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UNSa. Salta. Argentina.

Introducción: La leishmaniasis es una enfermedad tropical endémica de 88 países, prevalente en la provincia de Salta. Su agente causal es un protozoo del género *Leishmania*, transmitido por vectores hematófago del género *Phlebotomus*. El diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana incluye, entre otras, la identificación de amastigotes mediante frotis de lesión, la determinación de material genético por PCR y la detección de anticuerpo por ELISA.

Objetivo: Identificar el rol de métodos serológicos y de biología molecular en el diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) y su concordancia con la observación microscópica de material obtenido de lesiones. Determinar la proporción de falsos negativos por frotis en pacientes con lesiones compatibles.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio incluyó a pacientes con lesiones sospechosas de Leishmaniasis del instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UNSA durante los meses de mayo a diciembre del 2018. Se procedió a la toma de muestra para frotis, biología molecular (PCR) y suero para ELISA. A los pacientes con resultados de frotis negativos se les solicitó, una segunda toma de muestra a partir de los 7 (siete) días. Los resultados examinados por frotis de lesión fueron comparados con los resultados por PCR (amplificación del gen del citocromo b (cyt b) y ELISA (técnicas *in house* utilizando antígenos proteínas recombinantes se denominaron HATLbAg1 (masa molecular: 49,76 kDa), HAT-LbAg2 (MM 94, 25) y HAT-LbAg3 (MM 40, 29)

Resultados: De 139 pacientes con lesiones sospechosas para leishmaniasis tegumentaria americana, el 63 % (87/139) registró frotis con resultados positivos y el 37 % (52/139) resultaron negativos. Al comparar estos resultados con otras técnicas, PCR y ELISA: 92 % (80/87) fueron confirmados como casos positivos por lo menos por dos técnicas de diagnóstico, 8 % (6/87) resultaron PCR y ELISA negativas con frotis positivo; Con respecto a los casos negativos desde el frotis inicial; 98 % (51/52) fueron confirmados negativos por frotis, PCR y ELISA,

Conclusión: Estos resultados nos permiten considerar, casos confirmados de leishmaniasis tegumentaria americana a aquellas muestras clínicas que dieron positivos para al menos dos métodos diagnósticos. De las muestras analizadas por frotis de lesión se obtuvieron 7 % (6/87) falso positivos. Se determinó dos casos inconclusos que tras seguimiento clínico se observó la reepitelización de la lesión posterior al tratamiento con ATB.

OR080 *Streptococcus* grupo *bovis*: nuevos aspectos clínicos y epidemiológicos de la bacteriemia

Almuzara M¹, de Gregorio S¹, Cittadini R², Garcia S¹, del Castillo M², Famiglietti A¹, Stecher D¹, Foccoli M¹, Vera Ocampo C², Vay C².

¹Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina. ²Sanatorio Mater Dei. CABA, Argentina.

Desde que fuera descrito por primera vez en 1951, *S. gallolyticus* subsp *gallolyticus* (*S. bovis* biotipo 1) ha sido asociado con endocarditis y neoplasia colónica. A partir del año 2009 y en virtud de la aplicación de la identificación (ID) polifásica, *S. lutetiensis* ha aparecido en primer lugar en nuestro medio entre las especies del grupo *S. bovis* que causan bacteriemia en el hombre.

Objetivo: Evaluar los aspectos microbiológicos, clínicos y epidemiológicos de la bacteriemia por las distintas especies que integran el grupo *S. bovis* (GSB)

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo- prospectivo observacional de pacientes con bacteriemia por GSB (*Streptococcus gallolyticus* subsp *gallolyticus* (Sgg); *Streptococcus lutetiensis* (Sl) y *Streptococcus gallolyticus* subsp *pasteurianus* (Sgp) atendidos en 2 centros de salud de Buenos Aires Periodo 2009-2019. Se recabó información de las historias clínicas sobre: edad, sexo, comorbilidades, tipo de infección, estudio endoscópico realizado y evolución clínica. Estudio microbiológico: fenotipia convencional, espectrometría de masa (MALDI TOF; Bruker) y amplificación y posterior secuenciación del gen *SodA*. Sensibilidad antibiótica: por el sistema automatizado Phoenix (Beckton Dickinson) /método epsilométrico (E test) (Normas CLSI).

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes con bacteriemia por GSB. Promedio de edad: 72 años (30- 92). Comorbilidades conocidas 28/24 pacientes.

Se identificaron 15 Sl, 4 Sgp, 5 Sgg. La fenotipia convencional correlacionó con la ID por MALDI TOF y con la ID molecular para todos los aislados de Sgg y Sgp. No discriminó entre Sl y *Streptococcus infantarius*. No obstante, la ID de Sl por Maltidif correlacionó un 100 % comparado con la ID molecular. Comorbilidades: Neoplasias/tumores: a) Sl: 12: tracto; digestivo/páncreas: 8 (colon 4); genito-urinario 1; pulmón 1; oncohematológica (linfoma intestinal) 1 y melanoma 1. B Sgg: 3: preneoplasias de tracto digestivo (Adenoma de túbulo vellosos, colon). c) Sgp: 4: tracto digestivo/páncreas: 3, mielodisplasia 1. Otras comorbilidades: a) Sl: DBT 3, IRC 1; hemorragia digestiva 1, gastritis crónica 1. b) Sgg: Cardiopatía subyacente 3. c) Sgp: Ninguna. 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: Sl (15): endocarditis 4: válvula nativa (VN) 3. Válvula protésica (VP) 1; bacteriemia primaria 9, bacteriemia secundaria 2 (foco biliar). Sgg (5): endocarditis 5 (Vn 4, VP1). Sgp (4): endocarditis 1 (VP1), Bacteriemia primaria 3. Fallecieron 2/24 (8,3 %). Se realizó endoscopia digestiva en 10 pacientes, en 9 se detectó preneoplasia/pólipos del TGI. El análisis estadístico (Chi cuadrado de Pearson con valor p simulado) mostro una frecuencia diferencialmente elevada entre Sgg y endocarditis y diferencialmente disminuida con la bacteriemia tria. Asimismo, Sgg estuvo estadísticamente asociado con tumores de colon y Sgp con neoplasias principalmente del tubo digestivo excluido el colon. Sl fue la especie que se aisló con mayor frecuencia y presento una frecuencia diferencialmente aumentada con la bacteriemia primaria y se asoció por igual con patología digestiva colonica o no colonica. Nuestros resultados apoyan la hipótesis que la ID del grupo *Streptococcus bovis* a nivel de subespecie permite relacionarla con la enfermedad infecciosa (Sgg-endocarditis; Sgp y Sl-bacteriemia tria) y con la enfermedad neoplásica del TGI (colonica-Sgg; no colonica Sgp y ambas Sl), en consecuencia, su ID exacta es imprescindible pues motiva la búsqueda de una enfermedad oncológica subyacente. El análisis de un mayor número de casos podrá permitir afirmar definitivamente estos resultados.

OR081 Implementación de PCR Multiplex para meningitis en pediatría: utilidad en la toma de decisiones terapéuticas en meningitis por enterovirus

Sciara M¹, Sfalcin J¹, Olivera N², Sciacaluga S², Flynn L², Fay M².

¹CIBIC Laboratorios. Rosario. Argentina. ²Hospital De Niños Zona Norte. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Las infecciones del SNC en pediatría son condiciones clínicas que se presentan en su mayoría en forma aguda, implican un desafío diagnóstico y tienen considerable morbi-mortalidad. Los beneficios de un adecuado y precoz tratamiento inicial redundan en disminución de morbi-mortalidad, disminución de días de internación, menores costos y adecuado manejo epidemiológico. La presentación clínica de estas infecciones no necesariamente orienta al diagnóstico etiológico.

Las características del LCR, y las imágenes son orientadoras, pero no patognomónicas. La sistemática de manejo en las primeras 48hs intenta cubrir la mayoría de las posibilidades diagnósticas, pero con mediana sensibilidad y especificidad de estos estudios iniciales. La administración empírica de antimicrobianos y/o antivirales previos disminuye la rentabilidad de los métodos microbiológicos habituales y pueden tener efectos colaterales. En este sentido, el Panel PCR multiplex de meningitis (Panel ME FilmArray) se presenta como una nueva metodología diagnóstica que ayuda en la toma de decisión terapéutica temprana mediante la detección rápida y simultánea de 14 patógenos causantes de meningitis/encefalitis a partir de una única muestra de LCR.

Descripción de los casos: Presentamos 3 casos en los que la implementación del Panel ME FilmArray permitió re dirigir la terapia en forma temprana a partir de la detección de enterovirus. Caso 1: Paciente de 47 días de vida con fiebre e irritabilidad con 6hs de evolución. Ingresó a UCIP. El análisis citoquímico del LCR muestra: 2500 elementos, 80 % polimorfonucleares (PMN), glucorraquia 32 mg/dl. Latex del LCR para *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *S. pneumoniae* negativos. Se medicó empíricamente con cefotaxime/ampicilina. A las 12hs del ingreso se realiza el Panel Meningitis FilmArray con resultado positivo para enterovirus. Cuatro días después del ingreso se suspenden antibióticos dada la buena evolución del paciente. Al día siguiente se da el alta sanatorial. Caso 2: Paciente de 4 años con fiebre, vómitos y cefalea de 12hs de evolución. Ingresó a UCIP. El análisis citoquímico del LCR muestra: 635 elementos, predominio PMN, glucorraquia normal. Latex negativos. Se indica tratamiento empírico con ceftriaxona, vancomicina y aciclovir. A las 48hs se realiza Panel Meningitis Filmarray con resultado positivo para enterovirus. Ese día se suspende tratamiento empírico. Cinco días después del ingreso se da de alta por evolución favorable. Caso 3: Paciente de 4 años con cefalea, fiebre, vómitos y astenia y leve rigidez de nuca. El análisis citoquímico de LCR informa: 140 elementos, 70 % mononucleares, glucorraquia 68mg/dl. Se indica tratamiento con aciclovir y ceftriaxona. A las 20hs de internación se realiza Panel Meningitis FilmArray con resultado positivo para enterovirus. A las 48hs se suspende tratamiento. Tres días después del ingreso se da el alta sanatorial.

Discusión: Creemos que este instrumento diagnóstico es útilmente complementario para el adecuado y precoz manejo de estos pacientes.

OR082 Implementación de un método de diagnóstico rápido combinado para la detección VIH y sífilis en una clínica de salud sexual de la ciudad de Buenos Aires

Ballivian J¹, Vitoria G¹, Ballivian J¹, Ivalo S¹, Burgoa P¹, Touceda B¹, Ebensrtejin J¹, Ravea S¹, Bercellini M¹, Zapiola I², Bouzas M², Arevalo A³, Betti L³, Marachlian L³, Vulcano F³, Duran A³, Losso M¹.

¹Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía; ²Hospital de Infecciosas Francisco J. Muñoz; ³Coordinación Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Introducción: Datos oficiales de alcance nacional muestran que la prevalencia de sífilis se ha triplicado en la última década. En este escenario el uso de tecnologías que permitan su diagnóstico rápido es prioritario. El test rápido VIH/Syphilis Duo (TD) obtiene resultados en 20 minutos, con una sensibilidad y especificidad de 90 % y 99 %.

Objetivos: Describir la implementación del TD para VIH y sífilis en una Clínica de Salud Sexual. Comparar características de la población de acuerdo al resultado del test.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal. Se incluyeron individuos que concurren entre 11/2018 y 02/2019, sin antecedentes de sífilis o embarazo actual. Se utilizó el TD, los pacientes con resultados reactivos recibieron consejería, test de VDRL y/o VIH-RNA, tratamiento y seguimiento posterior. Las variables categóricas fueron descritas utilizando frecuencias absolutas y relativas, comparadas con la prueba de χ^2 o prueba de Fisher y las continuas con mediana y rangos intercuartilo. Se consideró significativo un p-valor <0.05. Se utilizó STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 579 sujetos, la tabla muestra las características de la población. Las prevalencias halladas fueron: sífilis 6.9 %, VIH 3.97 % y ambas 0.86 %. Observamos mayor proporción de test reactivos para sífilis (SR) entre individuos que refirieron uso de drogas recreativas (p-valor=0.02). También se observó una diferencia significativa de SR entre pacientes de sexo biológico masculino (p-valor=0.029) y entre quienes se definieron homosexuales (p-valor = 0.013). Finalmente, encontramos también una mayor proporción de SR entre sujetos que tuvieron un diagnóstico concomitante de VIH (p-valor = 0.024). No se observó diferencia entre los grupos cuando se analizó por edad, nacionalidad, lugar de residencia, nivel de empleo o escolaridad, cobertura de salud o género autopercebido. Se documentó el resultado de VDRL para todos los pacientes, siendo reactiva en el 90 %; el 10 % restante reportó posteriormente tratamiento previo para sífilis. Todos los test rápidos positivos para VIH se confirmaron por VIH-RNA.

Conclusiones: Nuestros datos de utilización de TD revelan una prevalencia elevada de sífilis (6.9 %). El resultado inmediato de la prueba permitió el diagnóstico y tratamiento en la misma consulta de pacientes que se presentaron asintomáticos.

Pósters electrónicos

1 - Antimicrobianos

PE001 Adaptación e implementación de un programa de uso optimizado de antimicrobianos en un Hospital General de la Ciudad de Buenos Aires

Rodríguez VM, Molina A, del Valle S, Klajn D, Russo Lacerna D, Lauricella MC, Zaballa J, Juárez G, Cagnoni A, Spiratos R.
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción: La resistencia bacteriana constituye un problema creciente de salud pública mundial. En los últimos años asistimos a un aumento alarmante del uso de antimicrobianos (ATM), con un incremento de las infecciones por microorganismos multirresistentes (MDRO). Los Programas de Uso Optimizado de Antimicrobianos (PROA) tienen como objetivo proveer herramientas para la mejor utilización de los ATM. Dado que nuestro hospital no es ajeno a esta problemática, decidimos adaptar e implementar un PROA.

Objetivos generales del programa: • Optimizar uso de ATM, prolongar su vida útil y reducir emergencia de MDRO. • Minimizar eventos adversos asociados al uso de ATM. • Desarrollar recomendaciones para la toma de decisiones sobre utilización de ATM. • Asegurar tratamientos ATM costo-efectivos ajustando los tiempos de tratamiento y esquemas combinados. **Objetivos específicos:** - Determinar reducción del consumo de ATM. - Evaluar adecuación de indicación y dosis de ATM. - Estimar proporción de ATM suspendidos por mala indicación. - Determinar proporción de pasaje a vía oral y cambio de ATM.

Intervención: 1. Creación de comisión PROA (Equipo multidisciplinario). 2. Implementación de metodología de Revisión y retroalimentación. 3. Estrategia de restricción de ATM en profilaxis quirúrgicas. 4. Creación o adaptación de guías para uso de ATM. Educación.

Diseño: Estudio cuasiexperimental. Serie de tiempo interrumpida.

Métodos: Indicadores de estructura/proceso: Creación de comisión PROA; proporción de restricciones de uso en profilaxis quirúrgica; cantidad de guías adaptadas. Indicadores de resultado: Cambio en dosis diaria definida (DDD), días de Tratamiento (DOT); adecuación del uso; porcentaje de DDD inapropiadas; proporción de desescalamiento. Medición 6 meses previos y cada 3 meses después de la implementación. Comparación con DDD del mismo período del año previo.

Resultados: Se revisaron 392 indicaciones de ATM de marzo a mayo de 2018 luego de la implementación. La mediana de días de tratamiento fue de 7 (RIC 1-66). ATM adecuados en 84,44%, con 77,55% de uso empírico. Observamos cambio de ATM en 16%, paso a VO en 10,5% y suspensión en 22,2%. Comparado con igual período del 2017, hubo una reducción en DDD/1000 pacientes días en imipenem, meropenem, ceftriaxona, ciprofloxacina, colistín, piperacilina-tazobactam y vancomicina. Las DDD inadecuadas fueron más frecuentes con ceftriaxona (27,5%), vancomicina (18%) y piperacilina-tazobactam (17%).

Conclusiones: La implementación del PROA redujo el consumo de ATM de alto impacto biológico y alto costo. Es necesario evaluar el impacto a largo plazo de este programa.



ATB	2017	2018	Cambio
Amoxicilina o ampicilina/subactam	177,90	83,76	< 53%
Ceftriaxona	59,00	52,50	< 10,1%
Ciprofloxacina	98,77	73,86	< 25,3%
Colistín	145,55	85,60	< 41%
Imipenem	37,50	21,40	< 43%
Meropenem	102,00	80,50	< 21%
Piperacilina/tazobactam	219,00	181,35	< 17,2%
Vancomicina	114,50	101,30	< 11,5%

PE002 Susceptibilidad de ceftolozano/tazobactam frente a enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido en un hospital privado

Cazzola ML, Cremona A, Gonzalez Y, Torales N, Gusso M.
Hospital Italiano La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La resistencia a los antimicrobianos es un problema crítico de salud pública en todo el mundo. El aumento de la multiresistencia puede observarse en microorganismos causantes de infecciones frecuentes como la neumonía, las infecciones urinarias, sepsis e infecciones abdominales. Esta situación requiere con urgencia nuevos tratamientos alternativos como por ejemplo ceftolozano/tazobactam (CT), que está indicado para infecciones intraabdominales complicadas, pielonefritis aguda e infecciones del tracto urinario complicadas.

Objetivos: Determinar la susceptibilidad (S) in vitro de CT frente a enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (EBEE) aisladas de distintas muestras clínicas de nuestra institución. Comparar con otras opciones de tratamiento antimicrobiano utilizadas frecuentemente como terapia empírica frente a estos microorganismos.

Materiales y Métodos: Trabajo retrospectivo observacional descriptivo, donde se relevaron 65 cepas de EBEE aisladas de urocultivos (U), hemocultivos (H) y materiales varios (líquido intrabdominal (LI), de vesícula, partes blandas y aspirado traqueal) de pacientes internados entre septiembre de 2018 y febrero de 2019. La identificación de los microorganismos se realizó por pruebas convencionales siguiendo los protocolos de la institución. La S a CT se determinó por método epsilométrico y al resto de los antimicrobianos por difusión con discos por método de Kirby-Bauer. Los resultados se interpretaron siguiendo las recomendaciones del CLSI.

Resultados: 3/65 cepas fueron resistentes a CT (3 *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) en 2 U y 1 LI), 3/65 tuvieron sensibilidad intermedia (2 Kpn en 2 U y 1 Enterobacter

EBEE	% S Piperacilina/tazobactam (PT)	% S CT	% S Meropenem
Por sitio de infección (65)			
Sangre (18)	55,55 (10)	54,44 (17)	100 (18)
Orina (28)	61,16 (24)	84,21 (22)	100 (28)
Otros (LI, de vesícula, partes blandas, asp traqueal) (9)	33,33 (3)	88,88 (8)	100 (3)
Por bacteria (65)			
E coli (26)	88,46 (23)	100 (26)	100 (26)
K pn (33)	30,30 (10)	84,85 (28)	100 (33)
Otros (Enterobacter spp, Klebsiella oxytoca (KO) (6)	83,33 (5)	56,67 (4)	100 (6)

sp en U); y 2/65 tuvieron CIM 3 ug/ml (1 Kpn en H y 1 KO en U).

Conclusiones: La S de CT frente a EBEE fue superior a PT independientemente del sitio de infección. Sin embargo, se evidenció S distinta según la especie bacteriana, siendo mayor la diferencia entre estos antibióticos para Kpn, por lo que CT y meropenem podrían ser alternativas válidas para el tratamiento de este grupo de bacterias.

PE003 Batalla contra la multiresistencia: aportes de un programa de uso apropiado de antimicrobianos

Malvicini MA, Pereyra ML, Harispe E, Kremer G, Gago R, Verdaguer V, Uranga M, Vilches V, Cornistein W.
Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

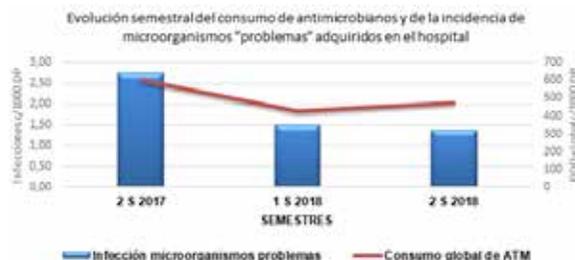
Introducción: Los programas de optimización de uso de antimicrobianos (PROA) constituyen una prioridad en la lucha contra la resistencia antimicrobiana. Su desarrollo a nivel Institucional facilita la implementación de intervenciones dirigidas para lograr un uso apropiado de estas drogas en cuanto a sus indicaciones profilácticas (médicas y quirúrgicas) como terapéuticas (empíricas y definidas), dosificación y vía de administración y duración del tratamiento.

Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación de un PROA.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, junio 2017 a diciembre 2018, realizado en un hospital general de agudos de alta complejidad cito en la Prov. de Buenos Aires que cuenta con 210 camas (áreas críticas 63 y trasplante médula ósea 10). El programa se conformó con líderes de los diferentes sectores coordinado por farmacéutica clínica e infectólogo. Como estrategias de mejora se realizó actualización de guías de práctica clínica (GPC) y se incorporaron nuevas como la de profilaxis quirúrgica y la incorporación de nuevos síndromes, incorporación de farmacéutico al servicio de control de infecciones, pase integrado con el área de pediatría y se continuó con el trabajo conjunto con el Servicio de Infectología (adultos y pediátrico). Diariamente se revisan todas las indicaciones de antimicrobianos y se interviene en aquellas que no cumplen con la normativa. Para cuantificar el impacto del PROA se realizó corte prevalencia trimestral global, apropiabilidad, consumo semestral y tasa de infección y colonización por microorganismos multiresistentes (MOR) adquiridos en la Institución.

Resultados: Durante el período de estudio, el promedio de pacientes internados con antimicrobianos (ATM) fue 44 %. Los cortes de prevalencia realizados (oct 2017, junio 2018, oct 2018) muestran un incremento de la indicación de profilaxis quirúrgica de 3 a 8 % adhiriendo a la recomendación de las GPC. El tratamiento definido se incrementó en un 45 % y el empírico disminuyó en un 44 %. Las indicaciones fueron apropiadas en el 99,94 % de las DDD cada 1000 días/paciente. La inapropiabilidad se debió a la prescripción de ATM sin criterio 36 %, uso de quinolonas y AMS en UTI y clínica médica en mayor proporción. Los consumos globales en diferentes semestres fueron 600, 425 y 471 DDD (descenso del 21.5 %). El consumo de carbapenem disminuyó de 2052 a 1418 DDD (30 %), cefalosporinas 3°-4° de 2164 a 1703 DDD (22 %) y colistin 1538 a 894 DDD (42 %). En cuanto a la multiresistencia, tanto la tasa de pacientes colonizados con MOR como la tasa de infecciones por MOR disminuyeron 38 % y 50 % por cada 1000 días, respectivamente.

Conclusión: La implementación de un PROA basado en estrategias de mejora continua, contemplando de manera global los distintos aspectos del uso apropiado de los ATM, logra la caída del uso de ATB de amplio espectro y la disminución de la incidencia de MOR. Por otro lado, para evaluar resultados es necesario complementar el análisis puntual trimestral con la evaluación semestral del consumo del uso de ATM a lo largo del tiempo.



PE004 Etiología y resistencia a antimicrobianos de la infección urinaria en adultos mayores

Cooke B, Obed M, Galeano L, Nigro M, Alcorta B, Romandetta A, Spinelli N, Alzogaray M, Chaparro G, Balbuena J.
Instituto Médico Platense. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción y Objetivos: Describir la etiología de las infecciones del tracto urinario (ITU) en adultos mayores de 65 años que requieren internación y el patrón de prescripción de antibióticos empíricos.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional que incluye pacientes mayores de 65 años que requieren ingreso hospitalario por ITU en un hospital privado de la ciudad de La Plata entre agosto de 2017 y abril de 2018. Se realizó urocultivo, tipificación y antibiograma por discos para determinar la sensibilidad del uropatógeno. Se identificaron los mecanismos de resistencia por técnicas fenotípicas cuando estuvo indicado. Criterios de inclusión: edad mayor a 65 años, diagnóstico clínico de infección urinaria según el consenso nacional intersociedades para el manejo de la infección del tracto urinario y los criterios de Loeb, urocultivo positivo con recuento mayor a 105 ufc. Criterios de exclusión: hospitalización durante los 30 días previos al ingreso, cirugía o instrumentación de la vía urinaria en los últimos 3 meses, portadores de catéteres doble J y nefrostomías. Se documentó el tratamiento empírico indicado por el médico tratante.

Resultados: Un total de 64 pacientes cumplían con los criterios de inclusión/exclusión. A continuación, se presenta el análisis de los 34 pacientes que además tuvieron urocultivo positivo. Edad promedio 80 años (rango 67-95) el 56 % fueron mujeres. La procedencia de los pacientes fue de la comunidad en 28 casos y de geriátricos en 6 casos. Los patógenos aislados fueron bacilos gramnegativos (29 casos), cocos positivos (5 casos). La etiología de las infecciones urinarias se muestra en la figura 1). La sensibilidad antibiótica de los bacilos gram negativos se muestra en la tabla 1. El 34 % de los BGN portaban BLEE (betalactamasas de espectro extendido); de estos 10 aislamientos, 7 pertenecían a pacientes de la comunidad. Los antimicrobianos más utilizados fueron ciprofloxacina (15/34) y piperacilina-tazobactam (15/34).

Conclusiones: Un importante número de pacientes internados por diagnóstico clínico de ITU no tuvieron urocultivo positivo. En aquellos con urocultivo positivo se observa alta prevalencia de resistencia a AMS y ciprofloxacina. Un tercio de los uropatógenos fueron productores de BLEE, es de destacar que la mayoría de estos provienen de la comunidad. El conocimiento del patrón de sensibilidad de los uropatógenos en el ámbito local es una herramienta fundamental para seleccionar el tratamiento antibiótico empírico apropiado. Son necesarios estudios prospectivos para determinar factores asociados a resistencia y predictores clínicos de infección urinaria en esta población.

PE005 Dinámica del desarrollo de *Staphylococcus aureus* versus levofloxacin y plata coloidal: estudio *in vitro*

Semeshchenko D, Farinati A, Quinteros M.

Facultad de Medicina - Universidad del Salvador (USAL). CABA. Argentina.

Staphylococcus aureus (SAU) es el principal agente de infecciones en traumatología. Es difícil su erradicación completa debido a la formación de biopelículas (BP). Generalmente requiere del uso combinado de antimicrobiano (AM). El interés por el uso de plata es creciente para el tratamiento de infecciones provocadas por bacterias resistentes a los AM y/o en BP. Las sustancias que actúan de forma sinérgica con los AM pueden ayudar a erradicarlos/las del material protésico. **Objetivo:** Estudiar la dinámica de desarrollo de SAU frente a levofloxacin (LEV), plata coloidal (PC), juntos y por separado, en las concentraciones de 4xCIM y SubCIM de cada uno.

Material y métodos: se utilizó SAU aislado a partir de una muestra clínica de absceso. CIM: se realizó en caldo Mueller Hilton frente a LEV y PC. Curva de mortalidad: se realizó con SAU y se utilizaron las siguientes combinaciones: LEV-PC y LEV y PC en forma aislada. Las concentraciones utilizadas fueron: 4xCIM y SubCIM. La dinámica se estudió a las 2, 4, 8, 12, 30 y a las 56 horas mediante conteo de UFC en los medios de cultivo utilizados. Los resultados se promediaron y se utilizaron para la representación visual en forma de curvas dinámicas.

Resultados: En la concentración 4xCIM de LEV, hubo 60 veces más UFC que con PC y LEV-PC a las 2 horas. No hubo diferencia significativa entre PC y LEV-PC. A las 12 hs el conteo de UFC en LEV, PC y la combinación LEV-PC hubo 0/UFC en todos los casos. A las 56 hs se observó un rebrote, en todos ellos, hasta 30/UFC. En las concentraciones SubCIM a las 2, 4 y 8 hs, LEV mostró niveles de crecimiento más altos que a 4xCIM y no lo suprimió. A las 12 hs hubo un recrecimiento significativo (relación 2600: 1) con respecto a LEV 4xCIM. En cuanto PC y LEV-PC la SubCIM mostró un comportamiento similar a las concentraciones respectivas de 4xCIM a las 2, 4, 8 y 12 hs, presentando 0/UFC. A las 30hs hubo un aumento significativo de SAU en PC SubCIM. A las 30 y 56 horas, la concentración de SAU en PC SubCIM y LEV SubCIM estaba en una proporción de 1:2. LEV-PC SubCIM presentó 0/UFC hasta las 30 hs y mostró su rebrote a las 56 hs, (relación 1:66 y 1:33) con respecto a LEV SubCIM y PC SubCIM respectivamente.

Conclusiones: la dinámica del comportamiento de SAU en comparación con las combinaciones de LEV, PC y LEV-PC en concentraciones de 4xCIM y SubCIM demuestra una sinergia de acción antimicrobiana entre LEV y PC. Los valores mostrados por LEV-PC en los niveles SubCIM son los mismos que en los niveles 4xCIM, pero no LEV y PC aislados. Esta combinación podría ser útil para su utilización en infecciones protésicas asociadas a la presencia de BP. Palabras claves: Levofloxacin, Plata coloidal, Infecciones protésicas, Biopelículas.

PE006 Comparación de diferentes métodos para determinar la sensibilidad a colistín en enterobacterias con carbapenemasas aisladas de muestras clínicas de un Hospital de Agudos de CABA

Alfonso C, Marucco A, Ormazabal C, Yernazian MV, Suarez G, Ruiz O, Magariños F, Carnevale C, Alfonso C.

Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina.

Introducción: En el año 2010 se documentó el primer brote de enterobacterias portadoras de KPC en Buenos Aires. A la fecha, existen varios tipos de Enterobacterias portadoras de carbapenemasas (EPC) circulando y su aislamiento es cada vez más frecuente. También lo es el uso de colistín (COL) para el tratamiento de las infecciones causadas por estos gérmenes. Los métodos automatizados utilizados de rutina en el laboratorio clínico para la determinación de sensibilidad a COL no son aceptables por producir errores "very mayor" y no ser capaces de detectar la heteroresistencia. Los principales gérmenes que tienen problemas para la determinación de la sensibilidad por estos métodos son *Acinetobacter* spp, *Pseudomonas* spp y *Enterobacter* spp.

Objetivo: Describir la sensibilidad a COL en EPC determinada por sistema automatizado (Phoenix BD) y E-test compararla con métodos aceptados por el laboratorio de referencia (predifusión y COL spot).

Materiales y Métodos: Se estudiaron cepas EPC aisladas de infecciones durante un período de 9 meses durante el año 2018. Para determinar fenotípicamente la carbapenemasa se usó Carba Blue, discos combinados (Britania) y sinergia con discos entre carbapenemas con ácido borónico y EDTA. Todas las carbapenemasas fueron confirmadas por PCR y/o Inmuncromatografía (Carbabit). A las cepas de *Escherichia coli* se realizó además PCR y secuenciación para el gen *mcr-1*. A todas las EPC se les realizó la sensibilidad a COL por Phoenix (BD), método epsilométrico (Liofilchem), método de predifusión con tabletas (Neosensitabs) y a las primeras 26 cepas COL spot. A las cepas que produjeron errores "very mayor" con Liofilchem se les probó además E-test (bioMérieux).

Resultados: Se aislaron 34 EPC. 28 *K. pneumoniae*, 3 *E. coli*, 2 de tribu Proteae y 1 *E. cloacae*. Todas las cepas portaban KPC excepto una *Providencia* sp. y una *K. pneumoniae* con OXA-163 y una *E. coli*, que además de KPC tenía OXA-163. 17 EPC fueron aisladas de hemocultivo, 7 de orina, 7 de materiales quirúrgicos, 2 de LCR, y 1 de BAL. Ningún aislamiento de *E. coli* fue positivo para el gen *mcr-1*. En todos los casos la sensibilidad determinada por predifusión fue congruente con Phoenix y por COL spot. En tres cepas se encontró discrepancias (error very mayor) entre estas metodologías y el método epsilométrico de Liofilchem. Estas cepas fueron evaluadas por E-test (bioMérieux) resultando sensibles. Conclusiones: Observamos que para EPC no había diferencia entre el resultado por Phoenix y los métodos sugeridos por el laboratorio de referencia. Generalmente la información de Phoenix es previa a la predifusión, por ende, el resultado de este trabajo nos respalda a la hora informar presuntamente la sensibilidad a COL en EPC para un paciente grave. Se requiere más estudios para concluir en la utilidad de métodos automatizados. En lo que respecta a nuestro laboratorio continuamos haciendo predifusión en paralelo.

PE007 Hepatotoxicidad inducida por fármacos antituberculosis: estudio farmacogenético de la pirazinamida

Chamorro J, Castagnino J, Musella RM, Aïdar O, Frías A, Visca M, Fernández Giuliano S, de Larrañaga G.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La hepatotoxicidad inducida por fármacos antituberculosis (HIFA) es una reacción adversa frecuente, grave y potencialmente fatal del tratamiento de la tuberculosis (TB) que conlleva a que aproximadamente un 11 % de los pacientes discontinúen el tratamiento. Ciertas variaciones genéticas en las enzimas que metabolizan Pirazinamida (PZA), fármaco anti-TB, podrían producir enzimas defectuosas con la consecuente acumulación tóxica del fármaco y sus metabolitos.

Objetivo: Evaluar la asociación de factores ambientales y variantes genéticas en enzimas que metabolizan PZA con HIFA. Investigar interacciones gen-gen y gen-ambiente y su asociación con HIFA, en una población de pacientes con TB hospitalizados de la Ciudad de Buenos Aires (Argentina).

Materiales y Métodos: Estudio de casos y controles (2017-2019). Se analizaron variables clínicas y demográficas de 340 pacientes con TB (95 con HIFA). Se analizó el genotipo de las variaciones polimórficas (SNP) (rs1054889, rs6752058, rs6710015 y rs1042039) de la enzima Xantina oxidasa (XO) por secuenciación genómica. Se compararon las posibles variables predictoras entre pacientes con (caso) y sin (control) HIFA por regresión logística binaria. Se estudiaron las interacciones genéticas y ambientales en asociación con HIFA por el método de reducción de la dimensionalidad multifactorial.

Resultados: No se hallaron diferencias significativas ($p > 0.05$) para ningún SNP entre los pacientes con y sin HIFA. Tampoco se encontró asociación entre los genotipos analizados con HIFA. Al analizar las interacciones genéticas, se identificó por primera vez una interacción sinérgica (epistasia) entre rs1054889 y rs6710015 con mayor riesgo de HIFA (figura 1). Sin embargo, no se halló ningún modelo de predicción superior de los estudiados anteriormente con otras enzimas.

Conclusiones: Si bien se halló una interacción genética, por primera vez descripta, no hemos encontrado ninguna variable predictor que arroje un modelo de predicción de HIFA superior al modelo hallado previamente que contempla las variables genéticas de NAT2 y CYP2E1 y a la variable ambiental, sexo. Hasta el momento, este es el primer trabajo en estudiar polimorfismos de la enzima XO y el desarrollo de HIFA.

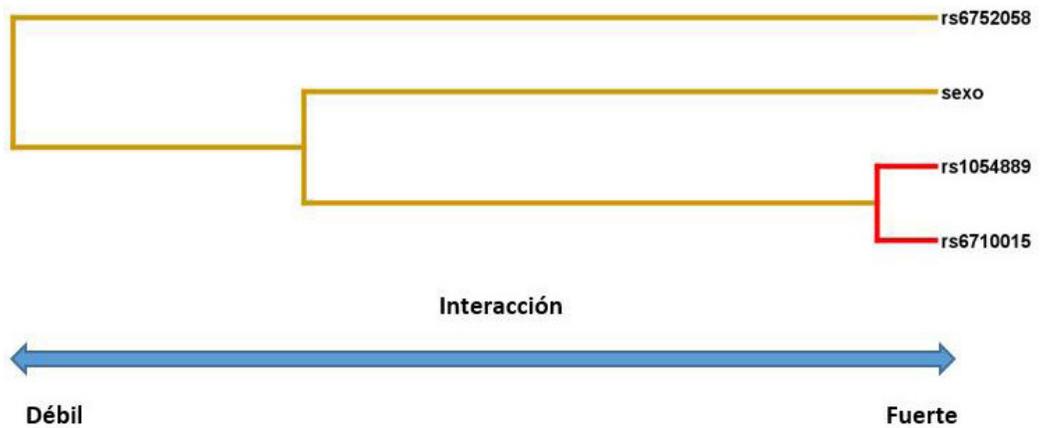


Figura 1. Dendrograma de interacción para los marcadores estudiados por el método de reducción de la dimensionalidad multifactorial para evaluar asociaciones con hepatotoxicidad inducida por fármacos anti-TB. Las líneas representan un continuo desde la sinergia hasta la redundancia de las interacciones gen-gen y gen-género con una fuerza variable. El color de la línea indica el tipo de interacción entre los factores. La línea roja sugiere un alto grado de sinergia. La línea dorada representa independencia o aditividad.

PE008 Análisis de las prescripciones de un grupo de antimicrobianos en un hospital general del interior del país

Dominguez NY¹, Bourlot I², Arregui N¹.

¹Hospital Justo José de Urquiza. Concepción del Uruguay. Entre Ríos. Argentina. ²Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. De Santa Fe. Argentina.

Introducción: Los antimicrobianos son fármacos distintos al resto, su eficacia en la reducción de la morbimortalidad es muy superior a la de otros medicamentos, tienen efectos ecológicos y pueden contribuir a la emergencia de resistencia microbiana. Su uso indiscriminado ocasiona consecuencias graves al paciente y a la institución, llevando al incremento de la resistencia bacteriana, efectos adversos, y al aumento de la morbimortalidad por infecciones nosocomiales, riesgo de sobreinfecciones e impacto directo sobre los costos. Reconocer el modo en que se prescriben constituye una línea de base para el diseño de estrategias para su utilización.

Material y métodos: Estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo, que incluye a pacientes adultos que ingresaron a áreas de internación durante el período de enero-octubre 2018, y recibieron algunos de los siguientes: ceftriaxona, piperacilina/tazobactam, meropenem, imipenem, vancomicina, colistín. La información obtenida fue introducida en una base de datos elaborada en Microsoft Excel.

Resultados: Se incluyeron 215 prescripciones correspondientes a 203 pacientes. Sexo masculino 74.3 %. Edad: 57 años (20-85). El 66.5 % de los pacientes estuvieron hospitalizados en los servicios de clínica médica y cirugía, mientras que 33.5 % lo hicieron en unidades críticas. La mayoría de las prescripciones fueron realizadas en Clínica Médica (56 %), seguidas por UTI (26 %), Cirugía (10 %), UCO (8 %). Analizando por origen probable de la infección y según sitio afectado, encontramos un 51 % de infecciones de la comunidad, siendo el foco principal respiratorio (45 %), infección en piel y partes blandas (24 %) y urinarias (22 %), otros (9 %). En cambio 49 % fueron prescripciones para infecciones nosocomiales, en las que el sitio más frecuente fue el respiratorio (49 %) seguido por el urinario (29 %), infecciones del sitio quirúrgico (11 %) y otras en un 10 %. El antimicrobiano más prescripto fue piperacilina/tazobactam 100 veces (36 %) seguido de vancomicina (30 %), ceftriaxona (13 %), meropenem (12 %), imipenem (6 %), colistin (3 %). Más de la mitad (55 %) de las prescripciones correspondía a tratamientos combinados (2 drogas 50 %), siendo la combinación más frecuente piperacilina/tazobactam más vancomicina seguido de meropenem más vancomicina. En un 85 % hubo toma de muestra para cultivo microbiológico, con un 44 % de aislamientos microbiológicos; sin evidenciarse cambios en la conducta terapéutica más de la mitad de las veces (56 %). El rango de tiempo de duración de los tratamientos fue 7 a 21 días, con una media de 14 días.

Conclusión: El presente estudio permite obtener una línea de base respecto al uso de los antimicrobianos seleccionados en nuestra institución. Consideramos que existe una alta intención de obtener aislamiento microbiológico pero un bajo porcentaje de cambios terapéuticos luego del mismo. Impresionan terapias de largo plazo y un alto uso de combinaciones terapéuticas. Es posible que estrategias de desescalamiento y otras prácticas de control de uso de antimicrobianos, así como la asignación de recursos humanos, técnicos, económicos y educacionales permitan optimizar el uso de estos fármacos.

PE009 ¿Usamos bien los antimicrobianos en nuestro Hospital?

Echaide M, Urbina L, Ciappina A, Romero R, Bobatto A, Iriart J, Corral G, Hualde M, Miglioranza C.

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Oscar E. Alende. Ing. Budge. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

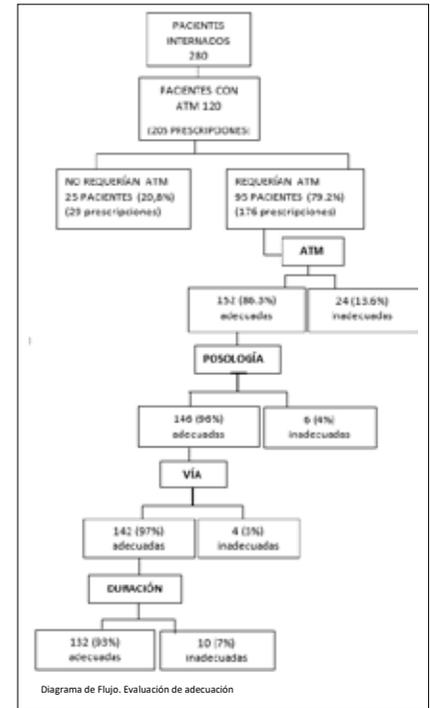
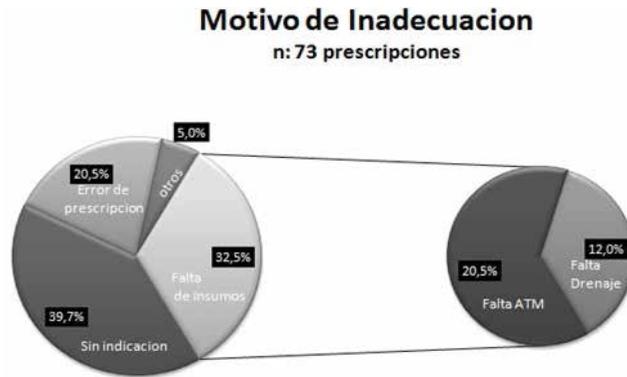
La resistencia antimicrobiana (ATM) es una problemática mundial creciente. La escasa información sobre la cantidad y calidad de las prescripciones es una barrera para la implementación de programas de uso racional de ATM. La vigilancia permite monitorizar el uso de ATM y la resistencia, así como mejorar la toma de decisiones y evaluar el efecto de las intervenciones.

Objetivos: - Evaluar la adecuación de la prescripción de ATM. - Identificar los determinantes de uso inapropiado.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta de prevalencia puntual relevando todas las áreas de un hospital general de agudos de adultos. La prescripción se categorizó como: tratamiento (IACS e infecciones comunitarias (IC)) y profilaxis (médicas y quirúrgicas). En primera instancia se evaluó la necesidad del uso de ATM. De aquellos con indicación, se analizó la adecuación a las guías. Se definió inadecuación como: -Sin indicación de ATM. -Error de prescripción: elección inadecuada de droga, dosis, vía, posología o tiempo. -Falta de insumos: falta del ATM adecuado o retraso en los procedimientos quirúrgicos que prolongan en forma innecesaria el tratamiento ATM. -Otros: no incluidas en las categorías anteriores.

Resultados: De los 280 pacientes internados 120 tenían indicados ATM, se evaluaron 205 prescripciones; razón: 1.7. De estas fueron inadecuadas 35.6 %. Las indicaciones se dividieron en 52.3 % IC, 43.7 % IACS y 4 % profilaxis. El 73 % de las prescripciones inadecuadas por falta de ATM resultaron en indicaciones de ATM de mayor espectro. EL 73 % de los tratamientos eran empíricos, de éstos un 50 % tenían más de 72hs de indicados.

Conclusión: El principal motivo de inadecuación fue su indicación en patología no infecciosa. La falta de insumos fue una causa importante de inadecuación, que se tradujo en un mal uso de ATM, generando un impacto ecológico y aumento de costos. Esta herramienta nos permitió identificar los principales determinantes de prescripción inadecuada en nuestro hospital, brindándonos la oportunidad de diseñar estrategias dirigidas a fortalecer la educación médica continua, exigir la continuidad de insumos ya sean ATM adecuados como acceso a procedimientos quirúrgicos precoces.



PE010 Uso de ceftazidima/avibactam para el tratamiento de infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas con limitadas opciones terapéuticas

Becker MV, Espinel DA, Martínez J, Verbanaz S, Giorgio P, Pinoni MV, Eusebio MJ, Efron E, Agorio I, Monge R, Sujemecki A, Heine A, Jordan R.
Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El aumento de infecciones por bacilos gram negativos (BGN) multirresistentes es una preocupación mundial. La resistencia a varias clases de ATB limita las opciones terapéuticas, dejando como alternativa fármacos con perfiles farmacocinéticos subóptimos, mayor toxicidad y mortalidad. Ceftazidima, avibactam (CAZ-AVI) es un nuevo ATB aprobado para el tratamiento de infecciones por BGN aeróbicos con opciones terapéuticas limitadas. Trabajos multicéntricos han demostrado que disminuye la morbimortalidad.

Objetivo: Describir variables clínicas, microbiológicas y evolución de episodios de infección por BGN productores de carbapenemasas tratados con CAZ-AVI.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Serie de casos de pacientes adultos con infecciones documentadas por BGN productores de carbapenemasas que recibieron tratamiento con CAZ-AVI desde agosto de 2018 hasta febrero de 2019 en un Hospital de tercer nivel de Argentina. Variables estudiadas: sexo, edad, enfermedad de base, foco, documentación microbiológica (DC), cura microbiológica y mortalidad. Análisis estadístico: las variables categóricas se informan como cálculo de media y rango, frecuencia y/o porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes tratados con CAZ-AVI. El 56,25 % eran mujeres. Edad promedio: 51,5 años (27-74). El 62,5 % eran inmunocomprometidos (HIC); 5 oncohematológicos, 3 trasplante de órgano sólido y 2 neoplasias sólidas. El 75 % tenía antecedentes de colonización/infección por KPC y el 68,75 % había recibido ATB de amplio espectro en los últimos 6 meses. Días de internación previos a la infección: 31,94 (2-108). DC: 2/16 P. stuartii OXA-48 y 14/16 K. pneumoniae KPC. El 56,25 % de las infecciones cursaron con bacteriemia, siendo el foco más frecuente el biliar, mientras que en infecciones sin bacteriemia fue urinario (ver tabla). El 25 % de los pacientes recibió tratamiento empírico con CAZ-AVI. Terapia combinada en 68,75 %. De las 9 bacteriemias, 2 recibieron monoterapia. Se efectuó hisopado de vigilancia luego de iniciar tratamiento a 6/10 pacientes colonizados previamente por KPC; se negativizó en 4/6 entre el 4º día desde su inicio y el 6º día luego de finalizado. Mortalidad global: 37,5 %. Mortalidad relacionada: 25 %. El 33,3 % de los pacientes con bacteriemia fallecieron.

Conclusiones: Si bien el número de casos y el carácter retrospectivo del trabajo limitan la posibilidad de obtener resultados concluyentes, su análisis muestra similares resultados a otros estudios, observándose menor mortalidad con CAZ AVI a la publicada con el uso de otros ATB, en especial en HIC y en pacientes con bacteriemias.

Foco infeccioso	Pacientes con bacteriemia	Pacientes sin bacteriemia
Urinario	1	3
Respiratorio	1	2
Biliar	2	-
Endovascular	1	-
Meningeo	1	-
Piel y partes blandas	1	-
Infección sitio quirúrgico	-	2
Sin foco	2	-

PE011 Evaluación de un Programa de Optimización de Uso de Antimicrobianos (PROA): experiencia de 4 años en un hospital universitario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Jorge L, Nicola F, Pastrana R, Herrera F, Temporiti E, Bonvehí P.
CEMIC. Argentina.

Introducción: El uso inapropiado de antimicrobianos está asociado a eventos adversos en pacientes hospitalizados y a la emergencia de organismos multirresistentes (OMR). La implementación de PROA demostró reducir estos eventos y disminuir los costos de atención.

Objetivo: Evaluar un PROA a través de la prevalencia y lo racional del uso de antimicrobianos. Determinar la incidencia de infecciones por OMR en el mismo periodo.

Métodos: Se evaluó la prevalencia del uso de antibióticos, definido como número de pacientes que recibieron antibióticos sobre el total de pacientes evaluados durante auditorias semanales entre 2015 y 2018. El PROA realizó auditoría prospectiva con feedback de resultados, actualizaciones de guías de tratamiento e intervenciones educativas. Se consideraron inadecuados a los tratamientos que no se ajustaban a las guías institucionales. Se describe incidencia de OMR (número de aislamientos de OMR cada 1000 días paciente): enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) y *Pseudomonas aeruginosa* resistente a carbapenem (PAE-CR). Para evaluar los efectos longitudinales de las intervenciones del PROA y la evolución en la incidencia de OMR se realizó una regresión de Poisson.

Resultados: Durante el periodo de estudio se evaluaron 15.056 indicaciones de las cuales 7105 tenían prescripción de antibióticos, con una prevalencia global del 47.19 %. El tipo de indicación fue: empírico en 3658 (51.48 %), documentado en 2395 (33.71 %) y profilaxis 1036 (14.58 %). Resultaron inadecuadas 763 (10.7 %) indicaciones. Las causas de tratamiento inadecuado fueron: espectro 370 (48.65 %), duración 103 (13.48 %), profilaxis 179 (23.48 %), dosis 30 (3.97 %) y no indicación 72 (9.48 %). La prevalencia de uso de antibióticos disminuyó a lo largo del periodo estudiado (IRR 0.994, IC95 % 0.993-0.996, p<0.001), al igual que las indicaciones inadecuadas (IRR 0.986, IC 95 % 0.980-0.992, p<0.001). En cuanto a incidencia de OMR, se observó un aumento de la densidad de incidencia de EPC en el mismo periodo (IRR 1.106, IC95 % 1.065-1.150, p<0.001), sin cambios en PAE CR (IRR 0.969, IC95 % 0.902-1.039, p=0.37) y SAMR (IRR 1.017, IC95 % 0.863-1.199, p=0.81).

Conclusiones: El desarrollo del PROA permitió una reducción en la prevalencia de uso de antibióticos y en su utilización inadecuada. Si bien la incidencia de EPC continuó en aumento, esto podría deberse a causas relacionadas a fallas en nuestros sistemas de prevención ó a factores epidemiológicos ajenos a la institución. Debemos continuar trabajando ideando nuevas estrategias que nos permitan seguir optimizando el uso de los antibióticos como la aplicación de tratamientos cortos y ultracortos aún en infecciones severas.

	Prevalencia uso de ATB (%)	ATB Inadecuado N (%)	EPC 1000 días/paciente	PAE-CR 1000 días/paciente	SAMR 1000 días/paciente
1 sem 2015	50.90	19.96	0.44	0.32	NR
2 sem 2015	50.40	9.07	2.33	0.54	NR
1 sem 2016	51.36	9.65	2.29	1.33	NR
2 sem 2016	46.88	11.21	2.54	1.08	NR
1 sem 2017	46.70	8.57	3.08	0.80	0.93
2 sem 2017	41.97	8.85	4.06	0.79	1.34
1 sem 2018	42.38	7.36	3.05	0.66	1.32
2 sem 2018	44.97	8.48	2.15	0.23	1.02

*sem: semestre – NR: no registrado

PE012 Aumento de la resistencia a antimicrobianos en enterobacterias causantes de infecciones urinarias en pacientes ambulatorios

Bissio E¹, Montes JL¹, Riselli V², Merkt M³, Sucari A³, Pennini M³.

¹FUNCEI Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Argentina. ²MSD. Buenos Aires. Argentina. ³Laboratorios Stambouliau

Introducción: Durante los últimos años, se ha reportado un aumento en las tasas de resistencia de los principales agentes causales de infección urinaria, aún en pacientes de la comunidad. Esta situación es preocupante pues afecta a la mayoría de los agentes terapéuticos utilizados en forma ambulatoria; y muchas veces implica la imposibilidad de tratar a los pacientes con antimicrobianos por vía oral. El objetivo de este estudio fue determinar si hubo cambios en la prevalencia de resistencia a los antibióticos más utilizados para el tratamiento de la infección urinaria en muestras de pacientes ambulatorios con ITU de la comunidad causada por enterobacterias.

Métodos: Se analizaron los perfiles de sensibilidad de las 3 enterobacterias más frecuentemente recuperadas de urocultivos de pacientes adultos ambulatorios procesadas en un laboratorio de referencia, desde enero de 2010 hasta diciembre de 2017 inclusive. La sensibilidad a los antimicrobianos elegidos fue determinada por método de difusión según normas de CLSI vigentes. Se compararon las prevalencias de resistencia obtenidas según el año calendario.

Resultados: Se analizaron en total 26.774 muestras procesadas en el periodo mencionado. De éstas, 84 % corresponden a mujeres; media (SD) de edad: 59,7 años (20,4). La distribución según género y especie de las tres enterobacterias fue: *E. coli*: 84,6 %, *Klebsiella pneumoniae*: 9,9 %, *Proteus* sp: 5,5 %. No hubo diferencias significativas en la distribución por género, media de edad, distribución género/especie bacteriana al analizar según año calendario. Al comparar entre 2010 y 2017, se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de resistencia a fluoroquinolonas: 26,6 % vs. 33,6 % respectivamente, p < 0,01; cefalosporinas de 3ra G: 5,2 % vs. 10,0 %, p < 0,01; carbapenems: 0,2 % vs. 0,4 %, p < 0,01. Se mantuvo estable la prevalencia de la resistencia para: TMS: 39 % vs. 40,2 % y nitrofuranos: 11,9 % vs. 10,3 %. En la tabla se muestra el resultado del análisis según género/especie bacteriana, comparando la prevalencia de resistencia entre 2010 y 2017.

Conclusión: La resistencia a algunos antimicrobianos relevantes en enterobacterias recuperadas de muestras de orina de pacientes ambulatorios ha aumentado significativamente en los últimos años; especialmente para fluoroquinolonas (aumentó un 26 %), cefalosporinas de tercera generación (se duplicó) y carbapenems (se duplicó). La resistencia a TMS se mantuvo estable pero elevada. *E. coli* mantiene muy buena sensibilidad a nitrofurantoina. Es necesario mejorar y ampliar las medidas para la prevención de la emergencia de resistencia; y apuntar a revertir la tendencia al alza en infecciones urinarias de la comunidad.

Tabla: Porcentajes de resistencia a distintos antimicrobianos según género/especie para 2010 y 2017. En negrita los porcentajes que muestran diferencias estadísticamente significativas entre 2010 y 2017 (p < 0.01)

	AMPI		CEF 1era		CEF 3ra		CARBAP		FQUINO		TMS		NTF	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017	2010	2017
<i>E. coli</i> n=5750	59,4	63,4	17,3	11,9	3,9	8,6	0,0	0,1	28,1	34,7	40,6	41,8	3,6	3,3
<i>K. pneu</i> n=614	100	100	26,4	29,9	16,8	24,0	1,8	4,1	22,0	28,7	31,5	33,7	33,3	31,1
<i>P. sp</i> n=346	25,1	26,2	10,8	11,2	4,8	7,8	0,0	0,0	19,0	17,9	27,5	23,5	100	100
TOTAL n=6710 *	61,2	65,1	17,8	13,5	5,2	10,0	0,2	0,4	26,6	33,6	39,0	40,2	11,9	10,3

*Solo se muestra el análisis de las muestras correspondientes a 2010 y a 2017.

PE013 Bacteriemia por *Enterobacter* spp. productora de betalactamasa cromosómica e inducible de tipo AmpC: características clínicas y epidemiológicas.

Garibaldi FH, Cordova E, Hernandez Rendon J, Lespada MI, Lopez Morán L, Gomez N, Jacob N.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción: *Enterobacter* spp. es uno de los principales microorganismos productores de betalactamasa cromosómica e inducible AmpC. En condiciones basales, esta betalactamasa no afecta a las cefalosporinas de tercera generación (C3G). Sin embargo, en 1 de cada 105 a 107 UFC esta enzima se desreprime (AmpC desreprimido) afectando las susceptibilidades de las C3G. Es por este motivo que su uso no está recomendado en infecciones graves asociado a *Enterobacter* spp. por el potencial riesgo de resistencia intratratamiento. Existen pocos estudios acerca de la epidemiología y evolución clínica de los pacientes infectados con este tipo de bacteria.

Objetivo: Revisar las características clínicas, epidemiológicas y terapéuticas de una serie de casos de bacteriemias por *Enterobacter* spp.

Método: Estudio descriptivo y retrospectivo de bacteriemias por *Enterobacter* spp. en un hospital general de agudos de la ciudad de Buenos Aires desde 2014

hasta 2018. Se analizaron los siguientes datos: características clínicas, lugar de adquisición, foco primario, resistencia antimicrobiana asociada, tratamiento empírico y dirigido, evolución clínica y mortalidad.

Resultados: Se incluyeron 28 pacientes que presentaron bacteriemia por especies de *Enterobacter* spp. Mediana de edad: 58 (IQR 46-75), el 52 % fueron mujeres. Todas las bacteriemias, excepto una, fueron de origen nosocomial. De las intranosocomiales los lugares de adquisición más frecuente fueron: Unidad de Terapia Intensiva 55 %, cirugía 31 % y clínica médica 7 %. Los focos más frecuentes de infección fueron bacteriemia primaria (31 %), foco abdominal (24 %), pulmonar (10.3 %) y urinario (6.9 %). De los pacientes hospitalizados, la mediana de internación previo a la infección fue de 10,5 días (IQR 7-23.5) y el 52 % utilizó antibióticos previamente. La mediana de Pitt score fue de 3 (IQR 1-4) de los cuales 10 pacientes (34 %) tuvieron un Pitt score >4. Los fenotipos de resistencia expresados fueron compactibles con AmpC basal en un 14 %, desreprimido 17 %, AmpC + BLEE 55 % y AmpC + KPC 14 %. La resistencia acompañante fue: trimetoprima sulfametoxazol (72.4 %), ciprofloxacina (65.5 %), AKN (89.7 %), no hubo resistencia descrita a colistin. Los antibióticos más utilizados empíricamente fueron piperacilina tazobactam (48 %), carbapenems (39 %) y colistin (31 %). El tratamiento empírico fue adecuado en un 59 %. El tratamiento dirigido más utilizado fue meropenem en un 31 %. La mortalidad global a 14 días fue de 34.5 %. No se observó diferencia significativa entre los pacientes con fenotipo inducible y desreprimido en la utilización de antibióticos previos (OR 1; IC 95) ni en la mortalidad (0.52; IC 95).

Conclusión: Las bacteriemias por *Enterobacter* spp. observadas en nuestro nosocomio fueron mayormente asociada a los cuidados de la salud, esto determinó que presentaban en un gran porcentaje resistencias asociadas. La utilización de antibióticos previos no se asoció con la presencia de AmpC desreprimido y tampoco hubo diferencias en la mortalidad en *Enterobacter* spp con fenotipo de AmpC inducible o desreprimido.

PE014 Resistencia antibiótica en aislamientos de *Neisseria gonorrhoeae*

Schijman M, Montoto M, Butori B, Manzoni G, Perrone M.
Hospital General de Agudos José M. Penna. CABA. Argentina.

Introducción: La gonorrea es considerada una de las infecciones de transmisión sexual priorizadas por la salud pública mundial, debido a la gran capacidad de *Neisseria gonorrhoeae* (Ng) de desarrollar mecanismos de resistencia a casi todos los antibióticos utilizados en el tratamiento de primera línea. Actualmente el antibiótico de elección es la ceftriaxona, pero se han documentado casos con sensibilidad disminuida. Por ello resulta imprescindible realizar una vigilancia activa de la sensibilidad antimicrobiana en Ng.

Objetivos: Determinar el perfil de resistencia antibiótica de *Neisseria gonorrhoeae* en aislamientos provenientes de exudados uretrales de un Hospital de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se analizaron los aislamientos de Ng provenientes de exudados uretrales, desde 01/01/2012 hasta 31/12/2017. La identificación se realizó por pruebas bioquímicas y sistema Vitek 2C (BioMérieux®). Se ensayó la sensibilidad por difusión con discos en medio GC suplementado a: penicilina (PEN), ciprofloxacina (CIP), tetraciclina (TET), ceftriaxona (CRO) y cefixima. (CFX), según normas CLSI.

Resultados: Se analizaron 215 muestras de las cuales se recuperaron 80 *Neisseria gonorrhoeae*. El 82,5 % de los aislamientos fueron resistentes a ciprofloxacina, 62,5 % resistentes a penicilina y 68.75 % resistentes a tetraciclina. Todos los aislamientos fueron sensibles a ceftriaxona y cefixima.

Conclusiones: Se destaca la elevada resistencia a ciprofloxacina. Los valores de resistencia a penicilina y tetraciclina coinciden con los niveles regionales. Las cefalosporinas de tercera generación mantuvieron sensibilidad en la totalidad de las cepas estudiadas, siendo éste el tratamiento de elección en las uretritis gonocócicas no complicadas. Destacamos la necesidad de mantener la vigilancia en las infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, a fin de proveer información local, contribuyendo al manejo y control de la infección.

PE015 Pauta de tratamiento antibiótico empírico en infecciones intraabdominales post quirúrgicas: descripción de la etiología bacteriana

Risso Patrón A, García Allende N, Paz S, Iglesias D, Antezana I, Sánchez A, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodríguez V.
Hospital Alemán. CABA. Argentina.

Introducción: Las complicaciones infecciosas de las cirugías abdominales mayores son frecuentes y provocan un aumento de la morbi-mortalidad con prolongación de la estadía hospitalaria e incremento en los costos. Conocer la epidemiología local y la sensibilidad antimicrobiana permite dirigir los tratamientos empíricos y optimizar el uso de antimicrobianos.

Objetivo: Elaborar pauta de tratamiento empírico en base a la descripción de la etiología bacteriana en infecciones intraabdominales postquirúrgicas.

Materiales y métodos: serie de casos, descriptivo, observacional de un hospital de agudos, privado de comunidad de alta complejidad. Se incluyeron pacientes >16 años en seguimiento por Infectología, entre junio 2014 a junio 2018 con diagnóstico de colección intraabdominal secundario a procedimiento quirúrgico. Se realizó revisión del sistema electrónico de historias clínicas. Los datos codificados de identidad del paciente, demográficos (fecha de nacimiento, género), comorbilidades (enfermedad oncológica activa, diabetes mellitus, cirrosis, insuficiencia renal crónica, adicción al tabaco, uso de inmunosupresores -incluidos corticoides-, score de comorbilidad de Charlson y obesidad), cirugía realizada (tipo de operación y procedimiento), profilaxis prequirúrgica, relevamiento microbiológico y sensibilidad antimicrobiana se volcaron en una planilla de Excel. Se realizó un análisis descriptivo. Se calcularon el promedio, porcentaje y rango.

Resultados: Se incluyeron 76 pacientes, 40 mujeres (1,1:1) con una media de edad de 55 años (19-91). El procedimiento quirúrgico más frecuente (n: 29) fue la resección colónica (hemicolectomía, colectomía total o parcial) seguido de la resolución quirúrgica de patología pancreática (duodenopancreatectomía o pancreatectomía corporocaudal) n: 11. Del total de las cirugías, 33 fueron contaminadas. Se obtuvo diagnóstico microbiológico en 70/76 pacientes. El porcentaje de aislamiento de bacilos Gram negativos (BGN) y cocos Gram positivos (CGP) fue similar (51 % vs. 48 %). A diferencia de lo reportado en el estudio multicéntrico nacional llevado a cabo en 2017 (80.4 % BGN vs. 19.6 % CGP). En 30 pacientes se aisló *Escherichia coli*, microorganismos anaerobios en 23 pacientes y dentro de los CGP, *Streptococcus anginosus* en 20 y *Enterococcus* spp. en 18 (16 sensibles a ampicilina). La prevalencia de *P. aeruginosa* fue de 5 %. Se observó en aislamientos de *Escherichia coli* un elevado nivel de resistencia a ampicilina/sulbactam (56 %) y a quinolonas, principalmente a ciprofloxacina (46 %). La presencia de β-lactamasas de espectro extendido fue del 13 %. No se observó resistencia a aminoglucósidos, carbapenems o colistin.

Conclusión: Los aminoglucósidos parecen ser una opción útil como pauta de tratamiento inicial combinado con ampicilina/sulbactam dado la elevada tasa de rescate de *Streptococcus* spp y *Enterococcus* spp. Conocer la epidemiología local resulta de utilidad en la elección del tratamiento antibiótico empírico en infecciones intraabdominales.

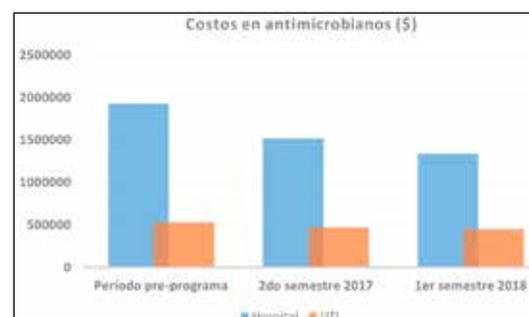
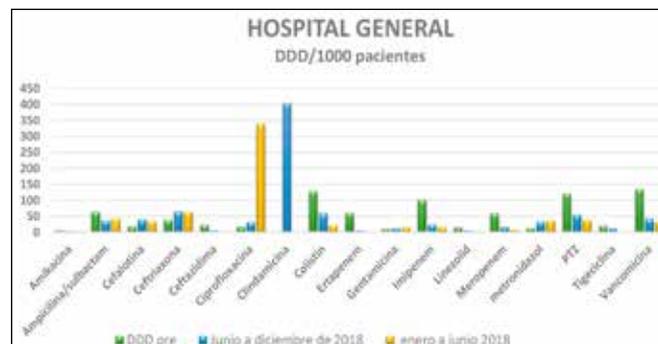
PE016 Impacto de la aplicación de un programa de uso racional de antimicrobianos en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires

Angiono M, Manganello S, Quintana C, Korzewycz N, Peña A, Espinola A, Pryluka D, Yahni D.
Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield. CABA. Argentina.

Introducción. La resistencia antimicrobiana es una de las amenazas más serias que debe enfrentar el sistema de salud y los antimicrobianos son bienes de actividad limitada. Una de las principales causas se debe al uso inadecuado de los mismos. Las infecciones causadas por gérmenes multiresistentes representan una amenaza creciente en todo el mundo. Los programas que establecen guías para el uso prudente de antibióticos se imponen como estrategias fundamentales en la práctica médica. **Objetivos.** Determinar el impacto en el consumo de antimicrobianos parenterales luego de implementación de medidas dentro un Programa de uso racional de antibióticos en un hospital público general de agudos de la ciudad de Buenos Aires, que cuenta con 120 camas de internación. **Objetivos secundarios:** analizar la reducción de costos, número infecciones del sitio quirúrgico asociadas a cirugías de cadera y tasa de colonización por KPC (*Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa).

Metodología. Se trata de un estudio analítico cuasiexperimental antes-después de una intervención donde se comparan tres períodos: entre enero a junio de 2017 (preprograma), entre julio y diciembre de 2017 y entre enero y julio de 2018 (durante el programa). Se confeccionaron guías para el uso de antimicrobianos, control estricto de los mismos y relevo sistemático de las indicaciones. Para el control de consumo se calcularon las dosis diarias definidas (DDD) en función de los días/pacientes internados. Se analizan además comparativamente, el costo total de antibióticos, la tasa de mortalidad y la tasa de colonización por KPC en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Para el análisis estadístico se utilizó el software OpenEpi®.

Resultados. El 50 % de los esquemas antibióticos indicados fueron empíricos, el 39 % ajustado a rescate microbiológico y el 11 % correspondían a profilaxis quirúrgicas. El 22,8 % de los antibióticos fueron modificados en la vigilancia activa; el 61,25 % por suspensión de los mismos, el 17,5 % desescalamiento de esquema y el 21,25 % pasaje de vía endovenosa a oral. Se analizó la DDD en cada período por antibiótico (Gráfico 1). La implementación del programa implicó un ahorro de 410.240\$ en el primer período y de 591.760\$ en el segundo período en antimicrobianos en la totalidad del hospital. En la UTI el ahorro fue de 63.953\$ y de 83.143 \$ respectivamente (Gráfico 2). Durante el periodo preintervención, hubo 33,3 % de infecciones asociadas a cirugías de cadera, en el segundo fue del 15 % y en el tercero no hubo casos (p-valor: 0.0001). La tasa de colonización por KPC fue en el periodo preintervención de 17/1000 días-paciente y en el último semestre fue de 2/1000 días-pacientes (p-valor= 0.0040). La tasa de mortalidad fue de 6/1000 días-paciente en todos los períodos. **Conclusiones.** Se observó una tendencia a la reducción del consumo de antimicrobianos analizados con impacto directo en el costo. Tanto la tasa de colonización en la UTI por OMR como la incidencia de infecciones de heridas quirúrgicas asociadas a cirugías de cadera mostraron una disminución estadísticamente significativa luego de la implementación del programa, sin observarse aumento en la mortalidad global.



PE017 Actividad *in vitro* de ceftolozano/tazobactam (C/T) frente a *Pseudomonas aeruginosa* y enterobacterias resistentes a cefalosporinas de espectro extendido en muestras clínicas

Zarate MS, Serruto G, Mainetti P, Wisner B, Veron M, Zaracho J.
Sanatorio Güemes. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones causadas por patógenos multiresistentes, como *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) y enterobacterias resistentes a cefalosporinas de espectro extendido (ERCEE), están asociadas con incremento de la morbi-mortalidad. Un nuevo antimicrobiano diseñado para tratar infecciones causadas por bacilos gram negativos multiresistentes, ceftolozano/tazobactam (Zerbaxa®, MSD), ha sido aprobado para el tratamiento de pacientes adultos con infecciones complicadas tanto intraabdominales como del tracto urinario, incluida pielonefritis.

Objetivos: 1- Evaluar la actividad *in vitro* de C/T frente aislados de PAE y ERCEE obtenidos de materiales clínicos de un centro de Argentina. 2- Evaluar datos demográficos y los sitios de aislamiento. 3- Comparar la actividad *in vitro* de C/T con la de piperacilina/tazobactam (PTZ) y otros antimicrobianos de uso frecuente.

Materiales y métodos: Se incluyeron aislados de PAE multiresistente (MR) y ERCEE. Los aislados productores de carbapenemasa fueron excluidos del estudio. La identificación bacteriana se realizó mediante sistema automatizado Phoenix (BD) y/o MALDI-TOF (Bruker). La sensibilidad a ciprofloxacina (CIP), ceftazidima (CZA), cefepime (CFP), piperacilina-tazobactam (PTZ), colistin (COL), imipenem (IMI) y meropenem (MER) se determinó mediante sistema automatizado Phoenix (BD) y/o difusión con discos. La CIM a C/T se determinó mediante tiras de gradiente (Liofilchem). Los resultados se interpretaron según criterios CLSI (Clinical & Laboratory Standards Institute).

Resultados: Se estudiaron 75 aislados (20: piel y partes blandas, 16: muestras respiratorias, 15: urocultivos, 14: hemocultivos, 8: líquidos de punción, 2: cateter). La mediana de edad de los pacientes fue de 65 años, 32 femeninos y 43 masculinos. Se aislaron 58 PAE-MR y 17 ERCEE (9 *Klebsiella pneumoniae*, 4 *Escherichia coli*, 3 *Enterobacter cloacae* y 1 *Proteus mirabilis*). El porcentaje de sensibilidad en PAE y ERCEE frente a C/T, PTZ, CIP, CZA, CFP, IMI, MER Y COL fue de 98, 100; 2, 35; 0, 6; 9, 0; 2, 0; 17, 100; 2, 100 y 98, 94, respectivamente.

La CIM90 de C/T fue 4.0 µg/ml para PAE (rango 0,5-256µg/ml) y 2.0µg/ml para ERCEE (rango 0.25-4µg/ml).

Conclusiones: Se observó una alta actividad de C/T frente a PAE y a ERCEE. C/T es significativamente más activo que PTZ frente a PAE-MR y ERCEE. Además, podría ser una alternativa potencial, que permita minimizar el uso de carbapenemes para el tratamiento de infecciones causadas por PAE-MR y ERCEE.

PE018 Reducción del consumo de antibióticos en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires tras un año de implementación de un Programa de Optimización de Antimicrobianos (PROA)

Scapellato PG¹, Pryluka D², Levy Hara G³, Agugliaro R⁴, Chuluyán J⁵, Consalvo M⁶, Hojman M⁷, Maranzana A⁸, Martín Y⁹, Molina A¹⁰, Pugliese H¹¹, Rodríguez C¹², Sisto A¹³, Yahni D¹, Ybarra V¹⁴, Vasen W¹⁵.

¹Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina. ²Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield. CABA. Argentina. ³Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. CABA. Argentina. ⁴Hospital Zubizarreta. CABA. Argentina. ⁵Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. CABA. Argentina. ⁶Hospital General de Agudos José M. Penna. CABA. Argentina. ⁷Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. CABA. Argentina. ⁸Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. CABA. Argentina. ⁹Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. CABA. ¹⁰Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina. ¹¹Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina. ¹²Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. ¹³Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. ¹⁴Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina. ¹⁵Hospital Udaondo. CABA.

En agosto de 2016, el Ministerio de Salud de la Ciudad de Bs. As creó una Comisión para implementar los Programas de Optimización de Antimicrobianos (PROA) en 16 hospitales (los 13 de agudos de la ciudad, uno de Infectología, uno de Neumonología y otro de Gastroenterología). El proyecto incluyó la conformación de los equipos de PROA, encuestas basales de percepción del uso de antimicrobianos (ATM) por parte de prescriptores y producción de guías clínicas. Se realizó un estudio de consumo basal (metodología ATC/DDD) correspondiente al 2do semestre de 2016 y otro en igual período del 2017.

Objetivo: presentar los resultados de consumo de antibióticos (ATB) tras un año de programa. Metodología: se midieron las dosis diarias definidas por 1000 pacientes/día (DDD/1000/d) de ATB parenterales utilizando las recomendadas por el centro colaborador de la OMS: ampicacina (AKN) 1g; ciprofloxacina (CIP) 1 g; ampicilina-sulbactam (AMS) EV 6 g; ceftriaxona (CRO) 2 g; ceftazidima (CAZ) 4 g; cefepima (FEP) 2 g; piperacilina/tazobactam (PTZ) 14 g; ertapenem (ETP) 1 g; imipenem (IMP) 2 g; meropenem (MRP) 2 g; vancomicina (VAN) 2 g; clindamicina (CLM) 1.8 g; metronidazol (MDZ) 1.5 g; linezolid (LNZ) 1.2 g; tigeciclina (TYG) 0.1 g y fosfomicina (FOS) 8 g. La excepción fue colistina (COL), donde se consideró una DDD de 0.3 dado que es la dosis habitualmente utilizada en pacientes normorrenos. El número de camas de cada hospital varió entre 104 y 400. El total de pacientes/día fue de 548.951 en 2016 y 411.703 en 2017. El trabajo estadístico fue realizado con planilla de cálculo MS Excel versión 2007. Mediante el Odd Ratio (OR) y su intervalo de confianza se observó si la diferencia entre períodos resultó o no significativa.

Resultados: el consumo tuvo una leve caída de 503 a 476 DDD/1000/d (5.36 %), con variaciones entre hospitales. El mismo se redujo en 10 hospitales (significativo en 7) y aumentó en 6 (significativo en 3). En relación con las UTIs, el consumo bajó en 7 hospitales (significativo en 6) y aumentó en 9 (significativo en 5), con un aumento no significativo del 3.7 %. En contraste, en las salas generales el consumo bajó en 13 (significativo en 12) y aumentó en 3 (significativo en los 3), con una reducción significativa de 33.5 %. Ver tabla.

Conclusiones: si bien solo se analizó el primer año de implementación de los PROA, la reducción general del consumo (incluyendo ATB de mayor impacto como carbapenemes y colistina) constituyen señales positivas acerca del camino adoptado.

Tabla. Variaciones de consumo general comparativo (DDD/1000/d), 2do semestre 2016- 17.

Variación	p<0.5	NS
Reducción	AKN (32,2 a 12,2), AMS (42,6 a 28,4), CTN (24,5 a 15,9), CIP (81,9 a 35,1), COL (51,2 a 14,6), MRP (33,1 a 18,7), TYG (5,9 a 2,8)	FEP (4,3 a 3,3), MDZ (26,2 a 24,1), PTZ (56,4 a 49,8)
Aumento	CZN (3,6 a 9,5)	CAZ (5,6 a 7,9), CLM (21,1 a 23,2), IMP (23,4 a 24,6), GEN (7,2 a 8,4),
Sin cambios	CRO (38,3 a 38,8), FOS (1,4 a 1,4), ETP (1,3 a 1,4), LNZ (4,2 a 4,4), VAN (45,4 a 44,5)	

PE019 Nanopartículas de plata sintetizadas a partir de un extracto de planta como potencial agente antifúngico tópico de candidiasis

Mussin JE, Rojas F, Sosa MA, Giusiano G.

Instituto de Medicina Regional de la Universidad Nacional del Nordeste. Chaco. Argentina.

La nanotecnología es un importante campo de investigación moderno que se ocupa de la síntesis y manipulación de la materia en escala nanométrica (1m =10-9 nm). Las nanopartículas de plata (AgNP) presentan propiedades físicas y químicas distintas en comparación con sus homólogos en escala macro, a medida que disminuye el tamaño de las mismas, aumenta su relación superficie-volumen y su actividad antimicrobiana. Las AgNP generalmente se preparan mediante procesos físicos y químicos que son costosos y afectan el medio ambiente. Por otro lado, se busca emplear estas AgNP en productos aplicables en el cuerpo humano, por lo que hay una creciente necesidad de desarrollar procesos de síntesis respetuosos con el ambiente y en los cuales no se utilicen compuestos tóxicos como en la mayoría de los protocolos de síntesis química. En respuesta a estas necesidades, la fitonanotecnología emerge como un método de síntesis verde empleando plantas para la síntesis de AgNP. *Conyza bonariensis* (L.). Cronquist es una maleza de la familia Asteraceae, nativa de América del Sur, utilizada por los pueblos originarios para curar procesos infecciosos de la piel. Las especies de *Candida* son agentes frecuentes de infecciones superficiales. En la práctica clínica existe un escaso número de fármacos antifúngicos disponibles, muchos de los cuales vienen asociados a diversas complicaciones. Esta investigación tuvo como objetivo sintetizar AgNP utilizando un extracto acuoso de *C. bonariensis*, evaluar su actividad inhibitoria *in vitro* frente a *Candida albicans* y compararla con la actividad de los componentes utilizados para su síntesis de manera independiente. El extracto acuoso se obtuvo a partir de 5 gr de hojas de *C. bonariensis* por ebullición con agua destilada estéril durante 5 min. El extracto obtenido se filtró y almacenó a 4°C. Las AgNP se obtuvieron según la técnica de Song y col., 2009, con modificaciones y fueron caracterizadas mediante espectrofotómetro UV-visible. La actividad inhibitoria *in vitro* de las AgNP se determinó por el método de difusión con discos de papel frente a la cepa de referencia *Candida albicans* ATCC 90028. Se utilizó fluconazol como control de inhibición. La caracterización espectrofotométrica de las AgNP mostró que estas presentaban un diámetro promedio de 70 nm. Los diámetros de inhibición obtenidos fueron: AgNP (26 mm); nitrato de plata (12 mm); extracto vegetal (9 mm); fluconazol (37 mm). La prueba de inhibición *in vitro* demostró la actividad de las AgNP sintetizadas con el extracto acuoso de *C. bonariensis* frente a *Candida albicans* ATCC 90028. El potencial inhibitorio observado constituye una prueba preliminar que avala científicamente ahondar en la investigación para la elaboración de un producto de acción tópica con propiedades antifúngicas, sintetizado a partir de componentes de origen natural.

PE020 Cefotolozano / tazobactam para infecciones graves causadas por *Pseudomonas aeruginosa*. Experiencia en Argentina

Gago RE¹, Barcan L¹, Valledor A¹, Nacinovich F², Fernandez Osos P², Ezcurra C³, Temporiti E⁴, Jordan R⁵, Del Castillo M⁶, D Agostino ML⁷, Ducatenzeiler L¹, Vilches V⁸, Pereyra ML⁸, Cornistein W⁹.

¹Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina. ³Hospital Alemán. CABA. Argentina. ⁴CEMIC. Argentina. ⁵Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina. ⁶FLENI Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia. Argentina. ⁷Sanatorio de los Arcos. CABA. Argentina. ⁸Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Cefotolozano / tazobactam (C-T) combina una cefalosporina antipseudomonal con un inhibidor irreversible de betalactamasas. Desde su aprobación y hasta la fecha, C-T ha sido indicado para muchos tratamientos *off label* debido a su perfil de sensibilidad contra organismos multirresistentes (OMR) y falta de opciones terapéuticas. El objetivo de este estudio es describir las indicaciones y los resultados del tratamiento con C-T para las infecciones por *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) en hospitales de Argentina.

Materiales y métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo y retrospectivo que incluye pacientes mayores de 18 años en tratamiento con C-T durante al menos 48 horas, desde agosto de 2017 hasta octubre de 2018 en 8 hospitales de Argentina. La concentración inhibitoria mínima (CIM) de C-T se determinó de acuerdo con el Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio (CLSI), considerando PAE susceptible con CIM $\leq 4 \mu\text{g} / \text{ml}$.

Resultados: se utilizó C-T en 45 pacientes. 31 hombres 69%. Edad 53.5 años (media; DS 20.1). 91 % de los pacientes fueron hospitalizados en unidades críticas y de trasplante. Inmunocomprometidos 67%. Se aislaron PAE resistentes a carbapenem en 89 % de los pacientes. CIM C / T $\leq 4 \mu\text{g} / \text{ml}$ 89%. El promedio de días desde el ingreso hasta la infección fue de 33. La neumonía nosocomial, incluyendo la asociada a ventilación, fue el diagnóstico más frecuente 44 %, infección ósea y articular 13 %, infección del sitio quirúrgico 11 %. Bacteriemia 20 %. Shock séptico al diagnóstico 18 %. Insuficiencia renal 29 %. Pacientes que recibieron tratamiento antibiótico previo 93 %, el 60 % carbapenemes. C-T fue combinado en un 47 % principalmente con colistina o amikacina. Respuesta clínica favorable 73 %, de los cuales un tercio con monoterapia. Falleció el 22 %, en su mayoría con shock séptico y tratamiento combinado. b: C-T (solo o combinado) se utilizó con éxito para infecciones severas, en pacientes inmunocomprometidos producidas por PAE multirresistente. En Argentina puede ser considerado una opción terapéutica para tratamiento de este microorganismo.

PE021 Absceso cerebral por *Bipolaris* sp. Reporte de un caso clínico

Cristina M¹, Alessandrini R¹, Brandolisio R¹, Calfunao D¹, Gargiulo R², Schinchirimini M¹, Titanti P¹, Morales A¹.

¹Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. Neuquén. Argentina. ²Clínica Moguillansky. Neuquén. Argentina.

Introducción: El género *Bipolaris* pertenece a los feohifomicetos o dematiaceos. Son hongos que en sus paredes y esporas contienen melanina que actúa como factor de virulencia y les da coloración marrón oscura. Se presenta una infección inusual del Sistema Nervioso Central (SNC) asociado a *Bipolaris* en un paciente inmunocompetente. Existen pocos casos reportados en la literatura con una mortalidad que supera el 50 %.

Metodología: Paciente masculino de 26 años, sin antecedentes patológicos, empleado de oficinas en Neuquén Capital, Patagonia Argentina. Presentó cefalea y fiebre; luego hemiparesia faciobraquiocrural izquierda. Laboratorio con leucocitosis, resto de valores normales. Inicia tratamiento antibiótico por sospecha de infección bacteriana en sistema nervioso central. La tomografía computada (TC) sugiere cerebritis. En resonancia magnética (RM) se informa lesión compatible con absceso micótico. Comienza tratamiento con Anfotericina en forma empírica y se realiza cirugía descompresiva cerebral de urgencia con exéresis completa del tejido necrótico. Examen directo negativo, en el cultivo se aísla *Bipolaris* Sp y en la anatomía patológica se describen hifas pigmentadas compatibles con dicho germen. Completó tratamiento endovenoso por 4 semanas con anfotericina B más voriconazol continuando vo con voriconazol más terbinafina con buena evolución.

Discusión y conclusiones: El *Bipolaris* es un género perteneciente a los feohifomicetos o dematiaceos, que raramente causa patología en el SNC de humanos.

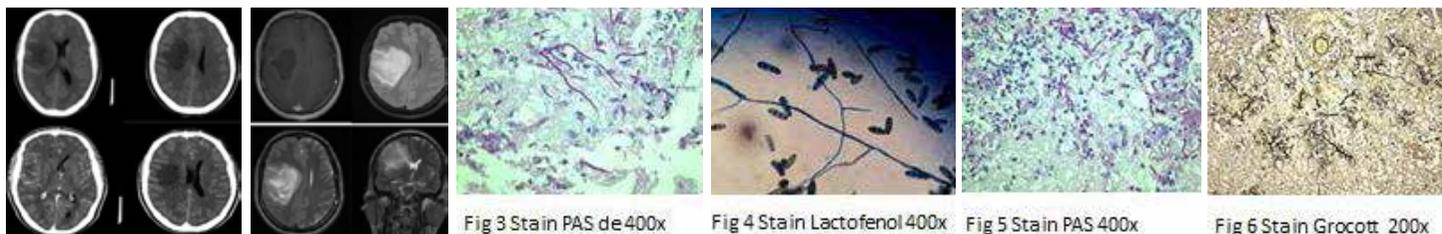


Fig 3 Stain PAS de 400x

Fig 4 Stain Lactofenol 400x

Fig 5 Stain PAS 400x

Fig 6 Stain Grocott 200x

La mitad de los pocos casos reportados en la literatura no presentaba factores de riesgo ni inmunocompromiso. La RMN fue altamente sugestiva y permitió iniciar tratamiento empírico dado la gravedad del cuadro. El cultivo y biopsia permitieron la caracterización de género *Bipolaris* lo que determinó el tratamiento combinado con buena evolución a pesar de que la mortalidad en estos casos supera el 50 % (fig.3 y 4). De lo descrito en la bibliografía el tratamiento recomendado es extirpación completa de la lesión junto al uso con antifúngicos como voriconazol con anfotericina B o voriconazol con terbinafina. La duración de los tratamientos varía entre 6 semanas a 24 meses, con un promedio de 6 a 12 meses en los pacientes con mejor evolución.

PE022 Sinergia *in vitro* entre fosfomicina y estreptomina en *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) portadora de metalo carbapenemasa (MBL) solo sensibles a colistín

Magariños F, Carmona M, Rivero N, Jewtuchowicz V, Facente A.

Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo. Lomas de Zamora. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: *Pseudomonas aeruginosa* (PAE) es un patógeno intranosocomial importante principalmente en áreas de cuidados intensivos. Su multirresistencia y su capacidad para producir biopelículas hace muy difícil el tratamiento. Con la emergencia de cepas portadoras de MBL a veces queda colistín como única opción terapéutica. La utilización de este antibiótico presenta muchas dificultades, como la dosificación, la toxicidad y la heteroresistencia. PAE se considera resistente natural a fosfomicina, pero ya se ha demostrado que produce sinergia *in vivo* e *in vitro* con otros antibióticos además de tener efecto anti biopelículas.

Objetivo: Evaluar la sinergia entre aztreonam y fosfomicina en PAE con MBL solo sensibles a colistín como propuesta alternativa al tratamiento con colistín.

Materiales y métodos: Se utilizaron tres cepas de PAE portadoras de MBL aisladas de unidades de cuidados intensivos del hospital. Una de la unidad de neonatología de hisopado conjuntival y las otras dos de la Unidad de Terapia Intensiva provenientes de materiales respiratorios. Las tres cepas fueron aisladas de entre el 30/8/2018 al 26/02/2019. La identificación se realizó por método automatizado vitek 2 y la sensibilidad por las tarjetas AST N-368 y AST N-369 de vitek 2. Además, se realizó la sensibilidad por el método de Kirby- Bauer. Para la detección de MBL se utilizó el método de Blue Carba (neosensitabs), doble disco Carbapenem-EDTA y Discos combiandos (Britania). La sensibilidad a colistín se realizó por predifusión y los ensayos de sinergia se realizaron con doble disco y por el método de difusión en tiras de papel modificado (DPTM). Todos los discos de la marca Oxoid.

Resultados: Las cepas de PAE con MBL fueron resistentes a todos los antibióticos excepto a colistín y a aztreonam, sensible e intermedio respectivamente. Las tres mostraron una CIM a aztreonam de 16 µg/mL y halos de fosfomicina (200) de 30, 17 y 13 mm. Se demostró sinergia positiva importante por doble disco y por DPTM. El neonato recibió colirio con polimixina B con buena evolución y los pacientes de terapia intensiva colistín. Uno de los últimos fallece a los pocos días y el otro cumplió tratamiento, pero luego de ser extubado presenta nuevos infiltrados que obligaron a volverlo a intubar. Continúa internado al momento de la realización de este trabajo.

Conclusiones: Se pudo demostrar por dos métodos diferentes la sinergia *in vitro* entre fosfomicina y aztreonam en cepas clínicas no relacionadas de PAE con MBL. Los dos pacientes que recibieron colistín como tratamiento para neumonía intrahospitalaria presentaron mala evolución, por lo tanto, si bien creemos que más estudios tienen que ser realizados para poder utilizar un tratamiento alternativo para estas cepas, podría ser una opción válida utilizar el sinergismo entre fosfomicina y otro antibiótico.

PE023 Susceptibilidad *in vitro* de ceftazidima/avibactam en enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo-KPC

Pastore F, Larini S, Cozzi J, Perez J.

Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. De Santa Fe. Argentina.

Introducción: La emergencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas tipo-KPC (EB-KPC) constituye un problema de salud pública debido a las limitadas opciones de tratamiento. Ceftazidime-avibactam (CZA) es un antibiótico de combinación que consiste en el inhibidor de la β-lactamasa avibactam y la cefalosporina ceftazidima de amplio espectro, que fue aprobado para tratar infecciones intraabdominales complicadas (IIAc), neumonías nosocomiales (NN) y asociadas a ventilación mecánica, así como infecciones del tracto urinario complicadas (ITUc), incluida la pielonefritis. Su introducción en el mercado resultó en un cambio de paradigma en el tratamiento de las infecciones por EB-KPC.

Objetivos: 1. Evaluar la actividad *in vitro* de CZA en aislamientos clínicos de EB-KPC. 2. Comparar la actividad de CZA con la de otros agentes antibacterianos.

Materiales y métodos: 50 aislamientos clínicos de enterobacterias resistentes a carbapenemes, con fenotipo de serin-carbapenemasa tipo-KPC recuperados de pacientes adultos con infecciones urinarias complicadas (42%), infecciones intra-abdominales complicadas (22%), neumonías hospitalarias (10%), y de sepsis con foco respiratorio, urinario y/o intraabdominal (26%) internados en un hospital público (periodo mayo de 2018 a febrero de 2019). La identificación bacteriana se realizó por metodología automatizada Vitek 2C (bioMérieux) y por pruebas bioquímicas manuales. Para la identificación fenotípica de mecanismos de resistencia antibiótica se emplearon: sinergias de doble disco con ácidos clavulánico, fenil borónico y etilendiamino tetraacético; ensayos microbiológicos y colorimétricos. La susceptibilidad antimicrobiana a CZA se determinó mediante tiras de gradiente (Liofilchem). La sensibilidad a otros antimicrobianos se obtuvo mediante el sistema automatizado Vitek 2C (bioMérieux) y/o difusión.

Resultados: las EB-KPC fueron caracterizadas como *Klebsiella pneumoniae* (72%), *Escherichia coli* (10%), *Enterobacter cloacae* (12%), *Klebsiella aerogenes* (2%), *Serratia marcescens* (2%), *Klebsiella oxytoca* (2%). El 100% de los aislamientos clínicos mostró valores de concentración inhibitoria mínima (CIM) para CZA dentro de la categoría sensible según los puntos de corte establecidos por CLSI 2019. Los aislamientos presentaron los siguientes porcentajes de sensibilidad: 88% a fosfomicina, 80% a tigeciclina, 78% a colistina, 76% a amikacina, 22% a ciprofloxacina, 37% a gentamicina. El 100% resultó resistente a piperacilina-tazobactama. Cabe destacar que las CIMs a meropenem oscilaron entre 1 y 32 µg/ml.

Conclusión: CZA mostró una excelente actividad *in vitro* frente a EB-KPC multirresistentes constituyendo una alternativa prometedora para el tratamiento de ITUc, IIAc, NN causadas por estas bacterias resistentes a las terapias disponibles.

PE024 Testeo de ceftolozano/tazobactam en aislamientos clínicos de enterobacterias

Medina R, Larini S, Pastore F, Cozzi J, Perez J.

Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. De Santa Fe. Argentina.

Introducción: Ceftolozano/tazobactam (C/T) ha sido autorizado para el tratamiento de las infecciones intra-abdominales complicadas (IIAc) y de las infecciones del tracto urinario complicadas (ITUc), incluida la pielonefritis. C/T es un antibiótico que aporta a la antibioterapia existente una mejor cobertura frente a enterobacterias resistentes a cefalosporinas de espectro extendido (ERCEE), además de una buena actividad frente a *Pseudomonas aeruginosa*.

Objetivos: 1. Evaluar la actividad *in vitro* de C/T en aislamientos clínicos de ERCEE. 2. Comparar la actividad de C/T con la de otros agentes antibacterianos.

Materiales y métodos: 94 aislamientos clínicos de ERCEE, recuperados de pacientes adultos con infecciones urinarias complicadas (75.5%), infecciones intraabdominales complicadas (9.6%) y de sepsis de foco urinario y/o intra-abdominal (14.9%) internados en un hospital público (periodo junio de 2018 a febrero de 2019). La identificación bacteriana se realizó mediante el sistema automatizado Vitek 2C (bioMérieux) y por pruebas bioquímicas manuales. Para la identificación fenotípica de mecanismos de resistencia antibiótica se emplearon sinergias de doble disco (con ácido clavulánico y con ácido borónico) y métodos de discos combinados con inhibidores. La susceptibilidad antimicrobiana a C/T se determinó mediante tiras de gradiente (Liofilchem) y por metodología de difusión. La sensibilidad a otros antimicrobianos se obtuvo mediante el sistema automatizado Vitek 2C (Biomérieux) y/o difusión.

Resultados: las ERCEE fueron caracterizadas como *Klebsiella pneumoniae* (51%), *Escherichia coli* (42.5%), *Enterobacter cloacae* (4.3%), *Proteus mirabilis* (2.1%). Los ensayos fenotípicos revelaron que el 94% (88 aislamientos) de las ERCEE eran productoras de β-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y el 6% (6 aislamientos) de AmpC plasmídico (pAmpC). De los aislamientos productores de pAmpC, 6 resultaron *E. coli* y 1 *K. pneumoniae*. El 99% (n: 1/94) de los aislamientos clínicos mostró valores de concentración inhibitoria mínima para C/T dentro de la categoría sensible según los puntos de corte establecidos por CLSI 2019. Los aislamientos presentaron los siguientes porcentajes de sensibilidad: 100% a carbapenemes (imipenem, meropenem), 56% a piperacilina tazobactama, 87% a amikacina, 47% a gentamicina, 10% a ciprofloxacina, 9% a ampicilina-sulbactama.

Conclusiones y discusión: 1. En este estudio C/T mostró una actividad *in vitro* (en aislamientos clínicos de *K. pneumoniae*, *E. coli*, *P. mirabilis*, *E. cloacae* resistentes a cefalosporinas de tercera generación) superior a la de antibióticos utilizados habitualmente en Argentina. 2. C/T debería convertirse en una alternativa para el tratamiento de infecciones de IUc y de IGIc causadas por enterobacterias BLEE.

2 - Diagnóstico microbiológico

PE025 *Staphylococcus aureus* sensa y responde a la luz modulando importantes factores de virulencia.

Pérez J¹, Tuttobene M², Tamagno G¹, Ramírez MS³, Mussi MA².

¹Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)- Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina. ²Centro de Estudios Fotosintéticos y Bioquímicos. Rosario. Argentina.

³Center for Applied Biotechnology Studies, California State University Fullerton, Fullerton, CA.

Introducción: *S. aureus* expresa una gran variedad de mecanismos de resistencia y factores de virulencia, los cuales le permiten evadir las defensas naturales del hospedador. En nuestro grupo de trabajo hemos demostrado que la luz natural tiene un efecto global en la fisiología de otros patógenos de relevancia clínica como *Acinetobacter baumannii*.

Objetivo: En este trabajo nos proponemos evaluar el efecto de la luz sobre distintos factores de virulencia que determinan la patogenicidad en *S. aureus*.

Materiales y métodos: se utilizaron 25 aislamientos clínicos de *S. aureus* sensibles a meticilina, recuperados de pacientes adultos con infecciones de piel y partes blandas asistidos en un hospital público, periodo mayo de 2018 a diciembre de 2018. Se empleó asimismo la cepa USA300, resistente a meticilina, cuyo genoma se encuentra secuenciado y es frecuentemente utilizada como modelo, así como la cepa clínica resistente a meticilina y lincosamina I32. La identificación bacteriana se realizó por metodología automatizada Vitek 2C (bio

Introducción: *S. aureus* expresa una gran variedad de mecanismos de resistencia y factores de virulencia, los cuales le permiten evadir las defensas naturales del hospedador. En nuestro grupo de trabajo hemos demostrado que la luz natural tiene un efecto global en la fisiología de otros patógenos de relevancia clínica como *Acinetobacter baumannii*.

Objetivo: En este trabajo nos proponemos evaluar el efecto de la luz sobre distintos factores de virulencia que determinan la patogenicidad en *S. aureus*.

Materiales y métodos: se utilizaron 25 aislamientos clínicos de *S. aureus* sensibles a meticilina, recuperados de pacientes adultos con infecciones de piel y partes blandas asistidos en un hospital público, periodo mayo de 2018 a diciembre de 2018. Se empleó asimismo la cepa USA300, resistente a meticilina, cuyo genoma se encuentra secuenciado y es frecuentemente utilizada como modelo, así como la cepa clínica resistente a meticilina y lincosamina I32. La identificación bacteriana se realizó por metodología automatizada Vitek 2C (bioMérieux). Los ensayos de hemólisis se realizaron utilizando placas de agar sangre de carnero (bioMérieux). Los ensayos de motilidad se realizaron en medio conteniendo 0.3 % agarosa, 1 % triptona y 0,5 % NaCl. La evaluación de la capacidad de sobrevivir en medio con bajo contenido de hierro se realizó en medio LB (Difco) suplementado con diferentes concentraciones de 2,2 dipiridyl DIP, a fin de generar condiciones de limitación de hierro. En todos los casos, los ensayos se realizaron a 37°C en presencia de luz azul (componente del espectro visible) u oscuridad.

Resultados: Nuestros resultados muestran que *S. aureus* presenta una mayor capacidad hemolítica en oscuridad que en presencia de luz, condición en la que se detecta inhibición para algunas cepas. En particular, 5 de los 25 aislamientos estudiados no realizaron hemólisis; 4 cepas hemolíticas no mostraron fotorregulación, presentando niveles de hemólisis comparables entre luz y oscuridad; y finalmente, 16 aislamientos clínicos fotorregularon en grados diferentes, al igual que en las dos cepas resistentes a meticilina. Luego, se seleccionaron 3 aislamientos clínicos para evaluar el efecto de la luz en la motilidad, y se observó que en presencia de luz ésta se vio inhibida en todos los casos, mientras que en oscuridad 2 aislamientos se movieron hasta mitad de la placa mientras uno cubrió la placa totalmente. Por otra parte, si bien la luz no tuvo un efecto en la viabilidad de *S. aureus* en medio LB, produjo una mayor capacidad de crecer en condiciones restrictivas de hierro. Finalmente, nuestros estudios in silico no encontraron homología en el genoma de USA300 con fotorreceptores tradicionales.

Conclusión: Nuestros resultados muestran que la luz modula la motilidad, la capacidad de utilización de hierro y la hemólisis, todos estos factores de virulencia claves. La capacidad de *S. aureus* de percibir y responder a la luz modulando aspectos relacionados con la virulencia en humanos constituye un hallazgo novedoso, no reportado hasta el momento. El fenómeno no involucraría fotorreceptores tradicionales, implicando la existencia de un mecanismo no descrito en este microorganismo.

PE026 Primer aislamiento de enterobacteria productora de carbapenemasa tipo-NDM en un Hospital Público de Rosario

Perez J¹, Pastore F¹, Larini S¹, Marchiaro P², Limansky A², Díaz MS².

¹Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)- Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina. ²Instituto de Biología Molecular y Celular. Rosario. Argentina

Introducción: La emergencia de enterobacterias productoras de carbapenemasas en el ámbito hospitalario, representa un verdadero problema de salud pública mundial. Las carbapenemasas son enzimas que producen resistencia a los antibióticos carbapenémicos, teniendo un directo impacto en la disponibilidad de alternativas terapéuticas. En Argentina, las carbapenemasas tipo-KPC (serino-carbapenemasas) son endémicas y representan un grave problema para la salud pública. Asimismo, a partir del 2013, carbapenemasas tipo-NDM (Nueva Delhi Metallo-β-lactamasa, MβL) han emergido y constituye una resistencia emergente a nivel global. Un fenotipo que puede ayudar a la detección de carbapenemasas tipo-MβL, es la resistencia a todos los β-lactámicos, excepto a aztreonam (AZT), y la inhibición por ácido etilendiamino tetraacético (EDTA).

Objetivo: Reportar el primer aislamiento clínico de enterobacteria portador de NDM en nuestra institución.

Materiales y métodos: Aislamiento clínico: *Citrobacter freundii* resistente a carbapenemes (imipenem, IPM y meropenem, MER) recuperado a partir de muestra ósea de un paciente adulto asistido en el Hospital Provincial del Centenario. La identificación bacteriana y los ensayos de susceptibilidad antibiótica se realizaron mediante el sistema automatizado Vitek 2C (Biomérieux). Asimismo, se emplearon otras metodologías para determinar el perfil de sensibilidad a otros antimicrobianos (e.i. método de Kirby-Bauer, método epsilométrico, predifusión, ensayos de discos combinados). Identificación fenotípica de carbapenemasas: Triton Hodge Test (THT)¹, detección colorimétrica (BLUE CARBA)², mCIM (Método de Inhibición de Carbapenemasas modificado)³, sinergia de doble disco con ácido fenil borónico, cloxacilina y EDTA, test de difusión con discos de MER en medio cultivo suplementado con EDTA (0.4 mM). Ensayos genotípicos: amplificación por PCR de genes codificantes de MβL (i.e. blaNDM, blaIMP, y blaVIM), y secuenciación.

Resultados: Los ensayos fenotípicos y moleculares revelaron que el aislamiento es productor de carbapenemasa tipo NDM. El aislado resultó sensible a AZT, colistina y fosfomicina. No se detectó fenotípicamente beta lactamasas de espectro extendido.

Conclusión: En este trabajo se reporta el primer aislamiento de enterobacteria productor de MβL tipo-NDM en nuestro nosocomio; siendo el mismo multirresistente con escasas alternativas terapéuticas. Cabe destacar que el laboratorio clínico de microbiología juega un rol crítico ya que es el centro primario donde se detectan estos determinantes de resistencia. Dado que la presencia de este aislamiento en nuestra institución debe ser considerado de alto riesgo, se requiere un monitoreo activo de este mecanismo de resistencia y la instauración de medidas de control adecuadas para evitar la diseminación de estos patógenos bacterianos productores de carbapenemasas y/o de sus genes de resistencia.

PE027 Detección de infecciones respiratorias virales y subtipificación de virus respiratorio sincitial humano (HRSV) en niños menores de 2 años internados en servicios de salud privados de Tucumán

PalazonEG¹, Zamora A¹, Vintiñi E², Ruiz de Huidobro G¹, Medina M¹.

¹Facultad de Bioquímica, Química y Farmacia-UNT. CCT-CONICET. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²LARIVENOA Facultad de Agronomía y Zootecnia UNT. Tucumán.

Las infecciones respiratorias agudas (IRAs) son la principal causa de hospitalización en edades extremas de la vida. El diagnóstico virológico es necesario para determinar la etiología de estas infecciones, dado que cuadros clínicos producidos por distintos virus son similares. El virus respiratorio sincitial humano (HRSV) es el principal agente causal de IRAB en niños menores de 2 años, ocasionando hospitalizaciones y reinfecciones frecuentes.

Objetivos: a) Conocer la prevalencia de los virus como agentes causales de IRAB en una cohorte de niños menores a 2 años internados en servicios de salud privados de Tucumán en los años 2013-2015-2016 b) Subtipificar HRSV A y B por técnica de RT-PCR real time.

Metodología: Muestras de aspirado nasofaríngeo (ANF) de niños menores de 2 años internados en sanatorios privados de Tucumán fueron estudiadas por técnica de inmunofluorescencia para la detección de 8 virus respiratorios (Influenza A y B; Parainfluenza I, II y III; HRSV; Metapneumovirus; Adenovirus). En el año 2013 se realizó la subtipificación de 298 muestras de aspirado nasofaríngeo por RT-PCR real time. En los años 2015 y 2016, se realizó la subtipificación a partir de una cohorte de muestras tomadas del pico de circulación correspondiente a cada año.

Resultados: Se procesaron un total 956 muestras de las cuales 597 fueron positivas para alguno de los virus estudiados por técnica de inmunofluorescencia. El 43.20 % de estas muestras fueron positivas para HRSV, con un pico de circulación en el año 2013 en los meses julio-agosto y en el 2015-2016 en abril-Mayo. HRSV se observó principalmente en menores de 3 meses con un cuadro clínico de bronquiolitis (75,06 %) y neumonía (12,59 %). El subtipo A de HRSV fue predominante en el año 2013 con un 77 % de muestras positivas, siendo las restantes subtipo B positivas. En la cohorte de 30 muestras analizadas en el año 2015 predominó el subtipo A con un 76 %, mientras que en el año 2016 de 31 muestras analizadas el subtipo A se presentó en un 32 %, el B en un 36 %. En este último año, se observó coinfección para subtipo A y B en un 32 % de las muestras analizadas.

Conclusiones: La utilización de técnicas de diagnóstico virológico rápido y molecular permitió identificar agentes etiológicos en la gran mayoría de los pacientes hospitalizados con IRA. Aun cuando la circulación viral se observó durante todo el año, la mayor detección de virus se dio durante los meses de otoño e invierno. HRSV fue el principal agente etiológico asociado a IRA, presentándose sus dos subtipos. La capacidad de diferenciar el HRSV en subtipos, es útil para objetivos epidemiológicos, para evaluar el papel de las variaciones genéticas en reinfecciones, como también para evaluar a futuro la eficacia de protección de las vacunas contra HVRS en desarrollo.

PE028 La resistencia a fluconazol en *Cryptococcus neoformans* no estaría relacionada con mutaciones en el gen MSH2 perteneciente a la vía de reparación de ADN.

García-Effron G¹, Maidana Jacob M¹, Theill L¹, Gueffan L², Frola C², Gamarra S¹.

¹Universidad Nacional del Litoral - CONICET. Santa Fe. Argentina. ²Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina

Introducción: La criptococosis es una infección oportunista causada por *Cryptococcus* spp. La especie más comúnmente aislada es *Cryptococcus neoformans*. El tratamiento habitual de estas infecciones incluye al fluconazol. Se han descrito varios mecanismos de resistencia de esta levadura a este azol que incluyen: mutaciones puntuales en los genes ERG11 (diana de azoles), hiperexpresión de bombas de eflujo causadas por mutaciones en genes reguladores en trans (gain of function) y un fenómeno de resistencia reversible causado por aneuploidías de los cromosomas 1 y 4 denominado heteroresistencia. La selección de mutantes fúngicos resistentes durante el tratamiento antifúngico puede ser mayor en cepas que tienen defectos en los mecanismos de reparación del DNA que se activan durante la replicación. La reparación de DNA en células eucariotas se da por dos vías llamadas: "mismatch repair" (MMR) y "double-strand break repair" (DSBR). Actualmente, existe un importante debate científico sobre si las mutaciones en el gen MSH2 de la vía MMR son o no responsables de una mayor tasa de mutaciones que generan resistencia a las equinocandinas y a los azoles en patógenos fúngicos.

Objetivos: Analizar las secuencias de los genes MSH2 de cepas clonales de *Cryptococcus neoformans* aisladas de pacientes en tratamiento con fluconazol consideradas resistentes a este azol con y sin mutaciones en ERG11.

Material y métodos: Se estudiaron 6 pares de cepas clonales de *Cryptococcus neoformans* (antes *Cryptococcus neoformans* var. grubii). Estos pares incluían un aislamiento inicial y uno intratratamiento. Se incluyó como control la cepa *Cryptococcus neoformans* H99. Se identificaron molecularmente por secuenciación de ITS (*internal transcriber spacer*) y la clasificación intravarietal se estableció por una técnica de PCR basadas en diferencias en la secuencia del gen STR1. Se estableció clonalidad utilizando el esquema de MLST (*multilocus sequencing typing*) del International Society for Human and Veterinary Mycology (ISHAM). Se evaluó la sensibilidad a los antifúngicos siguiendo los documentos M27-4ed y M60 del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI). Los genes ERG11 (regiones 5', 3' y ORF) se amplificaron y secuenciaron por el método de Sanger.

Resultados: Todas las cepas se identificaron como *Cryptococcus neoformans* (VNI). Los aislamientos iniciales presentaron CIMs ≤ 0.5 ug/ml a fluconazol. Las 6 cepas aisladas intratratamiento presentaron CIMs ≥ 8.0 ug/ml. De estas últimas, 3 presentaron mutaciones en ERG11 asociadas a resistencia a fluconazol (Y145F y G484S). Ninguna de las 12 cepas presentó mutaciones en el gen MSH2, independientemente si se trataba de cepas resistentes o no a fluconazol o si presentaban o no mutaciones en el gen ERG11.

Conclusiones: Los resultados obtenidos indican que los fenotipos de resistencia a fluconazol, ligados o no a mutaciones en ERG11, son independientes del gen MSH2. Sin embargo, habría que aumentar el número de cepas estudiadas para que esta afirmación pueda confirmarse totalmente ya que, por ejemplo, solo el 55 % de las *Candida glabrata* resistentes a antifúngicos presentan mutaciones en MSH2.

PE029 *Campylobacter fetus* aislado en múltiples materiales en paciente inmunocomprometido

Alfonso C, Yernazian MV, Marucco A, Ormazabal C, Suarez G, Ruiz O, Magariños F, Carnevale C.
Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina.

Introducción: El género *Campylobacter* está formado por bacilos Gram-negativos, finos, helicoidales, móviles y no esporulados; con crecimiento lento entre 25°C y 37°C e incluye 24 especies. La mayoría son microaerófilos y necesitan atmósfera especial para crecer (10 % CO₂; 5 % O₂; 85 % N₂). Esta bacteria no fermenta ni oxida carbohidratos y su energía proviene del metabolismo de ciertos aminoácidos. Su principal reservorio es el tracto gastrointestinal de ganado y animales domésticos. A diferencia de *C. jejuni* y *C. coli*, el *C. fetus* se asocia menos frecuentemente a infección intestinal y más a manifestaciones sistémicas en huéspedes inmunocomprometidos (VIH, oncológicos, receptores de trasplantes y con terapia inmunosupresora).

Resumen clínico: Paciente de 66 años, con antecedentes de cáncer de mama (2002) con mastectomía total y cáncer de ovario (2016) con tratamiento quimioterápico, asociado a carcinomatosis peritoneal. Ingresó al Hospital en noviembre de 2017 con diagnóstico de NAC con derrame pleural y ascitis. Presenta disnea con mala mecánica ventilatoria. La Rx de tórax evidencia derrame pleural bilateral e infiltración pulmonar. Se realiza toracocentesis e inicia tratamiento con Piperacilina-Tazobactam 4.5 g cada 8 hs. Se toman las siguientes muestras: *L. ascítico*, *L. pleural* (con características de exudado) y Hemocultivos (HMC) x 2. Todas las muestras son positivas entre las 24 y 48 hs. de incubación presentando bacilos gram lábiles, finitos, pleomórficos y espirilares. Solo se obtiene desarrollo en subcultivos en atmósfera para Campylobacterias. Se realizan las siguientes pruebas: oxidasa +; catalasa +; movilidad + como espirilo e Hipurato negativo. vancomicina R, colistin S, arginina positivo; no fermenta azúcares; urea negativa; PYR negativo; indol negativo.

Mediante galería Rapid ANA ID se obtiene la tipificación de *Campylobacter* spp. con 99.9 % de confianza. La identificación final por MALDITOFF (espectrometría de masas) es *Campylobacter fetus*. La paciente evoluciona favorablemente, los HMC de control resultan negativos.

Conclusiones: Las infecciones en humanos producidas por *C. fetus* son poco frecuentes y subdiagnosticadas, porque se trata de un microorganismo exigente, que crece débil, lento y en una atmósfera no empleada de rutina. Para muestras de cavidades estériles, los medios líquidos de sistemas manuales o automatizados, permiten recuperarlos fácilmente y no son necesarios medios selectivos para inhibir otro tipo de flora como ocurre en el coprocultivo. Habitualmente el pasaje a través del hígado es suficiente para detener el avance bacteriano. No ocurre lo mismo en pacientes inmunocomprometidos, donde puede producirse bacteriemia persistente, con siembra en tejidos secundarios. En el caso de la paciente descrita, se desconoce historia previa de ingestión de alimentos contaminados y no se pudo establecer relación con la diarrea. El aumento de población inmunosuprimida y la mayor expectativa de vida hacen que este microorganismo pueda ser considerado como uno de los patógenos humanos emergentes

PE030 Tuberculosis cutánea, una infección pocas veces sospechada

Varrenti NA, Ruschioni Martin C, Depardo R, Steinbrecher L, Amarilla C, Rosas A.
Hospital de Morón. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La escrófuloderma es la forma clínica más frecuente de tuberculosis cutánea. Es el resultado de la afección por contigüidad de la piel que recubre otro proceso tuberculoso, la mayoría de las veces linfático u óseo. Puede afectar cualquier grupo etario, con prevalencia en niños, adultos jóvenes y ancianos. Las lesiones consisten en nódulos subcutáneos, no dolorosos, que gradualmente crecen, se reblandecen y se abren al exterior, drenando líquido de color amarillo claro y espeso o caseoso. Toda la región afectada se convierte en un plastrón endurecido, con úlceras y orificios fistulosos. La localización habitual son los ganglios linfáticos de la región cervical, y con menor frecuencia pueden afectarse los ganglios linfáticos de la axila, paraesternal e inguinal. La curación espontánea puede ocurrir, pero toma a veces años, con formación de cicatrices de aspecto queloide. Las recurrencias son características. Puede acompañarse o no de sintomatología general caracterizada por febrículas vespertinas, anorexia, adelgazamiento, y en ocasiones síntomas de tuberculosis pulmonar activa con tos productiva, disnea, dolor torácico, etc.

Caso: Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, que ingresa al Hospital presentando disnea, fiebre y mal estado general de pocos días de evolución asociado a disminución de peso de 10 kg. Como antecedente de relevancia se encuentra en tratamiento con Adalimumab desde hace 1 mes por hidradenitis supurativa de axila derecha, cuadro que refiere haber comenzado hace 2 años, por lo que recibió múltiples tratamientos antibióticos en diferentes instituciones por sospecha en primera instancia de celulitis y absceso axilar. Niega otros antecedentes patológicos al igual que consumo de drogas ilícitas y tabaco. Al examen físico se observa paciente adelgazado, con palidez cutáneo mucosa, taquicardia y taquipnea. Temperatura 38°. Saturación 94 %. A la auscultación presenta rales crepitantes bilaterales. Se observa en axila derecha lesiones nodulares eritematosas no dolorosas con múltiples orificios que drenan espontáneamente material purulento-caseoso. La radiografía de tórax evidencia un patrón retículo nodulillar bilateral con aspecto miliar. Test rápido VIH negativo. Se interna con diagnóstico de sepsis a punto de partida de piel y partes blandas, y síndrome de infección pulmonar con sospecha de tuberculosis miliar. Se toman muestras de cultivos e inicia tratamiento empírico con amoxicilina-sulbactam. Espujo se informa No BAAR y cultivo negativo, hemocultivos negativos, y punción con aguja fina por piel sana de lesiones en axila informa SAMS por lo que recibe tratamiento con Trimetoprima-sulfametoxazol. Evoluciona en forma tórpida, con mayor disnea y fiebre continua. Se toma muestra de BAL que informa BAAR negativo y cultivo para gérmenes comunes y hongos negativo. Posteriormente se toma muestra con pipeta de material drenante de axila que se informa BAAR ++. Inició de esta forma tratamiento con 4 drogas a dosis habituales mejorando el cuadro clínico en pocos días. Luego se confirmó *M. tuberculosis* con GenXpert. Actualmente se encuentra en tratamiento ambulatorio con 2 drogas con franca mejoría de lesión axilar.

Discusión: El cuadro clínico de la escrófuloderma es tan característico que usualmente hace el diagnóstico. Se confirma con el examen bacteriológico. La prueba de PPD es altamente positiva. El diagnóstico diferencial incluye sífilis terciaria, esporotricosis, actinomicosis, hidradenitis supurativa y enfermedad granulomatosa crónica. La biopsia y el cultivo comprueban el diagnóstico. La tuberculosis es una infección característica de los estados de inmunodeficiencia. En el caso presentado claramente tiene relación con la administración

PE031 Infección de piel y partes blandas por *Actinomyces canis* debido a mordedura de perro

Barberis C, Alvarez C, Cittadini R, Vera Ocampo C, Lugo A, Stecher D, Almuzara M, Vay C.
Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina.

Introducción: *Actinomyces canis* es un bacilo gram positivo pleomórfico que se encuentra en la cavidad oral de los perros, y es capaz de ocasionar gingivitis y periodontitis (en forma conjunta con bacterias anaerobias). También puede hallarse en la mucosa del tracto genital animal. En la bibliografía no se han encontrado antecedentes de infección humana por este microorganismo.

Descripción del caso: Caso 1: Paciente de sexo femenino, 35 años, portadora de VIH y bajo tratamiento antirretroviral, ingresó por presentar herida supurada y edematizada en brazo izquierdo tras mordedura de perro. Luego de sufrir la lesión fue atendida en una unidad sanitaria donde se realizó limpieza y sutura de la herida, y administración de vacuna antirrábica. Se instauró tratamiento antibiótico: amoxicilina-ácido clavulánico (AMC) (875/125 mg, cada 12 horas) sin mejoría de la lesión. Los estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis a predominio PMN, VSG: 65 mm/h, Hto: 35.9 %, plaquetas: 264.000/mm³. Se realizó radiografía de tórax dado los antecedentes referidos por la paciente de neumonía atípica a repetición, sin hallarse infiltrados patológicos. Se realizó toilette quirúrgica con toma de muestra para estudio bacteriológico. Se rotó la antibioticoterapia previa a piperacilina/tazobactam (PIP-TAZ)- vancomicina (VAN)-clindamicina, y se internó para seguir el tratamiento en forma parenteral. Caso 2: Paciente de sexo masculino, 65 años, diabético insulino requirente con neuropatía periférica. Ingresó por infección de hallux derecho de 45 días de evolución sin respuesta a antibióticos asociado a amputación traumática de falange distal por mordedura de perro, sin fiebre. Se le realizó toilette quirúrgica e inició tratamiento antibiótico empírico con ampicilina-sulbactam (AMS), VAN. Laboratorio: Hto 41 %, Leuc 7344/mm³, VSG 14mm/h, glucosa 191mg/dl, urea 45mg/dl, Creatinina 1.0 mg/dl, hepatograma normal. Se realizó ecodoppler venoso: sin trombosis venosa profunda y ecodoppler arterial: placas calcificadas a nivel de arterias tibiales bilaterales. Se le realizó toilette quirúrgica, con resección de tejido comprometido desvitalizado (hasta hueso sangrante), resección de falange distal con compromiso óseo infeccioso, cierre con colgajo con puntos separados. Se rotó el antibiótico a PIP-TAZ. La coloración de Gram de ambos materiales obtenidos de la toilette quirúrgica mostró abundante cantidad de bacilos gram positivos y de cocobacilos gram negativos, acompañados de reacción inflamatoria y hemáties. Ambos cultivos fueron polimicrobianos.

Caso 1: *Actinomyces canis*, *Pasteurella canis* y *Rothia mucilaginosa*. Cultivo micológico: *Candida parapsilosis*. Caso 2: *Actinomyces canis*, *Pasteurella somatis*, *Serratia marcescens*. Cultivo micológico: negativo. La identificación se realizó mediante espectrometría de masas MALDI-TOF (Bruker) scores >2.000 (identificación correcta a nivel de género y especie) y pruebas fenotípicas convencionales. Asimismo, se realizó la identificación genotípica mediante amplificación y secuenciación del gen 16S ARN ribosomal del bacilo gram positivo hallado e identificado por fenotipia y MALDI-TOF como *Actinomyces canis* y se obtuvo una identidad del 99 % con dicha especie. En casos 1 y 2 se rotó el esquema antibiótico: AMS v.o. (1,5 g cada 6 horas)- fluconazol durante 16 días y AMC-ciprofloxacina v.o., respectivamente. Ambos pacientes evolucionaron favorablemente

Discusión: La infección por mordedura de perro es a menudo polimicrobiana, y puede incluir bacterias aerobias y anaerobias. Aunque se encuentra en la cavidad oral de los perros, *Actinomyces canis* está raramente asociado a infección por mordedura. La identificación por MALDI-TOF permitió el reconocimiento

PE032 Infecciones mamarias por *Corynebacterium kroppenstedtii*: comunicación de 4 casos.

Sanchez Eluchans NM¹, Barberis C¹, Vay C¹, Almuzara M¹, Cittadini R², Osuna A², Vilches V³, Lugo A⁴, Stecher D⁴.

¹Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA. Argentina. ²Sanatorio Mater Dei. CABA Argentina. ³Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ⁴Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA

Corynebacterium kroppenstedtii (CK) es un bacilo gram positivo no esporulado, inmóvil, fermentador de glucosa y lipofílico, que habitualmente se lo encuentra en la piel como colonizante formando parte de su microbiota. Sin embargo, en las últimas dos décadas se han reportado numerosos aislamientos de CK en distintas afecciones principalmente mamarias, tales como abscesos y mastitis granulomatosa (MG), esta última es una enfermedad inflamatoria benigna cuya etiología aún se desconoce, caracterizada por presentar nódulos eritematosos de larga evolución. Por tal motivo actualmente se considera que CK puede tener un rol patogénico en este tipo de afecciones. En el período de un año, se estudiaron en el servicio de Bacteriología del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Buenos Aires cuatro aislados de CK recuperados a partir de muestras obtenidas por punción-aspiración de mama, de pacientes de sexo femenino de entre 26 y 36 años. Todas presentaban nódulos compatibles con un proceso inflamatorio o granulomatoso en una de las mamas, que no remitieron a pesar del tratamiento antibiótico empírico [Amoxicilina (AMX), amoxicilina-clavulánico (AMC) o AMC más trimetoprima sulfametoxazol (TMS)]. Tres casos fueron afecciones de larga evolución, uno de ellos con diagnóstico histopatológico de MG. El cuarto fue de evolución aguda con diagnóstico de absceso mamario. Dos tuvieron antecedentes de lactancia desde hacía más de un año al momento de la consulta. Todas fueron intervenidas con drenaje quirúrgico y recibieron tratamiento antibiótico postoperatorio (AMC, clindamicina o minociclina) con buena evolución clínica. Los aislados fueron identificados por metodología convencional y por Espectrometría de masas MALDI-TOF (EM) como CK. Utilizando el método epsilométrico (E test), dichos aislados presentaron sensibilidad a penicilinas, cefalosporinas de tercera generación y vancomicina, mientras que la sensibilidad a macrólidos, lincosamidas y TMS fue variable (CLSI M45. 2015; Barberis y col 2018). Pese a su naturaleza lipofílica, la cual muchas veces dificulta su aislamiento, la EM permite establecer de manera rápida la identificación a nivel de especie del CK. El uso de esta y otras nuevas tecnologías quizás haya influenciado en el aumento de los casos reportados en la literatura. En los cuatro casos presentados, se evidenció que esta especie puede participar en procesos inflamatorios o infecciosos tanto agudos como crónicos y, aunque el drenaje quirúrgico fue primordial para la resolución de las diferentes patologías, una antibioticoterapia apropiada podría disminuir la aparición de recidivas.

Conclusiones: Debido a la asociación de CK con la MG y con la formación de abscesos mamaros, consideramos pertinente la identificación a nivel de especie de aquellas corinebacterias que se aíslan en muestras clínicas obtenidas ya sea por punción-aspiración o por biopsia de mama. Recomendamos su aislamiento y jerarquización como posible patógeno en este contexto, ya que es indispensable para dirigir un tratamiento antibiótico eficaz.

PE033 Vigilancia de laboratorio de casos sospechosos de leptospirosis humana en nuestra provincia

Cudmani MD¹, Delgado G¹, Cabrera G², Jacob P³, Chiani J³, Schmeling M³, Landolt N³, Banasco V³.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ³Laboratorio Nacional de Referencia en Leptospiriosis

Introducción: La leptospirosis es una enfermedad zoonótica causada por especies patógenas del género *Leptospira*. Es considerada una enfermedad emergente de amplia distribución geográfica y afecta tanto a humanos como animales. La ubicación geográfica de nuestra provincia y su clima subtropical húmedo ofrecen condiciones óptimas para el desarrollo de leptospirosis en el medio ambiente. Las amplias zonas periurbanas, con presencia de roedores, animales domésticos y cría sin control sanitario de animales de granja, constituyen el ambiente propicio para la presencia de casos de leptospirosis humana y un grave problema de salud pública.

Objetivos: comunicar la prevalencia de casos confirmados de leptospirosis humana y los serogrupos de leptospirosis circulantes en nuestra provincia. Determinar el porcentaje de casos con diagnóstico incompleto y sus causas.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de corte transversal. Período octubre 2017 a febrero 2019. Se analizaron todos los casos con sospecha de leptospirosis cuyas muestras se remitieron a los dos laboratorios de referencia en la provincia: Laboratorio de Salud Pública y Hospital Ángel C. Padilla. El diagnóstico de

laboratorio se realizó por técnicas de screening: macroaglutinación con antígeno termosensible (TR) y ELISA- IgM en fase sólida. Los reactivos fueron provistos por el Laboratorio Nacional de Referencia en Leptospirosis del INER Coni-ANLIS (LNRL). Las muestras que resultaron positivas por alguno de los métodos de screening se derivaron al LNRL para estudio confirmatorio por técnica de aglutinación microscópica con antígenos vivos (MAT). Se consideró como serogrupo presumiblemente infectante a aquél con el mayor título de anticuerpos en la MAT en relación con los otros serogrupos reactivos. Los casos se categorizaron según definición propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación en el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA).

Resultados: se estudiaron 70 pacientes con sospecha de leptospirosis. El 10 % de los casos se categorizaron como casos confirmados y los serogrupos presumiblemente infectantes son: Icterohaemorrhagiae 43 %, Sejroe 28 %, Canicola 43 % y Pomona 14 %. El 43 % de los casos fueron descartados; en el 47 % restante no se completó el diagnóstico de laboratorio por no contar con la oportunidad de tomar la segunda muestra de suero en el período convaleciente.

Conclusiones: las capacitaciones dictadas por la Dirección de Epidemiología de la provincia para aumentar la sospecha de la patología en la comunidad médica y la comunicación de la implementación de una red para el diagnóstico de laboratorio, han permitido en corto tiempo, el hallazgo de leptospirosis humana confirmada en nuestra población. Se enfatiza la necesidad de optimizar los recursos para completar el diagnóstico en aquellos pacientes en los que se requiere una segunda muestra para confirmar o descartar el caso.

PE034 Vigilancia de serotipos de *Streptococcus pneumoniae* en infecciones invasivas de pacientes internados en Hospitales Públicos de la Provincia

Del Valle Delgado G¹, Caro F¹, Cudmani D¹, Assa J², Gonzalez L², Fernández S³, Flores S³, Mochi S⁴, Nápoli D⁵, Zintgraff J⁵, Lara C⁵, Cudmani N¹.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital del Niño Jesús. S.M. de Tucumán. Argentina. ³Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ⁴Hospital Escuela Eva Perón. Santa Fe. Argentina. ⁵Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ⁶ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: *Streptococcus pneumoniae* (Spn) es el patógeno más frecuentemente relacionado con infecciones invasivas como neumonía, bacteriemia y meningitis. En Argentina, se introdujo en el año 2012 la vacuna neumocócica conjugada PCV13 en menores de 2 años con un esquema 2+1. A partir de esta medida se observó una disminución de casos en niños menores de 5 años. Esta vacuna contiene los serotipos (ST) 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9B, 14, 18C, 19A, 19F y 23F.

Objetivos: determinar la frecuencia de ST en infecciones invasivas por Spn en nuestra provincia en un período de 2 años luego de la introducción de la vacuna PCV13. Evaluar el estado de vacunación de los pacientes infectados.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo de corte transversal. Período enero 2016 a diciembre 2018. Se estudiaron los aislamientos de Spn obtenidos de sitios estériles de pacientes con enfermedad neumocócica invasiva (ENI) de hospitales públicos que fueron remitidos al Laboratorio de Salud Pública de la provincia. La identificación bacteriana se realizó por sensibilidad a Optoquina y solubilidad en bilis, se confirmó por espectrometría de masa (Malditof MS Bruker). La detección de ST se realizó con la reacción de Quellung en el Servicio de Bacteriología Clínica del ANLIS-Malbrán. Los datos de vacunación se obtuvieron del Sistema de Gestión Hospitalaria de la provincia.

Resultados: de un total de 50 pacientes se diagnosticaron con: neumonía 52 %, meningitis 28 %, bacteriemia 18 % y peritonitis 2 %. Rango de edad: 0 a 77 años. Se estudiaron 23 aislamientos del año 2016, 13 del 2017 y 14 del 2018. Los ST más frecuentes fueron: 1 (22 %), 12F (12 %), 19A (12 %), 14 (8 %) y 3 (6 %), en menor frecuencia: 6B, 7F, 8, 10F, 11A, 15A, 15C, 18A, 22F, 23A, 23B, 24B, 24F, 28A y 31. En menores de 2 años (8/19) prevalecen los ST vacunales: 12F, 14 y 19A, en este grupo solo 3 pacientes presentaban esquema de vacunación completo. En el grupo de 3 a 15 años (14/22) los ST vacunales fueron: 1, 3, 7F y 19A, de los cuales 8 pacientes presentaban vacunación completa para la edad, 3 con esquema incompleto y 3 sin datos de vacunación. En los adultos (4/8) los ST 1, 3 y 19A fueron los más frecuentes, solo 2 pacientes tenían indicación de vacunación por ser mayores de 65 años, sin embargo, ninguno de ellos contaba con la aplicación de la misma.

Conclusiones: A partir del 2017 el ST no incluido en la PCV13 más prevalente en menores de 2 años fue 12F, aunque las ENI estuvieron asociadas con una gran variedad de serotipos. En los niños menores de 2 años, la ENI por ST presentes en la PCV13 se podría asociar a un esquema de vacunación incompleto para la edad o bien a la corta edad de los pacientes. En aquellos niños con esquemas completos de vacunación sería importante evaluar su estado inmunológico. Se enfatiza la necesidad de reforzar las campañas de vacunación en las poblaciones más susceptibles. El aumento de aislamientos con ST 12F no incluido en la PCV13, plantea la necesidad de vigilancia continua de su comportamiento futuro.

PE035 Rol de distintos métodos diagnósticos de leishmaniasis tegumentaria americana en el Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IET) – UNSa. Oran Salta.

Portal G, Cimino R, Krolewiecki A, Gil J, Flores G, Aveldaño R, Díaz R, Quipildor M, Cajal SP.

Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UNSa. Salta. Argentina.

Introducción: La Leishmaniasis es una enfermedad tropical endémica de 88 países, prevalente en la provincia de Salta. Su agente causal es un protozoo del género *Leishmania*, transmitido por vectores hematófago del género *Phlebotomus*. El diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana incluye, entre otras, la identificación de amastigotes mediante frotis de lesión, la determinación de material genético por PCR y la detección de anticuerpo por ELISA.

Objetivo: Identificar el rol de métodos serológicos y de biología molecular en el diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) y su concordancia con la observación microscópica de material obtenido de lesiones. Determinar la proporción de falsos negativos por frotis en pacientes con lesiones compatibles.

Material y Método: Estudio observacional, descriptivo y de corte transversal. La población de estudio incluyó a pacientes con lesiones sospechosas de Leishmaniasis del instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales-UNSa durante los meses de mayo a diciembre del 2018. Se procedió a la toma de muestra para frotis, biología molecular (PCR) y suero para ELISA. A los pacientes con resultados de frotis negativos se les solicitó, una segunda toma de muestra a partir de los 7 (siete) días. Los resultados examinados por frotis de lesión fueron comparados con los resultados por PCR (amplificación del gen del citocromo b (cyt b) y ELISA (técnicas *in house* utilizando antígenos proteínas recombinantes se denominaron HATLbAg1 (Masa Molecular: 49,76 kDa), HAT-LbAg2 (MM 94, 25) y HAT-LbAg3 (MM 40, 29).

Resultados: De 139 pacientes con lesiones sospechosas para Leishmaniasis Tegumentaria Americana, el 63 % (87/139) registró frotis con resultados positivos y el 37 % (52/139) resultaron negativos. Al comparar estos resultados con otras técnicas, PCR y ELISA: 92 % (80/87) fueron confirmados como casos positivos por lo menos por dos técnicas de diagnóstico, 8 % (6/87) resultaron PCR y ELISA negativas con frotis positivo; Con respecto a los casos negativos desde el frotis inicial; 98 % (51/52) fueron confirmados negativos por frotis, PCR y ELISA.

Conclusión: Estos resultados nos permiten considerar, casos confirmados de Leishmaniasis Tegumentaria Americana a aquellas muestras clínicas que dieron positivos para al menos dos métodos diagnósticos. De las muestras analizadas por frotis de lesión se obtuvieron 7 % (6/87) falso positivos. Se determinó dos casos inconclusos que tras seguimiento clínico se observó la reepitelización de la lesión posterior al tratamiento con ATB.

PE036 Diagnóstico molecular de absceso cerebeloso por el complejo *Mycobacterium tuberculosis* en un paciente con infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Reporte de caso.

González Alvarado M, Acosta MC, Vilorio G, Losso M.

Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es la primera causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo. En 2016, el 10 % de las personas que contrajeron TB tenía coinfección con VIH. El compromiso del sistema nervioso central (SNC) por TB es el de mayor gravedad, y las formas parenquimatosas cerebrales son raras. **Caso clínico:** Se trata de un paciente de sexo masculino de 56 años, tabaquista. Refería cefalea, náuseas, vómitos e inestabilidad en la marcha de 10 días de evolución. Examen físico y estudios complementarios basales sin hallazgos patológicos. Resonancia magnética de encéfalo: lesión ocupante de espacio (LOE) heterogénea con realce en anillo tras la inyección de gadolinio en hemisferio cerebeloso derecho, edema perilesional y colapso parcial del IV ventrículo. Test rápido para VIH reactivo, confirmado con carga viral de 38 373 copias/ml; CD4+/ml 49 (13 %). Inició tratamiento empírico para toxoplasmosis. Evolucionó con deterioro del sensorio a las 96 horas del ingreso, evidenciándose hidrocefalia aguda en tomografía computada de encéfalo. Se realizó colocación de derivación ventricular externa y exéresis de la LOE, obteniéndose material purulento con los siguientes resultados: Ziehl Neelsen y Kinyoun positivas, prueba molecular rápida (Xpert MTB/RIF): complejo *Mycobacterium tuberculosis* (MTBc) sensible a Rifampicina, anatomía patológica: infiltrado fibroinfocitario, áreas de necrosis y de hemorragia. PCR para TB no detectable en líquido cefalorraquídeo. Inició esteroides y tratamiento antituberculoso de primera línea, agregándose 18 días después tratamiento antirretroviral. El paciente egresó tras 33 días de internación. El cultivo microbiológico confirmó posteriormente el resultado obtenido por la prueba molecular.

Discusión: La infección por VIH continúa siendo el principal factor de riesgo para desarrollar TB. Las localizaciones extrapulmonares constituyen más del 50 % de las formas de TB en la asociación TB/VIH. Pacientes con menos de 100 CD4+/ml tienen más riesgo de presentar TB del SNC. Las formas parenquimatosas cerebrales, con o sin meningitis, son más frecuentes en sujetos con VIH. Suelen ser solitarias y los hallazgos clínicos dependen de su localización, predominando la supratentorial en adultos. En este paciente la lesión se localizó en cerebelo. Por lo general las pruebas bacteriológicas son negativas; de modo que el diagnóstico se basa en neuroimágenes, histopatología y en la respuesta a los antifímicos. La OMS recomienda actualmente como test inicial Xpert MTB/RIF para diagnóstico de TB extrapulmonar, incluida TB del SNC. La sensibilidad y especificidad general de esta prueba son 94 y 97 % respectivamente. En nuestro paciente, se logró detectar bacilos ácido-alcohol resistentes en el examen directo del material de la LOE, confirmándose por Xpert MTB/RIF y, más tarde, por cultivo.

Conclusiones: La TB debe ser considerada siempre en el diagnóstico diferencial de LOE cerebral, especialmente en individuos con VIH. En la mayoría de los casos de absceso encefálico por MTBc, la cirugía se convierte en la vía diagnóstica de elección. El estudio con pruebas moleculares del material de la LOE puede acelerar el diagnóstico e inicio de tratamiento.

PE037 Infección por *Mycobacterium* spp de una pseudoartrosis de antebrazo tratada con técnica de inducción de membrana de Masquelet

Zucotti A, Mancini P, Berrueto F, Vercelli B, Vilaró M, Bottiglieri M.

Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba. Argentina.

Introducción: El género *Mycobacterium* spp. fue descrito por primera vez por Orla-Jensen en 1919. Son bacilos gram positivos medioambientales, aerobios, dan colonias circulares y convexas, amarillo anaranjadas, oxidasa y nitrato positivas y catalasa variable. Inicialmente fue clasificado por CDC como grupo *Corynebacterium* spp. A4 y A5, pero posteriormente se unió a *Aureobacterium* spp. para formar el género *Mycobacterium* spp. Hay 60 especies, las más frecuentes son *M. oxydans* y *M. paraoxydans*. Fue aislado de bacteriemias, heridas, endoftalmis, infección de catéter, empiema, peritonitis en pacientes con diálisis y prótesis articular. Algunas cepas presentan resistencia a la vancomicina.

Caso clínico: Paciente masculino (26) sano, se presentó en otra institución con diagnóstico de fractura expuesta de antebrazo izquierdo. Se realizó osteosíntesis de radio y cúbito. Posteriormente presentó signos de infección y fue sometido a desbridación y antibióticos por 6 días. A los 4 meses consultó en nuestra institución por fístula con secreción purulenta en 1/3 proximal de la región volar del antebrazo, dolor, eritema y aumento de temperatura. Se realizó un nuevo desbridamiento y extracción del implante. El diagnóstico fue pseudoartrosis infectada asociada a osteosíntesis. Se enviaron diez muestras para cultivo con desarrollo en seis de *S. aureus* y *E. faecalis*. Se indicó ampicilina sulbactam (AMS) y ciprofloxacina por 7 días. A los 14 días de internación se realizó una cirugía reconstructiva mediante la técnica de la membrana inducida de Masquelet (osteosíntesis con injerto de cúbito más resección de material necrótico, osteosíntesis de radio con interposición de cemento para injerto en dos tiempos). Se cultivaron siete muestras con desarrollo sólo en hueso de *E. faecalis*. Se continuó con ciprofloxacina y AMS endovenoso por 4 semanas y completó tratamiento con levofloxacina y amoxicilina clavulánico endovenoso. A la octava semana por técnica de Masquelet se retiró el espaciador de cemento con antibiótico y se colocó un injerto óseo. En las tres muestras enviadas para cultivo desarrolló *Mycobacterium* spp a las 72 hs de incubación. La bacteria fue identificada por MALDITOF. Se realizó CIM a penicilina: 0.25ug/ml y vancomicina 0.25ug/ml. Por difusión y tomando los los puntos de corte del M45-A2 CLSI- *Corynebacterium* spp para su interpretación, la cepa resultó sensible a gentamicina, cefotaxima, rifampicina, trimetoprima sulfametoxazol, eritromicina y clindamicina. Se decidió rotar a TMS, amoxicilina y rifampicina por 6 meses hasta una evolución clínica favorable.

Conclusión: *Mycobacterium* spp. causa infecciones principalmente entre huéspedes inmunocomprometidos, favorecidos por la presencia de prótesis o catéteres y posterior formación de biofilm. La importancia como un patógeno nosocomial se hizo más evidente después de un brote relacionado con catéteres venosos centrales. El uso de un sistema de espectrometría de masa facilita la identificación de estos microorganismos poco frecuentes. Palabras claves: prótesis, infección, *Mycobacterium* spp.

PE038 Beneficio de las técnicas rápidas para el procesamiento de hemocultivos positivos en pacientes hospitalizados

Smud A, Mañez N, Barcán L, Greco G, Stanek V, Losada C, Benso J, Alderete M, Alexander V, Visus M.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La rápida detección e identificación de los patógenos responsables de las bacteriemias son fundamentales para un adecuado uso de antimicrobianos. En estudios previos se demostró que pueden asociarse a reducción de la mortalidad, costos y tiempos de internación. En la actualidad contamos con las siguientes técnicas rápidas de procesamiento (TRP) de hemocultivos (HC): * Panel BCID del sistema Film Array®: detecta 24 microorganismos y 3 genes de resistencia a antibióticos (ATB). * Vitek MS® para tipificación. * Vitek 2C® para sensibilidad. La utilidad de estas técnicas se ve favorecida cuando se asocian a programas de *stewardship* o de gestión de antimicrobianos, dado que optimizan su puesta en práctica en tiempos adecuados.

Objetivo: Comparar el tiempo entre positividad del HC y ajuste del esquema ATB entre dos métodos de tipificación y antibiograma (método tradicional vs. TRP). Análisis del impacto de estas técnicas en la mortalidad, estadía hospitalaria y consumo de carbapenems.

Métodos: Estudio unicéntrico de cohorte prospectiva, comparado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes hospitalizados con HC positivos procesados con TRP (casos), comparados con una cohorte histórica de pacientes con HC procesados con técnicas tradicionales (controles: cultivo en placa 24 h y luego procesamiento por Vitek y confirmación por técnicas de difusión). Se incluyeron 130 casos entre enero/17 y enero/18, pareados cada uno con dos controles de la misma franja estacional del año previo. Se obtuvo un poder del 90 % para detectar diferencia de 1 día en la duración de las internaciones, con una probabilidad de error tipo I del 5 %. El análisis estadístico fue realizado mediante un análisis multivariable de tiempo al evento (tiempo al ajuste antibiótico) a través de una regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 130 casos y 260 controles. La edad promedio fue 67 años ($r=19-97$). El 22 % tenía inmunosupresión severa. El lugar de adquisición predominante fue el intrahospitalario (42 %) y el 18 % se encontraba en unidades críticas al momento de la toma del HC. Los gérmenes predominantes fueron las enterobacterias (54 %), el 34 % eran organismos multirresistentes, y la tasa de cultivos polimicrobianos fue del 8,2 %. El 12,3 % fueron contaminantes. El foco predominante fue el urinario (32,8 %) seguido por el abdominal (22,8 %). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, grado de inmunosupresión, *score* de Charlson, Pitt, lugar de adquisición, sitio de internación, foco infeccioso, o germen implicado entre ambos grupos. El tiempo promedio desde la positividad del hemocultivo hasta el ajuste del esquema ATB empírico fue de 10,9 h (IQ 8.9-13.3) cuando se utilizaron las TRP, y de 36 h (IQ 25.7-53.4) con las técnicas convencionales ($p < 0.000$). Esta diferencia también se observó en el subgrupo de pacientes que descalaron su tratamiento empírico con carbapenems (13,6 hs vs. 51,1 hs $p < 0.0001$), dato que podría inferir una disminución del consumo de carbapenems con las TRP. No se encontraron diferencias en cuanto al tipo de conducta tomada (desescalamiento, progresión, suspensión, mantenimiento del tratamiento ATB), ni en la mortalidad, o estadía hospitalaria entre ambos grupos. La mortalidad sólo se asoció a un *score* de Pitt ≥ 5 ($p = 0,0004$). No se encontró relación entre mortalidad y grado de inmunosupresión, *score* de Charlson o presencia de patógenos multirresistentes.

Conclusiones: Las técnicas de rápido procesamiento de hemocultivos permiten un tiempo de ajuste del esquema antimicrobiano empírico significativamente menor que las técnicas tradicionales. Aunque no se encontró impacto en la mortalidad o estadía hospitalaria, podrían resultar de utilidad para reducir el consumo de carbapenems.

PE039 Rinosinusitis fúngica invasiva aguda asociada a shock séptico por *Klebsiella* XDR fulminante en paciente con leucemia linfoblástica aguda refractaria

Alvarez C¹, Rodríguez Raimondo M², Fonio Mermet S², Figueroa F², Colombres MS¹, Nóbrega LM¹, Márquez NE¹, Orellana NR¹.

¹División Micología Laboratorio de Salud Pública. ²Hospital de Día Pte. N. C. Kirchner. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: La rinosinusitis fúngica invasiva aguda (RFIA) es una patología rápidamente progresiva, que puede manifestarse en pacientes neutropénicos oncohematológicos u otros tipos de inmunocompromiso. Presenta elevada morbi-mortalidad. Los agentes etiológicos más frecuentes son hongos de la flora saprófita (*Mucorales*, *Aspergillus*).

Descripción del caso: varón de 32 años con residencia en área rural que ingresó en julio de 2017 al servicio de Oncohematología por debut de leucemia linfoblástica aguda y bacteriemia a *Staphylococcus haemolyticus* oxacilinoresistente. Comorbilidades: diabetes tipo II, serologías positivas para toxoplasmosis y citomegalovirus. Inició quimioterapia, presentando neutropenia febril con bacteriemia a *Achromobacter xylosoxidans*. En agosto evolucionó con infiltrados pulmonares, derrame pleural, rinosinusitis y galactomananos positivos. Se interpretó como Infección Fúngica Invasiva (IFI) probable. Se rotó el antifúngico empírico de Anfotericina a Voriconazol con monitoreo terapéutico de droga (TDM) de 2274 ng/ml. En septiembre se confirmó el diagnóstico de RFIA por *Aspergillus flavus* mediante muestra de fosa nasal. Continuó quimioterapia con Protocolo GATLA y tratamiento con voriconazol con buena evolución clínica, imagenológica y negativización de galactomananos. Intercorrió con 3 eventos sucesivos de neutropenia febril; sólo uno microbiológicamente documentado (bacteriemia a *Escherichia coli* productora de BLEE). En enero de 2018 pasó a fase de mantenimiento quimioterápico, en plan de trasplante. En marzo se constató recaída de su enfermedad de base y comenzó protocolo de rescate (FLAG-Ida). Permaneció bajo tratamiento con voriconazol con nuevos TDM de 2120 y 3481 ng/ml. Ante la ausencia de respuesta, se modificó esquema quimioterápico (clofarabina). En junio presentó neutropenia febril con foco rinosinusal (molestia ocular, cefalea intensa y lesión necrótica en tabique). Se realizó toilette quirúrgica y toma de muestra de senos paranasales. Se observaron hifas hialinas no tabicadas compatibles con mucormicosis confirmada por cultivo (*Mucor* sp). Se agregó tratamiento con anfotericina desoxicolato. En el postoperatorio inmediato presentó shock séptico con foco rinosinusal, abdominal y bacteriemia persistente a *Klebsiella pneumoniae* oxa 48 XDR, sólo sensible a colistin y tigeciclina. El paciente falleció 5 días después.

Discusión: El paciente tuvo diagnóstico inicial de RFIA por *Aspergillus flavus* con buena evolución bajo tratamiento con Voriconazol en rango terapéutico. A pesar de ello, desarrolló una RFIA por *Mucor* sp. (resistencia intrínseca a Voriconazol) asociada a shock séptico bacteriano fulminante.

Conclusión: En pacientes inmunocomprometidos con neutropenias profundas y prolongadas que se encuentran en tratamiento con Voriconazol, debemos estar alertas para el diagnóstico temprano de mucormicosis u otras infecciones fúngicas a fin de realizar un tratamiento adecuado y precoz, que incluya la remoción quirúrgica del foco infeccioso. Palabras claves: Rinosinusitis fúngica, Aspergilosis, Mucormicosis.

PE040 Peritonitis generalizada y fascitis necrotizante fatal por *Fusobacterium necrophorum* secundaria a perforación uterina por DIU de largo término.

Legaria MC, Barberis C, Tudanca V, Famiglietti A, Stecher D, Vay CA.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: *F. necrophorum* (FN) es un bacilo gram-negativo (BGN) anaerobio, habitante normal del TGI, cavidad oral y vagina. Causa el "Síndrome de Lemierre" (SL) en varones adolescentes y adultos jóvenes sanos. El SL es la presentación clásica de la infección por FN. Consiste en una faringitis con fiebre persistente y tromboflebitis (TF) de la vena yugular interna con embolias sépticas y abscesos necróticos metastásicos. Presentamos un caso de peritonitis generalizada y fascitis necrotizante por *F. necrophorum* secundario a perforación uterina por un DIU.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 64 años, tabaquista, enolista, con psoriasis en tratamiento (TTM) con metotrexate (15 mg 1 vez/semana) y con un DIU colocado 20 años antes. Presentaba dolor abdominal, dorso-lumbar (3 semanas) y 48 h. de fiebre. Ingreso: hemodinámicamente estable. TAC de abdomen y pelvis: perforación de pared uterina por DIU, con aire y líquido libre en cavidad, colecciones con aire en psoas ilíacos y retroperitoneales bilaterales. Laboratorio: GB 17100/mm³ (91 % neutrófilos), urea 68 mg/dl, creatinina 1.23 mg/dl. El resto de los parámetros evaluados se encontraban dentro de la normalidad. ELISA VIH negativo. Laparotomía exploradora: múltiples adherencias, anexo-histerectomía subtotal, drenaje de absceso retroperitoneal bilateral y de fascitis dorso-lumbar, perforación encapsulada en cuerno uterino izquierdo con DIU en su interior y abundante contenido purulento fétido en cavidad abdominal. Se tomaron muestras para cultivo: sangre (frasco aero/anaerobio), orina y quirúrgicas. Inició TTM con VAN 1 gr/12 h. e IMP 500 mg/6 h. EV (7 días). En 4/6 muestras quirúrgicas se observaron abundantes BGN pleomórficos que se identificaron como FN. Este microorganismo desarrolló en agar *Brucella* (AB), en AB con amikacina (ABA) y en ABA con VAN (ABVA) en anaerobiosis. Se identificó con MALDI-TOF MS (score 2,276) (Bruker BioTyper 3.1). Resultó sensible a PEN, CLIN, PTZ, IMP y MTZ (CIM 0,94 µg/ml). BLSa-. El tratamiento se adecuó con CRO 1 gr/12 h. más MTZ 500 mg/ 8 h. EV. La paciente falleció a pesar de las múltiples cirugías, desbridamientos y drenajes.

Discusión y conclusiones: La infección sistémica por FN de origen genital (ISFNG) es muy rara y puede estar asociada a parto, aborto, cesárea o a DIU. Los 9 casos que encontramos en la revisión bibliográfica se observaron en mujeres de 19-47 años, 5/9 con DIU (2/5: DIU de 6 y 7 años de permanencia, respectivamente), 2/9 con TF, 4/9 con HC+ y 2/9 presentaron mala evolución. Nuestra paciente era portadora de un DIU (20 años), tenía 64 años, presentó HC- y mala evolución. No hay TTM ATM establecido para la ISFNG. FN es sensible a las drogas antianaeróbicas habituales. Se sugiere un TTM de 4-6 sem, con terapia combinada (2-3 ATM). No se aconseja la monoterapia con PEN o CLI, pero se recomienda incluir MTZ en la combinación. Al parecer la perforación del útero con el DIU favoreció el ingreso de FN. Es probable que la combinación de metotrexate, tabaquismo, enolismo y edad hayan contribuido al aumento de la virulencia de FN. Debido a la falta de sospecha clínica, enfatizamos la intervención del microbiólogo en: alertar al médico en base a la morfología microscópica, efectuar cultivos en anaerobiosis y la identificación rápida de FN. MALDI-TOF MS resultó muy útil y posibilitó la identificación rápida (48 h). La ISFNG asociada a DIU puede ser fatal a pesar del TTM ATM y quirúrgico agresivo.

PE041 Bacteriemias polimicrobianas en la era de diagnóstico molecular

Seijo MS, Touron I, Pujato N, Bravo M, Altamirano S, Carrion N, Soloaga R, Margari A.
Hospital Naval Cirujano Dr. Pedro Mallo. CABA. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias polimicrobianas (BP) tienen una elevada mortalidad en relación a las monomicrobianas, influidas por la alta tasa de tratamiento empírico inadecuado. Es crucial conocer la epidemiología local y contar con métodos diagnósticos rápidos y eficientes. Aunque los hemocultivos (HC) convencionales siguen siendo el método más utilizado, las técnicas moleculares (PCR múltiple) identifican en menor tiempo múltiples microorganismos simultáneamente y los principales mecanismos de resistencia.

Objetivos: Determinar el foco de origen más frecuente y los gérmenes implicados. Evaluar la concordancia entre las técnicas moleculares y el cultivo convencional (CC). Describir los cambios de tratamiento realizados con los resultados de las técnicas moleculares. Valorar la mortalidad global en relación a las conductas tomadas.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron episodios de BP en pacientes internados desde septiembre de 2016 hasta marzo de 2018. Los HC fueron incubados en medio automatizado (Bact-Alert®). La identificación y sensibilidad se realizó con Vitek2C y PCR múltiple (FilmArrays® Panel BCID). Se definió BP a la presencia de al menos dos microorganismos diferentes encontrados en los HC. Se consideró tratamiento antibiótico empírico inadecuado si no incluía al menos un antibiótico activo *in vitro* contra alguno de los microorganismos. Los ajustes fueron realizados dentro de las 24 hs del HC positivo. Se procesaron los datos con Microsoft Excel y SPSS23.

Resultados: Se incluyeron 51 episodios de BP en 46 pacientes. El 70,6 % fueron hombres. La mediana de edad fue de 64 años (17-95). El principal foco de origen fue abdominal en 29,4 % (15). Se identificaron 131 cepas por PCR múltiple; 60 % (79) fueron bacilos gram negativos: 26 *K. pneumoniae*, 14 *A. baumannii*, 13 *E. coli*, 10 *P. aeruginosa*, 9 *E. cloacae*, 4 *S. marcescens*, 2 *P. mirabilis*, 2 *K. oxytoca*. El 35,8 % (47) cocos gram positivos, 26 *Staphylococcus coagulans* negativa, 11 *Enterococcus* sp y 6 *S. aureus*. El 3,8 % fueron *Candida* spp (3 *C. albicans*, 2 *C. parapsilosis*). De estas, 18 no se aislaron en CC. De los 117 aislamientos por CC, 4 no fueron identificados por PCR múltiple, 3 debido a que no forman parte de su base de datos (*Pseudomonas putida*, *Stenotrophomonas maltophilia*, *Providencia stuartii*). Esto representa una sensibilidad del método de 97,03 % (131/135) y una concordancia del 80,7 % entre ambas técnicas. El 31,4 % (16) fueron KPC positivos. La terapia empírica fue inadecuada en 27 episodios (52,9 %), 2 fallecieron previo al ajuste. Se adecuó el tratamiento en 29 (56,9 %), de los cuales en 25 (86,2 %) se aumentó el espectro antibiótico, y en 4 (13,8 %) se redujo. La mortalidad global de pacientes con BP fue del 35,3 % sin diferencia significativa (p:0.49) entre los que recibieron tratamiento adecuado e inadecuado (37,5 % y 33,3 % respectivamente).

Conclusión: Los bacilos gram negativos fueron los microorganismos predominantes en las BP. La PCR múltiple es un método diagnóstico rápido con alto rendimiento en la identificación de bacterias y levaduras a partir de HC positivos. La mortalidad en los pacientes con tratamiento empírico inadecuado no fue significativamente mayor posiblemente atribuible al ajuste antibiótico precoz.

PE042 Detección de histoplasmosis diseminada en paciente VIH positivo mediante antígeno galactomanano

Coronel M, Álvarez C, Colombres M, Noblega L, Márquez N, Orellana N.
Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: La histoplasmosis es una micosis sistémica endémica causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Está frecuentemente asociada a personas inmunocomprometidas, sobre todo en aquellos con VIH/sida, constituyendo la segunda micosis oportunista que genera el mayor número de muertes en éstos. Llegar al diagnóstico de histoplasmosis muchas veces representa un desafío; el método *gold estándar* es el aislamiento del hongo a partir de muestras clínicas y su posterior identificación fenotípica, se necesita personal entrenado, puede llevar semanas (hasta 40 días), y es positivo en solo un 50-70 % de los casos. Los métodos serológicos que detectan anticuerpos específicos contra *H. capsulatum*, frecuentemente resultan en falsos positivos en pacientes con VIH/sida. El enzimo-inmunoensayo (EIA) Platelia *Aspergillus* es comúnmente utilizado para el diagnóstico de aspergilosis invasiva y presenta reacciones cruzadas con otras especies fúngicas; frecuentemente con *H. capsulatum*. Este hecho resulta interesante en el diagnóstico de histoplasmosis diseminada sobre todo en pacientes VIH/sida, los cuales presentan una baja incidencia de aspergilosis invasiva comparada con la de receptores de trasplantes o enfermos onco-hematológicos.

Resumen: Paciente de 30 años, con diagnóstico reciente de VIH; carga viral basal de 3.130 copias (3.5 log), recuento de células CD4+ de 479/μL (12 %), bajo tratamiento con antirretrovirales (HAART), ingresa en septiembre de 2017 con diagnóstico de Linfoma de Burkitt, masa tumoral en región lateral del cuello abscedada y neumonía aguda de la comunidad. Se realiza remoción quirúrgica con aislamientos positivos para *Serratia marcescens* KPC, *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus mitis*. Inicia quimioterapia y profilaxis con trimetoprima-sulfametoxazol, aciclovir y fluconazol, presentando neutropenia febril con infección asociada a catéter por *Staphylococcus hominis* e infiltrados pulmonares. Se solicitaron análisis micológicos en muestra de ganglio linfático y hemocultivo resultando ambos negativos, y dosaje de antígeno galactomanano en muestras de suero pareadas que presentaron un índice de 0.49 y 0.70. Se considera evaluar el resultado de galactomanano positivo como reacción cruzada con *H. capsulatum*, solicitándose PCR HcP100 en sangre entera, serología para *H. capsulatum* y hemocultivo por lisis-centrifugación. Solo la PCR fue positiva observándose una banda de amplificación compatible con el fragmento específico del gen HcP100 de *H. capsulatum*, confirmando el diagnóstico de histoplasmosis diseminada. Se inició tratamiento antifúngico con itraconazol, continuándose con esquema quimioterápico. En diciembre de 2017 presenta shock séptico por *Klebsiella pneumoniae* KPC, con mucositis severa en cavidad bucal. Los controles micológicos realizados durante ese periodo; PCR HcP100, serología y antígeno galactomanano fueron negativos. Completa seis ciclos de quimioterapia, continuando tratamiento con itraconazol y buena adherencia al HAART (cargas virales indetectables). En enero de 2019 inicia segundo ciclo de quimioterapia, con controles de antígeno galactomanano negativos hasta la fecha.

Conclusión: La existencia de reacciones positivas para el antígeno galactomanano útiles en el diagnóstico de aspergilosis invasiva pueden ser sugerentes de la existencia de otras micosis invasivas como la histoplasmosis diseminada, particularmente en pacientes VIH/SIDA que viven en zonas endémicas para *H. capsulatum*. Es de destacar la importancia de la técnica de PCR para el diagnóstico de histoplasmosis, que en este caso permitió establecer un diagnóstico y tratamiento adecuado. Palabras claves: Histoplasmosis, Galactomanano, SIDA.

PE043 Bacteriemia polimicrobiana: utilidad de los paneles PCR múltiplex. A propósito de un caso

Gil MF, Esposto S, Vescina C, Lutkeviziuz C, Oderiz S, Eguiguren P.
Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias polimicrobianas representan un desafío diagnóstico y terapéutico. Los tiempos habituales para la identificación y pruebas de sensibilidad, particularmente en la era de la multiresistencia, conllevan un potencial aumento de la morbi-mortalidad de los pacientes. Una de las ventajas de los paneles sindrómicos de sepsis es su aplicación en estos cuadros, en donde arribar al diagnóstico sólo con cultivos convencionales implica al menos 24-48 hs y el riesgo de no recuperar a todos los agentes causales. Describimos un caso de bacteriemia polimicrobiana a enterobacterias en pediatría en el que la utilización del panel PCR múltiplex de sepsis fue definitorio para arribar al diagnóstico.

Descripción del caso: Niño de 6 meses de edad, internado en Unidad de Cuidados intensivos por Síndrome de intestino corto y síndrome de Moebius. Al día 50 de internación presentó cuadro de sepsis grave por lo que se tomaron hemocultivos (HMC) central y periférico y se medicó empíricamente con piperacilina tazobactam y vancomicina. Los hemocultivos resultaron positivos con bacilos gram negativos (tiempo diferencial de 1,5 hs). Por ser un paciente colonizado por *Klebsiella pneumoniae* (Kpn) productora de carbapenemasa KPC (hisopados rectales positivos), se decidió hacer panel de sepsis FilmArray®, resultando detectable *Serratia marcescens* (Sm), Kpn y gen KPC. En los subcultivos habituales (agar sangre, agar Levine y ChromID® CPS) se recuperaron Kpn y *Citrobacter freundii* con sus resistencias naturales, ninguno productor de KPC. Sólo se logró aislar Sm productor de KPC luego de subcultivar el hemocultivo en un medio selectivo ChromAgar KPC basándonos en el resultado del FilmArray®. A las 24 horas de inicio del cuadro de sepsis se retiró el catéter venoso central, en el que se aisló Kpn. El paciente fue tratado con meropenem (dosis máxima e infusión prolongada), amikacina y TMS, negativizando los hemocultivos al día 8° de evolución. 22 días después de suspendida la antibióticoterapia recayó la infección polimicrobiana tratándose de una infección asociada a catéter. Evolucionó favorablemente con antibióticoterapia y retirándose el dispositivo.

Conclusión: Dentro de nuestro algoritmo de trabajo se utiliza FilmArray® en bacteriemias por bacilos gram negativos en pacientes colonizados por productores de KPC debido al impacto en el tratamiento antimicrobiano y la mortalidad del paciente. En este caso clínico, la utilización de paneles de PCR múltiplex, no solo acortó los tiempos diagnósticos si no que complementó el resultado del cultivo convencional con gran impacto clínico.

PE044 Microbiología y clínica de las peritonitis apendiculares en niños de la provincia de Mendoza

Lima L, Mannino L, Petricca JP, Falaschi A.
Medikids. Mendoza. Argentina.

Introducción: La peritonitis apendicular (PA), es una patología frecuente en niños. La toma de cultivos del foco de infección está recomendada. La apendicitis aguda complicada (gangrenosa o perforada), es la causa más común de peritonitis secundaria en la edad pediátrica. Hay una marcada diferencia en los patrones de susceptibilidad entre diferentes comunidades e instituciones. Estos datos epidemiológicos son de considerable valor para definir la terapia antimicrobiana para las infecciones intraabdominales. Fallar en la utilización de antimicrobianos, ha sido asociado con aumento de la mortalidad. Ciertas comunidades y/o grupos etarios, tienen una inexplicable alta incidencia de *P. aeruginosa* en las apendicitis de la comunidad. La cobertura sub óptima, puede devenir en complicaciones

que aumentan ostensiblemente los problemas (los costos en salud, re intervención quirúrgica, tomografías, días cama, antibióticos de amplio espectro) y la consecuente mayor morbi-mortalidad. La naturaleza multifacética, requiere del enfoque multidisciplinario para lograr consenso.

Objetivo: conocer la epidemiología, clínica, microbiología, eficacia de los antibióticos, Días de internación, complicaciones, reingreso y mortalidad de niños con PA.

Material y método: Estudio prospectivo, descriptivo, longitudinal, multicéntrico regional en niños de 1 a 14 años, 11 meses y 29 días, con PA secundaria a apendicitis de la comunidad, internados en los hospitales - Humberto Notti (centro 1), Alexander Fleming (centro 2) y Teodoro Schestakow (centro 3) de la Provincia de Mendoza, período 10 meses. Julio 2017 abril 2018, muestra consecutiva de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión. Se utilizó SPSS versión 15, para la estadística inferencial. Se tomó de 1 a 10 ml de líquido peritoneal con jeringa, se inoculó en frasco de hemocultivo. Se sembró en placa

Resultados: 112 pacientes, edad promedio 93 meses (7,9 años) 62 % varones, sin enfermedades de base significativas, media días previos a la internación 2, 11,5 % usó antibióticos previos. Dolor abdominal, fue el síntoma de presentación en el 100 %, el 84 % tuvo vómitos, 75 % fiebre y 16 % diarrea. 9,7 % presentaron un cuadro clínico de sepsis. 71 % pertenecían al centro 1, 25 % al 2 y 16 % al 3. Se obtuvieron cultivos en 88 de los 112 pacientes (78,57 %) aislamiento microbiológico en 81 pacientes (92 %) en 5 el cultivo negativo y 2 perdidos. En 74 aislamientos se encontró *Escherichia coli* (EC), 17 grupo estrepto, 15 *Pseudomonas aeruginosa* (Ps A). La resistencia a ampicilina de EC fue 53 %, 26 % a api-sulbactam, 5,6 & a gentamicina y 5,5 % a céfalos de tercera generación. Ps A no tuvo resistencia a gentamicina ni cefalosporinas (céfalos) de 3era generación. Media global de días de internación 7,6964, centro 1, 5,9 días. Centro 2, 7 días. Centro 3, 8,3 días. Complicaciones 11,8 %, 14 %, 5 % reingresaron. Mortalidad 0 %. No se encontraron diferencias significativas entre el promedio de días de internación por institución: F (2, 109) = 1,104, p = .335. Se encontró una asociación significativa por la prueba de chi-cuadrado entre TEI Metro-genta con mayor número de complicaciones: X² (2) = 7,966, p < .05 versus piperacilina tazobactam.

Relevancia para las políticas e intervenciones sanitarias: En el centro 1 y 2 la mayoría de los pacientes, fueron tratados con metro-genta en el TEI y con PTZ en el centro 3. El centro 3, realiza desde hace 3 años, vigilancia activa previa al diseño del presente protocolo de esta patología y entrenamiento del equipo médico tratante, esa es probablemente la razón por la cual, es el centro con el promedio más bajo de días de internación y cero complicaciones. Si bien no hubo diferencias estadísticamente significativas. Palabras claves: peritonitis, niños, microbiología.

PE045 Diagnóstico y vigilancia epidemiológica de virus respiratorios en menores de 2 años. Tucumán 2017-2018

Sader SL, Zamora A, Ruiz Huidobro G, Costas D, Villarreal YP, Saleh DA, Germano PM, Royo NA, Griet M.

Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Argentina.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas de etiología viral son causa importante de morbi-mortalidad en todo el mundo. La vigilancia epidemiológica permite detectar precozmente el aumento del número de casos, identificar grupos poblacionales más afectados, así como la frecuencia y distribución de los agentes etiológicos involucrados

Objetivo: evaluar la circulación y prevalencia de virus respiratorios en menores de 2 años, notificados durante el periodo 2017-2018 en División Virología-Laboratorio de Salud Pública de Tucumán

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se utilizaron datos de fuentes secundarias. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico clínico, procedencia de la muestra, ámbito de la notificación (público/privado) y etiología viral que incluye: virus sincitial respiratorio (VRS), rinovirus, virus parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B, adenovirus y metapneumovirus. Se calcularon proporciones para variables dicotómicas, y media para las variables numéricas. Se utilizó test X² para comparar proporciones. Se consideró significativo un valor de p < 0,05. Para el análisis de los datos se utilizó el Software Stata 11.1.

Resultados: Se analizaron 5.322 muestras respiratorias (aspirados e hisopados nasofaríngeos) de las cuales resultaron positivas para algún virus respiratorio el 62,66 % (3335). De estas, el 63 % correspondió a pacientes menores de 6 meses. El 56,90 % eran del sexo masculino, siendo significativa esta diferencia con respecto al sexo femenino (p < 0,05). El 58,2 % (1.940/3.335) resultó positiva para virus sincitial respiratorio siendo significativa esta diferencia con respecto a los otros virus (p < 0,05), la mayor prevalencia de este virus se registró en menores de 6 meses (38,6 %) (p < 0,05). El grupo menor de 3 meses tuvo una positividad para virus respiratorios significativamente mayor (p < 0,05). El 98,1 % (5.210) de las muestras pertenecían a pacientes internados y el 83 % provenían del sector público.

Conclusiones: La vigilancia epidemiológica sistemática de virus respiratorios es una herramienta eficaz para obtener información oportuna. Este trabajo evidenció que la subpoblación de menores de 3 meses fue la más vulnerable y el VRS el de mayor prevalencia en este grupo etario. Los datos de la circulación viral permiten a las autoridades del sistema provincial de salud establecer prioridades, reorganizar los servicios en todos los niveles de atención y reforzar las medidas de prevención y control.

PE046 Análisis e identificación molecular del virus papiloma humano por medio de un ensayo cualitativo de pcr en tiempo real automatizado

Mónaco ME, Montilla Zavalía IM, De la Vega B, Rintoul MR, Vechetti GF.

Laboratorio Tucumán-Universidad Nacional de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

La infección por virus papiloma humano (VPH) está ampliamente distribuida en la población general, siendo la infección de transmisión sexual más frecuente. Están asociados etiológicamente a casi el 100 % de los casos de cáncer cervicouterino (CCU) y se vinculan con el desarrollo de otras neoplasias genitales y extra genitales. Se subdividen en dos grupos según el riesgo de desarrollo de cáncer: bajo riesgo (tipos 6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73 y 81) los tipos 6 y 11, que están relacionados con aproximadamente el 90 % de las verrugas genitales, son los más comunes y alto riesgo oncológico (VPH-AR tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68). Su detección con métodos validados clínicamente representa un valioso componente de las guías clínicas para el tamizaje, manejo y tratamiento del CCU y sus lesiones precursoras. La posibilidad de distinguir los genotipos 16 y 18 identifica mujeres con riesgo aumentado de desarrollar CIN 3 (neoplasia intraepitelial cervical de grado 3), haciendo posible un control mayor en relación a las pacientes infectadas con otros tipos de VPH-AR.

Objetivo: Describir la frecuencia de detección de VPH de alto riesgo (AR) y su distribución por edad mediante una prueba molecular validada para su aplicación clínica. Reportamos los resultados obtenidos con la prueba VPH Roche Cobas® 4800 desde el mes Julio de 2017 hasta el mes de marzo de 2019. Las muestras fueron tomadas por el profesional médico o en el laboratorio: 100 mujeres entre 19 y 46 años, se estudió la distribución de los distintos genotipos por tres grupos de edades: menores de 25 años, de 26-45 años y mayores de 45 años (muestras cervicales) y 10 hombres entre 21 y 48 años (muestras uretrales). La prueba utiliza la amplificación del ADN mediante la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y la hibridación de ácidos nucleicos para la detección de 14 tipos de VPH-AR en un solo ensayo: VPH tipo 16; VPH tipo 18 y otros VPH-AR (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 y 68).

Resultados: La frecuencia de la infección por VPH-AR en las mujeres estudiadas fue del 13 % (13 muestras positivas de un total de 100 pacientes analizadas): 23 % para el VPH tipo 16 (3 muestras); 7,6 % VPH tipo 18 (1 muestra) y 69,4 % para otros tipos HPV-AR (9 muestras). El mayor número de casos se encontró en los grupos de mujeres entre 26 y 45 años. En el caso de las 10 muestras masculinas analizadas, sólo una dio positiva para VPH tipo 16. Se destaca el hecho de que en la sociedad se está creando conciencia de la importancia de la realización de este tipo de estudios que aporta una valiosa información para el manejo clínico de las pacientes. El conocimiento por parte de los profesionales de la salud respecto del uso e interpretación de los resultados de la presente prueba permitirá obtener el mejor balance riesgo-beneficio de su aplicación.

PE047 Aplicación del panel filmarray meningitis/encefalitis para el diagnóstico etiológico en infecciones del sistema nervioso central

Mónaco ME, Montilla Zavala IM, De la Vega B, Rintoul MR, Vechetti GF.

Laboratorio Tucumán-Universidad Nacional de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la meningitis es una de las diez afecciones principales del ser humano y debe ser considerada como una emergencia infectológica. Los análisis de rutina de parámetros celulares y químicos en líquido cefalorraquídeo (LCR) pueden sugerir el tipo de infección (bacteriana, viral o fúngica), sin embargo, no son parámetros específicos. La alta morbilidad y mortalidad se da principalmente en las meningitis bacterianas. Los cultivos bacterianos llevan de 2 a 5 días y pueden ser falsamente negativos si el tratamiento antibiótico ya fue comenzado. Además, del 5-16 % de aquéllas son causadas por bacterias de difícil crecimiento. El objetivo de este trabajo es demostrar la utilidad en el manejo clínico de pacientes ("toma de decisiones") de las técnicas de análisis de ADN y ARN de agentes patógenos basadas en la reacción de cadena de la polimerasa en tiempo real (qPCR) en el diagnóstico de meningitis/encefalitis. Se utilizó el panel FilmArray meningitis/encefalitis (bioMérieux) que permite, en un sistema integrado, la extracción, amplificación, detección y el análisis de la muestra con una PCR múltiple en tiempo real. Esta tecnología examina un grupo de 14 microorganismos (virus, bacterias y levaduras) en 1 hora: *Escherichia coli* K1, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus pneumoniae*, citomegalovirus (CMV), enterovirus (EV), virus herpes simple 1 (VHS-1), virus herpes simple 2 (VHS-2), herpes virus humano 6 (HHV-6), parechovirus humano, virus varicela zóster (VZV) y *Cryptococcus neoformans/gattii*. El panel FilmArray tiene una sensibilidad del 94,2 % y una especificidad del 99,8 % para los blancos moleculares incluidos. Además, para *Mycobacterium tuberculosis*, micobacterias atípicas y virus Epstein Barr (EBV) se realizó PCR a tiempo real (TIB-MOLBIOL, Roche), de manera de complementar el panel FilmArray, entregándose los resultados obtenidos dentro de las 12 hs de recibida la muestra. Se analizaron 208 muestras de LCR de pacientes (entre 3 meses y 81 años de edad) con presunción de meningitis/encefalitis de origen infecciosa en el período comprendido entre el 01/11/2016 y el 01/04/2019. Se obtuvieron los siguientes resultados: 69 muestras positivas de las 208 analizadas: VHS (14); CMV (1); EBV (11); EV (37); *H. influenzae* (2); *S. agalactiae* (1); micobacterias atípicas (1) y *S. pneumoniae* (2). La importancia de este estudio fue la rápida y específica detección e identificación, por métodos de biología molecular, de los agentes etiológicos virales y bacterianos causantes de meningitis/encefalitis. Cabe destacar la identificación de bacterias como el *Mycobacterium* atípico de difícil cultivo y caracterización por los métodos microbiológicos convencionales. Se puede concluir que la incorporación rutinaria de la biología molecular al algoritmo diagnóstico tiene repercusiones clínicas valiosas para el paciente, permitiendo un manejo más oportuno y racional de la enfermedad, evitando tratamientos y estudios empíricos.

PE048 Utilidad de panel de sepsis FilmArray en Terapia Intensiva: nuestra experiencia

Costanzo N, Terzano M, Sanchez J, Chuluyan JC, Schijman M.

Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo. Lomas de Zamora. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las infecciones del torrente sanguíneo son una de las principales causas de mortalidad y generan altos costos relacionados con la atención médica. Para reducir el impacto del tratamiento inadecuado, es necesario contar con métodos rápidos para la identificación y sensibilidad microbiana. El panel FILMARRAY® ID de sangre (BCID) es una PCR multiplex para 21 microorganismos y 3 marcadores de resistencia a antimicrobianos (atb).

Objetivos: Determinar el rendimiento del BCID a partir de hemocultivos (HMC) positivos. Estudiar el impacto del resultado rápido de BCID en el cambio de atb en pacientes con sepsis / shock séptico. Evaluar la mortalidad utilizando el score APACHE II y según el mecanismo de resistencia más prevalente.

Materiales y métodos: Se estudiaron los HMC de pacientes de terapia intensiva (UTI) del Hospital Alvarez desde 01/06/18 al 03/02/19. A los HMC, se le realizó coloración de Gram y luego BCID junto al método automatizado Vitek2. Se comunicó el resultado a UTI y se registró si hubo cambios de atb. Se excluyeron cocos positivos agrupados a excepción de dos pacientes con sospecha de sepsis a foco en piel y partes blandas por *S. aureus* sin sensibilidad hasta el momento de la positivización de los HMC. Los mecanismos de resistencia fueron confirmados. Se registró atb previo, edad. Se calculó score APACHE II.

Resultados: Se realizaron 28 paneles BCID correspondientes a bacteriemias de 27 pacientes de UTI. El panel BCID arrojó 46 microorganismos totales y 20 genes de resistencia, el 52 % polimicrobianos. En el cultivo desarrollaron 48 microorganismos. No se detectó por BCID *Streptococcus* ni *Providencia*. Los gérmenes detectados por BCID fueron: *Klebsiella pneumoniae* (n:13), Enterococos (n:8), *Staphylococcus* (n:7), *Acinetobacter baumannii* (n:5), *Escherichia coli* (n:4), *Streptococcus* (n:2), *Staphylococcus aureus* (n:2), *Enterobacter cloacae* (n:2) y *Serratia*, *Listeria* y *Candida albicans* con n:1. Los genes de resistencia fueron KPC(n:8), vanA (n:6) mecA (N :6). La detección global del panel fue del 95,8 %, la identificación correcta de microorganismos incluidos en la base de datos fueron 97,8 %. Para los tres genes de resistencia la sensibilidad y especificidad fue del 100 %. Una vez informado el resultado se suspendieron los siguientes atb (28 %): vancomicina (n:9) meropenem (n:3) y colistin (n:1) y se adicionaron los siguientes atb (33 %): colistin (n:6) meropenem (n:5) linezolid (n:4). La mediana de edad fue 63 años, la mortalidad fue del 63 % (n:17) y todos los pacientes que presentaron APACHE II > 17 fallecieron. La mortalidad asociada a aislamientos con KPC fue del 75 % (n:6)

Conclusiones: BCID demostró ser una herramienta útil en UTI por el alto grado de detección global y porque llevó a cambios de conductas en un alto porcentaje del caso. Los pacientes con bacteriemia y score APACHE II elevados al ingreso, tuvieron elevada mortalidad. El gen de resistencia más prevalente fue KPC encontrándose en todos los aislamientos de *Klebsiella pneumoniae* asociándose a elevada mortalidad, datos concordantes con bibliografía. Se siguen registrando casos a fin de obtener mayores conclusiones del desempeño de la metodología y asociarlo a sistemas de uso racional de antimicrobianos.

PE049 Utilidad del panel ME FilmArray en el diagnóstico de pacientes con meningitis. Un estudio colaborativo argentino

Carrion NC¹, Soloaga R¹, Cech N², Guillen A², Margari A¹, Pidone J¹.

¹Hospital Naval Cirujano Dr. Pedro Mallo. CABA. Argentina. ²Hospital ⁴de Julio Dr. Ramón Carrillo.

Introducción: El enfoque de tratamiento inicial para el paciente con sospecha de meningitis bacteriana aguda depende de una evaluación diagnóstica rápida y de una terapia antimicrobiana adecuada. El panel de meningitis / encefalitis (ME) de FilmArray (Biofire, Salt Lake city) utiliza un análisis de PCR multiplex de alto orden e incluye 14 microorganismos que causan con mayor frecuencia meningoencefalitis; los resultados se obtienen directamente del LCR en 1 h.

Objetivos: Los objetivos de este estudio fueron: a) determinar el rendimiento del panel ME y b) establecer el impacto del rápido resultado obtenido por el panel en el tratamiento antimicrobiano de pacientes con meningoencefalitis.

Material y métodos: Se incluyeron 140 muestras de LCR correspondientes a 131 pacientes de dos hospitales de Argentina y se detectaron 33 episodios de meningitis. FilmArray procesó muestras de LCR (200 ul) según la recomendación del fabricante. La tinción de Gram y el cultivo (bacterias y hongos) también se hicieron a partir de estas muestras. La identificación de bacterias y levaduras aisladas de LCR se realizó mediante Vitek 2.

Resultados: ME identificó 40 microorganismos, incluyendo enterovirus (n: 12), *S. pneumoniae* (n: 6), *H. influenzae* (n: 4), varicela-zoster (n: 5), HSV-6 (n: 6), *N. meningitidis* (n:1), *C. neoformans / gatti* (n: 2), citomegalovirus (n: 2), *S. agalactiae* (n: 1), *E. coli*-K1 (n: 1); 11/13 de las cepas bacterianas o de *C. neoformans* se aislaron de los cultivos (cuatro cepas de *S. pneumoniae* y una *H. influenzae* no se detectaron por cultivo). De los 33 episodios, 24 recibieron antimicrobianos, 7 antivirales, un medicamento antifúngico y el resultado llevó a discontinuar los antibióticos en 8, cambiando / agregando antibióticos en 11, eliminando aciclovir en 3, agregando aciclovir en 4, agregado de ganciclovir en 2 y antifúngico en 2. Las muestras de pacientes con resultado negativo, 61 estaban en tratamiento con antibióticos y / o 24 con aciclovir y una con anfotericina B; Según el resultado, se suspendieron los antibióticos en 11 y el aciclovir en 8 pacientes. Otras 34 muestras que correspondieron a pacientes sin tratamiento antibiótico o antiviral continuaron sin cambiar el comportamiento terapéutico.

Conclusión: el panel de meningoencefalitis FilmArray es una herramienta rápida y útil para evitar un tratamiento antimicrobiano adecuado.

PE050 Implementación de la técnica de PCR múltiple de testeo rápido (FilmArray®) en el diagnóstico de meningitis y/o encefalitis: serie de casos.

Fox B, García Allende N, Riso A, Paz S, Iglesias D, Antezana Trigo I, Sanchez V, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, Rodriguez V, Fernandez Canigia L, González Fraga S.

Hospital Alemán. CABA. Argentina.

Introducción: El diagnóstico etiológico de las infecciones del sistema nervioso central permite dirigir tratamientos empíricos, disminuir la tasa de morbi-mortalidad y optimizar el uso de antimicrobianos. Métodos diagnósticos como el cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) o las técnicas de biología molecular convencionales pueden demorar 48h o más en sus resultados. La incorporación de técnicas rápidas de diagnóstico molecular constituye un desafío para la toma de decisiones en la práctica clínica.

Objetivo: Describir la experiencia de la implementación de la técnica de PCR múltiple (FilmArray®) en el diagnóstico de meningitis/encefalitis (ME) en pacientes adultos en un hospital de agudos privado de la ciudad de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Serie de casos de un hospital de agudos de alta complejidad. Se incluyeron pacientes >16 años con sospecha de síndrome meníngeo o encefalitis evaluados en servicio de emergencias, clínica médica o unidad terapia intensiva (UTI) entre junio 2018 y febrero 2019 a los que se les realizó Panel ME FilmArray®. Se excluyeron meningitis postquirúrgicas. Se realizó revisión del sistema electrónico de historias clínicas. Se confeccionó una tabla tipo Excel donde constan datos codificados del paciente, demográficos (fecha de nacimiento, género), comorbilidades (enfermedad oncológica, VIH, trasplante de órgano sólido, inmunosupresión), presentación clínica (ME) y características físico-químicas del LCR. Desenlaces: resultado del panel (microorganismo), requerimiento de aislamiento (respiratorio y/o contacto), días/paciente de tratamiento antimicrobiano y días de internación. Se realizó análisis descriptivo de las variables relacionadas con las características de la población en estudio. Se calculó promedio, porcentaje y rango.

Resultados: Se incluyeron 17 pacientes, 10 varones, con una edad promedio de 50 años (16-92). Al momento del estudio 8/17 pacientes se encontraban en UTI, 5/17 en sala de clínica médica y 4/17 en emergencias. La presentación clínica más frecuente fue encefalitis (n: 8), seguida de meningitis (n:7) y en 2 pacientes se constató meningoencefalitis. Se obtuvieron 4 resultados positivos, con detección de: *Listeria monocytogenes* (n:1), Enterovirus (n:2) y Herpes Virus Humano tipo 6 (n:1). La pleocitosis en LCR no fue un predictor de infección (panel negativo: 0 - 621 células/mm³ vs. panel positivo: 1 - 543 células/mm³). El tiempo promedio estimado de diagnóstico fue de 3 h. El tiempo promedio de suspensión de antibióticos luego de resultado negativo del panel fue de 2 h. Se redujo el tiempo promedio de suspensión de aciclovir (PCR convencional 72 h vs. FilmArray® 3 h) y del aislamiento respiratorio/contacto (*standard* de cuidado 72 h vs. FilmArray® 3 h). No hubo diferencias en el tiempo de internación.

Conclusiones: La técnica rápida de FilmArray® permitió la reducción del uso de antimicrobianos y la optimización en la indicación de aislamiento respiratorio en la serie de casos en estudio. El estudio tiene como limitante el escaso número de pacientes lo que disminuye su poder estadístico.

PE051 Rol de las nuevas tecnologías en un caso de tuberculosis meníngea

Márquez MF¹, Vicente F¹, Gauna G¹, Wilde N², Pace J¹.

¹Laboratorio Centralab. ²Sanatorio Otamendi y Miroli. CABA. Argentina

La tuberculosis (TB) es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima de VIH/sida, según datos aportados por la OMS. La TB meníngea, requiere detección pronta e instauración inmediata de la terapia apropiada. El dosaje de adenosin deaminasa (ADA) en LCR podría contribuir a su diagnóstico debido a que la sensibilidad de la baciloscopia es baja (22 %) y la del cultivo aumenta (50-75 %) después de 1 a 8 semanas. Otra metodología que busca mejorar el diagnóstico de TB es la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) con una especificidad del 98 % y una sensibilidad del 56 % que puede confirmarlo, pero no descartarlo. La OMS recomienda el uso de Xpert MTB/RIF (técnica rápida de PCR para detectar *M. tuberculosis* y resistencia a rifampicina) para diagnosticar TB en distintos casos, entre ellos meningitis.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 49 años, ingresa por guardia, lúcida, con marcha inestable, temblor distal de miembros superiores a predominio de miembros inferiores, TA: 130/80, FC: 75, SAT: 98 %, TEMP: 38.5 °C. Examen neurológico normal. Laboratorio, punción lumbar (PL) 1^ª LCR: 150 leuc/mm³ (85 % PMN), Glucosa: 44 mg/dl, proteínas: 192 mg/dl. Urocultivo y hemocultivos negativos. Cultivo de lcr para gérmenes comunes y micobacterias (método

automatizado BACTEC MGIT 960) negativos, VDRL, CMV, Epstein Barr, *Herpes simplex* y varicela zoster, negativos. RMN de cerebro, imágenes puntiformes hiperintensas en sustancia blanca subcortical que podrían corresponder a secuelas de tipo microangiopático. Dos días después de la PL 1° se realiza la PL 2°) LCR: 283 leuc/mm³ (60 % PMN), glucosa: 72 mg/dl, proteínas: 176 mg/dl, ADA: 10 UI/L, Valor de referencia: (0-9), PCR real time para *Micobacterium tuberculosis*: negativa. Inicio de tratamiento antifímico (levofloxacina, rifampicina, isoniazida y etambutol). RMN de cerebro, imágenes relacionadas con un proceso de tipo infeccioso que podrían corresponder a tuberculomas o neurocisticercosis. Luego de 10 días se hace la PL 3°) LCR: 150 leuc/mm³ (75 % MN). Glucosa: 27 mg/dl, Proteínas: 314 mg/dl, ADA: 7 UI/L, PCR real time para *Micobacterium tuberculosis*: negativa. Xpert MTB/RIF: PCR- real time: detectado para *M. tuberculosis* en niveles muy bajos. Resistencia a Rifampicina: no detectado.

Discusión: A partir de la clínica del paciente y los resultados obtenidos en las PL y ADA: 10 UI/L se decide iniciar el tratamiento antifímico con buena tolerancia al mismo. Ante resultados de PCR negativos e imágenes compatibles con tuberculomas se solicita Xpert MTB/RIF según recomendación de la OMS, detectándose ADN de *M. tuberculosis* en niveles muy bajos confirmando el diagnóstico.

Conclusiones: El uso de Xpert MTB/RIF resulta importante como herramienta diagnóstica, por ser una técnica simple y rápida con baja complejidad, alta sensibilidad: 79,5 % y especificidad: 98,60 %, determinando adicionalmente la resistencia a rifampicina. Un resultado negativo de la prueba molecular no descarta la infección tuberculosa. En nuestro fue relevante para llegar al diagnóstico y confirmar la terapéutica instalada inicialmente. Igualmente, el cultivo de micobacterias sigue siendo el *gold standard*.

PE052 Impacto clínico de la implementación de la técnica de PCR múltiple de testeo rápido (FilmArray) en la detección de patógenos respiratorios en pacientes adultos inmunocomprometidos

García Allende N, Fox B, Riso Patrón A, Paz S, Iglesias D, Antezana Trigo I, Sanchez AV, Ezcurra C, Mayer Wolf M, Freuler C, González Fraga S, Fernandez Canigia L, Rodriguez V.

Hospital Alemán. CABA. Argentina.

Introducción: Los virus respiratorios causan tanto infecciones respiratorias altas como neumonía grave. El diagnóstico rápido y definitivo es crítico para el manejo adecuado y el aislamiento oportuno. Los métodos rápidos de amplificación de ácidos nucleicos (PCR en tiempo real FilmArray® (Farr)) para diagnóstico microbiológico presentan una excelente sensibilidad y especificidad reemplazando las técnicas convencionales como la inmunofluorescencia directa o el cultivo celular.

Objetivo: Describir los beneficios del diagnóstico rápido por la técnica de PCR múltiple Farr, para la detección de patógenos respiratorios (virus, *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma* y *Chlamydomphila pneumoniae*), en pacientes adultos inmunocomprometidos.

Materiales y métodos: Serie de casos atendidos en un hospital de agudos de alta complejidad. Incluyó pacientes >16 años inmunosuprimidos (trasplante de órgano sólido o de progenitores de células hematopoyéticas, enfermedad oncológica activa, VIH y/o uso crónico de medicación inmunosupresora) evaluados entre junio 2018 y febrero 2019 con sospecha de infección respiratoria alta y/o baja. Se revisaron las historias clínicas y se confeccionó una tabla tipo Excel con los datos codificados de identidad del paciente, demográficos (fecha de nacimiento, género), causa de inmunosupresión y presentación clínica (infección alta/baja). A estos datos sumamos el resultado microbiológico, distinguiendo si había sido obtenido gracias al Panel Respiratorio Farr o por otro método (cultivo, serología), días de aislamiento respiratorio por gotas, días/paciente internación, tasa de utilización de oseltamivir y claritromicina. Se realizó análisis estadístico descriptivo y se calculó promedio, porcentaje y rango.

Resultados: Se incluyeron 57 pacientes, 23 mujeres (1,5:1) promedio de edad 58 años (17-94), 48 con neumonía. Las causas de inmunosupresión más frecuentes fueron tumor de órgano sólido (33 %), trasplante de precursores de células hematopoyéticas (25 %), trasplante de órgano sólido (22 %) y enfermedad oncohematológica (20 %). En 38 pacientes (67 %) se obtuvo diagnóstico microbiológico, 28 por Farr (74 %). En dos casos se registró coinfección viral. Los virus detectados fueron: Rhinovirus/Enterovirus (13), Parainfluenza (6), Influenza (5), Coronavirus (3), Sincicial Respiratorio (2) y Adenovirus (1). No se detectaron bacterias. En 52 pacientes fue posible suspender o no indicar oseltamivir por resultado para influenza negativo. Se evitó la exposición a claritromicina en 48 pacientes por PCR negativa para *C. pneumoniae*/*M. pneumoniae*. El aislamiento respiratorio se suspendió a las 24 h en 46 pacientes, por resultados negativos o detección de microorganismo que no lo requería. Los días de internación no variaron en forma estadísticamente significativa (266 Farr+ vs. 288 Farr-).

Conclusión: El diagnóstico microbiológico oportuno en el paciente inmunocomprometido permitió la reducción del uso de antimicrobianos empíricos (claritromicina y oseltamivir) y optimizar la indicación de aislamiento con la consiguiente reducción de costos. La técnica rápida de PCR múltiple permitió el diagnóstico de rinovirus no detectados por otros métodos.

PE053 Colonización bacteriana de teléfonos celulares en distintos profesionales de la salud. ¿Son estos dispositivos pequeños zoológicos bacterianos? (Resultados preliminares)

Zintgraff J, Peña M, Astesana R, Di Matteo V, Panno M, Fernandez Garces A.

Clínica AMEBPBA. CABA. Argentina.

Introducción: Los teléfonos celulares son una parte esencial de la vida de las personas, nos guste o no, y dentro de los profesionales de la salud el uso de los mismos ha mejorado la comunicación, la colaboración, el intercambio de información e incluso la presencia de diferentes aplicaciones contribuyen al correcto manejo de los pacientes. Sin embargo, el empleo generalizado dentro del ámbito hospitalario ha aumentado la preocupación por ser considerados como potenciales fuentes de diferentes microorganismos y su relación con infecciones nosocomiales, especialmente en áreas que requieren los más altos estándares de higiene. Este trabajo tiene como finalidad evaluar la incidencia de contaminación bacteriana de los teléfonos celulares llevados por el personal médico y no médico (pero que están en contacto con pacientes) en un centro privado en CABA.

Métodos: El trabajo se inició en el mes de enero del 2019, y actualmente sigue su curso, se presentan datos preliminares. Hasta la fecha se analizaron 42 dispositivos celulares, dentro de los cuales se incluyen, personal médico, camareras y camilleros entre otros. Todos presentaron firmado un consentimiento informado anónimo para poder formar parte del estudio. A su vez debían completar un pequeño cuestionario dentro de cual se incluían preguntas como: ¿Usted higieniza su celular? ¿Qué material utiliza de ser afirmativa su respuesta? Frecuencia de la limpieza. El enfoque del estudio se centralizó en la búsqueda de microorganismos productores de betalactamasa de espectro extendido (BLEE), productores de carbapenemasa, (CBP), enterococo vancomicina resistente (EVR) y *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR). Para recolectar las muestras se utilizó un hisopo estéril humedecido con solución salina estéril y se rotó sobre las superficies de ambos lados de los teléfonos, luego fueron sembrados en medios cromogénicos específicos y se evaluó la presencia de colonias sospechosas de acuerdo a las normativas del fabricante a las 24hs y a las 48hs. En caso de desarrollo positivo se realizó la identificación bioquímica tradicional y la confirmación de los

distintos mecanismos de resistencia.

Resultados: De los 42 teléfonos celulares estudiados hasta la fecha, sólo en 2 (4,76 %) se obtuvo desarrollo microbiano y ambos correspondieron a SAMR, de los cuales 1 solo de estos aislamientos pertenecía a un celular con higiene. Un 38 % (16/42) de los dispositivos estudiados no fue higienizado. El aporte del personal médico fue de un 31 % (13/42).

Conclusiones: Si bien los resultados son preliminares, pues el estudio continúa en desarrollo, y el número estudiado puede ser considerado un factor limitante del mismo, hasta el momento los datos obtenidos son acordes a la literatura, ya que *Staphylococcus aureus* meticilino resistente es el microorganismo más frecuentemente aislado, La mayoría de los encuestados respondieron de forma afirmativa al ser consultados sobre la limpieza de los dispositivos, los cuales todos ellos afirmaban utilizar alcohol como agente desinfectante. Con el aumento de elementos estudiados y así alcanzar un N más considerado, esperamos en un futuro poder sacar conclusiones más acordes.

PE054 Importancia del estudio de orina para el diagnóstico bacteriológico de certeza de tuberculosis renal

García MB, Matteo M, García MS, Costa N.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

La tuberculosis renal (TB) es una enfermedad infectocontagiosa granulomatosa crónica producida por especies del complejo *Mycobacterium tuberculosis* (cMt), que se localiza generalmente en el pulmón, aunque puede afectar otros órganos. Representa un importante problema de salud pública, sobre todo en países en vías de desarrollo. La frecuencia de TB extrapulmonar ha ido en aumento en los últimos años de la mano de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y, también, debido al incremento de pacientes receptores de órganos sólidos. La TB renal es la tercera en frecuencia dentro de las formas de TB extrapulmonares. El compromiso renal puede ser parte de una infección diseminada o de una enfermedad genitourinaria localizada.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo son: a) determinar la frecuencia de casos de TB renal diagnosticados en nuestro laboratorio; b) establecer el número de casos de TB renal asociada a TB pulmonar activa; y c) demostrar la importancia del examen directo en orina.

Materiales y métodos: Se estudiaron muestras de orina para examen directo y cultivo durante el período comprendido entre enero 2016 y diciembre 2018 de pacientes ambulatorios e internados en la institución. Se procedió a la centrifugación del volumen total de cada muestra durante 20 minutos a 3000 rpm, seguido de la decontaminación del sedimento por el método de Petroff. Luego se sembraron en los medios sólidos de Lowenstein-Jensen (LJ) y Stonebrink (SB) y se realizaron los extendidos en portaobjetos para el examen directo con la tinción de Ziehl Neelsen (ZN). Los medios de cultivo se incubaron a 35°C durante 60 días. Se examinaron semanalmente en búsqueda de colonias con características macroscópicas compatibles con cMt, confirmando los aislados con pruebas fenotípicas convencionales. Los exámenes directos fueron informados según estándares internacionales. La confirmación del diagnóstico de TB renal se basó en el aislamiento de cMt en el cultivo. Se revisaron los resultados de muestras respiratorias de cada paciente en las correspondientes historias clínicas para determinar presencia de TB pulmonar activa.

Resultados: Se estudiaron 377 muestras de orina correspondientes a 324 pacientes, obteniéndose 42 (11,1 %) muestras positivas para cMt. Se diagnosticaron 32 casos de TB renal (9,9 %), de los cuales 31 correspondieron a la especie *Mycobacterium tuberculosis* y sólo uno a *Mycobacterium bovis*. Se constató la asociación con TB pulmonar activa en 23 (71,8 %) de ellos. Del total de muestras con cultivo positivo, en 18 (42,8 %) se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en el sedimento.

Conclusiones: La TB renal es una enfermedad grave, de evolución crónica, que puede llegar a comprometer a ambos riñones. Los pacientes por lo general presentan disuria, polaquiuria, urgencia miccional y dolor en los flancos. Se debe investigar esta patología cuando el sedimento de orina presenta leucocituria o hematuria y el cultivo para gérmenes comunes resulta negativo, a los efectos de realizar el diagnóstico bacteriológico de certeza de TB renal.

PE055 Incidencia de enterobacterias resistentes a carbapenemes y caracterización de los mecanismos de resistencia en un hospital general

Fernández Lausi A, Herrera A, Di Bella A, Magdaleno A, Rampulla S, Iurria C.

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Los carbapenemes son una de las opciones terapéuticas más utilizadas para las infecciones graves y por ello es de suma importancia la detección rápida y precisa los mecanismos de resistencia que los afectan, siendo los mediados por carbapenemasas los más importantes. Existen diferentes enzimas, con diferente afinidad por los distintos betalactámicos, por lo que es importante poder conocer cuáles son las predominantes en nuestro medio para así poder ajustar los tratamientos empíricos utilizados, y evitar así la diseminación de estas cepas.

Objetivo: Calcular la incidencia e identificar los mecanismos de resistencia mediados por carbapenemasas que predominan en las enterobacterias aisladas en nuestro hospital mediante técnicas fenotípicas y moleculares.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional donde se analizaron todos los aislamientos de enterobacterias entre el 2/7/18 y el 16/9/18. Se realizó el antibiograma por método manual y automatizado Vitek 2C (bioMérieux). A las cepas con resistencia o sensibilidad disminuida a imipenem, meropenem y/o ertapenem, se les efectuaron las pruebas de doble disco con ácido borónico y EDTA y la detección molecular de carbapenemasas mediante PCR convencional y utilizando primers específicos para la detección de los genes *bla_{kpc}*, *bla_{ndm}*, *bla_{oxa48}* like, y *bla_{vim}* (según protocolo Anlis Malbrán).

Resultados: Se estudiaron 893 cepas de enterobacterias, de las cuales, 101 fueron resistentes a carbapenemes de las cuales 59 correspondieron a áreas de cuidados críticos, 39 a salas generales y 3 a pacientes externos. Los mecanismos de resistencia identificados por PCR se indican en la tabla 1. La concordancia con los métodos fenotípicos y moleculares fue en un 100 % en los casos de presencia de una sola enzima KPC o NDM, pero en los casos en que se trataba de más de una, se detectó la presencia de una sola de ellas. Las enzimas tipo OXA solo se detectaron por métodos moleculares.

Conclusiones: La diseminación de carbapenemasas en el hospital es a predominio de KPC, seguida de OXA y NDM. Las enzimas tipo OXA se deben identificar por otros métodos que no sean por antibiograma y doble disco. Es importante destacar que existe un 7 % de cepas que son portadoras de más de una enzima lo que no fue detectado por los métodos fenotípicos utilizados rutinariamente, y esto podría llevar a un error en la terapéutica utilizada.

Tabla 1: Mecanismos de resistencia identificados por especie bacteriana

	KPC	NDM	OXA	KPC+ OXA	NDM+ OXA	KPC+ NDM	OTRO MECANISMO	TOTAL
<i>K. pneumoniae</i>	50		8	4		1		63
<i>P. mirabilis</i>		16			1			17
<i>P. stuartii</i>			8		1		1 (sin enzima)	10
<i>E. cloacae</i>	6							6
<i>E. coli</i>	2						1 (vim)	3
<i>S. marcescens</i>							1 (semicarba)	1
<i>C. koseri</i>			1					1
	58	16	17	4	2	1	3	101

PE056 Estudio de prevalencia y sensibilidad antimicrobiana de aislamientos de enterobacterias productoras de carbapenemasas en centros de internación públicos y privados de nuestra provincia

Cudmani MD¹, Delgado G¹, Gonzalez G¹, Mochi S², Estrella C³, Fernandez S⁴, Basco L⁵, Flores S⁶, Grellet L⁷, Diambra C⁸.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ³Htal Centro de Salud. ⁴Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ⁵Instituto de Maternidad y Ginecología Nuestra Señora de las Mercedes. Tucumán. Argentina. ⁶Hospital Eva Duarte de Perón. Buenos Aires. Argentina. ⁷Htal Regional de Concepción. ⁸Laboratorio Rondía. Tucumán

Introducción: en las últimas décadas se observó una creciente resistencia mediada por carbapenemasas, enzimas de interés clínico y epidemiológico por su capacidad de hidrólisis sobre los β -lactámicos y fácil diseminación por elementos genéticos móviles. Las infecciones severas producidas por enterobacterias portadoras de carbapenemasas (IEPC) se asocian a una alta mortalidad. Numerosos estudios sugieren que la combinación de drogas que frecuentemente permanecen activas como colistina, tigeciclina y fosfomicina asociadas a un carbapenem ofrece mayor éxito terapéutico y disminuye la mortalidad. El conocimiento de la epidemiología local y el perfil de resistencia son pilares fundamentales para la elección de una terapéutica precoz y adecuada.

Objetivos: conocer la prevalencia de las clases de carbapenemasas obtenidas de aislamientos clínicos de pacientes internados en centros públicos y privados de la provincia. Establecer la frecuencia de especies bacterianas asociadas a este mecanismo de resistencia. Determinar la sensibilidad a drogas utilizadas frecuentemente en el tratamiento combinado, y obtener la CIM 90 a meropenem para evaluar su inclusión en la terapia empírica.

Materiales y métodos: estudio de corte transversal. Período: mayo-octubre de 2017. Participaron 7 hospitales públicos y 3 privados. Se remitieron al Laboratorio de Salud Pública (LSP) los aislamientos obtenidos de muestras clínicas significativas sospechosos de producir carbapenemasa. Se realizó: identificación bacteriana por MaldiToF MS (Bruker), Blue Carba Test, detección fenotípica de carbapenemasas con discos combinados (DCMBrit), pruebas de sensibilidad por método automatizado VITEK 2C, sensibilidad a fosfomicina por método de disco, CIM a colistina por macrodilución en agar y confirmación por PCR convencional de genes blaKPC, blaNDM y blaOXA-48 según protocolos del ANLIS-Malbrán.

Resultados: se estudiaron 205 aislamientos, 136 provenientes del sector público y 69 del privado. El 100 % se confirmaron como productores de carbapenemasa, el 91 % (186/205) se categorizaron como KPC; 9 % (18/205) como OXA-48 like y una cepa fue productora de NDM. Las especies correspondieron a *Klebsiella pneumoniae* (62 %), *Enterobacter aerogenes* (22 %), *Serratia marcescens* (8 %), *Enterobacter cloacae* (3.5 %), *E.coli* (3 %), *Citrobacter freundii* (1 %) y *Klebsiella oxytoca* (0.5 %). El 79 % fueron sensibles a amicacina, 84 % a colistina y 89 % a fosfomicina. La CIM90 a meropenem fue $\geq 16 \mu\text{g/ml}$.

Discusión: se concluye que KPC es la carbapenemasa prevalente en nuestra provincia. Con el desarrollo de drogas asociadas a inhibidores específicos de cada enzima, esta información es relevante para decidir el tratamiento empírico. La especie asociada a carbapenemasa con mayor frecuencia fue *K. pneumoniae*. Fosfomicina, colistina y amicacina se sugieren como opciones en esquemas combinados, aunque se recomienda documentar sensibilidad en cada aislamiento. La elevada CIM90 a meropenem indica que dejó de ser una opción en el tratamiento empírico inicial. Conocer la prevalencia de KPC y el perfil de resistencia local se destacan como herramientas útiles en el tratamiento empírico inicial en pacientes con riesgo de IEPC.

PE057 *Madurella mycetomatis* presenta mutaciones naturales en el gen FKS1 relacionadas con una reducción natural de su sensibilidad a las equinocandinas

García-Effron G¹, Cima-Clave MJ¹, Leonardelli F¹, Serrano J².

¹Universidad Nacional del Litoral - CONICET. Santa Fe. Argentina. ²Hospital Zonal Independencia. Santiago del Estero. Argentina

Introducción: Los eumicetomas son infecciones fúngicas crónicas caracterizadas por la presencia de masas subcutáneas y fistulas por las que drenan granos de distintos colores. Los agentes de eumicetomas de grano negro pertenecen a dos órdenes fúngicos llamados Sordariales y Pleosporales. Los agentes de eumicetomas de grano negro más comúnmente aislados a nivel mundial son *Madurella mycetomatis* (Sordarial), *Trematosphaeria grisea* (antes llamada *Madurella grisea*) y *Nigrograna mackinonii* (ambos Pleosporales). La sensibilidad de estos hongos a los antifúngicos es desconocida y difícil de evaluar utilizando los métodos disponibles en el laboratorio clínico ya que no generan elementos de fructificación. Además, las secuencias de los genes blanco de antifúngicos de estos hongos no se conocen. Esto impide establecer relaciones fenotipo/genotípicas que permitan inferir su sensibilidad.

Objetivos: Clonar y caracterizar el gen blanco de las equinocandinas de *Madurella mycetomatis* (llamado FKS1). Estudiar sus secuencias y establecer la relación genotipo/fenotipo de la sensibilidad a las equinocandinas utilizando una cepa quimérica de *Saccharomyces cerevisiae* que se transformó con un gen FKS1 híbrido que incluye la región hot spot 1 de *M. mycetomatis*.

Material y métodos: Se obtuvo DNA de una cepa control de *Madurella mycetomatis* (CBS) por el método fenol cloroformo. Se amplificó una porción del gen FKS1 utilizando primers degenerados. Se clonó el fragmento en plásmidos comerciales (P-GemT easy vector) y se secuenció utilizando primers universales. Esta secuencia fue utilizada para generar un FKS1 quimérico que presentaba los extremos 5' y 3' de *Saccharomyces cerevisiae* y la región hot spot 1 de *Madurella mycetomatis*. Esta construcción se transformó utilizando acetato de litio en una cepa de *Saccharomyces cerevisiae* de nuestro laboratorio (*Saccharomyces cerevisiae* BY4742) que presenta el gen FKS1 delecionado con el cassette URA3. Esta cepa es hipersensible a equinocandinas y sensible a FK506. Los transformantes fueron seleccionados con FK506 ya que la presencia de un gen FKS1 activo, convierte a las cepas fúngicas en resistentes a esta droga. La sensibilidad a caspofungina y anidulafungina fue evaluada en las cepas transformantes y parentales de *Saccharomyces cerevisiae* utilizando el protocolo M27 4ta edición de CLSI.

Resultados: La secuencia hot spot 1 de *Madurella mycetomatis* fue traducida como YLTLRSIRDP. Esta secuencia de aminoácidos presentó diferencias con las secuencias de especies sensibles a las equinocandinas por ej. *Candida albicans* (FLTLRLRDP). La cepa transformante quimérica de *Saccharomyces cerevisiae* mostró un aumento de 32 veces la CIM a caspofungina y anidulafungina cuando se la comparó con la cepa parental *Saccharomyces cerevisiae* BY4742 (0,50 $\mu\text{g/ml}$ y 0.015 $\mu\text{g/ml}$, respectivamente).

Conclusiones: Podemos concluir que el hot spot 1 de Fks1p *Madurella mycetomatis* es suficiente y necesario para explicar la reducción en la sensibilidad a las equinocandinas observada en la cepa quimérica obtenida. El cambio en el primer aminoácido del hot spot 1 (tirosina por fenilalanina) fue implicado en resistencias primarias y secundarias a las equinocandinas en especies fúngicas diversas, que van desde levaduras del género *Candida* hasta hongos filamentosos como *Fusarium* spp., *Scedosporium* spp. y *Aspergillus fumigatus*. A pesar de que no hemos encontrado datos sobre tratamientos de micetomas con equinocandinas, nuestros resultados anticiparían la ineficacia de estas drogas frente a *Madurella mycetomatis*.

3 - Enfermedades endémicas emergentes y medicina del viajero

PE058 Fasciolosis: formas de presentación ecográfica en nuestra experiencia

Petraroia C, Gancedo E, Sawicki M, Tittarelli C, Mendez N.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La fasciolosis es una zoonosis causada por el trematode *Fasciola hepatica*, prevalente en el ganado. En la actualidad es una enfermedad emergente en los humanos. Es transmitida por alimentos, principalmente con la ingesta de berro o agua contaminada. El parásito (metacercaria) atraviesa el duodeno y a través del peritoneo, alcanza la cápsula de Glisson para penetrar y alojarse en el hígado o en la vía biliar donde desarrolla la forma adulta. La enfermedad presenta tres etapas: aguda o invasiva, crónica latente y obstructiva. El diagnóstico es serológico, y por detección de huevos en las heces en las etapas de cronicidad. La sintomatología variada e inespecífica, y la eliminación intermitente de los huevos en las heces, generan una dificultad en el diagnóstico. Por lo tanto, frecuentemente necesitará de estudios imagenológicos, que siempre deben considerar la epidemiología, especialmente en las zonas endémicas. La triada de fiebre prolongada, dolor abdominal y eosinofilia persistente deben hacer sospechar la enfermedad.

Material y Método: Se presentan 5 pacientes con fasciolosis y sus hallazgos ecográficos.

Resultados: Caso 1: Mujer, 42 años. Antecedente de viaje a Córdoba con ingesta de berro. Dolor abdominal. Eosinofilia. Serología positiva. Caso 2: Varón, 58 años. Antecedente de ingesta de berro. Febril. Dolor en hipocondrio derecho. Eosinofilia. Caso 3: Mujer, 46 años. Antecedente de fasciolosis. Asintomática. Caso 4: Mujer, 51 años. Ictericia. Aumento de transaminasas. Eosinofilia. Caso 5: Mujer, 58 años. Antecedente de viaje a Córdoba con ingesta de berro silvestre. Febril. Dolor en hipocondrio derecho. Leucocitosis con eosinofilia. Serología positiva. Hallazgos ecográficos: Caso 1. Fasciola vesicular: Trematode en el interior de la vesícula. Caso 2. Fasciola vesicular: Imagen ovoidea ecogénica de 2x1 cm en el interior de la vesícula. Caso 3. Fasciola coledociana: Fasciola en el interior del colédoco. Caso 4. Colangitis: Engrosamiento ecogénico peribiliar. Caso 5. Abscesos hepáticos: Múltiples abscesos hepáticos.

Discusión: La presentación clínica de la fasciolosis hepática depende del estadio de la enfermedad y de la localización del parásito. El cuadro clínico puede variar desde la forma asintomática a cuadros obstructivos y/o infecciosos. Entre los diagnósticos diferenciales se incluyen la patología biliar litiasica, síndrome coledociano e infecciones hepatobiliares por gérmenes comunes (colangitis y abscesos). La orientación diagnóstica se basa en la epidemiología, laboratorio y el conocimiento de las características ecográficas.

Conclusión: La ecografía es un método útil para el diagnóstico y el seguimiento de la fasciolosis hepática y biliar. Ante la presencia de eosinofilia y epidemiología concordante, se debe tener en cuenta esta patología para dirigir la búsqueda de signos ecográficos característicos. La visualización en el examen ecográfico del parásito a nivel hepatobiliar, permite contribuir al diagnóstico. Palabras claves: Fasciolosis, ecografía.

PE059 Histoplasmosis en el sistema nervioso central en pacientes inmunocompetentes en Tucumán

Tomás JG¹, Colombres S², Cabrera MP¹, Della Pace M¹, Olivo L³, Gómez M¹, Serrano C³.

¹Sanatorio ²de Julio ³Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ³Sanatorio Parque. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: *Histoplasma capsulatum* (Hc) es agente de micosis endémica. La infección del SNC ocurre en un 5 a 10 %, como meningitis crónica, lesiones focales, ataques cerebrovasculares, encefalitis. Presentamos tres casos con compromiso de SNC, sin ningún otro signo de enfermedad diseminada. Caso 1: Varón 23 años, de San Miguel de Tucumán, sin enfermedades de base. 28/06/17 cefalea, vómitos, febrícula y desorientación de 7 días. LCR: con glucosa 23 mg/dL, proteínas 18 mg/dL, células 176/mm³ con predominio linfocitario. Tratamiento empírico: cefotaxima y Aciclovir. VIH negativo. Evolución neurológica tórpida. RMN: meningoencefalitis de base de cráneo con engrosamiento franco de meninges y edema de protuberancia, mesencéfalo y parte profunda de lóbulos temporales. Nuevo LCR: glucosa 38 mg/dL, proteínas 162 mg/dL y células 186 /mm³ con predominio mononuclear. Inicia empírico para TBC. Se aísla Hc a los 21 días de incubación del LCR. Cultivos y PCR negativas para TBC. Se suspende tratamiento TBC e inicia L-AmB el 25/07/2017, completa 6 semanas y luego fluconazol 800 mg/día oral que continúa. Por hidrocefalia, se colocó válvula ventrículo-peritoneal (V-P). Actualmente en buen estado. Caso 2: mujer 38 años, de Trancas, Tucumán, sin enfermedades de base. Meningitis en 2011, hidrocefalia en 2012, con colocación de válvula V-P. Recambio en 2014 a válvula ventrículo-atrial (V-A). 03-2018 cefalea intermitente y marcha inestable. RM: lesiones focales en cerebelo, bulbo, médula cervical. 06/2018 biopsia: granulomas necrotizantes, coloraciones negativas, cultivos negativos. 06/08/2018 es evaluada por primera vez por los autores. Agrega cuadriparesia y trastornos en la deglución. LCR con hipoglucorraquia, proteínas 4 gr/dl, sin pleocitosis. VIH negativo. Inicia empírico para TBC y hongos (L-AmB). 17/08/18 se recibe serología y PCR en sangre positivas para Hc. Se agrega fluconazol. 27/08/18 ingresa en ARM por deterioro de mecánica respiratoria. Extracción de válvula el 28/08/18 y se coloca DVE. 07/09/18 se coloca nueva válvula V-P. LCR y punta de catéter de válvula previa desarrolla Hc. Mala evolución. Completa 8 semanas de L-AmB y continúa fluconazol. Fallece el 31/10/18, en contexto de sepsis. Caso 3: varón 37 años, obeso, sin enfermedades de base. Meningitis a los 16 años. En 2013 cefalea y vómitos, con hidrocefalia. Se le coloca válvula V-P. A los 7 meses, recidiva de síntomas, se recambia válvula. 11/2018 presenta cefalea, TAC sin hidrocefalia. Es evaluado por primera vez por los autores. LCR con fco-qco informado como normal. RM con hidrocefalia, sin lesiones focales ni realce meníngeo. VIH negativo. 20/12/18 se reinterna por cefalea, vómitos, diplopia, hipersomnía. TAC hidrocefalia. LCR del 16/11/18 con Hc. Inicia L-AmB. Toxicidad renal a los 12 días. Rota a Fluconazol 800 mg/día. 31/01/19 LCR negativo. 05/02/19 nueva válvula V-P. Evolucionan con remisión de los síntomas, excepto diplopia, cursando 13 semanas de antifúngico a 03-2019.

Conclusión: La histoplasmosis del SNC suele presentarse en individuos inmunocomprometidos. La histoplasmosis del SNC en inmunocompetentes es inusual y requiere un alto índice de sospecha. En las regiones endémicas para Hc, los médicos deben incluirlo en el diagnóstico diferencial en pacientes con sintomatología insidiosa del SNC para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Previamente, se insinuó la presencia de un clado de cepas del NOA con tropismo por el SNC aisladas de pacientes inmunocompetentes.



PE060 Enterocolitis por *Clostridium difficile*

Brunetti P, Torrez Gomez F, Orduna M, Galavalisi N, Rotryng F.
Sanatorio Finochietto. CABA. Argentina.

Introducción: La enterocolitis por *Clostridium difficile* (CD) es una entidad que aparece asociada al uso de antibióticos sobre todo en el ámbito intrahospitalario y otros factores considerados de riesgo. Durante el año 2018, observamos en el Sanatorio Finochietto en el área de emergencias un aumento en los pedidos de determinación en materia fecal para CD (toxina y antígeno (Ag) A/B) en pacientes provenientes de la comunidad con cuadro clínico de presentación: diarrea profusa, con y sin factores de riesgo (FR).

Objetivo: Describir la frecuencia de resultados de Antígeno y toxina A/B para CD positiva en pacientes con y sin factores de riesgo en el periodo noviembre-diciembre 2018 utilizando el método (met "CoproStrip") y en el periodo enero-febrero 2019 utilizando el método (met "C. DIFF COMPLETE").

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte retrospectiva, evaluando presencia o no de factores de riesgo para enterocolitis por CD, en los pacientes que presentaron toxina y Ag positivo para CD durante los meses de noviembre y diciembre de 2018 (donde se utilizó como método diagnóstico "CoproStrip") y en los meses de enero-febrero 2019 (donde se utilizó "C. DIFF COMPLETE"). Se hizo relevamiento de la información bacteriológica de la base de datos del servicio de bacteriología, de las muestras de materia fecal de los pacientes a los que se les solicitaron determinaciones (toxina y Ag) para CD desde el servicio de Emergencias, por diarrea profusa.

Además, se realizó revisión de historia clínica electrónica en cada caso para evaluar la presencia o ausencia de factores de riesgo para CD en aquellos con Ag y toxina positivos.

Resultados: Durante el periodo noviembre-diciembre 2018 se recolectaron 75 muestras de materia fecal (MF) por guardia a las que se les solicitó antígeno A/B y toxina para CD utilizando el método CoproStrip; de estas 13 fueron positiva para Ag y toxina para CD y de estos 7 presentaban FR asociados. Dando una frecuencia en total (0,17- 13/75) y para factores de riesgo (0,09- 7/75). Durante el periodo enero- febrero 2019 se recolectaron 70 muestras de MF utilizando el método C. DIFF COMPLETE; de estas 6 fueron positivas para Ag y tox para CD; 4 presentaban FR asociados. Dando una frecuencia en total (0,08- 7/70) y para factores de riesgo (0,05- 4/70).

Discusión: Si bien con esta observación no se puede decir que hubo un aumento en la frecuencia de presentación de la entidad en la comunidad, ni evaluar correctamente la aparición de este fenómeno, el mismo nos invita a pensar en este patógeno como un posible emergente en la comunidad. Estudios prospectivos, contando con la metodología apropiada, serían necesarios para evaluar la real implicancia de estos hallazgos.

PE061 Fiebre amarilla: reporte de dos casos provenientes de Brasil

Cunto ER, Saul P, Dominguez C, Gregori Sabelli R, Gonzalez L, Medina G, Rodriguez Llanos M, Gil Zbinden F, Fernandez J, Martin P, Chacon N, Chomyn J, Chediack V.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: La fiebre amarilla (FA) es causada por flavivirus, en zonas tropicales o subtropicales, por mosquitos: *Aedes* spp y *Haemagogus* spp. Hay expansión del área de prevalencia. Presenta 3 formas clínicas: infección subclínica, enfermedad febril inespecífica sin ictericia y enfermedad potencialmente mortal. Con elevada mortalidad, es inmunoprevenible. Se presentan 2 casos clínicos de FA.

Caso clínico 1: Mujer, 22 años, ingresa al hospital el 24/02/18, por 5 días de fiebre, escalofríos, mioartralgias, cefalea, dolor abdominal y diarrea autolimitada.

TABLA 1. Evolución de laboratorio de CASO 1

Fecha	Hematocrito %	Blancos células/mm3 (linfocitos)	Plaquetas células/mm3	Bilirrubina mg/dl	GOT UI/l	GPT UI/l	LDH UI/l	Tiempo de Quick %
24/02	35	1700 (37%)	138000	0.4	1004	775	1510	
25/02	40	1700	138000		1288	1159	1403	67
27/02	41	3500 (51%)	115000	1.9 (directa 1,6)	435	767	605	116
02/03	39	4700	175000	1	105	341	413	120

TABLA 2. Evolución de laboratorio de CASO 2

Fecha	Hematocrito %	Blancos Células/mm3 (linfocitos)	Plaquetas células/mm3	Bilirrubina mg/dl	GOT UI/l	GPT UI/l	LDH UI/l	Tiempo de Quick %
21/03	41	2600	120000	0,9	55	55	411	72
23/03	40	1900	86000		74	84		83
24/03	39	1400	80000				403	100
26/03	39	3100	110000	0,8	32	49	300	87

da. Epidemiología viaje a Brasil (Foz do Iguazú, San Pablo, Bahía, Bello Horizonte, Mina Gerais) del 12/12/17 al 23/02/18. 1° consulta el 19/02/18 en R. de Janeiro por fiebre, cefalea y malestar general, diagnóstico Dengue. Ingreso: presión arterial 90/60 mmHg; frecuencia cardíaca: 58 latidos por minuto, temperatura axilar 37,8°C y dolor abdominal en cuadrante superior derecho. Evolución de laboratorio caso 1 TABLA 1. Al 3° día mejora. 5° día se otorga alta.

Caso clínico 2: Mujer, 27 años, ingresó al hospital el 21/03/18, por 4 días de fiebre, dolor abdominal y retroocular, lumbalgia, cefalea, mialgias, náuseas, vómitos y diarrea autolimitada. Epidemiología viaje a Brasil (R de Janeiro, Iha Grande y Buzios) del 9 al 19/3/18. Ingreso: febril y con dolor abdominal difuso. Evolución de laboratorio caso 2 TABLA 2. Al 2° día mejora.

6° día se otorga alta.

Ambas negaron vacunación para FA. Exámenes complementarios: ecografía abdominal hepatomegalia; serologías hepatitis A, B y C, dengue, Zika, chikungunya, gota gruesa, hemocultivos y urocultivo: negativos, reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para FA en sangre positiva (Caso 1 además se realizó PCR en orina positiva). Tratamiento: sintomático, hidratación y monitoreo en ambas.

Discusión Presentación de 2 casos provenientes de zona de brote de FA: uno hepatitis aguda y otro con síndrome febril inespecífico. Diagnósticos diferenciales son: dengue, Zika, chikungunya, hepatitis virales, malaria y sepsis. Los casos reportados obligan a reforzar la vigilancia de esta enfermedad inmunoprevenible e insistir en la vacunación, segura y accesible (efectiva: 80-100 % al cabo de 10 días y 99 % a los 30 días).

Conclusión Sugerimos ante síndrome mínimo de sospecha clínica, sin vacunación para FA y con antecedente de residencia en los 15 días previos, control estricto y alerta ante la aparición de signos de alarma para el ingreso hospitalario precoz. La letalidad es alta, la prevención con vacunación es crucial para reducir el riesgo de enfermedad y mortalidad.

PE062 Compromiso peripleural por hidatidosis

Masiero Y, Bevacqua F, Quinteros Yulow C, Falcone C, Morales A, Mendez N.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Objetivo: Presentar un caso de compromiso del espacio peripleural de etiología hidatídica como aporte al diagnóstico diferencial de masas a ese nivel

Resumen: Paciente femenina de 46 años, asintomática. Proveniente de área endémica de hidatidosis. Antecedentes: en 1996 cirugía por quistes hepáticos con siembra peritoneal. Tratamiento con albendazol por 2 años. Evoluciona con quistes hepáticos y pulmonares con intervenciones quirúrgicas, la última de 2 quistes pulmonares en 2006. Consulta en esta institución en 12/2015 por la persistencia de un quiste hepático. Asintomática. Serología para hidatidosis, HAI +, ELISA+. En tomografía de 2016 se observa tumoración paraespinal derecha, de 44 x 24 mm ya observada en estudio previo que aporta la paciente. TC C/Cte. 06/2017. Formación paravertebral derecha con fenómeno lítico de la unión costovertebral a la altura de D3-D4, con componente quístico y calcificaciones periféricas. Sin refuerzo post contraste. La pleura presenta discreto refuerzo. RM C/Cte. 09/2017 a la altura de D3-D4 imagen redondeada paravertebral derecha con señal heterogénea y tabiques internos. Involucra la articulación costovertebral. No involucra canal raquídeo. Probable origen neurogénico o pleural. Se interviene quirúrgicamente en 12/2017. Diagnóstico: peripleuritis hidatídica. Anatomía patológica: Macroscopía: Se recibe fragmento irregular pardusco de 4,5 x 3,5 cm adherido a fragmento óseo de 4,7 x 1,5 cm. Microscopía: Pared de quiste paravertebral: Histología compatible con pared de quiste hidatídico. Costilla y partes blandas: músculo estriado de características conservadas, extensas áreas de fibrosis hialina y fragmento óseo laminar sin particularidades. Los controles clínicos y radiológicos torácicos posteriores sin particularidades.

Discusión: Series de autopsias han demostrado que la hidatidosis compromete en un 75 % de los casos al hígado, en 25 % al pulmón y en 10 % a otros órganos. La hidatidosis pleural es poco frecuente, generalmente por contigüidad pulmonar, hepática o esplénica. No se han reportado casos de hidatidosis primaria en la peripleura. En nuestro caso la paciente presentaba el antecedente de hidatidosis pulmonar con cirugía 10 años antes y la presencia de un quiste hepático activo. El compromiso hidatídico peripleural puede ofrecer dificultades diagnósticas, con otras imágenes mixtas con componente líquido de origen infeccioso como la peripleuritis tuberculosa y paracoccidiomicosis, o tumorales primarios o secundarios.

Conclusión: La hidatidosis debe incluirse como diagnóstico diferencial ante cualquier masa quística con independencia de su ubicación en pacientes de áreas endémicas o portadores de la enfermedad.

PE063 Compromiso neurológico y cardiovascular en dos pacientes con triquinosis

Lamponi Tappatá L, Spadaro ML, Maurizi D, Montanini A.

Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero. Bahía Blanca. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: la triquinosis es una infección causada por nematodos del género trichinella, siendo los cerdos la fuente más frecuente de infección y la ingesta de carne mal cocida, la principal forma de transmisión. El compromiso del sistema nervioso central (SNC) está reportado que ocurre en 0,2 al 52 % de los pacientes con triquinosis y se puede manifestar como edema, isquemia, hemorragia o infiltrados inflamatorios. El daño del SNC puede ser causado directamente por la larva del parásito o indirectamente por reacciones inflamatorias. El compromiso cardíaco es raro, pero representa la causa más frecuente de muerte en pacientes con triquinosis. Si bien las larvas no se enquistan en el músculo cardíaco, sí lo invaden y generan respuesta inflamatoria y miocarditis. Se presentan dos pacientes con compromiso del SNC y uno de ellos cardiovascular, ambos pertenecientes a un brote de triquinosis que ocurrió los meses de julio y agosto de 2018 en la ciudad de Bahía Blanca. Caso 1: paciente masculino de 45 años, tabaquista, enolista y obeso. Ingres a la guardia con cuadro de paresia braquio-cubital derecha y afasia de expresión asociado a disnea y dolor precordial, de 3 hs de evolución. Al interrogatorio dirigido refiere diarrea, vómitos y debilidad generalizada durante las últimas 72 hs, de inicio 24 hs posteriores al consumo de chacinados caseros. Se realiza electrocardiograma que muestra supradesnivel del ST en cara anterior extensa y laboratorio que informa enzimas cardíacas aumentadas: CPK 1414 U/l, CPK-MB 66 U/l, troponina T 8096 ng/l; hemograma sin eosinofilia. Se realiza tomografía (TC) de encéfalo que muestra hipodensidad parieto occipital izquierda. Se interpreta el cuadro como IAM con elevación del ST y accidente cerebrovascular isquémico. Se realiza serología IgG para triquinella spiralis basal y a los 15 días, constatando positividad de títulos a 1/64. Caso 2: paciente masculino de 57 años, enolista, que consulta por diarrea, mialgias y deterioro del estado general. Refiere consumo de chacinados caseros 8 días antes. Al examen físico se constata confusión, signos de deshidratación y episodios de incontinencia urinaria. Se realiza laboratorio que informa aumento de CPK (1034 U/dl) y eosinofilia (2000/microlitro). Se realiza TC de encéfalo que muestra múltiples hipodensidades cortico subcorticales y periventriculares bilaterales. Se realiza serología IgG para triquinella spiralis basal y a los 15 días, constatando positividad de títulos a 1/128.

Discusión: las alteraciones cardíacas son principalmente cambios inespecíficos en la onda T y segmento ST, aunque existe un estudio retrospectivo que describe un paciente con infarto agudo de miocardio (IAM) con elevación del ST como se presenta en este trabajo. La ausencia de eosinofilia en pacientes con afección del SNC, como el primer caso mencionado, se ha asociado en una revisión, a peor pronóstico. Debido a su infrecuencia, existen pocos casos reportados en la bibliografía de triquinosis con compromiso cardiovascular y del SNC. Es necesario conocer estas formas de presentación clínica para establecer un adecuado diagnóstico y para administrar la terapia específica lo antes posible.

PE064 Sarampión en un centro médico de Buenos Aires

SalussoDD, Lacal V, Sabater L, Nuñez J, Heinze C, Verón T.
Sanatorio Güemes. CABA. Argentina.

El sarampión es una enfermedad viral altamente transmisible y con posibilidad de producir complicaciones que pueden llevar a la muerte. Desde la eliminación de la circulación del virus sarampión en el año 2000, en Argentina se produjeron distintos brotes a partir de viajeros. Masculino de 46 años que inicia con fiebre el 22/02/19 y agrega a las 72 hs odinofagia intensa y conjuntivitis bilateral. Consulta el 27/02/19 por agregar rash maculopapular confluyente que inicia en tórax y abdomen y se distribuye en forma centrífuga en cuatro miembros. Relata viaje a Brasil con partida el 02/02/19, embarcando un crucero línea MSC Seaview en la ciudad de Santos recorriendo varios destinos y regresando a Argentina el 16/02/19. El laboratorio solo muestra leve elevación de enzimas hepáticas y de parámetros inflamatorios y la radiografía de tórax es normal. Ante la sospecha de sarampión se indica aislamiento respiratorio y se notifica a la dirección de epidemiología de CABA. Se confirma con la



detección del material genético viral en hisopado nasofaríngeo y orina, coincidente para el genotipo D8, realizado en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez. Evoluciona sin complicaciones. Se controlaron al personal sanitario y a las personas de la sala de espera que tuvieron contacto con el paciente hasta el momento de su evaluación. En Argentina, luego de la eliminación de la circulación autóctona ocurrieron 17 casos en 2010 y 14 casos agrupados en 3 brotes en 2018. El último fue un paciente de 35 años con antecedentes de viaje a Hong Kong notificado el 18/02/2019. La caída en la cobertura de vacunación es el principal factor que determina el incremento de casos y la exposición en lugares con gran cantidad de personas de regiones diversas, como aeropuertos o cruceros, aumenta el riesgo. En Brasil, desde la semana epidemiológica 6 del 2018 hasta la 9 del 2019 hubo 10.334 casos confirmados, incluyendo 12 defunciones. Al 20/02/19, se notificaron 13 casos en tripulantes de distintos países y 18 casos en los estados de Santa Catarina y San Pablo, con antecedente de viaje en el crucero MSC Seaview. Como medida de control se decidió vacunar a más de 10.000 personas. Se debe sospechar el caso ante la presencia de fiebre y exantema, más allá del estado de vacunación. El antecedente epidemiológico es importante para aumentar el grado de sospecha y para dirigir las acciones de contención del foco ya que el virus es altamente infeccioso y puede mantenerse activo en el ambiente por dos horas. En el 2018 se notificaron 229.068 casos a nivel mundial con un incremento notable en países de América y Europa, por lo cual es prioritaria la implementación de medidas de prevención y de diagnóstico precoz para evitar la reintroducción del virus en nuestro territorio. Aunque en Argentina no hay casos autóctonos desde hace casi 20 años, es clave sospechar el cuadro clínico en forma precoz y notificar a la autoridad sanitaria para efectuar las actividades de control pertinentes. Se debe instituir el aislamiento respiratorio hasta 4 días luego de presentado el rash e instruir al paciente para que evite el contacto con personas en riesgo.

PE065 Tuberculosis, ¿hacemos un diagnóstico temprano?

Racca Naveira HF, Perez Blanco L, Berghella M, Røtryng F.
Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) se mantiene como un serio problema de salud pública tanto en las Américas como a nivel mundial. Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de la enfermedad infecciosa que más muertes ocasiona a nivel global. La región de las Américas ha desarrollado variadas estrategias en los últimos años y aunque se han producido avances en el control de la enfermedad, persisten aún, importantes brechas respecto a la disminución de enfermos y muertes que se reportan anualmente. Representando un problema de salud importante en Argentina. Hasta 2005, en Argentina no se realizaron estudios que evalúen, retrasos en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, registrándose un trabajo en dicho año, multicéntrico, que confirmó una media de demora en diagnosticar la enfermedad, en el sistema de salud, de 32,6 días. La demora en el diagnóstico de esta enfermedad desde el inicio de los síntomas es una de las causas más importantes de la persistencia de la propagación de esta enfermedad de antaño.

Objetivo primario: evaluar tiempo y cantidad de consultas médicas necesarias para establecer el diagnóstico de TB. **Objetivo secundario:** evaluar el uso de ATB previo al diagnóstico y condiciones o enfermedades predisponentes en los pacientes para desarrollar la enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y prospectivo, observacional, durante un periodo de 3 años, en el cual se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de TB pulmonar ingresados a un Hospital Universitario de 60 camas, en la CABA (se definió TB por estudios de baciloscopia directa, cultivo y clínica compatible). Se interrogó acerca de: uso de ATB previos al diagnóstico de TB (Nº de esquemas previos, cantidad de meses de síntomas, cantidad de consultas previas, comorbilidades asociadas (VIH, DBT, ALCOHOL, ETC, ETC)).

Resultado: Fueron analizados 21 pacientes con diagnóstico de TB pulmonar de los cuales 52 % fueron mujeres, 19 % del total de la muestra tuvieron coinfección con VIH/sida, solo el 4 % presentó otra comorbilidad distinta a VIH (DBT, EPOC, OH) y 4 % tuvo antecedentes de contacto con el sistema de salud. Se obtuvo como resultado una demora promedio desde el inicio de los síntomas de 3.7 meses y un promedio de 2.5 consultas al medio asistencial, previo al diagnóstico de TB. El 57 % de los pacientes habían recibido antibioticoterapia en algún momento desde que se habían iniciado los síntomas.

Conclusión: Estamos frente a una enfermedad cuya prevalencia e implicancia clínica nos obliga a enmarcarla como una patología de alta importancia médica, en la cual el diagnóstico y su tratamiento precoz contribuiría a disminuir la morbilidad, mortalidad y su diseminación o prevalencia. Con los datos obtenidos de nuestro estudio, pensamos que debe trabajarse fuertemente desde las autoridades gubernamentales y educativas a través de programas para alertar e instruir a los médicos generalistas sobre la prevalencia de esta enfermedad y la importancia de su diagnóstico precoz.

PE066 A propósito de un caso: botulismo en una lactante de 5 meses alimentada con lactancia materna exclusiva

Rea MC, Olea M.

Hospital del Niño Jesús. S.M. de Tucumán. Argentina. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: El botulismo del lactante (BL) es una enfermedad producida por *Clostridium botulinum* (CB), que produce toxina botulínica que bloquea la liberación de acetilcolina en las terminales presinápticas generando una intoxicación neurológica. En Argentina se registran unos 25-30 casos al año, en su mayoría niños menores de 1 año de edad. Las mayores fuentes de infección son los alimentos contaminados y el polvo procedente de suelos que poseen esporas de CB. El diagnóstico es clínico y epidemiológico, más la investigación de CB y su toxina (en sangre, heces y alimentos). El tratamiento consta de medidas de sostén y antitoxina botulínica.

Objetivos: Describir el caso clínico de una lactante hipotónica alimentada con pecho exclusivo. Actualizar los conocimientos sobre una patología poco frecuente pero letal.

Caso clínico: Niña de 5 meses de edad que consulta por ptosis palpebral bilateral, constipación, irritabilidad, succión débil, ahogo al alimentarse, pérdida del sostén cefálico, llanto monótono e hipotonía generalizada, por lo que se interna en Terapia Intermedia del Hospital del niño Jesús. En el examen físico además se constata: suficiencia cardiorrespiratoria, reflejos cutáneo - abdominales ausentes, babeo, debilidad muscular y pérdida de fuerza proximal. Se estudia como miopatía del lactante; se descarta sepsis, meningitis, intoxicación por drogas de abuso, alteraciones químicas y metabólicas. 12 días después de haberse solicitado, se confirma CB tipo A en heces. Se brindan medidas de sostén clínico. No se realiza tratamiento específico. La paciente presentó buena evolución.

Discusión: En la mayoría de los casos investigados no se llega a esclarecer el origen de las esporas responsables de la enfermedad, tal como sucedió en el caso clínico. Es probable que la lactancia materna exclusiva haya predispuesto a que la niña contraiga la enfermedad, pero a su vez, fue un factor protector de las formas severas de la misma, con recuperación espontánea sin necesidad de tratamiento específico. En el estudio de la paciente se planteó el diagnóstico de miopatía del lactante (descartándose la mayoría de las causas, quedando incompleto el mismo ya que no se realizó electromiograma, prueba de la neostigmina y no se descartó intoxicación por organofosforados). A su vez hubo demora en confirmar el diagnóstico.

Conclusión: A pesar de ser una enfermedad poco frecuente, se debe tener en cuenta en todo lactante hipotónico e insistir en las medidas de prevención.

PE067 Aspectos clínico-epidemiológicos de la paracoccidioidomicosis en Argentina en el quinquenio 2013-2017. Importancia del examen orofaríngeo para el diagnóstico

Giusiano G¹, Cattana ME², Sosa MA³, Rojas F¹, Tracogna F², Negroni R⁴, Arechavala A⁴, Santiso G⁴, Messina F⁴, Chacón Y⁵, Valdez R⁵, Guelfand L⁶, Lopez Moral L⁷, Fontan C⁸, Dávalos F⁹, Afeltra J¹⁰, Almará A¹¹, Sellares O¹², Serrano J¹³, Capece P¹⁴, Posse G¹⁴, Morand M¹⁵, Mussin J¹⁶, Canteros C¹⁷.

¹Instituto de Medicina Regional. Universidad Nacional del Nordeste. ²Hospital Julio C. Peraldo. Chaco. Argentina. ³Laboratorio Central de Redes y Programas de Corrientes. Corrientes. Argentina. ⁴Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina. ⁵Hospital Señor del Milagro. Salta. Argentina. ⁶Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. ⁷Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. ⁸Hosp de Junio Chaco. ⁹Hospital San Bernardo. Salta. Argentina. ¹⁰Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina. ¹¹Hospital San Martín. Paraná. Entre Ríos. ¹²Htal. Central Reconquista. ¹³UNSE Universidad Nacional de Santiago del Estero Santiago del Estero. Argentina. ¹⁴Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ¹⁵Sanatorio Parque. Rosario. Santa Fe. Argentina. ¹⁶Instituto de Medicina Regional UNNE. Resistencia. Chaco. ¹⁷IANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

La paracoccidioidomicosis (PCM) es una de las micosis sistémicas endémicas más comunes de Latinoamérica, junto a la histoplasmosis. Es causada por hongos termodimorfos del género *Paracoccidioides*. En Argentina se presenta en dos áreas, la más extensa involucra a 7 provincias del noreste (NEA) y un área menor en el noroeste (NOA). Para actualizar el conocimiento sobre la PCM en la Argentina y la región, desde el Dpto. de Micología del Instituto de Medicina Regional de la UNNE se inició en 2015 un estudio multicéntrico convocando al registro de todos los casos. El objetivo es presentar datos preliminares sobre aspectos clínico-epidemiológicos de los casos de PCM en pacientes argentinos en el periodo de enero de 2013 a diciembre de 2017. Se registraron 149 casos. La relación hombre-mujer fue 11,4:1. La media de edad para las mujeres fue 42 años (rango 17-75) y 51 años (rango 14-89) para los hombres. El trabajo rural y el tabaquismo fueron los factores de riesgo más significativos, no así el etilismo. El 86 % de los casos se registró en el NEA con más del 50 % en la Provincia del Chaco. El 80 % (120) se presentó como PCM crónica y mayoritariamente del NEA. En el NOA el 24 % de los casos se presentó con la forma aguda o subaguda. La forma unifocal de la enfermedad se presentó en un 5 % (7) con lesiones a nivel óseo o de SNC. El 50,3 % de los pacientes presentaron manifestaciones mucocutáneas, principalmente lesiones granulomatosas a nivel de labios, mucosa yugal y paladar, seguidas por las manifestaciones pulmonares (45 %). Las lesiones granulomatosas a nivel cutáneo superaron el 10 % de los casos. En SNC se presentó en 4 casos, 2 de ellos como PCM unifocal. Siendo la inmunodifusión una importante herramienta diagnóstica, el 15 % de los casos probados microbiológicamente resultaron no reactivos. Ambas zonas endémicas experimentan cambios epidemiológicos respecto de informes anteriores, excepto en la relación hombre-mujer, aunque ésta es menor que la de otros países de Latinoamérica. Siendo que la serología puede constituir en algunos casos la única herramienta diagnóstica, la ausencia de reactividad por la falta de reconocimiento de anticuerpos, exige el conocimiento de las especies y genotipos circulantes en Argentina y, probablemente, la producción de antígeno con cepas autóctonas. Las lesiones orofaríngeas llevaron al diagnóstico en más de la mitad de los casos. Teniendo en cuenta la carga fúngica elevada que generalmente se observa en las lesiones mucocutáneas y considerando que la toma de muestra de ellas es mínimamente invasiva, el entrenamiento y la experiencia en la observación por parte del médico clínico y, en especial del otorinolaringólogo, se vuelve una herramienta muy importante para el diagnóstico diferencial de esta micosis en áreas endémicas o frente a pacientes con antecedentes de haber vivido o trabajado en ella.

PE068 Formas clínicas de leishmaniasis fuera de área endémica

Repetto S¹, Tudanca V¹, Zubeldia Brenner L¹, Sierra M¹, Stecher D¹, Pisaresky A¹, Rojas F¹, Ruybal P².

¹Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina. ²Instituto de Biología Molecular y Celular. Rosario. Argentina

Introducción: La leishmaniasis es un conjunto de enfermedades vectoriales. La leishmaniasis cutánea (LC) se manifiesta con úlceras en rostro y extremidades. Puede reactivarse por la migración de los parásitos a la mucosa del tracto respiratorio superior provocando la leishmaniasis mucocutánea (LMC). Esto se asocia principalmente a la infección con *Leishmania braziliensis*. La leishmaniasis visceral (LV) es la forma más severa de la enfermedad afectando al sistema retículo-endotelial. En Argentina, la LC es endémica en 9 provincias del norte y la LV está en activa dispersión en Misiones y Corrientes. El diagnóstico se realiza

mediante cultivo, frotis, PCR o serología y el tratamiento está normatizado con el esquema terapéutico sugerido por la OMS.

Objetivo: Realizar una evaluación de las formas clínicas y estrategias de diagnóstico de la leishmaniasis fuera del área endémica.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio trasversal 2015-2018 en un hospital de CABA. Se definió paciente con sospecha de LTA (leishmaniasis tegumentaria americana, LC + LMC) o LV a aquellos con lesiones sospechosas (LTA) o fiebre (LV) de más de 2 semanas de evolución con residencia actual o viaje durante el último año a zona con transmisión activa de la enfermedad. Se recopilaban datos epidemiológicos y clínicos. El diagnóstico se realizó por frotis de escarificación de la lesión (LTA), o médula ósea (LV), histopatología, PCR y secuenciación (gen HSP70). Se indicó tratamiento según recomendaciones de la OMS. Se expresaron las variables en frecuencias y porcentajes.

Resultados: Se evaluaron 13 casos de LTA, 7 (53,8 %) de LMC y 6 (46,2 %) de LC. La mediana de edad fue de 49 (19-75) años y 61,5 % del sexo masculino. En todos los casos el diagnóstico se realizó por visualización de amastigotes en frotis y solo en uno se observaron parásitos en la histopatología. La PCR fue positiva en el 69,2 % de las muestras (*L. braziliensis*). Los pacientes con LC provenían de Argentina (33,3 %, Chaco), Bolivia, Colombia, Paraguay y África (16,7 % en cada caso). Se observaron lesiones en nariz 33,3 %, miembro inferior 50 % y superior 16,7 %. La mediana del tiempo de evolución fue de 2 (1-12) meses. Los pacientes con LMC provenían de Argentina (42,9 %, Santiago del Estero y Tucumán), Bolivia y Paraguay (28,6 % en cada caso). El compromiso mucoso se observó en nariz 71,4 % y cavidad oral 57,1 %. La mediana del tiempo de evolución fue de 12 (3-72) meses. El 42,9 % recibía tratamiento con esteroides a dosis inmunosupresoras. El paciente con LV provenía de Misiones con fiebre de origen desconocido, sospecha de síndrome mieloproliferativo de 1 año de evolución y antecedentes de contacto con caninos enfermos. El diagnóstico se realizó por observación de amastigotes y PCR en MO.

Conclusiones: En un área sin transmisión vectorial se debe considerar esta parasitosis como diagnóstico diferencial en casos con lesiones no traumáticas y de evolución crónica. Los antecedentes epidemiológicos son fundamentales para la orientación diagnóstica. En nuestra población se detectó la especie *L. braziliensis*, resaltando el riesgo de reactivación a la forma LMC. El diagnóstico por frotis fue más eficiente y menos invasivo que la histopatológica.

PE069 Resistencia primaria a fármacos antituberculosos en un Hospital Interzonal Especializado de la provincia de Buenos Aires en el período 2013-2018

Ambroselli PN, Anganuzzi MI, Fantoni N, Solari AM, Villegas DV, Scala S, Garbarino ML, Tonin D, Suarez J, Spinelli N, Echegoyen A, Kriwezenia L.

Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La resistencia primaria se genera cuando un paciente portador de una resistencia adquirida contagia a una persona que previamente no ha tomado ningún tratamiento antituberculoso, o lo ha hecho durante menos de un mes. El estudio y seguimiento continuo de este tipo de resistencia tiene interés epidemiológico, ya que mide y alerta sobre la existencia de cepas circulantes resistentes en una comunidad. La tuberculosis resistente a fármacos (TB-DR) es un grave problema de salud pública a nivel global.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que detalla las características de la TB resistente primaria en muestras respiratorias recibidas en un Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos de la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre 2018. Se analizaron casos de tuberculosis pulmonar a fin de establecer las cepas con algún tipo de resistencia. El protocolo para análisis fue la realización de pruebas de sensibilidad, en muestras con desarrollo de *M. tuberculosis*, por método de Canetti y en algunos casos por método líquido Mgit 320. Se descartaron pacientes que habían sido expuestos a drogas tuberculostáticas. Posteriormente se analizaron las fichas epidemiológicas correspondientes a fin de analizar factores de riesgo notificables (nacionalidad, edad, sexo, personal de salud, contacto de pacientes con TB-DR, inmunocomprometido, diabético, niño, adicciones y otro).

Resultados: Se analizaron 1566 muestras respiratorias con desarrollo de *M. tuberculosis*. Presentaron resistencia al menos a una droga de primera línea 71 muestras (4,53 %), siendo el 81,6 % muestras de esputo. Características demográficas: sexo masculino 57,75 %, nacionalidad argentina 74,6 %, 14 % extranjeros y no se conoce nacionalidad en el 11,4 %. El grupo etario predominante fue el comprendido entre 25 y 44 años (46,4 %), seguido de aquellos entre 15 y 24 años con 25,35 %. El 19,7 % (14 pacientes) presentaron algún factor de riesgo identificable en la ficha epidemiológica: 5 fueron portadores del VIH, 3 niños, 2 se encontraban privados de su libertad, 2 presentaban antecedentes de contacto con pacientes bacilíferos y 2 estaban institucionalizados (hogar de cuidados). De acuerdo a las definiciones de la OMS se obtuvo 36 casos monorresistentes (2,29 %), 18 polirresistentes (1,14 %), 14 TB-MR (0,89 %) y ninguno de TB-XDR. Cabe destacar que 30 casos (83,331 % de los monorresistentes) presentaron resistencia a isoniacida.

Conclusión: En nuestro trabajo, a pesar de que se analizaron casos de una sola región de la provincia de Buenos Aires, los porcentajes de resistencia no difieren de la epidemiología encontrada en la bibliografía local. A diferencia de lo publicado en algunos estudios, y de que un 20 % de los pacientes presentaron algún factor de riesgo, no se encontró relación entre resistencia primaria y un factor de riesgo específico, aunque esto podría deberse a la falta de datos en las historias clínicas. Cabe destacar que en su mayoría las resistencias fueron a una sola droga, sobre todo a isoniacida.

PE070 Sospecha de enfermedad de Lyme en Argentina, estado de situación

Armitano RI¹, Orduna T², Alonso R³, Jacob N⁴, Borrás P¹, Prieto M¹, Schieffer M⁵.

¹ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Argentina, ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina. ³Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.

CABA. Argentina. ⁴Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina. ⁵Division of Vector Borne Diseases. Bacterial Diseases Branch. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Atlanta. Estados Unidos.

Las enfermedades transmitidas por vectores representan el 17 % de las enfermedades infecciosas a nivel mundial. La Enfermedad de Lyme (EL) es producida por bacterias del complejo *Borrelia burgdorferi* (B.b) sensu lato, que se transmite al humano por la mordedura de garrapatas del Complejo Ixodes ricinus distribuidas en el hemisferio norte. Hasta la actualidad en Argentina no se reportaron casos autóctonos de EL por B.b y tampoco se ha identificado algún vector transmisor. El objetivo de este estudio fue analizar mediante las consultas por sospecha de EL, recibidas en el Servicio Bacteriología Especial (SBE), INEI-ANLIS "Carlos G. Malbrán", el estado de situación de dicha enfermedad en Argentina. Durante el período 09/2014-09/2017 se registraron 50 consultas a partir de las cuales se recibieron 50 muestras de suero y 4 de LCR. En el SBE se realizó la detección de anticuerpos IgM/IgG mediante ensayo inmunoenzimático (EIA) (IDEIA-OXOID), en suero y LCR, según instrucciones del fabricante. El 92 % de las consultas fueron de residentes en Argentina, principalmente en CABA y provincia de Buenos Aires (54 %). A partir de la ficha epidemiológica se obtuvieron los siguientes datos: 1)- media de edad, 44 años; 2)- 54 % fueron masculinos; 3)- 62 % consultó por sintomatología neurológica y el 15 % por síntomas reumatológicos; 4)- 44 % no refería viaje a zona endémica; 5)- 46 % relató mordeduras por garrapatas; 6)- 44 % de los pacientes nunca habían realizado consulta con un profesional médico. De los 50 pacientes estudiados, 9 tenían resultados (+) previos, emitidos por laboratorios privados: 6/50 tenían Inmunofluorescencia Indirecta (IFI) (+), uno de estos pacientes también presentó PCR (+); 1/50 presentó EIA (+) y 2/50 mostraron EIA (+) y Western Blot (WB) (+). Todas las muestras de LCR y 48/50 muestras de suero fueron no reactivas. Solo dos muestras de suero resultaron

reactivas, estas provenían de una paciente con viaje a Polonia y eritema migrante. En octubre de 2017 se enviaron al CDC 10 muestras de suero de 9 pacientes para detección de IgM/IgG por EIA y WB. Los criterios de selección fueron: 1)- viaje a zona endémica; 2)- resultados (+) por IFI, EIA o WB remitidos por otros laboratorios. 7/9 pacientes relataron viaje a zona endémica y resultados (+) por IFI/EIA; los dos restantes a pesar de no registrar permanencia en zona endémica tenían resultados (+) de EIA y WB emitidos por un laboratorio del extranjero. Los resultados obtenidos por el CDC fueron 100 % concordantes con los obtenidos en el SBE. Solo 2/10 muestras fueron reactivas para IgM/IgG, las restantes 8/10 fueron no reactivas, este último grupo de muestras incluyó los sueros con resultados (+) remitidos por el laboratorio extranjero. Los estudios de campo no han demostrado la presencia del vector en Argentina. Se considera como criterio de inclusión para estudio diagnóstico, el antecedente de viaje y permanencia en zona endémica confirmada de EL. Para estos casos el SBE recibirá las muestras que cumplan con este criterio, y realizará una prueba serológica de EIA. Las muestras con resultados (+) serán derivadas al CDC para su confirmación por WB. Es importante implementar, sistemas de vigilancia que tengan en cuenta las características epidemiológicas locales e incorporar el uso técnicas diagnósticas recomendadas por el laboratorio de referencia de CDC que permitan resolver el diagnóstico de casos importados.

PE071 *Diocotophyma renale*: primer caso en humanos descrito en latinoamérica

Martinez M, Nuñez S, Zarate S, Haiquel L, Staneloni E, Veron T.
Sanatorio Güemes. CABA. Argentina.

La infección por *Diocotophyma renale* es una causa relativamente frecuente de hematuria y masa renal en diversos mamíferos carnívoros domésticos y silvestres. La infección en humanos es infrecuente, con menos de veinte casos reportados en el mundo. Varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, oriundo de Italia, vive en CABA, chófer de transporte público y niega consumo de pescados y mariscos crudos. Consultó por dolor lumbar de tipo cólico derecho asociado a hematuria intermitente sin coágulos, de dos meses de evolución, asociado a expulsión espontánea de un helminto filiforme móvil en dos oportunidades. Recibió nitazoxanida luego del primer episodio, sin respuesta. Laboratorio con leve leucocitosis neutrofílica sin eosinofilia. Ecografía renal con riñón derecho aumentado de tamaño y de ecoestructura heterogénea difusa a expensas de imagen nodular de aspecto sólido polilobulado en tercio medio y polo inferior. RM de abdomen y pelvis evidenció formación expansiva lobulada de señal heterogénea de aproximadamente 70x66x57 mm con realce heterogéneo poscontraste. Con la segunda expulsión del helminto, se envió el ejemplar a estudio parasitológico, con diagnóstico de *Diocotophyma renale*. El examen seriado de orina fue negativo para la detección de huevos y parásitos. Dada la sospecha de tumor renal asociado, se inició tratamiento con albendazol prequirúrgico por 7 días, y se realizó la nefrectomía radical. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica informó carcinoma renal de células claras, sin restos parasitarios. Evolucionó sin complicaciones con egreso sanatorial a los 6 días. La diocotophymosis es una helmintiasis cosmopolita, frecuente en caninos. En nuestro medio ha sido descrito en perros. El compromiso en humanos es excepcional, produciendo inflamación crónica con destrucción del parénquima renal, manifestandose como hematuria y eliminación de helmintos por orina. En algunos casos se ha asociado a neoplasias del tracto urinario. Dado que en nuestro país existe el ciclo en huéspedes definitivos (perros), siendo el hombre un huésped paraténico, debe ser considerado en pacientes con hematuria y masa renal derecha.

PE072 Encefalitis de San Luis, descripción de un caso clínico en la ciudad de Pergamino en febrero de 2019

Crivelli AJ¹, Bonaldo Dias M¹, Jauregui L¹, Crivelli E¹, Borri R¹, Lanternier J¹, Lanternier S¹, Luppo V², Sinchi A², Briggiler AM², Fabbri C², Morales MA².

¹Hospital Interzonal General de Agudos San José. Pergamino. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) Dr. Julio I. Maiztegui. Pergamino. Argentina.

Introducción: El primer brote humano con sintomatología neurológica por el virus de la Encefalitis de San Luis (SLEV) en Argentina, fue en la provincia de Córdoba (2005), seguido por otros de menor magnitud en el AMBA (2010) y en la ciudad de San Juan (2011), además de casos esporádicos en diferentes provincias. Estudios ecológicos han permitido identificar *Culex quinquefasciatus* como el vector en los ciclos de transmisión. En Pergamino (provincia de Bs As) se diagnosticaron tres casos sintomáticos (un caso fallecido) por SLEV en 2015 y detección genómica en un contacto asintomático del genotipo III viral. El objetivo de este trabajo es la descripción clínica de un nuevo caso humano neurológico detectado en Pergamino en 2019.

Resumen clínico: Varón de 70 años oriundo de Pergamino, barrio céntrico, jubilado, sin animales en su hogar, sin viajes en el último mes, antecedente de hipertensión arterial. Comienza con cuadro de desorientación y fiebre de 48hs de evolución. Al ingreso en guardia presenta tendencia al sueño, inestabilidad en la marcha y desorientación temporoespacial, se realiza TAC de SNC y punción lumbar, inicia ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. Evoluciona afebril con mejoría progresiva neurológica, sin secuelas. Exámenes complementarios: laboratorio Hto:43 Hb:14 GB:17.600 (PMN:86/MN:7) plaquetas 206.000 urea:47 creatinina:0.99 glucemia:122 sodio:140 potasio:3.76 LCR físico químico 35 células (90 %MN) glucorraquia 50mg/dl, proteínas 283 mg/dl, LCR cultivo gérmenes comunes negativo, LCR PCR enterovirus y herpes virus negativo, hemocultivos x 2 para gérmenes comunes negativo, serología SLEV IgM (MAC-ELISA) positivo, IgG (neutralización PRNT 90 %) positiva. La muestra de LCR fue insuficiente para el estudio del SLEV. La detección de genoma viral por qRT-PCR en la muestra de suero de 2 días de evolución fue negativa para SLEV, TAC de cerebro normal, radiografía de tórax sin infiltrados patológicos.

Discusión: El presente caso clínico cumple con los criterios clínicos y de laboratorio de la encefalitis de San Luis en una zona epidemiológica donde se presentaron casos similares en años previos. La enfermedad tiene un tiempo de incubación de 4 a 21 días, se presenta más frecuentemente en los meses cálidos del año, fundamentalmente a fines de verano y principios del otoño. Este hecho estaría vinculado a la mayor actividad del mosquito *Culex*. Respecto a las manifestaciones clínicas se presenta con un síndrome febril inespecífico asociado o no a síntomas neurológicos ya sea meningitis (cefalea, rigidez de nuca, náuseas y vómitos) encefalitis (disminución del nivel de conciencia, letargo, coma, temblores, mioclonias, nistagmo, ataxia) o meningoencefalitis, según edad de contagio. El virus SLEV pertenece a la familia Flaviviridae y presenta similitud antigénica con otros arbovirus circulantes en la Argentina (dengue, fiebre amarilla, oeste del Nilo, Ilheus) con los cuales puede tener serorreactividad cruzada en las pruebas serológicas. Se debe recordar que la viremia por SLEV en humanos suele ser escasa y de corta duración, por lo cual el hombre es huésped terminal y la mayoría de los casos sólo se detectan por métodos serológicos. Este caso se detecta en un contexto epidemiológico de confirmación de brotes de dengue en varias provincias argentinas, incluida Santa Fe, cercana a la ciudad de Pergamino.

Conclusiones: La descripción del presente caso refleja la actual transmisión del SLEV en la ciudad de Pergamino por lo que es necesaria la intensificación de la vigilancia del síndrome febril inespecífico y/o con sintomatología neurológica para la mejora en la detección temprana de nuevos casos e identificar los reservorios y vectores involucrados en la transmisión para evitar futuras epidemias.

PE073 Infecciones comunitarias por *Candida glabrata*

Fernandez J, Contreras.

Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Las infecciones por *Candida* sp. han aumentado su incidencia en las últimas décadas, ocasionando importante morbi-mortalidad. Aunque *C. albicans* es la especie más frecuente, hay un significativo aumento de otras especies siendo *C. parapsilosis*, *C. tropicalis* y *C. glabrata* las más importantes. La colonización por esta levadura se incrementa con la hospitalización y el deterioro clínico del enfermo. *C. glabrata* se aísla cada vez con mayor frecuencia en micosis sistémicas graves y candidemia en enfermos críticos e inmunodeprimidos.

Descripción: de casos clínicos de pacientes ambulatorios con infecciones invasivas por *C. glabrata*. Mujer de 70 años con diabetes, nefropatía e HTA. Consultó 07/12/18 en el hospital Rawson por tumor en flanco izquierdo de un mes de evolución, afebril. Leucocitosis con neutrofilia, eritrosedimentación 66 mm proteína C reactiva (PCR) 299. Se objetivó colección en tejido celular subcutáneo y en retroperitoneo mediante ecografía de partes blandas y TAC de abdomen. Inició piperacilina/tazobactam más vancomicina. Se obtuvo material purulento por punción percutánea, en examen directo informó levaduras por lo que se agregó fluconazol. Hemocultivos negativos. Drenaje percutáneo guiado por TAC de más de 2000 ml de material purulento. No se halló otro sitio de infección. Desarrolló *C. glabrata* resistente a fluconazol, se rotó a anidulafungina. Cumplió 15 días de tratamiento endovenoso con buena evolución. Varón de 75 años, sin comorbilidad, internado el 01/01/19 en el hospital Rawson por celulitis necrotizante inició tratamiento empírico con ampicilina/sulbactam y clindamicina y toilette quirúrgica, en hemocultivos al ingreso se aisló *C. glabrata* sensible a fluconazol se agregó fluconazol. hemocultivos de control negativos. Completo 14 días de tratamiento endovenoso con buena evolución infectológica. Mujer de 41 años, reemplazo valvular mitral, ingresó en una clínica privada por neumonía bilateral y candidiasis esofágica, debut diagnóstico de VIH, por falta de respuesta al tratamiento con fluconazol se realizó biopsia esofágica en la cual se el 09/01/19 aisló *C. glabrata* resistente fluconazol, se rotó tratamiento a anfotericina liposomal, completó 4 semanas con buena evolución. Varón de 44 años, con antecedentes de hipertiroidismo y diabetes, internado en el Hospital Marcia Quiroga el 12/01/19 por pielonefritis complicada, inició tratamiento con Ceftriaxona, hemocultivos y Urocultivo positivos para *C. glabrata* sensible a micafungina y anfotericina, resistente a caspofungina y fluconazol. Realizó 14 días de tratamiento con anfotericina luego de hemocultivos de control negativos con buena evolución. Ecografía y tomografía con signos de pilenefritis.

Conclusiones: Describimos la emergencia reciente de *C. glabrata* como patógeno comunitario en tres centros de nuestra provincia, el tratamiento adecuado no fue precoz a pesar de lo cual no se registró mortalidad. Consideramos necesario obtener más datos que nos permitan definir la epidemiología de este patógeno.

PE074 Infección por *M. bovis* en niños internados en un hospital pediátrico de tercer nivel: serie de casos

Mónaco MA, Deschutter V, Perez G, Taic M, Epelbaum C, Gomez S, Ruvinsky S, Berberian G, Rosanova M, Izaguirre MJ, Bologna R.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: La tuberculosis es una de las principales causas de morbimortalidad en el mundo, siendo *M. tuberculosis* el principal agente etiológico. Se estima que en el 3 % de los casos el agente causal es *M. bovis* (no vaccinal), siendo más frecuente la infección en países con inadecuado control de la enfermedad en el ganado y de la pasteurización de los productos lácteos. *M. bovis* es indistinguible de *M. tuberculosis*, excepto por su resistencia a la pirazinamida, siendo fundamental el correcto diagnóstico microbiológico para instaurar el tratamiento adecuado. En el hospital Garrahan los últimos casos de *M. bovis* se registraron en el año 2007, observándose la aparición en 2017 de nuevos casos, de los cuales se realizó una descripción de sus características clínicas y epidemiológicas.

Descripción: Se estudiaron los casos ocurridos entre el 1/07/2017 al 31/12/2018. Se constataron 13 casos, correspondiendo al 16,6 % del total de casos de tuberculosis por *M. tuberculosis* complex (n: 78). El 84,6 % de los pacientes eran argentinos, siendo todos residentes en el país (CABA: 5, conurbano 6, provincia de Buenos Aires 1, Santiago del Estero 1). El promedio de edad fue de 11,4 años (rango 4 – 16), siendo más frecuente en mujeres (8/13). El 38,5 % (n: 5) presentaban enfermedad de base, de los cuales 2 recibían tratamiento inmunosupresor (LLA mantenimiento, enfermedad de Crohn). En cuanto a los antecedentes epidemiológicos, 4 pacientes referían consumo de quesos no pasteurizados y 2 fueron contacto de un familiar conviviente con tuberculosis (7 no refirieron tener un nexo epidemiológico). El 84,6 % (n: 11) presento síntomas. En dos pacientes asintomáticos el diagnóstico se realizó como parte del catastro por contacto con familiar conviviente con tuberculosis. Los síntomas fueron indistinguibles de los causados por *M. tuberculosis*, dependiendo el cuadro clínico del órgano principalmente afectado. En uno de los casos se asoció a eritema nodoso de 4 años de evolución. En el resto la duración de los síntomas tuvo un rango amplio, desde 10 días a 12 meses previos a la internación. Siete pacientes presentaron compromiso extra pulmonar (3 ganglionar, 2 SNC, 2 intestinal). A su vez, 3 niños presentaron compromiso pulmonar asociado. Se le aplicó PPD a 9 de los 13 pacientes, de los cuales sólo 1 presentó reacción positiva. El diagnóstico se realizó a través del estudio microbiológico, presentando 9/10 muestras respiratorias cultivo positivo para *M. bovis*, de las cuales en 1 la baciloscopia fue positiva. Otros lugares de aislamiento fueron: LCR (n: 1), líquido pleural (n: 3), biopsia de intestino (n: 1) y ganglionar (n: 3). Todos presentaron resistencia a pirazinamida y sensibilidad a isoniazida y rifampicina. El diagnóstico de *M. bovis* se confirmó a través del estudio molecular. Los pacientes continuaron el tratamiento con HRE, siendo la duración del mismo entre 6 a 12 meses dependiendo del foco clínico. Solo se observaron secuelas en pacientes con compromiso del SNC (hidrocefalia y déficit motor).

Discusión: Se observó la aparición de nuevos casos de tuberculosis por *M. bovis* a partir del año 2017. Fue de relevancia el antecedente de consumo de alimentos no pasteurizados, no pudiendo descartarse en otros casos la transmisión respiratoria. Los síntomas fueron similares a los ocasionados por *M. tuberculosis*, con predominio del compromiso extra pulmonar. Cabe destacar la importancia de la correcta y pronta identificación microbiológica para el adecuado tratamiento.

PE075 Sobreinfección bacteriana en reacción lepromatosa tipo 2

Villalba Apestegui P, Mendez G, Niveyro C, Villamandos S.

Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas. Argentina.

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente la piel y nervios. La reacción de lepra tipo 2 es una reacción de hipersensibilidad tipo III Th2. Las múltiples manifestaciones sugieren un alto nivel de sospecha de la enfermedad de Hansen y sus variantes clínicas. Presentamos un caso de sobreinfección bacteriana en una paciente con diagnóstico de reacción lepromatosa tipo 2 con evolución favorable al tratamiento antibiótico.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 49 años con diagnóstico de enfermedad de Hansen en 2017 para lo cual realizó tratamiento por 12 meses con pauta multibacilar de la Organización Mundial de la salud. Inicia 7 días previos a la consulta con lesiones tipo eritemato-papulosa dolorosas en miembros superiores

e inferiores. Consulta por falta de mejoría de lesiones y aparición de registros febriles recibiendo tratamiento con penicilina benzatínica, betametasona oral y cotrimoxazol sin mejoría. Al ingreso presentaba múltiples lesiones eritematosas, nodulares y dolorosas en miembros superiores, miembros inferiores y cara. Además, presentaba lesiones en placas con ampollas necróticas distribuidas en misma región descrita, por características de las lesiones se tomaron hemocultivo por 2 y punción por piel sana de lesiones fluctuantes, se inició tratamiento empírico con vancomicina 2gr dosis de carga y luego 1gr cada 12hs. Laboratorio de ingreso albuminemia 2.90 g/dl, creatinemia 1.14mg/dl, glucemia 103mg/dl, hematocrito 35 %, hemoglobina 11.70 g/dl, recuento de leucocitos 17.230 mm³, neutrófilos segmentados 89 %, recuento de plaquetas 293.000 mm³, serología VIH no reactivo, anticuerpos antinucleocitoplasmáticos por inmunofluorescencia negativo, VDRL/USR no reactivo, antígeno de superficie no reactivo y anti IgG hepatitis C no reactivo. La paciente evoluciona afebril a las 48hs con las lesiones en piel mejoraría durante el tratamiento antibiótico a pesar de que los hemocultivos y punción por piel sana finalizaron negativos, se realizó la toma de biopsia de piel presentando en anatomía patológica un infiltrado inflamatorio linfocitario con abundantes macrófagos espumosos, dispuestos alrededor de los plexos vasculares superficiales y profundo, perineural y perianexial. La coloración de Fite-Faraco evidenció numerosos Bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) y globis. Compatible con enfermedad de Hansen. Evolucionó favorablemente al tratamiento antibiótico y fue externada con controles por ambulatorio por Servicio de Dermatología.

Discusiones: Se describe el siguiente caso por las polifacéticas manifestaciones que presenta la enfermedad de Hansen y reacciones asociadas durante o posterior a la poliquimioterapia, siendo un diagnóstico diferencial para tener en cuenta en zonas endémicas. La mejoría ante el uso de antibiótico para cobertura de gérmenes de piel sugiere una entidad de sobreinfección bacteriana en paciente con reacción lepromatosa tipo 2, confirmada por clínica y anatomía patológica.



Lesiones al ingreso

Lesiones al 4to día de antibióticos

PE076 MOE cerebral en paciente inmunocompetente

Pranzetti M, Bucari M, Capello S, Capponi P, Gariotti M, Gauchat A, Italiano M, Mazzuferi F, Nisnovich G, Pasciutto N.
Sanatorio Nosti. Rafaela. Santa Fe. Argentina.

Paciente masculino de 30 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos, consulta por cefalea holocraneana de 8 días de evolución, que no cede con analgésicos comunes y apatía de igual cronología, agregando 24 horas previas déficit visual. Examen físico: presenta déficit de sexto par craneal derecho, síndrome frontal basal. Fondo de ojo: sin particularidades. Laboratorio: GB: 17800 mm³- HB: 15.0 g % - HTO: 46.0 %- PCR: 1.6 mg/l- VSG: 12 mm/h- glicemia: 129 mg/dl- uremia: 22 mg/dl- creatinemia: 1.36 mg/dl- Na: 139 mEq/l- K: 3.1mEq/l- Cl: 101mEq/l. Radiografía de senos paranasales: engrosamiento de la mucosa a nivel de seno maxilar derecho e hipoplasia de seno frontal izquierdo. Radiografía de tórax: sin alteraciones pleuropulmonares evolutivas o residuales. TAC de cráneo ponderada en cortes axiales: lesión expansiva frontal derecha hiperdensa con calcificación basal e interna de bordes definidos, de 58 mm por 40,9 mm por 56 mm, presenta cavitación quística en su interior, con efecto de masa y edema perilesional. RMN: se objetiva en región prefrontal derecha, voluminosa formación multiquística y septada, con contenido espeso/purulento y cálcico, rodeado en T2 y FLAIR de edema vasogénico, generando efecto de masa sobre estructuras adyacentes. Se realiza craneotomía frontotemporoparietal derecha, objetivándose salida de material purulento, se toma muestra para cultivo, se observa la presencia de granuloma infectado que rodea a quistes, se realiza exeresis de lesiones quística, y de su capsula de manera completa, y se coloca drenaje extradural. Se solicitó arco 5 que es negativo, tomografía computada de tórax y abdomen sin particularidades. Se diagnóstica hidatidosis cerebral primaria sobreinfectada por estafilococo aureus coagulasa negativo. Se decide no realizar tratamiento antiparasitario.

PE077 Staphylococcus coagulasa positivos no aureus causantes de zoonosis emergentes en humanos, a propósito de un caso clínico

Orejas MC, Sellart G, Magariños F, Facente A, Etchegoyen M.
Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo. Lomas de Zamora. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los patógenos zoonóticos representan aproximadamente el 60 % de todos los agentes capaces de infectar a los humanos. La transmisión de los mismos se basa en la interfaz humano-animal, definida como el contacto continuo entre humanos y animales, sus ambientes o productos. Los estafilococos son organismos colonizadores de la piel y mucosas. Entre los Estafilococos No Aureus coagulasa positivos, los del grupo *Staphylococcus intermedius* (*S. intermedius*, *S. pseudintermedius* y *S. delphini*) son colonizadores y patógenos importantes de perros, gatos y otros animales domésticos y salvajes habiéndose reportado el primer caso de infección por *S. pseudintermedius* en el año 2006 por Van Hoovels et al. y colaboradores.

Descripción de caso: Masculino de 66 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, ictiosis, dueño de dos perros sanos cursando internación por hematoma intraparenquimatoso en región frontal derecha sin conducta neuroquirúrgica más síndrome febril. Al examen físico clínica y hemodinámicamente estable, vigil, bradipsíquico sin foco motor ni irritación meníngea. Soplo holosistólico eyectivo sin signos agudos de falla de bomba. Eritema y calor en cara medial de rodilla izquierda con choque rotuliano. Resto de examen sin hallazgos patológicos. Laboratorio: GB 20810K/uL, BT 5,03mg/dl BD 3,24mg/dl FAL1540 U/L GOT 96U/L GPT 106U/L Urea 76mg/dl Cr 1,39mg/dl. Resto dentro de parámetros normales. Serologías para VIH, VHB, VHC y sífilis: No reactivas. Líquido cefalorraquídeo y articular: no patológicos. Hemocultivos con rescate de cocos positivos en racimo DNAasa y agar salado manitol positivos, con identificación presuntiva de *S. aureus* a las 24 hs. Al día siguiente fue identificado a través de un método automatizado de identificación y sensibilidad (vitek, bioMérieux) como *S. pseudintermedius* sensible a oxacilina, vancomicina, ciprofloxacina, gentamicina, rifampicina, trimetoprima sulfametoxazol; resistente a clindamicina y eritromicina. Urocultivo negativo. Resto de estudios sin particularidades. Inicia tratamiento empírico con vancomicina+cefalotina completando 14 días de tratamiento endovenoso con cefalotina por bacteriemia secundaria a *S. pseudintermedius* ajustado a sensibilidad de antibiograma; luego de lo cual se rota a vía oral y se externa con trimetoprima sulfametoxazol con buena respuesta al tratamiento y evolución clínica.

Discusión: *S. pseudintermedius* ha sido estudiado en los últimos años como patógeno emergente capaz de colonizar al humano por interacción con los corneocitos, producción de biofilms y por presentar la combinación de dos nuevos elementos SCCmec (II y III) que le confieren resistencia a meticilina. El rol de la proteína de Pantón Valentine en su patogenia aún no está claro. La identificación errónea de *Staphylococcus* grupo *intermedius* como *S. aureus* conduce a pruebas de

susceptibilidad antimicrobiana inapropiadas utilizando cefoxitina o la interpretación inadecuada de los resultados de oxacilina usando puntos de corte de *S. aureus* más altos, lo que a su vez conduce a una clasificación errónea de *S. pseudintermedius* meticilino resistente como *S. aureus* meticilino sensible. Por lo expuesto considero de importancia tener en cuenta los antecedentes epidemiológicos y estar alerta ante la tipificación de estafilococos multirresistentes que se asemejan a *S. aureus*, pero no cumplen con los criterios de identificación de esta bacteria para poder brindar tratamiento adecuado y evitar complicaciones. Palabras clave: *S. pseudintermedius*, zoonosis, emergente.

PE078 Control de foco de rabia canina mediante campaña de vacunación intensiva/masiva de caninos y felinos para evitar casos humanos

Castillo Pascual MC, Casas N¹, Campo M², Cardone K³, Faro E⁴, Pesce M¹, Rueda D¹, Mirkin E¹.

¹Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina. ²Hospital Prof. Salvador Mazza. Salta. Argentina. ³Dirección de Municipios y Comunidades Saludables. CABA.

⁴Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria

Introducción: En una zona urbana del norte argentino se presentó un brote de rabia canina, con 4 casos confirmados por laboratorio variante 1 (V1) y 8 casos confirmados por nexo epidemiológico, entre las semanas epidemiológicas 20 y 21 de 2018. En la región de las Américas se registran casos humanos precedidos por casos caninos. Ante la situación epidemiológica en la región y en el Estado Plurinacional de Bolivia que cursó con una epidemia de rabia canina y humana, se decidió reforzar la vacunación en caninos y felinos en esta localidad fronteriza. En Argentina, en los últimos 20 años, los casos de rabia canina ocasionados por V1, ocurrieron en la región del noroeste. El último caso reportado de rabia humana transmitida por perro fue en 2008.

Objetivo: Interrumpir la circulación de virus rábico V1 mediante la vacunación de caninos y felinos para evitar la ocurrencia de casos humanos.

Metodología: Intervención activa. Campaña de vacunación intensiva y masiva de caninos y felinos en área urbana y rural con 9 brigadas (1 vacunador y 1 o 2 auxiliares) en 8 jornadas y media de trabajo en agosto de 2018. La vacunación se realizó con la estrategia de barrido casa por casa. Criterio de inclusión: todo canino y felino mayor de un mes de edad. Se priorizó la vacunación canina por ser la principal fuente de infección para el humano. La ciudad se dividió en 35 sectores, distribuyéndose las brigadas para abarcar la totalidad de los mismos. Se realizó promoción de la salud previa y durante la campaña de vacunación. Los datos fueron cargados y procesados en el programa Microsoft Excel. En el mes de septiembre personal municipal realizó la vacunación de los renuentes.

Resultados: Las actividades de promoción se realizaron previamente por los referentes locales. Para fortalecer, al inicio de la campaña, se recorrieron 12 instituciones educativas de las 13 que dispone el municipio. Mediante 5 radios y el canal de televisión local se informó el cronograma de la campaña. Se visitaron los comercios de la zona, pegando afiches en las vidrieras. El jefe de Atención Primaria de la Salud (APS) corroboró que el sistema de salud local estuviera informado de las acciones que se estaban llevando a cabo. Se capacitó técnica y operativamente a los brigadistas. Se les brindó diariamente un mapa del sector a cubrir. La gestora de datos recibió los partes con la cantidad de animales vacunados, renuentes y el acumulado diario. El censo realizado en 2017 por el área de APS del Hospital Provincial, estimó una población de 12901 animales (9522 perros y 3379 gatos). Se vacunaron 6866 perros, 3813 machos, 2931 hembras y 122 sin datos, logrando un 72.1 % de cobertura. Se vacunaron 1194 gatos, 568 machos, 612 hembras y 14 sin datos. En la visita de renuentes se logró vacunar 708 perros y 142 gatos, logrando una cobertura final del 79,5 % en caninos.

Conclusiones: La bibliografía recomienda una cobertura mínima del 80 % en caninos para lograr un efecto rebaño y así disminuir el riesgo de transmisión a humanos. Se logró un 79.5 % con una planificación adecuada y trabajo colaborativo intersectorial siendo auspicioso para la salud pública, con el fin de eliminar la rabia humana transmitida por el perro.

PE079 Encefalitis amebiana granulomatosa por *Acanthamoeba* T4 en paciente pediátrico inmunocompetente

Esposito S, Magistrello P, García AE, D'Agustini MO, Sosa F, Morales JC, Tello Brogiolo N.

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata. Argentina.

Introducción: La encefalitis amebiana granulomatosa por *Acanthamoeba* (EAG) es una infección de baja incidencia y elevada mortalidad. Los tratamientos antiparasitarios reportados son complejos y múltiples. Se describe un caso con buena evolución.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: En octubre de 2017, una niña previamente sana consultó a Emergencias por presentar hemiparesia braquiocrural izquierda de menos de 72 horas de evolución. En la Resonancia Nuclear Magnética (RNM) de encéfalo con gadolinio se constató la presencia de una neoformación sólido-quística fronto-parietal derecha con discreto edema perilesional, que desviaba levemente la línea media con tenue realce tras la administración de contraste. Se inició tratamiento con dexametasona. Como antecedente, había realizado un viaje en marzo de 2017 a complejos de aguas termales en la provincia de Entre Ríos y en Uruguay. Se plantearon como diagnósticos diferenciales EAG y Astrocitoma. Al quinto día de internación se realizó la exéresis completa de la lesión, observándose una tumoración quística de pared friable, diferenciable del parénquima cerebral, de contenido líquido, verde-amarronado y sólido duro-elástico en la región central de la lesión. Se enviaron muestras para cultivos de gérmenes comunes, hongos y micobacterias que resultaron negativos. Se sembró en ágar no nutritivo cubierto con una capa de *Escherichia coli* a 25 °C, aislando trofozoítos y quistes de *Acanthamoeba* spp. Se tipificó por Reacción en Cadena de la Polimerasa con primers JDP1 Y JDP2, correspondiendo la secuenciación al genotipo T4. La evaluación anatomopatológica informó proliferación neoplásica de apariencia glial rodeada por parénquima con astrogliosis reactiva, vasocongestión y abundantes calcificaciones. Recibió tratamiento combinado con anfotericina liposomal, voriconazol, miltefosine, azitromicina y albendazol por un mes. Continuó por 4 meses con miltefosine y voriconazol y completó los 7 meses de tratamiento con miltefosine, con regular tolerancia por efectos adversos. Actualmente, con 10 meses de seguimiento desde que se suspendió la terapia antiparasitaria, se encuentra sin síntomas neurológicos y clínicamente estable. Se controla con RNM cada 3 meses sin recaída.

Comentarios: *Acanthamoeba* spp. son amebas de vida libre ubicuas que ocasionalmente actúan como patógenos humanos. La EAG es una patología rara, que afecta típicamente a pacientes inmunocomprometidos y generalmente fatal. El genotipo T4 presenta comprobada acción patógena. Consideramos que la buena evolución presentada por nuestra paciente tras 17 meses de seguimiento podría estar relacionada con el diagnóstico oportuno, la resección neuroquirúrgica completa, el tratamiento antiparasitario combinado y la competencia inmunológica.

PE080 Larva migrans cutánea variante folicular en una viajera argentina

Orduna TA¹, Faccini MartínezAA², Riveros F³, Echazarreta S¹.

¹Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina. ²Programa de Pós graduação em Doenças Infecciosas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil. ³Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La larva migrans cutánea es una enfermedad dermatológica de carácter zoonótico causada, principalmente, por larvas filariformes del género *Ancylostoma*. Suele afectar a residentes y turistas en zonas tropicales y subtropicales. La presentación clínica clásica se caracteriza por lesiones serpiginosas asociadas a prurito intenso de predominio nocturno, autolimitándose en semanas o meses. Existen formas poco comunes de la enfermedad conocidas como variante ampollosa y variante folicular.

Descripción del caso: Paciente femenina de 22 años, residente en Buenos Aires, previamente sana, con episodios epilépticos en la adolescencia manejados con ácido valproico. Entre el 9 de febrero y el 6 de marzo de 2019 realizó viaje turístico a zonas de playa del noreste del Brasil: Jericoacoara, Canoa Quebrada y Pipa. El día 21 de febrero consultó a un hospital brasileño refiriendo múltiples lesiones pruriginosas localizadas en glúteos y región posterior de los muslos, siendo medicada con antihistamínicos sin mejoría. Durante las tres semanas posteriores realizó diversas consultas médicas en las cuales se le indicó tratamiento con aciclovir, cefalexina, ácido fusídico y corticoides tópicos; nuevamente sin respuesta satisfactoria. El día 19 de marzo consultó a nuestro servicio refiriendo exacerbación del cuadro clínico, prurito intenso de predominio nocturno, el cual llegó a interrumpir la conciliación del sueño. Al examen físico se encontraron múltiples lesiones papulares eritematosas en glúteos y cara posterior de los muslos, asociadas a algunas pústulas y a dos lesiones de apariencia serpiginosa en glúteo y antebrazo. Por la presentación clínica y el antecedente de estadía en playas, se consideró el diagnóstico presuntivo de larva migrans cutánea variante folicular, indicándose tratamiento con ivermectina 12mg día durante tres días asociado a fexofenadina por vía oral. La paciente presentó rápida y adecuada respuesta al tratamiento.

Discusión: La variante folicular de la larva migrans cutánea es una manifestación inusual, representando aproximadamente el 5 % de los casos. Se caracteriza por múltiples lesiones papulares eritematosas que comprometen los folículos pilosos, intensamente pruriginosas y asociadas o no a trayectos serpiginosos. La principal región anatómica comprometida son los glúteos. Dada la invasión del folículo piloso por parte de las larvas, se recomienda extender el tratamiento antiparasitario a dos o tres días a diferencia de la dosis única recomendado en el cuadro clínico clásico. En la práctica clínica de medicina del viajero la larva migrans cutánea suele ser un diagnóstico frecuente en turistas con manifestaciones dermatológicas que retornan de áreas tropicales y subtropicales, donde se exponen a terrenos propicios, tales como la arena de la playa, para la infestación por larvas filariformes. En profesionales de la salud que no están habituados a la entidad clínica, el diagnóstico inicial suele ser acertado en menos de la mitad de los casos, más aún cuando la misma se presenta con manifestaciones inusuales como sucedió en nuestro caso.

PE081 Exposición percutánea a virus Andes Sur en trabajador de la salud

Lavarra E¹, Cohen C¹, Lewis LC¹, Anselmo CR¹, Olivera CP¹, Cisneros NA¹, Caba SP¹, Martínez VP², Bellomo CM², Iglesias AA².

¹Hospital Zonal Esquel. Chubut. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: En materia de bioseguridad respecto al virus Andes Sur, de reconocida transmisibilidad interhumana, existen varios interrogantes, la transmisión por vía parenteral es una de ellas.

Descripción del caso: Un trabajador masculino de terapia intensiva de 60 años sufrió una herida punzante en un dedo de la mano con una aguja hueca utilizada escasos segundos antes para la extracción de sangre arterial en un paciente en fase cardiopulmonar de infección confirmada por hantavirus andes sur durante el brote de Chubut 2018-2019.

El paciente presentaba al momento del accidente viremia confirmada por RT-PCR. Al trabajador se le realizó IgG (ELISA) para hantavirus dentro de las 24hs de exposición con resultado negativo. Se realizó seguimiento clínico, se mantuvo asintomático durante 45 días, y mediante la realización de RT-PCR en los días 2, 7, 14, 21, 28 y 35 con resultados negativos. Durante todo el periodo de estudio el trabajador realizó aislamiento respiratorio en domicilio.

Discusión: La exposición accidental en personal de salud al virus hanta ha sido previamente descrito, así como el riesgo de adquirir la infección. Casi la totalidad de publicaciones hacen mención a la vía inhalatoria, sin embargo, la vía parenteral ha sido escasamente reportada. Ante esta falta de conocimiento es que se decidió considerar la exposición del trabajador como una situación de potencial transmisión de la enfermedad y realizar una valoración inicial con serología, que descarto exposición pasada, y seguimiento con RT-PCR, que tiene una reconocida utilidad para anticipar el desarrollo de la enfermedad. En el contexto del brote de Chubut anticipar la enfermedad cobraba particular sentido ya que permitiría no solo abordar precozmente un potencial caso sino evitar la exposición de nuevas personas susceptibles.

PE082 Síndrome febril agudo en el posviaje: la necesidad de conocer la geografía y la distribución de enfermedades para orientar el diagnóstico correcto

Bertachini O, Enzenhofer M, Benchetrit A, Messina F, Santiso G, Orduna T.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: En la consulta del post viaje, el interrogatorio detallado sobre las características del viaje, el examen físico completo y el conocimiento de la distribución geográfica de las enfermedades son los pilares fundamentales para orientar el diagnóstico etiológico y así solicitar de manera racional los estudios complementarios necesarios para arribar al mismo.

Descripción del Caso: Paciente femenina, 56 años, con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión y enfermedad celiaca. Viajó del 9 al 23 de septiembre a Las Vegas, San Francisco, Los Angeles y el Cañón del Colorado (Estados Unidos), realizando actividades al aire libre. El día 11 de octubre comenzó con fiebre, astenia y adinamia. Consultó en centro médico, le indicaron "un antibiótico". El día 17 de octubre presentó exantema en miembros inferiores, no pruriginoso. Último registro febril el 19 de octubre. Inició posteriormente con poliartalgias a predominio en manos y muñecas, lo que motivó la consulta en nuestro servicio. Examen físico: afebril, tumefacción de las articulaciones de ambas manos, con leve dolor a la movilización, sin eritema ni aumento de temperatura. El exantema se encontraba en resolución. En el laboratorio se evidenció: VSG de 48 mm, PCR 28 mg/dl, TGO 49 U/l, TGP 123 U/l, FAL 342 U/l, LDH 512 U/l. Radiografía de tórax sin infiltrados patológicos. VIH negativo. En contexto de cuadro clínico y fuerte nexa epidemiológico se solicitó serología para *Coccidioides* spp., que resultó positiva (la Contraelectroforesis con Inmunodifusión secundaria mostró una banda anódica). La paciente evolucionó sin registros febriles y recuperación

ad integrum con tratamiento sintomático, interpretándose primoinfección por coccidioidomicosis.

Discusión: La coccidioidomicosis es una micosis sistémica exclusiva de las Américas, producida por un hongo dimorfo con dos especies identificadas: *Coccidioides immitis*, endémico en California y Arizona y *Coccidioides posadasii* en el resto de las zonas endémicas del continente. En las mencionadas áreas el suelo es árido y/o semiárido, con poca flora, siendo el viento el principal factor para la dispersión de arthroconidios en el ambiente, que al ser inhalados producen la infección del huésped susceptible. La primoinfección es asintomática en hasta un 60 %. Los casos restantes suelen manifestarse con compromiso pulmonar, en general autolimitado, de gravedad variable que puede asociarse a manifestaciones cutáneas y reumatológicas. Estas últimas pueden prevalecer en la clínica, presentándose generalmente como exantema macular o eritema nodoso y/o poliartralgias, que podrían estar vinculadas a hipersensibilidad a los antígenos del hongo. El diagnóstico puede realizarse por visualización directa y cultivo de las muestras biológicas. Cuando el cuadro clínico no permite la toma de muestras para dichos estudios, la serología es de vital importancia, con valores adecuados de sensibilidad y especificidad. El principal obstáculo en el diagnóstico de esta enfermedad es no considerarla dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes que viven en zona endémica o han viajado a dichas zonas, razón por la que creemos de importancia esta presentación. Palabras clave: coccidioidomicosis, primoinfección, inmunocompetente, posviaje.

PE083 Trasplante hepático por fiebre amarilla: a propósito de un caso

Musante R¹, Salgueira C¹, Malano D¹, Kogan S¹, Fabri C², Luppo V², Altclas J¹.

¹Sanatorio de La Trinidad Mitre. CABA. Argentina. ²Laboratorio de Arbovirus INEVH, Dr. Julio I. Maiztegui.

Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, seis países y territorios de la región de las Américas notificaron casos confirmados de fiebre amarilla: Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guayana Francesa y Perú. Los casos notificados en ese periodo en la Región de las Américas superaron lo registrado en varias décadas. Ante la evolución del brote de fiebre amarilla en Brasil, el Ministerio de Salud aconsejó que las personas que viajen a los estados brasileños de Paraná, Santa Catarina y Río Grande do Sul deben vacunarse frente a fiebre amarilla.

Caso clínico: Paciente masculino de 24 años que consulto por síndrome febril sin foco a las 48 hs. de arribar de un viaje a Brasil. Sin antecedentes patológicos de relevancia, sin inmunización contra fiebre amarilla por negativa a la misma. Entre los días 9 y 17 de marzo de 2018 realizó en crucero de carácter vacacional al estado de Rio de Janeiro, visitando Ilha Grande e Ilha Bela. Comenzó el 17 de marzo con fiebre y astenia, náuseas, vómitos, ictericia y alteración del ritmo sueño-vigilia. Evolucionó con falla hepática fulminante (FHF) por lo cual se derivó a nuestro centro para valoración de trasplante hepático. Con rápida progresión del cuadro clínico a las 6 hs. requirió intubación e inicio hemodiálisis. Las serologías para hepatitis A, B, C y leptospira fueron negativas al igual que la PCR para dengue. Ingresó en lista de espera para trasplante hepático (TH), se recibe el informe PCR positiva para fiebre amarilla realizada inicialmente en servicio de virología del Hospital Gutierrez e inició sofosbuvir 400 mg/ día. El 24 de marzo con 48 hs de tratamiento antiviral se realizó TH. El explante hepático mostró necrosis masiva compatible con etiología viral por arbovirus. Recibió 6 días de sofosbuvir. Evolucionó con mejoría de los parámetros de laboratorio con buen funcionamiento del injerto; al séptimo día del TH evolucionó con pancreatitis aguda grave la cual requirió necrosectomías en varias oportunidades. Se realizó viremia al diagnóstico y luego en forma diaria (realizadas posteriormente en el Instituto Maiztegui) de forma semicuantitativa, la cual se negativizó a los 11 días del TH y presentó seroconversión a los 14 días. Evoluciona desfavorablemente, con rechazo moderado del injerto e intercorrientes infecciosas falleciendo a los 46 días postTH.

Comentario: Entre las medidas reportadas para el manejo de FHF por FA se hallan la plasmaféresis, el uso de sofosbuvir, y más recientemente el TH. El TH debe ser tenido en cuenta como una posibilidad en el caso de falla hepática fulminante causada por FA.

PE084 Bartonelosis: ¿es posible mejorar la sensibilidad en el diagnóstico?

Landaburu MF, Torres C, Barberis F, Lopez Furst MJ, Viceconte R, Fernandez G, Zarlenga L, Puentes T.

Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez. CABA. Argentina.

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) o angiomas bacilar y peliosis bacilar son formas polares de esta infección. Desde la típica linfadenopatía regional y fiebre, frecuente en niños y adolescentes inmunocompetentes, mayormente autolimitada, hasta el compromiso sistémico de hígado, bazo, huesos y más raramente SNC en pacientes VIH+. Se trata de una zoonosis universal provocada por la especie *Bartonella henselae*. Se presentan 3 casos que recorren este espectro clínico y diagnóstico. Caso 1: Paciente de 42 años, viaje reciente a Cartagena y Barú (Colombia), contacto con gatos, perros y trauma por coral en el brazo. Presenta lesiones en ambas piernas pustulosas, profundas. Tratamiento con TMP-SMX. Cultivo + *Streptococcus pyogenes*. Laboratorio GB 12.800 (88 % neutrófilos), resto normal. VIH-. Biopsia de piel y suero: PCR+ *Bartonella* spp. IFI IgM negativa. AP piel inespecífica. Buena evolución sin tratamiento. Caso 2: Paciente de 21 años VIH+ sin tratamiento, conviviente con 5 gatos, que se interna por síndrome febril, cefalea y vómitos. CD4+ 246 cel/ul. TAC abdomen: imágenes nodulares hepáticas, compatibles con pequeños abscesos. LCR normal. Se descarta infección por micobacterias, hongos y agentes virales. Sangre: ADN + *Bartonella* spp. IFI IgM negativa. Interpretación: peliosis hepática. Tratamiento: doxiciclina por 4 meses. Buena evolución sin recidivas. Caso 3: Paciente de 54 años. Consulta por adenopatías latero-cervicales, fiebre 1 semana de evolución, sudoración nocturna y mialgias. Convive con 2 perros y 2 gatos. 1 de los perros en tratamiento por brucelosis. VIH-. Hudlesson +. Anticuerpos anti-*Brucella* spp (*B. canis*) negativos. IFI + *Bartonella* spp (IgG) confirmado en 2° muestra IgM e IgG +. PCR sangre: negativa. AP ganglio: hiperplasia folicular y reacción granulomatosa gigantocelular. PAS ZIEL NIELSEN y WARTHIN STARRY negativas. Tratamiento: doxiciclina + rifampicina por 30 días. Buena evolución sin recidiva.

Discusión: Los 3 casos revelan que con uno sólo de los métodos no se hubiera llegado al diagnóstico tanto en los de presentación atípica (1y2) como típica (3). El tiempo en el cual se detecta el ADN en sangre es desconocida. Algunos estudios señalan 3 semanas y otros 3 a 4 meses después de la infección. En el último caso donde el ADN *Bartonella* en sangre fue negativo la histopatología del ganglio confirmó la EAG. La elección del antibiótico, necesidad de tratamiento y tiempo del mismo continúa sin definirse. La IFI tiene una baja S y E y la sensibilidad de la PCR oscila entre 18 y 80 %. Ambos métodos en conjunto alcanzan una S 44 %.

Conclusión: El gold estándar para el diagnóstico definitivo en la EAG no ha sido aún establecido. La lenta tasa de crecimiento en cultivos de esta bacteria ubica a los métodos serológicos y moleculares en la primera línea. La combinación de ambos métodos aumenta la sensibilidad que cada uno posee, la cual sumada a la clínica y la epidemiología logra mayor precisión y más rápido diagnóstico, evitando la realización de procedimientos innecesarios.

PE085 Enfermedad por arañazo de gato con compromiso hepato-esplénico en adultos inmunocompetentes

Selent C, Perez MG, de Prada AM, Bertachini O, García JL, Benchetrit A, Enzenhofer M, Tittarelli C, Giamperetti S.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La infección por *Bartonella henselae* es una zoonosis emergente de distribución mundial. La patología típica que provoca es la enfermedad por arañazo de gato (EAG). La transmisión se produce por mordedura, lamedura o rasguño de gatos, y por picadura de la pulga *Ctenocephalides felis*, que actúa como vector. La seroprevalencia de *B. henselae* en estos animales en Buenos Aires es del 11,9 %. La forma diseminada de la EAG es poco frecuente en adultos, la mayoría de las series de casos incluyen población pediátrica e inmunocomprometidos.

Caso 1: Mujer de 64 años consultó por fiebre de 8 días, cefalea retro-ocular y artralgias en muñecas. ERS (eritrosedimentación) 75 mm/hs, TGO 36 UI/L y TGP 38 UI/L. Ecocardiograma normal. Ecografía abdominal con aumento de la ecogenicidad hepática y esplenomegalia con lesiones hipoecoicas de hasta 16 mm. Serología para *Bartonella* sp. IgM positiva >1/20 e IgG >1/512 con PCR en sangre positiva. Realizó 6 semanas de tratamiento con rifampicina y azitromicina. Caso 2: Varón de 21 años consultó por fiebre de 1 mes con odinofagia y cefalea. ERS 40 mm/hs, TGO 26 U/I, TGP 80 U/I. Presentaba dolor a la palpación profunda en abdomen. Ecografía imágenes hipoecoicas en hígado, esplenomegalia con imágenes focales hipoecoicas, la mayor de 20 mm y adenopatía precava de 40mm. Serología y PCR para *Bartonella* sp. negativas. Se inició tratamiento empírico con rifampicina y doxiciclina. Al mes de iniciado el tratamiento, se evidenció seroconversión de IgG. Caso 3: Paciente de 48 años consultó por tumoración submandibular, cefalea, fiebre y dolor en hipocondrio derecho de una semana. Examen físico: lesiones por arañazo de gato en mano derecha; adenopatía submandibular derecha, móvil, no dolorosa de 5 cm. ERS 32 mm/hs, TGO: 53 UI/I TGP 58 UI/I. Ecografía abdominal con imagen focal hipoecoica de 10 mm en hígado y adenopatía isoecoica de 9 mm a nivel del ligamento hepatoduodenal. Esplenomegalia leve con imágenes hipoecoicas no mayores de 5 mm. Ecografía de región cervical: 2 adenopatías de 15 y 16 mm. PCR y serología para *Bartonella* sp. negativas. Seroconversión de IgG al día 20. Tratamiento con doxiciclina durante 6 semanas. Los tres pacientes presentaban hemocultivos y serologías de VIH, sífilis, brucelosis, Chagas y hepatitis virales negativas. En los tres casos hubo defervescencia del cuadro entre 48 y 72 hs de iniciado el tratamiento con resolución de imágenes hepato-esplénicas *ad integrum* en ecografía control.

Discusión: En pacientes adultos inmunocompetentes la EAG puede presentarse en forma diseminada en hasta un 15 % de los casos. La presencia de microabscesos en hígado y bazo suele presentarse en el contexto de un síndrome febril prolongado (SFP). Probablemente sea una forma clínica subdiagnosticada. Es importante tenerla presente dentro de los diagnósticos diferenciales de SFP en aquellos pacientes con epidemiología. Se destaca la importancia de las pruebas serológicas y moleculares como pruebas diagnósticas, evitando así las intervenciones invasivas. La rápida respuesta clínica tras el inicio del tratamiento permite considerar la prueba terapéutica como una herramienta útil cuando existan dificultades diagnósticas.

PE086 Meningitis crónica de probable etiología fúngica: descripción de una serie de casos

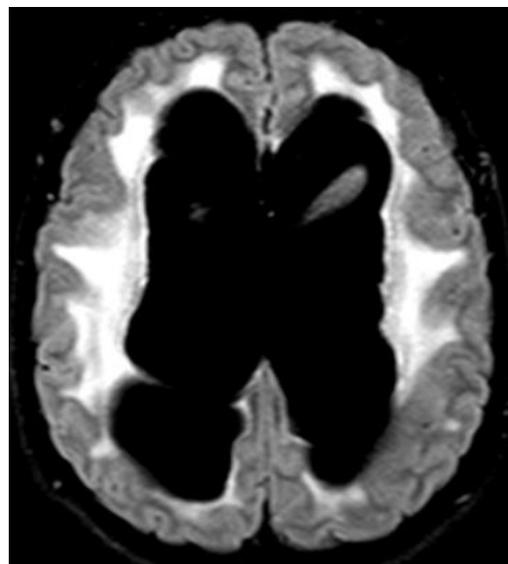
Hurtado MH¹, Gomez VG¹, Colombres S², Valencia Dugaches MD¹, Diaz VA¹, Vergara MA¹, Fernandez Izquierdo MS¹, Melano G¹, Molteni A¹, Jose G¹, Maldonado M¹, Soria Ronveaux AE¹, Cossio J¹, Franchello E¹, Gimenez N¹.

¹Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ²Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: La meningitis crónica se define en principio como la inflamación de cualquiera de las 3 capas meníngeas y se clasifica como crónica a partir de un punto de corte arbitrario, de más de 4 semanas, de síntomas asociados a pleocitosis en LCR. Las causas son múltiples, mientras que en la meningitis aguda las bacterias adquiridas en la comunidad son frecuentes; en cambio en la meningitis crónica, las bacterias atípicas, los hongos, y etiologías no infecciosas son causas comunes. El diagnóstico es muy complejo; en un estudio de 49 pacientes en la Clínica Mayo realizado entre 1978 a 1990, a pesar de múltiples análisis del LCR solo se encontró la causa en 10 pacientes. En general un tercio de los pacientes permanecen sin diagnóstico con las técnicas diagnósticas actuales. La histoplasmosis localizada en el sistema nervioso central (SNC) es poco frecuente, con una incidencia descrita del 5 %-10 % en pacientes con enfermedad diseminada. En la mayoría de los casos, se presenta en pacientes inmunosuprimidos y es inusual en pacientes inmunocompetentes. Debido a esto, su diagnóstico suele ser difícil y tardío, a pesar de los métodos actuales de laboratorio. Un estudio realizado sobre cepas de *Histoplasma capsulatum* en Argentina confirmó un grupo con características patogénicas especiales, con tropismo por el SNC, asociado a pacientes sin causa aparente de inmunocompromiso que habitan un área geográfica específica (Tucumán y provincias limítrofes) al que se denominó grupo TUKMA.

Descripción de los casos: Presentamos una serie de casos de 9 pacientes entre 37 a 58 años, siendo el 56 % de sexo masculino, y el 67 % de procedencia rural, y todos inmunocompetentes, con serología para VIH negativa, estado nutricional adecuado, y sin antecedentes de enfermedades crónicas (HTA o DBT mellitus) con una forma de presentación con deterioro cognitivo, cefalea, y en 40 % de las pacientes alteraciones de la marcha compatibles con ataxia, y en 10 % compromiso esfinteriano. En las neuroimágenes el 100 % habían desarrollado hidrocefalia con actividad periependimaria y engrosamiento y realce meníngeo frente al contraste. El LCR de todos los pacientes se caracterizaba por hallazgos como, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia. En 8 pacientes además se constató Pleocitosis linfomononuclear. Los cultivos fueron positivos solamente en el 10 %, y la PCR en sangre asimismo en 10 %, la antigenorraquia fue positiva en el 33 % de los casos (2 casos con *Histoplasma capsulatum* y 1 caso con *Coccidioides*). La serología fue positiva en el 22 % de los pacientes (1 caso con *Histoplasma capsulatum* y 1 caso con *Coccidioides*). Todos los pacientes fueron tratados con Anfotericina de 25 a 30 días. La respuesta fue favorable en el 90 % de los pacientes; solo 1 paciente falleció a pesar del tratamiento antifúngico.

Discusión: Se discute una serie de casos de pacientes con características clínicas similares; como ser inmunocompetentes y verse afectados por una infección fúngica en SNC sin otro compromiso sistémico. Se ha planteado la existencia de un grupo de cepas con estas características patogénicas especiales afectando a un área geográfica determinada. Debido a la frecuencia de casos y al severo compromiso a partir de la infección surge la necesidad de investigar más este grupo de cepas de hongos.



PE087 Enfoque epidemiológico y clínico del hantavirus en el Hospital San Vicente de Paul, Orán, Salta; Argentina

Quipildor MO, Quiroga F.

Hospital San Vicente de Paul. Orán. Salta. Argentina.

Introducción: La enfermedad por hantavirus es una zoonosis emergente donde el roedor, reservorio natural del virus, no presenta una infección sintomática y se manifiesta en ambientes ecológicos como bosques y campos agrícolas. El humano se contagia al entrar en contacto con roedores silvestres invadiendo su hábitat o bien a la inversa. El mecanismo de transmisión es a través del contacto directo con roedores infectados o con sus excretas ya que elimina el virus por saliva, orina y heces. Ingresa al organismo por vía inhalatoria que es la vía de transmisión más frecuente. En Orán desde la década de los 80 se venían sucediendo casos de fiebre seguidos de cuadros de insuficiencia respiratoria de etiología desconocida. Se reportó en el año 1986, un trabajo en el que 24 pacientes provenientes de zonas rurales de esta ciudad (Orán) habían padecido este cuadro. Desde ese año se atendieron en el Hospital de Orán 67 pacientes con síndrome general infeccioso seguido de una insuficiencia respiratoria aguda sin diagnóstico etiológico. Estudios serológicos posteriores presentados en el I Congreso Interamericano de Infectología en Córdoba en el 1994 denotaron que 19 % de los pacientes tuvieron conversión serológica, con IgM positivo por ELISA para hantavirus. Con esto se comprobó la circulación del virus mucho antes de los brotes registrados.

Objetivos: 1. Establecer el número de casos diagnosticados de hantavirus que fueron asistidos en el Hospital San Vicente de Paul en Orán durante el período de enero-2014 a agosto-2018. 2. Determinar la distribución de los casos según la época del año y los factores de riesgos asociados a su aparición. 3. Establecer las manifestaciones clínicas que llevaron a la consulta del paciente.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. La población bajo estudio estuvo constituida por todos los pacientes que fueron asistidos y diagnosticados de hantavirus con IgM positiva en el Hospital San Vicente de Paul, sin distinción de sexo y edad, desde enero de 2014 hasta agosto de 2018 inclusive. Se realizó la revisión de las fichas epidemiológicas de síndrome febril e historias clínicas.

Resultados: Se observó que 113 fueron los casos confirmados por hantavirus. Un 83 % correspondía al sexo masculino. El grupo etario más afectado fue el comprendido entre 15 a 29 años con un 43 %. El 40 % presentó ocupación de riesgo (trabajadores rurales, jornaleros). El 56 % mostró antecedentes epidemiológicos. Como presentación clínica fiebre (98 %) con mialgias (93 %), cefaleas (95 %) y Artralgias (87 %). El 56 % presentó leucocitosis y neutrofilia el 41 %. El 49 % padeció Síndrome Pulmonar por hantavirus requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM). La letalidad para este período fue del 13 %.

Conclusión: La enfermedad por hantavirus sigue constituyendo una amenaza para la Salud Pública a pesar de que se ha logrado controlar por medio de la implementación de programas de Vigilancia Epidemiológica de cuadros febriles agudo. La importancia radica en diagnosticar y tratar en forma adecuada y rápida esta patología, para disminuir la mortalidad, la cual se puede desencadenar a las pocas horas de iniciado el cuadro clínico.

PE088 Paludismo en el Hospital General de Agudos C. Durand, CABA 2018

Lopez C, Guliano C, Campominosi J, Camo N, Alberti S, López Ríos S, Benito C, Santiago S, Langan E.

Hospital General de Agudos Carlos G. Durand. CABA. Argentina.

Introducción: El paludismo o malaria, es una enfermedad infecciosa causada por parásitos del género *Plasmodium* y transmitida por la picadura de la hembra de mosquitos del género Anopheles. Se trata de una enfermedad endémica y en la actualidad sigue siendo una de las principales causas de mortalidad en muchos países. Las zonas de riesgo se encuentran en países de América Central y del Sur, sur de Asia y África, especialmente en las regiones subsaharianas.

Caso clínico: PACIENTE 1: Mujer 27 años, venezolana que ingresa al país 3 meses antes del inicio de los síntomas. Se interna con fiebre de 13 días de evolución, astenia, adinamia, artralgia, mialgia, náuseas, vómitos y diarrea. Laboratorio de ingreso: Hto 26 %, Hb 8.8g/dl. GB 5.700 K/ml, plaquetas 60 K/ml, bilirrubina Total 0.8 mg/dl, TGO 33 UI/l, TGP 38 UI/l, LDH 869 UI/l. Frotis y gota gruesa: *Plasmodium vivax*. Tratamiento con artemether + lumenfantrina. Frotis al alta negativo. PACIENTE 2: Varón 36 años, venezolano. Ingresos con fiebre de 18 días de evolución, dolor retro-ocular y mialgias, habiendo ingresado al país 15 días antes de los síntomas. Refiere tratamiento para paludismo 2 meses previos con cloroquina/primaquina durante 14 días. Laboratorio: Hto 22 %, Hb 10g/dl, GB 2.960 K/ml, plaquetas 41 K/ml, bilirrubina total 1.8 mg/dl, TGO 15 UI/l, TGP 16 UI/l, frotis y gota gruesa *Plasmodium vivax*. Tratamiento con artemether + lumenfantrina. Alta: frotis negativo. PACIENTE 3: Mujer 25 años, venezolana ingresa por guardia presentaba fiebre, náuseas, vómitos, dolor abdominal, mialgias de 7 días de evolución. Ingresos al país una semana previa. Laboratorio de ingreso: Hto 34 %, Hb 11g/dl, GB 3.400 K/ul. Plaquetas 25 K/ul. Bilirrubina total 3.8 mg/dl, TGO 41 UI/l, TGP 36 UI/l. Frotis y gota gruesa: *Plasmodium vivax* inicia tratamiento con artemether + lumenfantrina.

Conclusión: El antecedente de viajes o de residencia en países endémicos de los pacientes con síndrome febril, debe hacer sospechar esta enfermedad para su rápido diagnóstico y tratamiento. La estrategia para la vigilancia y prevención del restablecimiento del paludismo se apoya entonces en 4 pilares: detección temprana, tratamiento, investigación, respuesta, que hoy toman especial relevancia por estar el país, en vías de certificar la eliminación de paludismo. Palabras claves: malaria, paludismo, fiebre, viaje.

PE089 Análisis espacio-temporal como herramienta para la anticipación del riesgo de exposición humana al virus de la fiebre amarilla en la Argentina

Angeleri P, De Pietri D, Peker S, Hertlein C, Geffner L, Casas N, Varela T, Giovacchini C, Burgos M.

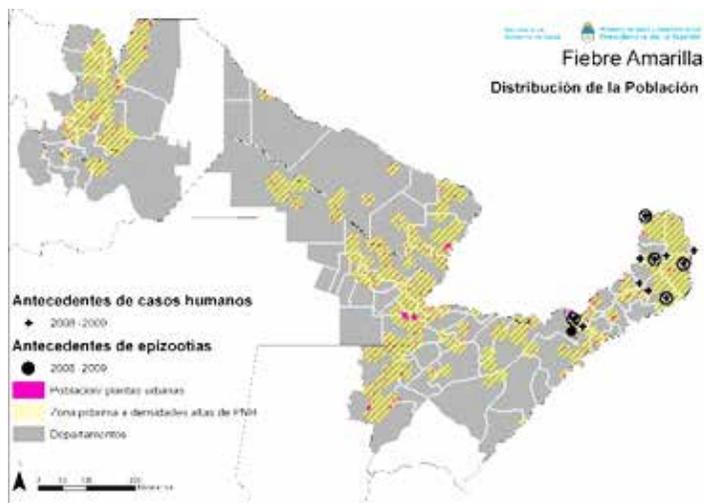
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: Entre enero de 2017 y diciembre de 2018, seis países de la región de las Américas notificaron casos autóctonos confirmados de fiebre amarilla (FA). Los casos notificados en ese periodo superaron lo registrado en varias décadas. La heterogeneidad espacial presente en las provincias en relación a los biotopos característicos para la presencia de especies de primates no humanos (PNH), mosquitos silvestres y urbanos, conducen a profundizar los criterios para la zonificación del riesgo de FA del territorio nacional a fin de efectivizar las medidas de salud pública.

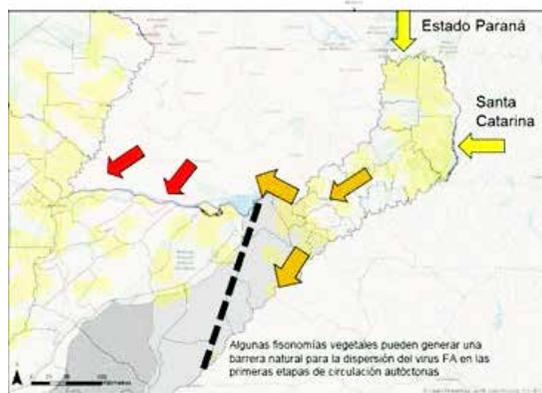
Objetivo. Describir escenarios de riesgo de FA selvático y posibles patrones de propagación geográfica.

Materiales y métodos. Se realizó una estratificación epidemiológica de riesgo en el entorno de los sistemas de información geográfico en el área delimitada con posible circulación del VFA en su ciclo selvático. Los factores considerados como amenaza fueron la presencia de PNH y mosquitos vectores. Como procedimiento de validación, se superpusieron los datos del brote de FA ocurrido durante el 2008-9 en Argentina. La población expuesta fue definida en función de su proximidad geográfica a los sitios de mayor amenaza.

Resultados. La distribución de los hábitats de alta densidad de PNH y presencia de mosquitos selváticos posibilitó la delimitación de las zonas con mayor amenaza de FA y por consiguiente la identificación la población involucrada (Fig. 1). La distribución actualizada de los hallazgos de epizootias en los países limítrofes da indicios de una posible ruta de propagación dentro del país. El panorama regional observado a febrero de 2019 de la potencial amenaza de la circulación del VFA, permitió la descripción de los posibles escenarios de riesgo (Fig 2).



Escenarios de posibles vías de ingreso VFA por extensión del ciclo selvático



Nota:
Interpretación

Escenario 1
La información desde Brasil sugiere:

Flechas Amarillas posibles zonas de ingreso desde el N / E. de Misiones.

Flechas Naranjas: Expansión del ciclo selvático hacia centro y sur de la provincia. En Corrientes se bifurca por heterogeneidad ambiental.

Escenario 2
Flechas Rojas: posibles zonas de ingreso desde Paraguay s/d

Conclusiones: El geoprocetamiento y el análisis espacial de la información es un instrumento de apoyo a la vigilancia que permite la descripción de los escenarios de riesgo y los posibles patrones de propagación del VFA que permitirán reforzar los procesos de implementación de las medidas de prevención y control en el territorio.

PE090 Paludismo en la consulta de posviaje: análisis de una serie de casos en el marco de la certificación de su eliminación en el país

Orduna TA, Echazarreta S, Falcone C, Garro S, González G, Fernández M, Astudillo G.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: El paludismo o malaria, es una enfermedad parasitaria potencialmente letal. En la República Argentina (RA) no se reportan casos autóctonos desde el año 2010, habiéndose comunicado en el quinquenio 2013-2017 un promedio de 12 casos importados por año. Durante el 2018 estos ascendieron a 23 de los cuales 65 % (15) han tenido seguimiento en nuestro servicio.

Objetivo: Analizar las características epidemiológicas y clínicas de pacientes con malaria que fueron asistidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y observacional de los casos de malaria en seguimiento en nuestro centro durante el año 2018.

Resultados: Se asistieron 15 pacientes con un total de 17 eventos de malaria. El 67 % de sexo masculino y con promedio de edad de 33 años. La exposición a riesgo se produjo por residencia en área endémica (migrantes de la República Bolivariana de Venezuela - RBV) en 67 % de los casos, turismo 13 % y otras actividades 20 %. En el 70 % el país de adquisición fue la RBV, 18 % otros países de Latinoamérica y 12 % África. Los adquiridos en Latinoamérica se debieron a *P. vivax* (15/17); de los 2 casos adquiridos en África uno fue por *P. falciparum* y en otro no se pudo filiar especie. De 14 pacientes 71 % presentaba antecedente de haber padecido malaria, todos ellos al menos un episodio por *P. vivax* y 20 % también por *P. falciparum*. De 5 pacientes no residentes en área de riesgo, solo 2 (viajeros a África) realizaron quimioprofilaxis para malaria y ambos en forma incompleta. La primera consulta se realizó intraviaje en el 6 % y posviaje (PV) en el resto. En 13 eventos por *P. vivax* el tiempo promedio de aparición de síntomas PV fue de 37 días. El tiempo promedio entre inicio de síntomas y 1er consulta fue de 2,5 días, mientras que el tiempo promedio al diagnóstico fue de 6 días (0-21) en 15 casos. El 94 % presentaron fiebre al momento de la consulta, solo una paciente con recaída por *P. vivax* estaba asintomática y fue diagnosticada a partir de un control. El diagnóstico clínico y parasitológico inicial se realizó en nuestra institución en el 76 % (13/17) de los casos, y en su mayoría en el lapso de 6hs luego de la primera consulta. Todos evolucionaron favorablemente; solo el paciente con diagnóstico de malaria por *P. falciparum* presentó criterios de gravedad a su ingreso por lo que requirió internación en UCI. De los 15 casos con *P. vivax* el 67 % realizó tratamiento con cloroquina, 20 % con mefloquina y 13 % con arteméter-lumefantrina. Solo el 60 % completó el tratamiento de erradicación de hipnozoitos con primaquina, en un 27 % se inició, pero fue incompleto y 13 % no lo realizaron. De 12 eventos por *P. vivax* el 34 % negativizó la gota gruesa a las 24 hs de iniciado el tratamiento, 50 % a las 48 hs y los dos casos restantes a las 72 hs y 5 días.

Conclusiones: En contexto del proceso de certificación de eliminación de paludismo en nuestro país el aumento de casos importados nos obliga a fortalecer su sospecha, así como las medidas de diagnóstico, tratamiento y notificación oportunos para una adecuada asistencia de los pacientes y para evitar la potencial reintroducción de esta enfermedad en la RA.

PE091 Neurohistoplasmosis en una paciente inmunocompetente: a propósito de un caso

Colombes MS¹, Hurtado MH², Gómez VG², Valencia Dugaches MD², Díaz VA², Vergara MA², Fernandez Izquierdo MS², Melano G², Álvarez C¹, Nóbrega LM¹.
¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: La infección por *Histoplasma capsulatum* (Hc) es frecuente en personas que viven en áreas endémicas, tales como la provincia de Tucumán. Entre el 10 y 20 % de los casos de histoplasmosis (H) diseminada pueden afectar el SNC. Existen distintas formas clínicas de Histoplasmosis meníngea (HM): histo-

plasmomas, meningitis crónica sin enfermedad diseminada, meningitis aislada como una recaída de una histoplasmosis diseminada, e hidrocefalia normotensiva o síndrome de Hakim Adams. Presentamos un caso de HM cuya forma de presentación fue un síndrome de Hakim Adams secundaria.

Caso clínico: paciente de 53 años de edad, oriunda del departamento de Leales Tucumán, con antecedentes de HTA e hipertiroidismo, ingresa al hospital cursando ataxia de la marcha con severa disbasia, con un deterioro cognitivo rápidamente progresivo e incontinencia urinaria de 1 año de evolución. Al examen neurológico se evidencian alteraciones de todas las funciones mentales superiores a predominio mnésico y el cálculo matemático, con una valoración cognitiva mediante test MOCA de 12/30. En las neuroimágenes TAC y RMN de encéfalo: se observó marcada e hidrocefalia cuadriventricular severa con flujo transependimario con senequias intraventriculares. Asimismo, se constató engrosamiento meníngeo e hipercaptación del contraste. Se realizó PL obteniéndose presión de apertura normal. Físico químico de LCR: límpido, xantocrómico, 2 cel./mm³, glucosa 23 mg/dL, LDH: 234 U/L, y proteinorraquia 372 mg/dL Estudios micológicos: microscopia fue negativa, antígeno para *Cryptococcus neoformans* y anticuerpos para hongos en sangre y LCR negativos. El cultivo del LCR en medio de Sabouraud a 28 °C y BHI a 37 °C, luego de 40 días de incubación, mostró crecimiento de Hc. Se administró 1375 mg de Anfotericina EV y posteriormente como tratamiento de mantenimiento itraconazol VO 200 mg/día. Se realiza un examen MOCA de control posterior donde se evidencia mejoría en el estado cognitivo con resultados 18/30, PL con LCR normal. Se evidencia mejoría clínica en la marcha y en el control esfinteriano. Se deja en control ambulatorio.

Discusión: presentamos un caso de HM de una paciente inmunocompetente, cuya principal manifestación fue el cambio en el status mental. El compromiso del SNC en la enfermedad es producto de una diseminación sistémica. Solo el 25 % de los casos son diagnosticados debido a falta de sospecha y a la dificultad diagnóstica.

Conclusión: La HM debe ser considerada en pacientes con cuadros neurológicos atípicos y sin inmunocompromiso aparente que viven en zona endémica. Asimismo, en pacientes con sintomatología del SNC insidiosa y un patrón de LCR linfocítico, en aquellos con hidrocefalia de etiología desconocida o con disfunción de la derivación ventricular. Más aun en pacientes que viven en el noroeste argentino donde se han aislado cepas de Hc con un genotipo distinto al circulante en el país y que tendrían tropismo por el SNC.

PE092 Reacción paradójica en un paciente inmunocompetente con infección por *Mycobacterium bovis*: reporte de un caso

Garibaldi FH, Zylberman M, Arcondo F, Wachs A, Jacob N.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones por *Mycobacterium bovis* son transmitidas por algunas especies animales (reservorios) al humano (huésped accidental) por lo que se incluye en el grupo de las infecciones zoonóticas. La reacción paradójica al tratamiento de la tuberculosis es un síndrome caracterizado por el desarrollo de lesiones no existentes o por el empeoramiento clínico y/o radiológico de lesiones previas, con una pauta de tratamiento adecuada. Se comunica este caso por la forma infrecuente de presentación y evolución.

Caso clínico: masculino de 18 años, consulta por fiebre de 1 mes de evolución, artralgias, astenia, dolor localizado en hemitórax derecho y disminución de peso. Antecedentes epidemiológicos: trabaja en despostado de un frigorífico del Gran Buenos Aires. Un hermano con diagnóstico de TBC tres años antes. Examen físico: adenomegalia dolorosa, móvil en la axila derecha. Cicatriz en la región metacarpofalángica del 5to dedo de la mano derecha por un traumatismo 2 meses previos a la consulta. Laboratorio al ingreso: leucocitos 12.100/mm³ (neutrófilos 73 %). Indicadores de inflamación elevados (VSG: 26 mm /PCR: 34.5 mg/l). Anticuerpos contra *Bruceella* spp.; *Bartonella henselae* y *Coxiella burnetii* negativos. Hemocultivos para gérmenes comunes: negativo. Punción aspiración de ganglio axilar (hemopurulento): sin desarrollo de bacterias habituales. Se inició tratamiento empírico con cotrimoxazol + doxiciclina sin mejoría clínica. Se realizó exéresis del ganglio: el estudio histológico informó linfadenitis granulomatosa necrosante. En el cultivo desarrolló *Mycobacterium tuberculosis* complex e inició tratamiento con isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) con mejoría clínica inicial (remisión de la fiebre y de los signos de inflamación en la axila derecha, aumento de peso). Quince días posteriores al inicio del tratamiento comenzó con dolor en la región sacroilíaca, constipación alteración miccional, parestesia y disminución de la fuerza muscular en ambos miembros inferiores. Se decidió la internación y se realizó una tomografía de cerebro y columna cervical que no evidenciaba alteraciones y una punción lumbar con líquido cefalorraquídeo inflamatorio (turbio, glucorraquia 32 mg/dl, proteínas 6.88 g/dl, GB 1700, 57 % PMN), cultivo negativo para gérmenes comunes y micobacterias. Luego se realizó una resonancia magnética que mostró en T1 múltiples imágenes hiperintensas leptomeníngeas a predominio dorsal, compatible con aracnoiditis y en T2 alteración de la señal con hiperintensidad de C7 a T3 compatible con mielitis. Se interpretó el cuadro como mielitis-aracnoiditis paradójica al inicio del tratamiento antifímico, por lo que se decidió iniciar tratamiento esteroideo a alta dosis y se agregó estreptomicina. Evolucionó con mejoría de los síntomas y signos neurológicos y persistencia de trastornos miccionales (vejiga neurógena). Se identificó la bacteria aislada como *Mycobacterium bovis*, adecuándose el tratamiento por la resistencia natural a Z (continuó tratamiento con H, R, E, moxifloxacina).

Conclusión: La infección humana por *M. bovis* es de baja prevalencia en nuestro medio (<1 % de los casos de TB) pero, debe considerarse en pacientes que tienen nexos epidemiológicos con una fuente zoonótica principalmente por exposición ocupacional. La aparición de nuevos signos o síntomas luego de iniciar el tratamiento específico en un paciente con tuberculosis, debe motivar la sospecha diagnóstica de una reacción paradójica y con ello la importancia del tratamiento precoz con corticoides.

PE093 Primer caso humano de rickettsiosis en la provincia de Misiones, Argentina

Couto EM¹, Vizcaychipi KA², Casas N³, Cicuttin GL⁴, Lloveras S⁵, Lamattina D¹, Salomon D¹, Faccini Martínez AA⁵, Marx J⁶, Pedrozo W⁷, Husulak E⁸, Rinas M⁹, DeMatteo KE¹⁰, Armitano R².

¹Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMeT). Misiones. Argentina. ²ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán". Argentina. ³Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación. CABA. Argentina.

⁴Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. CABA. Argentina. ⁵Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina. ⁶Programa de Pós graduação em Doenças

Infecciosas, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil. ⁷Hospital SAMIC, Puerto Iguazú, Misiones, Argentina. ⁸Ministerio de Salud.

Misiones. Argentina. ⁹Laboratorios de Análisis Clínicos, Apóstoles, Misiones, Argentina. ¹⁰Ministerio de Ecología y Recursos Naturales Renovables, Misiones, Argentina. ¹⁰Washington

University in St. Louis and WildCare Institute Saint Louis Zoo, USA.

Introducción: Las rickettsiosis constituyen un grupo de zoonosis causadas por bacterias del género *Rickettsia* y transmitidas al ser humano por artrópodos vectores. En Argentina se han detectado casos humanos en las provincias de Salta y Jujuy (*Rickettsia rickettsii*), en Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba, La Rioja, San Luis, La Pampa, San Juan (*Rickettsia parkeri* sensu stricto) y en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (*Rickettsia massiliae*). En la provincia de Misiones no existen reportes previos de esta enfermedad en humanos, pero se ha detectado *Rickettsia parkeri* cepa Mata Atlántica en garrapatas *Amblyomma ovale*. Se comunica un caso clínico, ocurrido en junio de 2018 durante una actividad laboral en zonas selváticas del Parque Provincial (PP) Urugua-í, Misiones.

Caso Clínico: Las manifestaciones clínicas iniciaron con malestar general, fiebre $>38,5$ °C, cefalea y progresaron a deterioro del estado general, con mialgias, artralgias, náuseas, diarrea, edema, linfadenopatía, hematomas, prurito y exantema maculopapular en tronco y miembros inferiores. Como antecedente presentó contacto con múltiples garrapatas durante su estancia en el PP Uruguay en las 48 hs. previas. En los sitios donde se extrajeron estas se observaron pequeñas escaras costrosas. Se realizó tratamiento con doxiciclina 200 mg/día, por 7 días, con respuesta favorable. Diagnósticos diferenciales para dengue, paludismo y brucelosis fueron negativos. El diagnóstico se confirmó por seroconversión de IgG para *Rickettsia* spp. grupo fiebres manchadas mediante inmunofluorescencia indirecta (kit comercial Rickettsia IFA IgG, Focus Diagnostics). El caso fue notificado y cargado en el Sistema Nacional de Vigilancia. Se analizaron algunas de las garrapatas colectadas del cuerpo, que correspondieron a *Amblyomma brasiliense* y no se detectó fragmentos del gen gltA de *Rickettsia* en dichos artrópodos. **Conclusión:** Este caso clínico, representa el primer caso humano de rickettsiosis en Misiones y posiblemente en el Noreste Argentino y aporta a la epidemiología y conocimiento médico de una zoonosis vectorial que puede estar subdiagnosticada. Se recomiendan medidas de prevención y estudios clínicos-epidemiológicos para conocer la real incidencia de rickettsiosis en esta región.

PE094 Neurocisticercosis: serie de casos en un Hospital Universitario de Buenos Aires

Zubeldia Brenner L, Martínez G, Tudanca V, Arévalo Calderón G, Repetto S, Stecher D.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La neurocisticercosis (NCC) es la parasitosis más frecuente del sistema nervioso central (SNC) y la principal causa de epilepsia adquirida y prevenible en países en vías de desarrollo. Afecta 50 millones de personas y causa unas 50.000 muertes/año. Es endémica en América Latina y Asia, África subsahariana y algunos países de Oceanía. La aparición de casos de NCC en países no endémicos está asociada con fenómenos migratorios. Se caracteriza por la diversidad en las formas de presentación clínico-radiológicas. El diagnóstico se fundamenta en criterios epidemiológicos, clínicos, radiológicos e inmunológicos.

Casos clínicos: Se estudiaron 8 pacientes inmunocompetentes (6 hombres, 2 mujeres), mediana edad 40,8 años (18-70) con diagnóstico de NCC (criterios IDSA, 2017) domiciliados en Buenos Aires, 6 oriundos de Bolivia, 1 de Perú y 1 de Argentina (con familia directa proveniente de Bolivia). Todos con viajes recientes a su país de origen. La manifestación clínica más frecuente fue cefalea (75 %), seguida de convulsiones (62 %). Se realizó en todos los casos tomografía/resonancia magnética de cerebro observándose en el 100 % de los casos lesiones en diferentes estadios evolutivos: vesicular-coloidal con refuerzo y edema perilesional y quistes calcificados. Se evidenció la presencia de escólex en 3/8 pacientes y en 1 paciente compromiso subaracnoideo. Los métodos de ELISA/Western blot fueron reactivos en suero en 3/8 pacientes y en 1 paciente resultaron positivos también en LCR. No se detectó teniasis intestinal en los pacientes ni en su grupo familiar. Todos los pacientes recibieron corticoides, anticomiciales y albendazol 800mg/día durante 10 días con control del cuadro comicial. Un paciente con compromiso extraparenquimatoso requirió exéresis quirúrgica. Cuatro de los 8 pacientes presentan deterioro neurocognitivo en el seguimiento a largo plazo.

Conclusión: La NCC constituye un problema de Salud Pública desatendido en Argentina. Se debe considerar su diagnóstico en pacientes inmunocompetentes con antecedentes epidemiológicos, convulsiones, deterioro neurocognitivo e imágenes compatibles. La aplicación de los criterios diagnósticos en la primera evaluación clínica permite iniciar el tratamiento en forma precoz.

PE095 Reporte caso sarampión importado, Santa Fe, Argentina 2019

Galati MF, Ferrer F, Brazza S, Befani Bernal J, Moreno S, Villani M, Detarsio F, Ottonelli M, Cudos C.
Dirección Epidemiología Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: El sarampión es una infección aguda viral, altamente contagiosa; de distribución universal. El virus del sarampión pertenece al género Morbillivirus de la familia *Paramyxoviridae*. Su único reservorio es el hombre. Se transmite por vía respiratoria. La vacunación frente al sarampión es la única medida eficaz para conseguir erradicar la enfermedad, cuando la tasa de vacunación disminuye por debajo del 95 % se pueden producir brotes de sarampión si el virus se reintroduce en una población. El objetivo del presente reporte es describir las acciones desarrolladas por el Ministerio de Salud de Santa Fe para evitar la presentación de casos secundarios de sarampión luego de la notificación al sistema de vigilancia epidemiológica de un caso sospechoso.

Descripción del caso: Masculino 35 años, residente en la ciudad de Rosario, sin antecedentes de vacunación conocidos, inicia el 14/02/2019 con fiebre diaria agregando exantema a las 72 horas. Consulta el 18/2 a efector privado donde se realiza la notificación a Epidemiología de La provincia de Santa Fe. Antecedente de jerarquía el paciente regresó de un viaje laboral desde Hong Kong, con escalas en Vancouver y Toronto, arribando al país el 5/2. Las muestras de orina e hisopado nasofaríngeo fueron positivas por qRT-PCR para sarampión en el Laboratorio CEMAR y se confirmaron en el Laboratorio Nacional de Referencia INEI-ANLIS: Genotipo B, cepa: MVs/HongKong.CHN/03.19/2. Figura 1. Exantema maculo-papular en tronco y ambos MMII y MMSS. En la investigación epidemiológica se identificaron 26 contactos: 12 familiares y amigos; 5 contactos laborales y 9 forman parte del proceso de atención del paciente. De todos ellos se logró vacunar 19 contactos (73 %) y se mantuvo el seguimiento por 21 días. Los 4 menores estaban correctamente inmunizados (dosis de calendario más dosis de campaña), un menor de 6 meses recibió gammaglobulina; 2 contactos no correspondían por la edad recibir la vacunación. Los tres contactos, se perdieron en el seguimiento. Durante el relevamiento de los contactos, uno de ellos presentó fiebre, dentro de los estudios realizados presenta urocultivo positivo, además de las muestras para sarampión, que arrojaron resultados negativos. La identificación, evaluación y vacunación de los contactos se realizó en las primeras 72 horas. EL caso confirmado permaneció en aislamiento, con buena evolución clínica y sin presentar complicaciones. **Discusión:** Se trató de un caso importado confirmado de sarampión, el periodo probable de infección fue del 26/01 al 03/02, y el lugar más probable de contagio fue en Hong Kong, sobre todo luego del aislamiento viral que permitió identificar el serotipo, siendo la misma detectada en Hong Kong, China en la semana epidemiológica 3 de 2019. Queremos destacar la importancia de la consulta oportuna de todo viajero frecuente más la intensificación en las indicaciones de vacunación previaje.



PE096 Aumento de casos de hepatitis A en población adulta en la provincia de Santa Fe en 2018

Galati MF, Ferrer F, Brazza S, Befani Bernal J, Moreno S, Villani M, Detarsio F, Ottonelli M, Cudos C.
Dirección Epidemiología Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: El virus de la hepatitis A se transmite de forma fecal – oral; por ingesta de alimentos o aguas contaminadas o por transmisión sexual o uso de drogas EV; generalmente se presenta en niños. La prevalencia de la misma es determinada por condiciones socio-económicas, y por factores ambientales tales como la provisión de agua corriente y eliminación de excretas. En Argentina, luego de la introducción de la vacuna de hepatitis A al calendario a partir del 2005 para los niños de 1 año, se mostraron, según los trabajos de seguimiento una disminución de los casos hasta un 88 %. EL objetivo de este estudio es reportar un incremento en el número de casos de hepatitis A en la población adulta y la descripción de los mismos.

Reporte de casos: Durante el año 2018 se confirmaron 21 casos de hepatitis A, 3 de ellos corresponden a viajeros, 4 de contactos de otro caso confirmado, 5 son hombres que tienen sexo con hombres, 2 de ellos con infección por VIH. En el resto no se pudo determinar antecedente epidemiológico. Todos presentaron ictericia, coluria y fiebre. Ninguno requirió hospitalización; todos evolucionaron favorablemente. En cuanto a la distribución por sexo, el 85,7 % fueron varones (18/21), el grupo etario afectado fue el de adultos jóvenes entre 17 y 35 años (13/21).

El mayor número de casos ocurrió entre la semana 36 y 49 en la ciudad de Rosario (13/21); 1 caso en San Lorenzo. El resto de los casos se produjeron entre la semana 2 y 12 en las ciudades de Santa Fe, Rafaela, Esperanza y Rosario.

Discusión: La hepatitis A provoca más de 100.000 fallecimientos anuales en todo el mundo, por lo que es una de las principales causas de mortalidad prevenibles con vacuna. En Argentina bajó la endemidad notablemente desde la introducción de la vacuna al calendario. En países del primer mundo (Europa y Estados Unidos) se reportaron en los últimos años brotes que afectaron principalmente HSH y adictos a drogas. En la provincia de Santa Fe se observa un incremento en el número de casos confirmados respecto a lo registrado en los años anteriores. Cuadro 1. Número de casos por año 2013-2018 en provincia de Santa Fe. Actualmente la incidencia de hepatitis A es de 0,11/10.000 habitante. La ocurrencia de casos se presenta en adultos jóvenes no inmunizados, no incluidos en la estrategia de vacunación del año 2005. Los factores de riesgo identificados con más frecuencia se encuentran entre los viajeros de países desarrollados que viajan a regiones con endemidad elevada y hombres que tienen sexo con hombres. Dentro de la vigilancia epidemiológica, es de suma importancia educar y vincular a la comunidad en el proceso de detección de casos sospechosos a fin de realizar las acciones de bloqueo, medidas de higiene y saneamiento ambiental según corresponda. Se destaca la necesidad de reforzar la vacunación en poblaciones de riesgo (viajeros, HSH, hepatopatías crónicas, entre otros).



PE097 Coinfección tuberculosis/VIH: cobertura de información y características. Argentina, período 2010-2018

Fernandez H, Radosevich A, Bossio JC.
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) Dr. Emilio Coni. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de muerte entre las personas infectadas por el VIH: provoca la quinta parte de las muertes de personas con VIH en todo el mundo. En 2017, a nivel mundial se estimó que se produjeron 920.000 casos nuevos de TB en personas que viven con VIH. Conocer la situación del VIH en los pacientes con TB y las características de estos, permitirá evaluar el impacto de la coinfección TB/VIH en el control de la TB.

Objetivos: Evaluar la cobertura de información, comportamiento y características de la coinfección TB/VIH para Argentina, 2010-2018.

Metodología: Se estudiaron casos de TB notificados al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), para las 24 jurisdicciones del país, en el período 2010-2018. Se consideró como paciente con coinfección VIH/TB a aquel con resultado positivo a la prueba de VIH. Se describió la tendencia de cobertura de información sobre VIH y de las tasas de coinfección TB/VIH por 100.000 habitantes, utilizando las estimaciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, mediante la Variación Anual Promedio y su Intervalo de Confianza del 95 % (VAP). Para 2018 se describió características seleccionada del paciente y del tratamiento: mediante proporciones, seguidos del test de diferencia de proporciones ($p < 0,05$). Se utilizaron los programas Microsoft Excel 2013, Epidat 3.3 y R estudio.

Resultados: La cobertura de información sobre VIH entre pacientes con TB se incrementó desde 2010, representando un incremento del 135,9 % alcanzando, en 2018, el 27,2 %. Córdoba y Tierra del Fuego presentaron coberturas cercanas al 90 % y la cobertura fue levemente mayor entre los casos con antecedentes de tratamiento (29,0 %) frente a los casos nuevos y recaídas (27,1 %), sin ser estadísticamente significativa ($p = 0,179$). La tasa de coinfección VIH-TB más alta se presentó en 2017, de 1,9 por 100.000 habitantes; durante 2010-2018 la tasa de coinfección aumentó, en promedio, un 3,6 % anual (VAP: 3,6; -0,7-8,1). En 2018 se notificaron 738 casos TB/VIH, representando una tasa de 1,7 por 100.000 habitantes y el 6,7 % del total de casos de TB notificados. El 66,9 % de los casos TB/VIH corresponden a adultos jóvenes de 20-44 años y la prevalencia VIH-TB fue mayor en los hombres (7,5 %); $p < 0,001$. Si bien Buenos Aires y CABA concentran el 60 % de casos VIH-TB, la prevalencia más alta, 26,0 %, se da en Santa Cruz, que a su vez presentó una cobertura de información por encima del 60 %. No se encontraron diferencias en cuanto a los casos coinfectados privados de libertad ($p = 0,704$). Los casos antes tratados presentaron mayor probabilidad de coinfección, de 9,65 % frente a 6,38 % entre casos nuevos y recaídas, $p < 0,001$. El 2,6 % de los pacientes TB-VIH eran además multidrogoresistentes y en solo el 22,4 % de los casos se tiene información si se encuentra bajo tratamiento antirretroviral. De los casos TB/VIH notificados en 2016, en el 40 % no se conoce el resultado del tratamiento y en relación a los casos evaluados el 48,4 % terminaron con éxito, el 24,6 % se perdió el seguimiento y el 26,6 % falleció durante el mismo.

Conclusiones: La baja cobertura de información con relación a la situación de VIH en pacientes con TB no permiten una evaluación real de la coinfección en el país. Esta situación determina la necesidad de fortalecer las intervenciones denominadas «actividades de colaboración TB/VIH que se consideran parte integral de las respuestas nacionales e internacionales contra esta doble epidemia que incluyen acciones de monitoreo, diagnóstico y tratamiento».

PE098 Transmisión vectorial de Chagas: monitoreo de resistencia a piretroides en *Triatoma infestans* (Reduviidae: Triatominae) de Argentina durante el período 2013-2018

Angeleri P¹, Mougabure Cueto GA², Lobbia P², Spillmann C¹, Fronza G¹, Remón C¹, Brandt L¹, Burgos M¹.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: La enfermedad de Chagas es considerada una de las parasitosis humanas más importantes de América. En nuestro país, el principal vector de la enfermedad es *Triatoma infestans*. El control con insecticidas piretroides es la principal herramienta para reducir la transmisión por esta especie.

Objetivo: Confeccionar un mapa de susceptibilidad y resistencia a deltametrina en *T. infestans* mediante un monitoreo toxicológico a nivel país.

Materiales y Métodos: Los insectos de campo fueron recolectados en diferentes parajes de las provincias endémicas. Los insectos de referencia provinieron de una colonia susceptible mantenida en el CeReVe bajo condiciones controladas. Se utilizó el bioensayo de aplicación tópica de acuerdo al protocolo TDR/OMS. Se realizaron 3 réplicas como mínimo para cada paraje. Grupos de ninfas tratados sólo con acetona fueron los controles negativos.

Resultados: De los 266 parajes evaluados, 239 resultaron susceptibles a deltametrina y 27 resultaron resistentes a deltametrina (baja o alta resistencia). Los parajes con poblaciones de insectos de alta resistencia se concentraron en las provincias de Salta y de Chaco. El foco de Chaco se localiza en el departamento de Gral. Güemes y fue caracterizado como de alta heterogeneidad toxicológica: 23 % de parajes con insectos susceptibles, 41 % de parajes con insectos con baja resistencia (Grado de Resistencia < 5) y 36 % de parajes con alta resistencia (GR > 100). El foco de Salta se localiza en los departamentos de San Marín y Rivadavia, con los mayores grados de resistencia en la frontera con Bolivia (GR > 100). Por fuera de estos focos, la mayoría de los parajes evaluados tuvieron poblaciones de insectos susceptibles a deltametrina y unos pocos parajes tuvieron insectos con baja resistencia sin compromiso de control en campo. Los insectos de parajes resistentes fueron susceptibles al insecticida organofosforado fenitrotión.

Conclusiones: El monitoreo toxicológico en poblaciones de *T. infestans* recolectadas en las provincias endémicas está permitiendo la construcción del primer mapa de susceptibilidad y resistencia a deltametrina en *T. infestans* de Argentina. La resistencia a deltametrina en *T. infestans*, con niveles que determinan fallas en el control a campo, está confinada a departamentos de las provincias de Salta y Chaco. Los piretroides siguen siendo efectivos en la mayoría de las poblaciones de *T. infestans* de Argentina. El insecticida fenitrotión emerge como la principal alternativa para el control de *T. infestans* resistentes a piretroides. Además de permitir entender la evolución de la resistencia a insecticidas en *T. infestans*, estos estudios resultan necesarios para la planificación de la estrategia de control alternativa óptima para cada área particular.

PE099 Descripción de signos y síntomas iniciales y período de internación de casos de hantavirus, en contexto de brote año 2018/2019

Iturra A, Betancourt C, Serrat V, Lavarra E, Levite J, Díaz J.

Dirección Provincial de Patologías Prevalentes y Epidemiología. Chubut. Argentina.

Introducción: El 5 diciembre del año 2018 se declaró un brote de hantavirus. Éste se asumió como evento inusual y extraordinario, que, dadas las características de la presentación, la correlación de los casos, la investigación de campo, el estudio ambiental y la confirmación de la genotipificación del virus brindada por el laboratorio de referencia nacional ANLIS, se confirmó la vía de transmisión interhumana.

Objetivo general: Describir los signos y síntomas y periodo de internación de casos de hantavirus de una localidad, en contexto del Brote del año 2018/2019.

Métodos: Estudio descriptivo de serie de casos de hantavirus de una localidad en contexto de brote. Las variables utilizadas para este estudio fueron sexo, edad, sintomatología, fecha de inicio de síntomas (FIS), fechas de primera consulta, de internación, alta u óbito. Los datos se expresan como medidas de tendencia central. Criterio de inclusión: casos diagnosticados con hantavirus, residentes de una localidad, en contexto de brote. Criterios de exclusión: casos diagnosticados con hantavirus residentes de otras localidades, en contexto del brote.

Resultados: En el brote de hantavirus se diagnosticaron 34 casos, de los cuales 23 cumplían con los criterios de inclusión. El 52 % (12/23*100) de los casos eran hombres y 48 % (11/23*100) mujeres. La mediana de edad de los casos correspondió a 35 años. Con respecto a la sintomatología el 96 % (22/23*100) inició con fiebre y un 4 % (1/23*100) con dolor abdominal. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (96 % 22/23*100), mialgias (48 % 11/23*100), cefalea (39 % 9/23*100), astenia (35 % 8/23*100) y dolor abdominal (35 % 8/23*100). El 57 % (12/21*100) presentó plaquetopenia (<150.000 mm³) en el primer análisis de laboratorio realizado. El 43 % (9/21*100) restante, la desarrolló en una media de 2 días posteriores al primer resultado. En relación al tiempo que transcurre desde la FIS a la primera consulta y de la primera consulta a la fecha de internación, resultó una media de 1 día, respectivamente. La media de días de internación fue de 15 días. Desde la primera consulta hasta el diagnóstico de hantavirus establecido por el ANLIS, transcurrió una mediana de 5 días.

Conclusiones: La sintomatología de los casos de hantavirus se correlaciona con las formas de presentación descritas en la bibliografía¹. Con respecto al tiempo que transcurre entre la FIS, la primera consulta y la internación, se puede concluir que en contexto de brote existe un acercamiento o consulta temprana de la persona sintomática y a su vez una captación oportuna por parte del sistema de salud. Bibliografía: ¹Guía para el equipo de salud de enfermedades infecciosas: hantavirus. Publicación Año 2012.

PE100 Murciélagos en Sudamérica y su posible rol epidemiológico en la transmisión del hantavirus en el Noroeste Argentino

Zielinski MC, Garro S², Matteo M³, Nano M¹.

¹Hospital Interzonal General de Agudos Petrona Villegas de Cordero. Virreyes. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina. ³Instituto de Tisioneumonología Dr. Raúl Vaccarezza. Buenos Aires. Argentina.

El síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) es producido en las Américas por virus del género *Orthohantavirus*. Se encuentran distribuidos desde Brasil y Perú hasta el Sur de la Argentina. Los principales reservorios de estos virus son los roedores de la subfamilia *Sigmodontinae*. Sin embargo, investigaciones recientes en Brasil presentaron a algunas especies de murciélagos como potenciales reservorios del virus. El objetivo de este trabajo fue explorar, usando Modelos de Nichos, el posible rol epidemiológico de las especies de Chiropteros estudiadas en la transmisión del hantavirus en el noroeste de Argentina. Se identificaron especies que fueron encontradas infectadas por hantavirus en trabajos previamente publicados. Los datos de presencia de dichas especies en Sudamérica se obtuvieron de Global Biodiversity Information Facility. De la página WorldClim Version 2 se descargaron rasters de 19 variables bio-climáticas de una resolución de 18 km². Estos datos fueron utilizados para generar Modelos de Nichos basados en el método de Máxima entropía el cual permitió obtener la probabilidad

logística de presencia de estas especies en Sudamérica. Estas probabilidades fueron categorizadas en Baja (B) menores a 0,25, Media Baja (MB) entre 0,25-0,5; Media Alta (MA) entre 0,5-0,75 y Alta (A) mayores a 0,75. Se usaron coordenadas de la presencia de las siguientes especies: *Anoura caudifer* (n=1006), *Artibeus planirotis* (n=4201), *Artibeus lituratus* (n=7266), *Chiroderma villosum* (n=902), *Chrotopterus auritus* (n=208) y *Desmodus rotundus* (n=4194). Para el análisis se seleccionaron las localidades del norte argentino de los departamentos en los cuales se suelen reportar casos de hantavirus. Un total de 490 puntos de presencia de estos murciélagos se localizaban en Argentina: *Ch. villosum* (n=0) y *A. caudifer* (n=2) fueron los que presentaron una probabilidad B de encontrarse en las localidades estudiadas. Seguidamente *A. planirotis* (n=68) y *A. lituratus* (n=178) presentaban una probabilidad B y MB; los que presentaron una mayor probabilidad eran *D. rotundus* (n=220), *Ch. auritus* (n=22) que llegaron a presentar una probabilidad hasta MA. *D. rotundus* es el que posee una mayor área de probabilidad de distribución de las 6 especies estudiadas, llegando desde el Norte del país hasta Buenos Aires y presenta una probabilidad MA de encontrarse en localidades como San Ramón de la Nueva Orán donde se han registrado casos SPH. *Ch. auritus* es el que presenta la mayor probabilidad (74 %) de presencia en el país y presenta una probabilidad MB de encontrarse en la localidad de Yuto, donde también se registran casos de SPH. Se debe considerar realizar estudios exploratorios de búsqueda de infección en los murciélagos de Argentina para conocer el rol epidemiológico de estas especies en la posible transmisión de hantavirus. Además, el personal médico debe tener en cuenta en la entrevista de pacientes sospechosos de padecer SPH no solo el posible contacto con roedores, sino también con murciélagos y sus excretas. Esto podría permitir posiblemente un diagnóstico oportuno y recabar mayor información sobre la potencial relación de los murciélagos y el SPH.

PE101 Infección pulmonar causada por *Mycobacterium peregrinum* reporte de un caso

Zielinski MC, Garro S², Matteo M³, Nano M¹.

¹Hospital Interzonal General de Agudos Petrona Villegas de Cordero. Virreyes. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina. ³Instituto de Tisiología Dr. Raúl Vaccarezza. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: *Mycobacterium peregrinum* es un miembro del grupo de micobacterias no tuberculosas de crecimiento rápido (NTM), ubica en la naturaleza y en el ambiente hospitalario, se considera un patógeno poco común tanto en individuos inmunocompetentes como inmunosuprimidos. Las infecciones pulmonares causadas por *Mycobacterium peregrinum*, no son frecuentes y se diagnostican solo en un número limitado de casos.

Caso clínico: Paciente de 84 años de edad, masculino, ex tilista, antecedente de insuficiencia tricuspídea severa con hipertensión pulmonar. Consulta por tos y expectoración de 20 días de evolución. Se realiza TAC de tórax sin contraste que demostró derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva y cardiomegalia. Serologías para VIH, VDRL, HBV y HCV negativas. Esputo con cultivos para micología y gérmenes comunes negativo, baciloscopía positiva, GeneXpert negativo, cultivo positivo para *Mycobacterium peregrinum*, según se identificó mediante biología molecular. El paciente realizó tratamiento con rifampicina, isoniacida, etambutol y claritromicina. De acuerdo a la sensibilidad del antibiograma se rota isoniacida a ciprofloxacina. Luego de 90 días de tratamiento intercorre con farmacodermia por lo cual requiere internación, se realiza biopsia de piel, con eritema multiforme secundario a fármacos. Recibe tratamiento con antihistamínicos y corticoides, con mejoría clínica sin interurrencias.

Discusión: Las micobacterias atípicas de crecimiento rápido (MCR) se encuentran ampliamente distribuidas en el agua, suelo, aves y animales. Estas micobacterias pueden sobrevivir en ausencia de nutrientes y en un amplio margen de temperaturas; son capaces de formar biopelículas y son relativamente resistentes a los desinfectantes clorados y al glutaraldehído. Cada año se describen nuevas especies implicadas en infecciones nosocomiales, así como en infecciones en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos, gracias al desarrollo de los modernos sistemas de diagnóstico molecular. El *Mycobacterium peregrinum* es una micobacteria que se encuentra dentro del complejo *M. fortuitum*. No es frecuente en enfermedad pulmonar, esta NTM raramente es reportada como patógeno en humanos. Existen 15 casos reportados por *M. peregrinum* en la literatura, 5 en inmunocomprometidos y 10 en inmunocompetentes. El *M. peregrinum* se encuentra reportado en un amplio rango de afecciones, desde infección pulmonar, esternal, cutánea, infección de herida quirúrgica y por catéter a infección diseminada. Entre los diagnósticos diferenciales: corynebacterium sp, diphteroides, Nocardia sp. Agentes etiológicos fácilmente de confundir según la microbiología realizada.

Conclusión: La infección pulmonar provocada por *M. peregrinum* (NTM), es poco frecuente, pudiendo afectar no sólo a pacientes inmunocomprometidos. Requiere laboratorio de alta complejidad por ser bacteria de crecimiento rápido, e identificación por biología molecular. Debemos pensar en las NTM, dado su implicancia clínica para realizar el tratamiento adecuado a la sensibilidad.

PE102 Manifestaciones clínicas y paraclínicas de pacientes con dengue, asistidos en el Hospital San Vicente de Paul, Oran-Salta

EscaladaA, Méndez G.

Hospital San Vicente de Paul. Orán. Salta. Argentina.

Introducción: El dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores más extendida en el mundo, es la décima causa de muerte por enfermedades infecciosas. Más de 2 500 millones de personas viven en zonas de riesgo y más de 100 países han informado de la presencia de esta enfermedad en su territorio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 25.000 personas fallecen por esa enfermedad anualmente. El comportamiento en Argentina es epidémico, y la ocurrencia de casos se restringe a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo), en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes. Los principales síntomas son fiebre, mialgias y artralgias, cefalea, astenia,

exantema, prurito, dolor abdominal y diarrea, manifestaciones hemorrágicas. El laboratorio en general presenta con plaquetopenia, leucopenia con linfomonocitosis.

Objetivo: conocer las manifestaciones epidemiológicas, clínicas, paraclínicas con la distribución espacial de los pacientes con dengue en enero-marzo 2019.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal. El trabajo tomo como objeto de estudio a 107 pacientes con serología positiva en NS1 y IgM, tomando como variables: sexo, grupo etario, manifestaciones clínicas, plaquetopenia y leucopenia de los casos. En este trabajo se revisó las planillas clínica-epidemiológicas de vigilancia de síndrome febril.

Resultados: No hubo discriminación de sexo con un 50 % de la población, el 93 % de los pacientes fueron diagnosticados mediante NS1. El grupo etario más afectado fue el de 15 a 29 años con una frecuencia de 29 %. Se observó que los síntomas generales más frecuentes son cefalea, fiebre, mialgias, artralgia, dolor retroocular. En los datos georreferenciados, en la semana epidemiológica N°8, llegó a 20 % de pacientes sobre las demás semanas, en el análisis espacial los pacientes distribuidos en los distintos barrios, se llegó a un pico de 37 % en un solo barrio en la misma semana.

Conclusión: no hubo manifestaciones clínicas atípicas, los ciclos de vida del virus en el *Aedes aegyptis* permanecieron constantes en ciertos barrios. Se deberá trabajar en forma inter institucional (municipalidad, comunidad y hospital) para evitar la aparición de las formas graves de la enfermedad.

PE103 Diagnóstico de la leishmaniasis tegumentaria americana y de la enfermedad de Chagas en pacientes ambulatorios que concurren al Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales, período febrero-septiembre 2018

Aveldaño R¹, Cajal SP¹, Krolewiecki AJ¹, Gil JF¹, Escalada AE¹, Portal G¹, Flores G¹, Vázquez AN², Cimino RO¹.

¹Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IIET), ²Hospital Zonal General de Agudor Dr. Arturo Oñativia. Salta. Argentina.

Introducción: La leishmaniasis tegumentaria americana (LTA) es una enfermedad de alta prevalencia en el norte de la República Argentina; el departamento Orán reporta anualmente el 53 % de los casos del país. Además, existen zonas de superposición geográfica con la enfermedad de Chagas y podrían presentarse coinfección de ambos parásitos.

Objetivo: Búsqueda de coinfección por *Trypanosoma cruzi*-*Leishmania* spp., en pacientes que concurren al Instituto de Investigaciones de Enfermedades Tropicales (IIET), con lesiones presuntivas de Leishmaniasis y determinar prevalencia de estas infecciones.

Material y Método: Se analizaron 186 muestras de pacientes con lesiones presuntivas de LTA en el período febrero-septiembre 2018, se realizó raspados del borde de lesiones para la observación de formas amastigote de *Leishmania* spp. Paralelamente, se analizaron muestras de sueros para el diagnóstico serológico de la infección por *T. cruzi* mediante kits comerciales Chagas testHAI y ChagatestELISA Recomb. V.3.0 WienerLab. Se calculó la prevalencia de casos leishmaniasicos, la proporción de coinfección con Enfermedad de Chagas e índice kappa para serología (ELISA vs. HAI).

Resultados: El 62 % (114/186) de las muestras analizadas fueron frotis positivo para LTA. El 6 % (11/186) resultó serología positiva para Chagas. Del 100 % de los casos con frotis positivo (n=114) el 9.6 % (11/114) además presentó serología positiva para *T. cruzi*, El índice de concordancia para las dos técnicas serológicas (HAI y ELISA recomb.) fue muy bueno (índice kappa=0.79), siendo bajo los resultados discordantes a resolver con Inmunofluorescencia Indirecta para ambas patologías.

Conclusión: Se determinó una prevalencia de infección por *Leishmania* spp. del 62 % de los pacientes que concurren al IIET con lesiones compatibles con LTA. La prevalencia de coinfección *Leishmania*-*T. cruzi* fue del 9.6 %, mientras que la infección por *T. cruzi* fue del 6 %. Ambas parasitosis son endémicas en el norte argentino, por lo tanto, el monitoreo habitual por parte del sistema de salud es de importancia sanitaria.

PE104 Análisis epidemiológico de hantavirus en el norte de la provincia de Salta, Área Operativa XI

Gatica D, Quipildor M, Duarte M.

Hospital San Vicente de Paul. Orán. Salta. Argentina.

Introducción: El hantavirus es una zoonosis viral caracterizada por un pródromo febril que afecta generalmente a adultos jóvenes y sanos que progresa al fallo respiratorio con el cuadro clínico de síndrome de distress respiratorio del adulto. La provincia de Salta, por razones de accesibilidad, se divide en áreas operativas, siendo el área operativa XI una extensa región que comprende zonas y parajes de distintos departamentos, donde el hantavirus, es una patología endémica en la zona cuyos primeros casos fueron notificados en el año 1993, habiéndose confirmado casos en forma retrospectiva desde el año 1991. En la década del 90, la letalidad de la enfermedad ascendía a más del 50 %. En los últimos años ha disminuido a valores que oscilan entre el 8 y el 20 %. A raíz del brote de hantavirus que se desarrolló en el noroeste de la provincia de Chubut, por transmisión interhumana, teniendo en cuenta la gravedad del cuadro y lo infrecuente del brote vemos necesaria una actualización de la epidemiología del virus en el norte de nuestra provincia a fin de brindar una explicación clara y concisa con datos actualizados para ofrecer una línea de base de investigación epidemiológica de nuestra área operativa

Objetivo: Evaluar los cambios ocurridos en la incidencia y perfil epidemiológico de los casos diagnosticados de Hantavirus, en el área operativa XI de la provincia de Salta entre 1996 y 2018

Materiales y métodos: Se realizó un estudio cualitativo epidemiológico descriptivo retrospectivo, la población quedó conformada por 493 casos comprendido desde el 01/01/1996 hasta el 30/06/2018 en el área operativa XI de Salta. Tomando como fuente las historias clínicas y fichas epidemiológicas proporcionados por el programa de Epidemiología del Hospital San Vicente de Paul.

Resultados: De los 493 casos el 82 % pertenece al sexo masculino, la máxima incidencia de la enfermedad aparece en el grupo de 25 a 34 años de edad, siendo la tasa promedio de 2,64 por cada 10.000 casos con una letalidad promedio de 19,88 %, En relación con los síntomas y signos de la enfermedad, la fiebre se presenta en el 93 %, cefalea en el 74,9 %, y las mialgias y artralgias en el 76,8 % de los casos siendo los pilares fundamentales en el diagnóstico clínico. El principal antecedente epidemiológico en el momento del diagnóstico fue la pesca y presentándose mayormente en pacientes de residencia urbana.

Conclusión: La letalidad variable y la incidencia cambiante que acompañan a este síndrome hacen que siga siendo un problema de salud pública, por lo que la prevención y control de esta enfermedad solo es posible si se mantiene actualizada la información referente a la incidencia, evolución, mortalidad y antecedentes epidemiológicos para la asistencia médica oportuna y el diagnóstico precoz. Por lo tanto, se puede afirmar que en el Área Operativa XI de Salta el número de casos se encuentran dentro de lo esperado, con una tasa de letalidad variable y antecedentes epidemiológicos característicos de esta patología.

PE105 Casos de rickettsias en la Provincia de Salta, descripción de una nueva zona epidemiológica

Sánchez A, Herrera Verduguez M.

Hospital Papa Francisco. Salta. Argentina.

Introducción: Las Rickettsias son bacterias emergentes y reemergentes de la familia *Rickettsiaceae* transmitidas por diferentes artrópodos hematófagos como garrapatas. En la actualidad se reconocen aproximadamente 25 especies del género *Rickettsia*. En Argentina sólo documentada en el norte de nuestro país (Jujuy la mayoría de los casos y hasta 2017 solo unos pocos en la zona del Parque Nacional El Rey en Salta). Con tasas de letalidad entre 23 y 85 % en su evolución natural y del 5 % con un tratamiento adecuado. Continúan siendo subdiagnosticadas en muchas regiones debido a la pobre sospecha clínica y por el hecho de ser confundidas con otras causas de síndrome febril agudo.



Descripción de casos: Presentamos 2 casos clínicos atendidos en Hospital Papa Francisco a fines de 2017, con diagnóstico confirmado de *Rickettsia* spp. 1° caso: Paciente de 17 años antecedente de viaje a la localidad de El Tunal (Metán), fue admitido por síndrome febril de 6 días de evolución seguido de una erupción cutánea generalizada y disfunción orgánica múltiple. Evolucionó con shock irreversible, falleciendo a las 48 hrs de haber sido admitido. El diagnóstico se realizó luego del óbito, para *Rickettsia* spp por IFI. 2° caso: Paciente de 45 años, antecedente de viaje al Parque Nacional El Rey expuesto a múltiples picaduras de garrapatas y un compañero de trabajo fallecido con cuadro de fiebre y manchas en la piel sin diagnóstico, ingresa con síndrome febril de 4 días de evolución, se inició tratamiento empírico con Doxiciclina, con buena evolución clínica. Con diagnóstico para *Rickettsia* spp. confirmado por IFI.

Discusión: A partir del caso de evolución fatal en 2017 de El Tunal, se han confirmado otro caso de la misma localidad, uno del Parque Nacional El Rey, 2 en El Galpón y una paciente de Tartagal hasta 2018. Es muy importante reconocer la epidemiología y manifestaciones clínicas de esta enfermedad, conocer que el tratamiento empírico aplicado al inicio de los síntomas puede prevenir la enfermedad grave y la muerte. Creemos que esta enfermedad de evidente complejidad, representa un reto diagnóstico muy importante a tener presente en nuestra región, como diagnóstico diferencial de síndrome febril agudo.

PE106 Análisis de los síndromes febriles agudos inespecíficos en el cambio de notificación desde el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. Período 2015-2019

Romano ML, Zarra J, Falcone C, Rotllant V, Rodríguez N, Cusmano L.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: El síndrome febril agudo inespecífico (SFAI) es relevante para la vigilancia epidemiológica ya que destaca a las enfermedades reemergentes y emergentes que se notifican oportunamente por vía on-line, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 2007 y el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) que se encuentra actualmente vigente desde el año 2018, ambos permiten generar medidas de intervención sanitarias apropiadas.

Objetivo: Evaluar las fortalezas, debilidades y oportunidades del SNVS y el SISA para la notificación oportuna de casos SFAI de las enfermedades reemergentes.

Material y métodos: Se evaluaron los casos notificados con diagnóstico sospechoso/probable de SFAI a través del SNVS y SISA on line, durante el periodo 2015-2017 en el SNVS y 2018 al 2019 en el SISA, además de una base de datos planilla Excel elaborada por la División de Promoción y Protección de Salud. Se analizaron los datos demográficos y casos notificados por semana epidemiológica (SE) utilizando matriz FODA para su evaluación de ambos sistemas de notificación.

Resultados: Durante el periodo 2015-2017 se evaluaron 5365 casos de SFAI de: dengue 5.345, paludismo 9, chikungunya 9 y Zika 2, correspondiendo su mayor registro al año 2016 con la epidemia de dengue (n=5204). En ese año se elaboró una base Excel propia del área para recolección de datos y notificación oportuna. En el periodo 2018-2019 se analizaron 120 casos de SFAI de: dengue 55, chikungunya 21, fiebre amarilla 18, paludismo 18 y Zika 8.

La fortaleza del SNVS fue el registro total de casos; y su debilidad, la falta de información de cada caso notificado. El SISA fortaleció la notificación del grupo de evento SFAI con datos completos. Como debilidad, en ambos sistemas, la dificultad operativa en completar datos *on line* cuando hay alta carga de enfermedad.

Conclusión: En el primer periodo en estudio se encontraron dificultades en la utilización del SNVS para la notificación oportuna de los casos de SFAI debiendo utilizarse recursos propios para el registro y notificación. Con la implementación del SISA en el segundo periodo en estudio, se fortalecieron las denuncias de los casos sospechosos de SFAI. En ambos periodos en semanas epidémicas no se pudo realizar la notificación oportuna del total de casos ocasionando una amenaza en la toma de decisiones oportunas en Salud Pública.

PE107 Neurocisticercosis, nuestra experiencia en 19 años

Requena A, Gonzales S, Gear O, Cabrera C, Basadoni D, Maranzana A.
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. CABA. Argentina.

La cisticercosis es una zoonosis parasitaria producida por la forma larvaria de la *Taenia solium*. Afecta el tejido nervioso central en un 60- 90 % de los casos. Es una enfermedad de distribución universal, endémica en países de bajo nivel socioeconómico, en los cuales se consume carne porcina mal cocida. La cisticercosis se adquiere cuando el hombre ingiere los huevos por alimentos - agua contaminados, o por auto contaminación; cuando éstos llegan al torrente sanguíneo se distribuyen por los tejidos (músculo, cerebro, etc.), depositándose en su forma larvada. Por ello, se ha convertido en un grave problema de salud pública de los países en vías de desarrollo. Dado el aumento de la población migrante en nuestro país, requiere que consideremos la sospecha diagnóstica de enfermedades poco frecuentes en nuestro medio.

Objetivo: El objetivo del trabajo fue determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos de neurocisticercosis de un hospital general de la ciudad de Buenos Aires en un periodo de 19 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, realizado en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires. La información fue obtenida a partir de las historias clínicas del Servicio de Infectología. Se revisaron 56 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de neurocisticercosis realizadas entre enero del 2001 y febrero de 2019, con diagnóstico confirmado de neurocisticercosis. Se excluyeron a los pacientes sin historia clínica completa y aquellas historias de pacientes depuradas por fallecimiento. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, lugar de nacimiento y procedencia, contacto previo con ganado porcino, consumo de carne de cerdo, año de atención en el hospital, síntomas de consulta, método diagnóstico empleado, tipo de lesiones y tratamiento. La información se transfirió a una base de datos, fueron analizados utilizando el software SPSS Statistics 17.0.

Resultados: Se revisaron un total de 56 historias clínicas, de los cuales la edad mediana fue 33 años (18 - 64 años), un 51 % fueron de sexo masculino; el lugar de nacimiento y procedencia de los pacientes fue en un 89 % (50) Bolivia, 5,3 % Perú y 5,3 % de Argentina; un 41,6 % de los pacientes tuvo contacto con animales durante su crianza, el 100 % refirió ingesta de carne porcina. El tiempo de estadía en Buenos Aires fue desde 1 mes hasta 28 años. La distribución de casos diagnosticados según el año, demostró que el 41 % se realizaron entre el 2011 y 2015; y solo un 7 % entre el 2016 y 2019. La sintomatología más frecuente fue convulsiones parciales y focales en un 45 %, cefalea en un 24 % y mareos en un 9,4 %. Las imágenes más frecuentes fueron quísticas en un 42 %, calcificadas en un 42 %. La serología fue positiva en el 56 % de las que fueron solicitadas; el tratamiento lo recibieron en un 73,4 % y todos los pacientes tuvieron buena tolerancia al mismo.

Conclusiones: La neurocisticercosis no es una enfermedad endémica en nuestra ciudad, pero debe pensarse en pacientes jóvenes que consultan por convulsiones y cefalea de larga evolución, procedentes de países endémicos. Mención aparte debe ser el manejo epidemiológico para erradicar este tipo de enfermedades, educando a la población con medidas higiénico- dietéticas.

PE108 Neumonía: un estudio de series de tiempo. Año 2008-2017

Sader MC, Calli R, Cuezco R.
 Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Argentina.

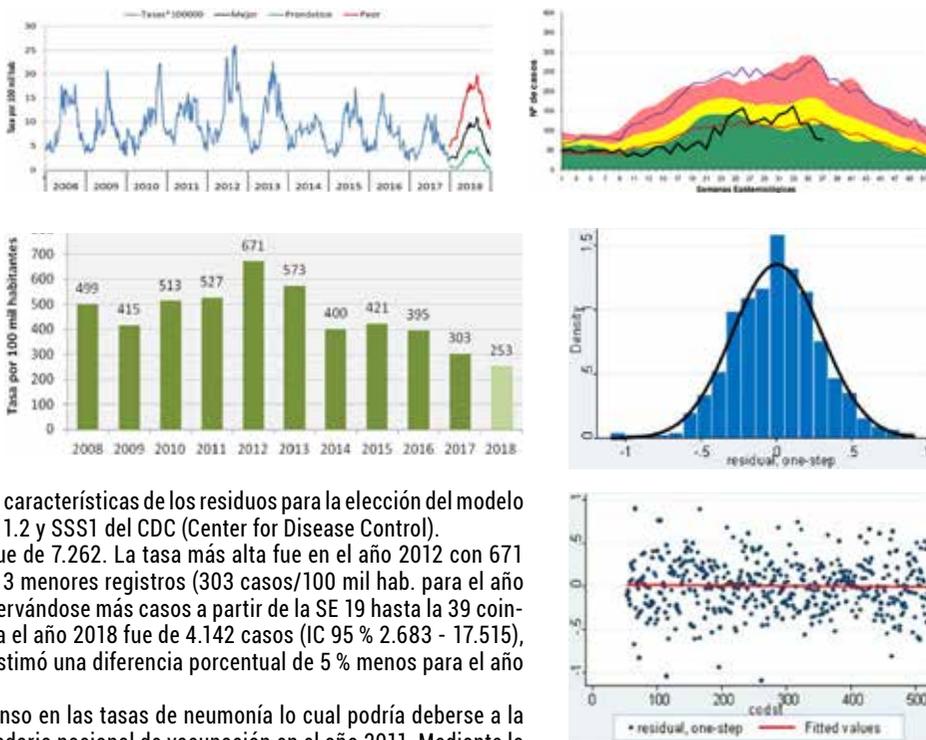
Introducción: Las infecciones respiratorias bajas siguen siendo la enfermedad transmisible más mortal, causando 3,0 millones de muertes en todo el mundo en 2016. Las neumonías tienen un comportamiento estacional que abarca principalmente las estaciones de invierno – primavera; y su presentación es endémica.

Objetivos: Describir la notificación de neumonías en el período 2008- 2017. Realizar proyecciones para el año 2018.

Metodología: estudio ecológico de serie de tiempo de notificaciones por neumonía. Se incluyeron los casos definidos como neumonía según la clasificación del CIE-10: J12, J14, J15 y J16; con datos obtenidos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Las proyecciones, se realizaron mediante la modelación ARIMA de Box Jenkins. Se evaluó previamente la consistencia, estabilidad, periodicidad y comparabilidad de los valores de la serie. La estacionalidad se estudió mediante autocorrelación simple y parcial. Se verificó las características de los residuos para la elección del modelo adecuado. Para el análisis estadístico, se utilizó: Stata 11.2 y SSS1 del CDC (Center for Disease Control).

Resultados: El promedio anual de casos de neumonía fue de 7.262. La tasa más alta fue en el año 2012 con 671 casos/100 mil habitantes; observándose a partir de 2013 menores registros (303 casos/100 mil hab. para el año 2017). La serie tuvo un comportamiento estacional, observándose más casos a partir de la SE 19 hasta la 39 coincidiendo con la época invernal. El número estimado para el año 2018 fue de 4.142 casos (IC 95 % 2.683 - 17.515), con una tasa de 253 casos por 100 mil habitantes. Se estimó una diferencia porcentual de 5 % menos para el año 2018 con respecto al año 2017 (p<0.05).

Conclusión: A partir del año 2012, se observó un descenso en las tasas de neumonía lo cual podría deberse a la implementación de la vacuna antineumococo en el calendario nacional de vacunación en el año 2011. Mediante la proyección estimada, podría esperarse que este descenso continúe para el año 2018. Se deberá continuar con el estudio de los años subsiguientes para confirmar si este comportamiento se mantiene.



PE109 Caracterización epidemiológica de las meningitis virales registradas por Vigilancia Epidemiológica en el período 2015-2017

Leavy G, Bruno M, Cuezco R, Ramírez F, Calli Flores R.
 Dirección de Epidemiología.

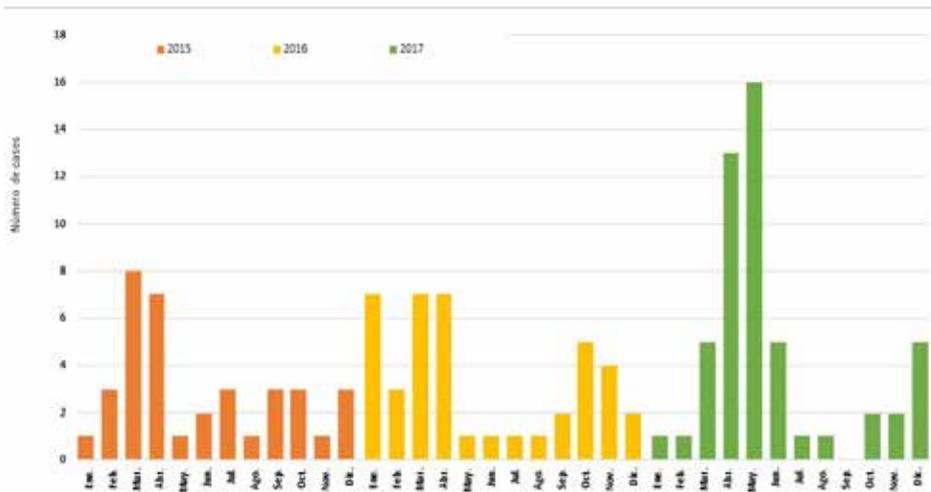
Introducción: La meningitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación del tejido que cubre el cerebro y la médula espinal. En muchas ocasiones, las meningitis virales (MV) son indistinguibles de las meningitis bacterianas agudas. El diagnóstico diferencial es primordial por las diferencias que existen en la severidad de la enfermedad, el tratamiento y la factibilidad de intervención. La vigilancia individualizada de todos los tipos de meningitis permite medir y detectar epidemias e intervenir oportuna y adecuadamente en los brotes. La notificación de los casos es fundamental para la intervención oportuna sobre los contactos y la comunidad.

Objetivo: Caracterizar epidemiológicamente los casos de MV notificados durante los años 2015 al 2017 en la provincia y a nivel país.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de los casos de MV notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) durante los años 2015/2017. Para la elaboración del mismo se utilizaron diferentes fuentes secundarias. Para el cálculo de incidencias se usó tasa; casos de MV notificados al SNVS por instituciones públicas y privadas, y estimaciones poblacionales para los años 2015–2017. Se estimó el promedio y las tasas de incidencia de MV por mes. Se calcularon porcentajes por edad, sexo, procedencia de la notificación (público/privado), presentación de secuelas y etiología de las meningitis. También,

Figura 1. Casos de Meningitis Viral período 2015-2017 (n = 129)

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud.



se estimaron porcentajes de hospitalización y letalidad. Se calculó el promedio de días internación en las hospitalizaciones. Se aplicó test de proporciones, se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se analizaron los datos con el software Stata 11.1.

Resultados: En el periodo comprendido entre 2015 – 2017 se registraron 204 casos de meningitis de etiología infecciosa. De estos, el 63,24 % (129) correspondieron a meningitis virales. El 82,17 % (106) fueron notificadas por establecimientos públicos. El promedio de notificaciones fue de 11 casos por mes. El número de notificaciones en los meses de abril y mayo de 2017, fue significativamente superior en comparación con el mismo periodo de los años previos mencionados ($p < 0,05$). Respecto al total de casos anuales no se observó diferencia significativa entre el año 2017 (52) respecto a 2015 (36) y 2016 (41), ($p > 0,05$). La distribución de casos según sexo para todas las edades, fue significativamente mayor en los varones en un 58 % (75) en relación a las mujeres ($p < 0,05$). La tasa específica de notificación más alta se observó en el grupo de 0 a 4 con 27,35 casos cada 100.000 habitantes. Todos los casos fueron hospitalizados. La mediana del tiempo de internación fue de 5 días. No se registraron fallecimientos, y solo un 1,2 % presentó secuelas. Los agentes etiológicos detectados fueron enterovirus 19,38 % (25) y virus del herpes simple 7,75 % (10). La incidencia de casos en la provincia aumentó entre 2015 y 2017 (de 2,26 a 3,18 casos por 100000 hab.).

Discusión: En 2017, las MV alcanzaron un porcentaje superior con respecto a años previos; observándose mayor incidencia en la provincia con respecto al total país. La distribución de casos por edad, sexo y estacionalidad, coinciden con las encontradas en trabajos previos. El grupo de edad más afectado fue el de menores de 5 años. Si bien la necesidad de hospitalización fue alta, no hubo fallecidos. Si bien en 2017 se observó mayor incidencia en meses de otoño, no se considera un año epidémico en el consolidado anual de casos.

PE110 Caracterización epidemiológica de los virus respiratorios registrados por Vigilancia Epidemiológica. Período 2017-2018

Villarreal YP, Zamora AM, Ruiz Huidobro G, Costas D, Saleh DA, Germano PM, Royo NA, Sader SL, Griet M.

Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Argentina.

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas son responsables de la mortalidad en todo el mundo y los virus son los principales agentes etiológicos que las causan, por lo que la vigilancia epidemiológica provee información actualizada y oportuna sobre los virus que circulan en la población, permitiendo definir acciones de prevención y control.

Objetivo: caracterizar epidemiológicamente la prevalencia de virus respiratorios en menores de 2 años, notificados durante el periodo 2017-2018.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de los casos de virus respiratorios estudiados por el Laboratorio de Salud Pública durante el periodo 2017-2018. Para la elaboración del mismo se utilizaron datos de fuentes secundarias. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia de la muestra, ámbito de la notificación (público/privado), etiología de los virus, se incluyen el virus sincitial respiratorio, rinovirus, virus de la parainfluenza, los virus de la gripe A y B, adenovirus y metapneumovirus. Se consideró muestra positiva para algún virus respiratorio, a aquella muestra confirmada por laboratorio. Se calcularon proporciones para variables dicotómicas, y media para las variables numéricas. Se utilizó test X2 para comparar proporciones. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Para el análisis de los datos se utilizó el Software Stata 11.1.

Resultados: Se analizaron 5322 muestras para determinar presencia de virus respiratorios en menores de 2 años durante el periodo 2017-2018, de las cuales resultaron positivas para algún virus respiratorio el 62,66 % (3335). De estas muestras positivas, el 63 % correspondió a pacientes menores de 6 meses. El 56,90 % eran del sexo masculino, siendo significativa esta diferencia con respecto al sexo femenino ($p < 0,05$). El 58,2 % (1940/3335) resulto positiva para el Virus Sincitial Respiratorio siendo significativa esta diferencia con respecto a los otros virus ($p < 0,05$), la mayor prevalencia de este virus respiratorio se dio en los niños menores de 6 meses (38,6 %). De 5311 muestras que recibió en el Laboratorio, el 98,1 % (5210) pertenecían a pacientes internados. El 83 % de las muestras provenían del sector público.

Conclusiones: durante el periodo 2017-2018 en la provincia, se encontró positividad en más de la mitad de las muestras respiratorias de los menores de 2 años. La mayoría de las muestras positivas correspondieron a menores de 6 meses y de sexo masculino. La mayor prevalencia fue para virus sincitial respiratorio. El estudio incluyó principalmente pacientes de internación y del ámbito público. Esta información evidencia cuál es nuestra subpoblación más vulnerable, además de la prioridad que el sistema provincial de salud les otorgó.

PE111 Reporte de serie de casos de síndrome pulmonar por hantavirus. 2016-2017

Gómez F, Ortega S, Molina C, Calli Flores R, Costas D.

Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud Pública de Tucumán. Argentina.

Introducción: Hasta el año 2015, no se habían notificado casos de hantavirus en una de las provincias del Noroeste Argentino (NOA), pese a haberse descrito la presencia de roedores vinculados a virus Hanta. En abril del año 2016 la muerte de una joven de 23 años constituyó el primer caso autóctono de hantavirus registrado en la provincia estudiada. Tuvo confirmación diagnóstica de Hantavirus por el laboratorio del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio Maiztegui" (INEVH). Posteriormente, se diagnosticó en forma retrospectiva, un nuevo caso de hantavirus, de un paciente pediátrico. El niño falleció en el mes de febrero del año 2016, y había presentado un cuadro clínico

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Sexo	F	M	F	F
Edad	23 años	5 años	24 años	53 años
Patología de base	Síndrome Antifosfolípídico	No	No	No
Antecedente de viaje	No	No	No	No
Enfer. previa a internación	3 Días	4 Días	2 Días	10 Días
Fiebre/vomito/mialgias/ Artralgias	Si	Si	Si	Si
Recuento de GB	80.133/mm ³	26.600/mm ³	7.600/mm ³	21.300/mm ³
Radiografía de Tórax	Infiltrado Pulmonar asociado imágenes nodulares (TAC)	Infiltrado Algodonoso	Infiltrado Intersticial Bilateral	Infiltrado Intersticial Bilateral en 2/3 CP
ARM	Si	Si	Cánula Nasal	Si
Resultado de lab. INEVH	POSITIVO (IgM, PCR y Secuenciación para genotipificación) Hantavirus asociado a Oligoryzomys relacionado con Hu39594	POSITIVO (IgM, PCR y Secuenciación para genotipificación) Hantavirus asociado a Oligoryzomys relacionado con Hu39694	No se contó con muestras biológicas	POSITIVO (IgG, IgM Y PCR)
Genotipo			No se contó con muestras biológicas	En estudio
Falleció	Si	Si	Si	Alta Médica

compatible con síndrome pulmonar por hantavirus (SPH). También en febrero del año 2016, se notificó un caso fallecido, con sospecha clínica de hantavirus, de una paciente de 24 años, sin antecedente de viaje. En junio del año 2017 se registró el tercer caso de SPH confirmado por el INEVH, de una paciente de 53 años de edad. Presentó una evolución lentamente favorable; y recibió el alta médica después de 30 días de internación. La tasa de letalidad en la provincia sería 75 %. Descripción de los casos: Caso 1: Mujer de 23 años, con síndrome antifosfolipídico. Sin antecedentes de viaje. Síntomas: fiebre, cefalea, mialgia, náuseas, vómitos y dolor abdominal. GB: 80.133/mm³. TAC de tórax: infiltrado pulmonar asociado a imágenes nodulares. Requirió ARM. **Resultados INEVH:** POSITIVO (IgM, PCR y secuenciación para genotipificación). Genotipo: hantavirus asociado a *Oligoryzomys* relacionado con Hu39694. Falleció. Caso 2: Paciente masculino (5 años). Sin comorbilidades ni antecedente de viaje. Síntomas: fiebre y vómito. GB: 26.600/mm³. Rx de tórax: infiltrado alveolar, requirió ARM.

Resultados INEVH: POSITIVO (IgM, PCR y secuenciación para genotipificación). Genotipo: Hantavirus asociado a *Oligoryzomys* relacionado con Hu39694. Falleció. Caso 3: Mujer de 24 años, sin comorbilidades. Síntomas: fiebre y exantema sin prurito. GB: 7.600/mm³. Rx de tórax: infiltrado intersticial bilateral. Resultado INEVH: no se contó con muestras biológicas. Falleció. Caso 4: Mujer de 54 años, sin comorbilidades ni antecedente de viaje. Síntomas: fiebre, mialgias, artralgias. GB: 21.300/mm³. Rx de Tórax: infiltrado intersticial bilateral. Requirió ARM. Resultado INEVH: POSITIVO (IgG, IgM Y PCR). Genotipo: en estudio. Recibió el alta médica.

Discusión: La región del NOA, es la de mayor incidencia del país, con más del 50 % de los casos informados en Argentina. En la provincia estudiada, 2 de los casos del hantavirus asociado fue el *Oligoryzomys* relacionado con el genotipo viral Hu39694, que hasta ahora era considerado específico a la región pampeana central, esto puede estar relacionado a factores ecológicos, antrópicos y/o climáticos que conducen a la modificación de la dinámica de las poblaciones de roedores. Si bien no se pudo capturar roedores vinculados al Hu39694, no se puede descartar la presencia de *Oligoryzomys flavescens* en la provincia.

Conclusiones: A partir de los casos ocurridos es probable que la provincia descripta se encuentre en camino de convertirse en zona endémica. Palabras claves: Hantavirus, Síndrome Pulmonar por Hantavirus, Tasa de Letalidad.

PE112 Fenómeno isotópico de Wolff con paracoccidioidomicosis

Aguirre M, Bibolini J, Formosa M, Benini F, Barrios S, Sosa T.

Hospital de Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón. Formosa. Argentina.

Introducción: La paracoccidioidomicosis (PCM) es una micosis sistémica, progresiva, que afecta con mayor frecuencia a trabajadores rurales en latino América, de zonas tropicales y subtropicales. Producida por un hongo dimorfo *Paracoccidioides brasiliensis*. Las principales formas clínicas son aguda o juvenil, crónica y residual. La forma crónica es la más frecuente, caracterizada por compromiso pulmonar y extra pulmonar (mucosas, piel y glándula suprarrenal). El fenómeno isotópico de Wolf se define como la aparición de una enfermedad cutánea nueva en la misma localización donde previamente ha acontecido otra, y con la que no guarda ninguna relación. Se han considerado múltiples causas como virales, inmunológicas, neurológicas y vasculares. En la mayoría de los casos, la primera dermatosis es un herpes Zoster (HZ), posteriormente en esa localización pueden desarrollarse diversos procesos dermatológicos.



Caso clínico: Paciente masculino de 56 años de edad, tabaquista (30 pack years), ex enolista, trabajador rural, oriundo de Formosa; que consultó por dolor de tipo neurítico de 4 meses de evolución en región lumbar que se irradiaba a todo miembro inferior izquierdo, de intensidad 10/10 que le impedía la deambulación. Es derivado a este nosocomio para angiografía del miembro por sospecha de lesión arterial oclusiva, la cual se descartó. Por presentar, además, dermatosis de 2 meses de evolución en dicho miembro, se solicitó interconsulta con infectología y dermatología. Al examen físico presentaba pseudopolimorfismo lesional que se extendía desde región inferior de abdomen, glúteos e interglúteos y todo miembro inferior izquierdo incluyendo planta. Resto del examen físico sin particularidades. Con la sospecha clínica de HZ atípico por el tiempo de evolución se realizan laboratorios, biopsia cutánea, serologías para VIH y VZV IgG e IgM, PCR de lesiones para VZV e inicia tratamiento empírico con aciclovir 4g/día y pregabalina 75mg/día, durante 7 días sin buena evolución. Posteriormente se obtiene resultado histológico compatible con Herpes zoster, destacándose además elementos micóticos. Por lo que se toma nueva biopsia para cultivo micológico dando como resultado PCM. Se solicitaron exámenes complementarios: serologías para micosis profundas y TAC de tórax, evidenciándose compromiso pulmonar bilateral intersticial y nodulillar. Llegando al diagnóstico definitivo de fenómeno isotópico de Wolff con HZ y PCM. Se indica tratamiento con anfotericina B desoxicolato, completando una dosis acumulada de 700mg, solicita su alta voluntaria y continúa con itraconazol 200mg/día. Al día de la fecha lleva 3 meses de tratamiento con buena evolución y solo lesiones hiperpigmentadas residuales asintomáticas.

Discusión: En este caso el paciente presentó clínica y síntomas característicos de HZ y neuralgia herpética, pero de duración atípica, no respondiendo al tratamiento específico. Por lo que se sospechó una dermatosis secundaria asociada. El fenómeno isotópico de Wolff puede ser subdiagnosticado. Por lo que cuando la presentación del herpes zoster es atípica, es necesario extremar las medidas diagnósticas, para realizar un tratamiento dirigido, siendo en nuestra zona importante pensar en patologías infecciosas endémicas.

PE113 Síndrome cardiopulmonar por hantavirus en el municipio de La Plata

Marone J¹, Moriconi L¹, Mykietiu Analia², Obed Mora², González Ayala Silvia³.

¹ Dirección de Epidemiología, Municipalidad de La Plata (1998-2007). ² Dirección Epidemiología, Municipalidad de La Plata (actual). ³ Universidad Nacional La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es una enfermedad emergente en el continente americano (1993). Los primeros casos en la Provincia de Buenos Aires se identificaron en 1997; y, retrospectivamente por estudios serológicos en muestras de casos sin diagnóstico, desde 1994. El Municipio de La Plata es una de las áreas endémicas en la Provincia de Buenos Aires. Se ha identificado la enfermedad desde el año 1998. Los casos han sido causados por los virus AND central La Plata, AND central Buenos Aires y Hu 39694.

Objetivo: Presentar la epidemiología descriptiva de los casos en diferentes períodos.

Material y método: Estudio longitudinal prospectivo observacional directo de los casos confirmados de SCPH en residentes del Municipio de La Plata en tres períodos trienales, 1998-2000; 2005-2007 y 2016-2018.

Resultados: En el primer período se registraron 21 casos, 80,9 % varones, con una letalidad del 19 % (4/21). En los 5 casos pediátricos el rango de edad

fue 2-25 años y la letalidad del 40 % (2/5) mientras que en los adultos estuvieron en el grupo de edad 17-55 años con una letalidad del 12,5 % (2/16). Tres pacientes residían en el casco urbano. Durante 2005-2007 ocurrieron 10 casos, 70 % varones, con una letalidad del 40 % (4/10). Hubo 3 casos de 6-12 años de edad y uno falleció (33,3 %); y, los 7 adultos tenían edades de 16-70 años y la letalidad fue del 42,9 % (3/7). Dieciséis casos, 81,3 % varones, se produjeron en el último período con una letalidad del 6,3 % (1/16); los dos casos de 10 y 14 años tuvieron evolución favorable mientras que en los 14 adultos entre 21-67 años, uno falleció (7,1 %); un paciente residía en el casco urbano. Las localidades (zona de transición urbano-rural) que tuvieron la mayor frecuencia de casos fueron: Villa Elvira, Olmos, Melchor Romero y Arturo Seguí.

Comentario: El aumento sostenido de la población en el Municipio, modificando el ecosistema natural al extender el área de cultivos, facilita el contacto con los roedores en el desempeño de algunos trabajos y también aumenta el riesgo de exposición para los grupos familiares que residen en la zona y se ocupan de cultivos (horticultura, floricultura). La educación para la salud en forma programática es el pilar fundamental para reducir el riesgo de exposición. Deben mantenerse tanto la vigilancia epidemiológica como la de las poblaciones de roedores por cuanto los reservorios identificados en el Municipio son *O. flavescens*, *A. azarae* y *O. rufus* con una prevalencia serológica variable por especie.

PE114 Evaluación de la PCR a tiempo real RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 para la detección cualitativa de *Trypanosoma cruzi* en muestras de sangre de pacientes con enfermedad de Chagas

Flores-Chavez MD¹, Rottengatter K².

Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Microbiología. Madrid. España.

Introducción: A pesar del debate actual sobre el papel de la PCR como herramienta de diagnóstico en la Enfermedad de Chagas, en España es una técnica útil para la detección de parásitos en circulación, y en este sentido permite la confirmación de la infección congénita cuando existe una sospecha clínica. Asimismo, en la fase crónica de la infección es la única herramienta que permite monitorizar la parasitemia en menor tiempo y de manera sencilla. Considerando estos antecedentes, el objetivo de este estudio fue validar la PCR a tiempo real RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 en comparación con un sistema de detección de ADN de *T. cruzi* in-house establecido en el Centro Nacional de Microbiología.

Materiales y Métodos: Se incluyeron 96 muestras de sangre preprocesadas con guanidina 6M EDTA 0,2M pH8. Del total de muestras, 68 correspondían a pacientes con enfermedad de Chagas, con clínica de reactivación aguda (13 casos), infección congénita (14 casos) o infección crónica (41 casos). Como controles se analizaron 28 muestras de individuos con ausencia de infección por *T. cruzi*.

Resultados: Las 27 muestras de los casos tanto con reactivación aguda como infección congénita fueron positivas mediante la PCR a tiempo real RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 como la PCR CNM in-house. Asimismo, las 28 muestras de individuos con ausencia de infección por *T. cruzi* presentaron resultados negativos para ambas pruebas de PCR. De las 41 muestras de los individuos con infección crónica, 38 presentaron parasitemia detectable, de ellos 32 fueron positivos mediante RealStar® Chagas PCR Kit 1.0. La sensibilidad de la PCR RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 es elevada en la fase aguda. Los resultados obtenidos con las muestras de individuos en fase crónica reflejan la dificultad del diagnóstico molecular en fase crónica.

Conclusiones: Los resultados muestran la idoneidad de la PCR RealStar® Chagas PCR Kit 1.0 para la detección cualitativa del ADN de *Trypanosoma cruzi* en muestras de sangre, en particular en casos de infección congénita y reactivación aguda.

PE115 Estudio de casos de tuberculosis registrados en personas privadas de la libertad del Servicio Penitenciario Región Sur de Santa Fe (Argentina)

Biasutti F¹, Rossi E¹, Moro A², Huanca R³.

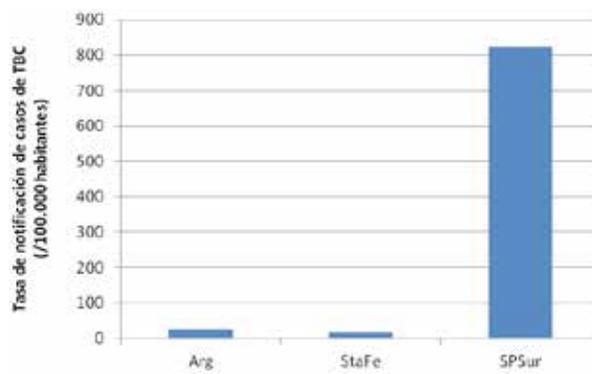
¹Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina. ²Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina. ³Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)- Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina. ⁴Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: Es ampliamente conocido que ciertas infecciones, como la tuberculosis (TB), tienen un impacto en la salud mucho mayor entre las personas encarceladas que en la población general. La OMS informó que la prevalencia de tuberculosis entre las personas detenidas es 100 veces mayor que en la población general. Varios factores, como las desventajas socioeconómicas o el hacinamiento en las cárceles, llevan a esta población particularmente vulnerable a una condición crítica con un mayor riesgo para su salud.

Método: El presente trabajo estudió los casos de tuberculosis notificados entre las personas privadas de la libertad de los seis centros de detención de la región sur de Santa Fe (SSF), Argentina; donde 4,250 personas (4,145 hombres y 105 mujeres) permanecieron detenidas durante el período de análisis (enero de 2017 - mayo de 2018). El diagnóstico y tratamiento de la TB son controlados sistemáticamente por el personal médico de las Unidades Penitenciarias.

Resultados: Durante el período estudiado, se notificaron 35 casos de TB (0,8 % de la población estudiada), siendo 25 (71,4 %) TB pulmonar; 21 (84,0 %) presentaron baciloscopias positivas, con un promedio de 2 ++ en el momento del diagnóstico; El 90,0 % fueron casos nuevos o recaídas y 3 (8,6 %) también presentaron infección por VIH. Este número de casos de TB representaría una tasa de notificación estimada de 823,5 casos por 100,000 personas, que es mucho más alta que la tasa de notificación de TB para la población correspondiente a la Provincia de Santa Fe (16,1 por 100,000 habitantes). Sólo un caso fue clasificado como TB multirresistente. Entre los pacientes tratados, un 67,0 % presentó baciloscopias negativas después de dos meses de tratamiento. Un 77,1 % de los pacientes tratados alcanzó la condición de tratamiento curado/finalizado, con una media de 7,75 meses de duración.

Gráfico 1: Tasas de Notificación de TBC/100.000 habitantes para República Argentina (Arg), provincia de Santa Fe (StaFe) y Servicio Penitenciario Santa Fe Región Sur (SPSur). Fuente: SNVS. Gráfico2: Distribución de pacientes con TBC, según condición final de tratamiento. Servicio Penitenciario Santa Fe Región Sur. Período: 01/01/2017 al 01/01/2018. (n=35). Fuente: SNVS.



Conclusiones: La infección por TB entre las personas detenidas es un problema crítico de salud que requiere una actitud proactiva por parte del personal médico para mejorar la situación epidemiológica en las cárceles. En SSF, el objetivo inmediato a lograr es llevar a cabo una activa campaña de búsqueda de sintomáticos respiratorios y de información para que los prisioneros conozcan el problema y sus posibilidades de tratamiento y cura.

PE116 Lepra en reacción

Van De Casteele G, Taborda D, Pons N, Mercol A, Sustersic A, Presteria J, Spanevello V.

Hospital Intendente Gabriel Carrasco. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La lepra es una enfermedad infectocontagiosa descrita desde la antigüedad producida por el bacilo de Hansen (*Mycobacterium leprae*). Afecta preferentemente a la piel y nervios periféricos, y en ocasiones a órganos internos. En nuestro país la Lepra es endémica en provincias de Noroeste, Noreste y Centro del país. En 2017 existían 436 pacientes en tratamiento, de los cuales 250 son diagnosticados en ese año. Se trata de una enfermedad que, a pesar de tener una clínica variable, es diagnosticable y curable. En el curso crónico de la enfermedad, antes, durante o después de completado el tratamiento pueden aparecer episodios reaccionales de tipo I y II de origen inmunológico, responsable de gran parte del daño de la enfermedad.

Caso Clínico: Hombre de 45 años con antecedentes de lepra *borderline* lepromatosa diagnosticada en 2017 con tratamiento completo, consulta por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por fiebre vespertina, lesiones nodulares eritematosas y dolorosas distribuidas de manera irregular en miembros, región cervical y facial. Examen físico: Regular estado general. Signos vitales conservados. Lesiones nodulares duroelásticas de 10mm a nivel de miembros superiores e inferiores, tronco y rostro con eritema superficial. Laboratorio: Hto:40.7 %, Hb:14.2g/dl, Plaquetas:291000/mm³, GB:28040/mm³, Glicemia:104mg/dl, Ur:70mg/dl, Cr:1.2mg/dl, Na:128mEq/L, K:2.9mEq/L, Cl:93mEq/L, Bilirrubina total:1.2 mg/dl, TGO:16U/L, TGP:28U/L, FAL:74U/L, VES: 51. Serologías VIH, VDRL, VHB y VHC no reactivas. Baciloscopia de lesiones cutáneas: índice bacteriológico +++, índice morfológico 0 %, bacilos fragmentados arrosariados y escasos globis. Durante la internación intercorre con laboratorio de colestasis. Se descartan causas más frecuentes. Se interpreta el cuadro como reacción lepromatosa tipo II (eritema nodoso lepromatoso). Se inicia tratamiento con prednisona y talidomida con mejoría clínica y analítica.

Discusión: La reacción lepromatosa tipo II se presenta en un 50 % de los pacientes en estadio de lepra lepromatosa y *borderline* lepromatosa. Puede ser la primera manifestación de la enfermedad y con frecuencia es recurrente. Se caracteriza por la aparición de eritema nudoso, pudiendo comprometer otros órganos como nervios, ojos y aparato digestivo. El tratamiento de elección es talidomida asociado o no a corticoides sistémicos. Presentamos este caso ya que se trata de una patología subdiagnosticada, debido a la falta de experiencia, a pesar de ser una zona endémica. Si bien la magnitud de la epidemia y la morbilidad global por lepra es baja, comparada con otras enfermedades transmisibles, su diagnóstico y tratamiento temprano previene secuelas físicas y psíquicas además de su propagación. Palabras claves: Lepra, Reacción lepromatosa.

PE117 *Chlamydia psittaci* en trabajadores de reservas naturales de la Ciudad de Buenos Aires: transmisión ante la aparente normalidad. Seguimiento a dos años

Favier P¹, Arias M², Lara C², Wiemeyer G³, Crivelli A¹, Ludvik H¹, Rolón M¹, Ardiles M², Teijeiro M⁴, Madariaga J⁴, Pérez H¹, Cadario M².

¹Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina. ²IANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina. ³Ecoparque. CABA. Argentina. ⁴Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. CABA. Argentina.

Introducción: La psitacosis es una zoonosis causada por *Chlamydia psittaci* (Cp). La vía de contagio es la inhalación de deyecciones de aves portadoras. El cuadro varía desde la forma asintomática hasta la neumonía aguda. A su vez, participa en la génesis de linfomas oculares. El diagnóstico se basa en la clínica y la epidemiología, y se confirma por la presencia de anticuerpos en suero anti-*Chlamydia* spp. (ac-Cs) y/o de ADN de Cp (AND/Cp) en muestras respiratorias. Es desconocida la prevalencia de estos marcadores en expuestos a aves portadoras asintomáticas y la implicancia de esto a largo plazo.

Objetivos: Estimar la tasa de positividad de ADN/Cp y/o de ac-Cs en trabajadores expuestos a aves portadoras de dos reservas de la Ciudad de Buenos Aires. Además, determinar factores asociados a la positividad de estas pruebas y detectar signos sugestivos de psitacosis durante el seguimiento.

Materiales y Métodos: Se analizaron hisopados nasofaríngeos y sueros pareados (a 21 días) de 63 trabajadores en contacto con aves asintomáticas con PCR de Cp cloacal positiva, para determinar la presencia de ADN/Cp en muestras respiratorias por dos nested-PCR y/o ac-Cs por inmunofluorescencia indirecta (IFI-ac) entre octubre/2016 y enero/2018. Se definió como positivo al sujeto con PCR de Cp positiva y/o título basal ≥ 160 U/ml y/o cuadruplicación de títulos de ac-Cs. Se recabaron datos concernientes al labor y contacto con aves, uso de protección (mascarilla N95 y antiparras), condiciones previas (cardiovasculares, respiratorias y/o alérgicas), así como la presencia de síntomas respiratorios y/u oculares durante el seguimiento. El análisis estadístico se realizó con Epi InfoTM7.2.

Resultados: De los 63 trabajadores, el 28.6 % (n=18) fueron positivos (3-PCR, 14-IFI-ac y 1-ambas). El 71.4 % (n=45) eran hombres y la mediana de edad fue 33 años (RIC13). Ninguno desarrolló síntomas, no obstante, fueron tratados. A su vez, aquellos que acusaron condiciones crónicas (78.6 %, n=11, atopía inespecífica) presentaron más chances de un resultado positivo (tabla1). Ningún trabajador utilizó medidas de protección, aunque el 57 % (n=36) las conocían. Los posibles confundidores (aves o balcón en el hogar) no tuvieron valor estadístico. Durante los 23 meses de seguimiento (RICO), ninguno manifestó síntomas respiratorios u oftálmicos.

Conclusiones: En nuestro análisis, un tercio de las personas en contacto con aves portadoras de Cp mostraron pruebas positivas. Por otro lado, aquellos con condiciones crónicas tuvieron mayor probabilidad, aunque ninguno desarrolló signos a mediano plazo. No obstante, creemos en enfatizar y mantener medidas de protección en todos los trabajadores aviares.

Tabla 1. Análisis univariado. Prueba de Chi². p<0.05

	Positivos (n=18)	Negativos (n=45)	p valor
Edad en años (RIC)	34 (11)	32 (12)	.720
Hombres, % (n)	61.1 (11)	75.5 (34)	.252
Horas semanales en contacto con aves, (RIC)	12 (17)	12 (26)	.661
Lugar de trabajo ventilado, % (n)	27.7 (5)	26.6 (12)	.928
Trabajo veterinario, % (n)	38.8 (7)	42.2 (19)	.808
Condiciones crónicas, % (n)	44.4 (8)	13.3 (6)	.007*

*ORcrudo 5.2 (IC_{95%} 1.46-18.44, p=.007), ORajustado 4.7 (IC_{95%} 1.20-18.51), p=.026

PE118 Fascitis necrotizante por *Vibrio cholerae* no-01, no-0139

Torres D¹, Serio E¹, Sabato S¹, Favier P¹, Raffo C¹, Luna R¹, Kumar L¹, Pérez J¹, Lovigné M¹, Azula N², Smayevsky J², Caffer M³, Viñas M³, Pérez D¹, Patterson E¹, Macchi A¹.
¹Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²CEMIC. Argentina. ³Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima. Perú. ⁴Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina

Introducción: Las infecciones necrotizantes de piel y tejidos blandos constituyen una emergencia médico-quirúrgica con alta mortalidad. Diferentes especies de la familia *Vibrionaceae* han sido implicadas como agentes etiológicos, especialmente *V. vulnificus*. Sin embargo, son excepcionales los reportes de fascitis necrotizante por *V. cholerae*.

Caso clínico: paciente masculino de 44 años, oriundo de Malvinas Argentinas (provincia de Buenos Aires), con antecedentes de alcoholismo y cirrosis hepática. Sus condiciones habitacionales eran muy precarias. Negaba haber realizado viajes recientes y exposición a cursos de agua. Consultó en el mes de noviembre a emergencias por presentar úlcera necrótica maleolar interna en miembro inferior izquierdo (MII) de 2 semanas de evolución. En las últimas horas, había progresado rápidamente agregando placa eritemato-violácea, dolorosa, que se extendía hasta tercio distal de muslo homolateral y con flictenas de contenido hemático en dorso del pie. Refería diarrea acuosa de igual tiempo de evolución. Al ingreso se encontraba febril, hipotenso y taquicárdico. En el laboratorio destacaba hematocrito 33 %, leucocitos 8700/mm³, plaquetas 25.000/mm³, creatinina 3 mg/dL, TGO 142 UI/L, TGP 31 UI/L, protrombina 30 %, CPK 1883 UI/L, LDH 562 UI/L y acidosis metabólica. VIH-ELISA no reactivo. Con diagnóstico de shock séptico y fallo multiorgánico secundario a fascitis necrotizante, fue internado en cuidados intensivos. Se indicó piperacilina-tazobactam, vancomicina y clindamicina y se realizó amputación supracondílea del MII. Evolucionó con persistencia del shock y progresión de la necrosis en menos de 24 hs, por lo que se realizó desarticulación del miembro afectado. A las 72 hs del ingreso, se obtuvo desarrollo de bacilos gram negativos en dos hemocultivos, que fueron tipificados como *V. cholerae*. Se agregó levofloxacina. A pesar de todas estas medidas, el paciente falleció por shock séptico refractario. La caracterización final del aislamiento fue *V. cholerae* no-01, no-0139, resistente sólo a ampicilina. La cepa fue derivada a centros de referencia donde se confirmó por pruebas bioquímicas, métodos automatizados (BD-Phoenix™), MALDI-TOF (BD Bruker MALDI-Biotyper™) y serotipificación. Además, se estudiaron mecanismos de virulencia por PCR, resultado negativos el gen *ctxA* (toxina colérica) y el gen *tcpA* alelo El Tor (factor de colonización).

Discusión: *V. cholerae* no-01, no-0139, es un bacilo gram negativo capaz de crecer en aguas cálidas dulces y saladas. En los últimos años, hubo un incremento de reportes de infecciones provocadas por esta bacteria, que probablemente estén relacionadas al cambio climático. Los principales factores de riesgo son cirrosis hepática, alcoholismo e inmunosupresión. Si bien la manifestación más frecuente es la diarrea autolimitada, puede provocar celulitis, fascitis, neumonía, bacteriemia primaria, entre otras. Los casos reportados de infecciones necrotizantes, suelen estar vinculados con la exposición a ambientes acuáticos en meses cálidos, así como a deficientes condiciones sanitarias. La mortalidad reportada es del 50-75 %, aunque depende de la precocidad de la consulta, diagnóstico y tratamiento. Palabras claves: Fascitis necrotizante, *Vibrio cholerae*, bacteriemia.

PE119 Enfermedad por arañazo de gato. Valor de la ecografía en las formas diseminadas en adultos inmunocompetentes

Tittarelli C, Petraroia C, Gancedo E, Sawicki M, Giamperetti S, Mendez N.
 Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: La enfermedad por arañazo de gato (EAG) es una infección producida por la *Bartonella henselae*, causando fiebre e inflamación ganglionar. En una pequeña proporción puede producir formas diseminadas. En estos casos se presentan lesiones hepatoesplénicas fácilmente evidenciables con ecografía.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo de siete casos de EAG diseminada en adultos inmunocompetentes; confirmados por serología y/o PCR. Se recabaron datos clínico-epidemiológicos y se evaluaron los hallazgos ecográficos abdominales.

Resultados: Se estudiaron 7 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 63 años (mediana 38 años). Todos fueron confirmados por serología (IFI) y/o PCR. Cinco de ellos presentaron cuadros febriles con adenopatías regionales y dos se presentaron con síndrome febril prolongado sin foco ni adenopatías periféricas. Al interrogatorio dirigido todos refirieron contacto con gatos. En todos los pacientes se observó leve esplenomegalia con lesiones focales hipoecoicas; en tres de ellos se evidenció, además, hepatomegalia con lesiones de similares características. Cinco pacientes presentaron adenopatías en ligamento hepatoduodenal (LHD). (Tabla). En cinco casos se realizó control ecográfico evidenciándose disminución o desaparición de las lesiones hepatoesplénicas. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico (doxiciclina sola o asociada a rifampicina y un paciente recibió TMS y clindamicina) con buena evolución.

Discusión: La EAG es producida por una bacteria intracelular, *Bartonella henselae*, causante además de angiomas bacilar y peliosis en pacientes inmunocomprometidos. Típicamente se presenta en niños y jóvenes inmunocompetentes, produciendo una inflamación autolimitada y prolongada de ganglios. El diagnóstico se basa en el antecedente de contacto, clínica, serología, histología, PCR y métodos de diagnóstico por imágenes. Ocasionalmente puede producirse una forma diseminada, con formación de infiltrados granulomatosos o abscedados hepatoesplénicos, siendo más frecuente su presentación en niños. También se observan estos infiltrados en una forma atípica, con síndrome febril prolongado sin evidencia de lesión de inoculación. Se utiliza la ecografía abdominal para evidenciar estos infiltrados, los cuales se observan como imágenes hipoecoicas en hígado y bazo. En nuestra serie dichos hallazgos ecográficos motivaron la realización de serología en cuatro casos; y en dos casos fue el único hallazgo orientador.

Conclusiones: - Ante la sospecha de enfermedad por arañazo de gato, la realización de ecografía abdominal permite establecer enfermedad diseminada. - Frente a cuadros febriles sin foco, la presencia de lesiones hipoecoicas hepatoesplénicas en la ecografía, nos obliga a descartar compromiso por *Bartonella*, entre otras etiologías.

	EDAD AÑOS	ECOGRAFIA HEPÁTICA	ECOGRAFIA ESPLÉNICA	GANGLIOS LHD	SEROLOGÍA	PCR
CASO 1	18	NORMAL	LESION FOCAL HIPOECOICA UNICA	SI	IFI (+) Ig G	(+) GANGLIO
CASO 2	35	HEPATOMEGALIA LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	ESPLENOMEGALIA LEVE LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	SI	IFI (+) Ig G	(+) SANGRE
CASO 3	63	NORMAL	ESPLENOMEGALIA LEVE LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	NO	IFI (+) Ig G 1/128	(+) SANGRE
CASO 4	49	NORMAL	LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	SI	IFI (+) Seroconversión Ig M	(-) SANGRE
CASO 5	21	LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	ESPLENOMEGALIA LEVE LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	SI	IFI (+) Seroconversión Ig G 1/512	
CASO 6	40	HEPATOMEGALIA LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	ESPLENOMEGALIA LEVE LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	SI	IFI (+) Ig G	(+) GANGLIO
CASO 7	38	NORMAL	ESPLENOMEGALIA LEVE LESIONES FOCALES HIPOECOICAS	NO	IFI (+) Ig G 1/128	(-) SANGRE

PE120 Reactivación y daño de órgano blanco en pacientes con infección crónica por *Trypanosoma cruzi* y patologías autoinmunitarias

Alba Soto CD, Paravano L, Sierra M, Gallo Vaulet L, Toledano A, Sosa D, Stecher D, Repetto S.

Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La infección por *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) presenta una evolución crónica. Un 30 a 40 % presentará daño en órgano blanco, generalmente cardíaco. No existen reportes que asocien enfermedades autoinmunes o inmunosupresión con desarrollo de daño de órgano blanco, excepto en la reactivación parasitaria. El manejo de los pacientes con enfermedades autoinmunes e infección crónica por *T. cruzi* está poco estudiado, lo que resulta un desafío. El uso de drogas inmunosupresoras es cada vez más frecuente y puede modificar el curso natural de la infección por este protozoo.

Objetivo: Conocer la frecuencia de reactivación y de daño de órgano blanco en pacientes con infección crónica por *T. cruzi* y enfermedades autoinmunitarias.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes inmunocomprometidos con enfermedades autoinmunes e infección con *T. cruzi*. Se analizaron datos demográficos, enfermedad base y tratamiento inmunosupresor. Se definió infección crónica por *T. cruzi* a la presencia de reactividad de dos técnicas serológicas. En la primera consulta se solicitó ECG, radiografía de tórax y ecocardiograma y métodos parasitológicos (Strout y carga parasitaria por PCR en tiempo real, qPCR). El seguimiento, para detección de reactivación parasitaria, se realizó a los 15 días y luego cada 3-6 meses de iniciado el tratamiento inmunosupresor. Se definió reactivación parasitaria a la visualización del parásito en sangre periférica o a la detección de al menos 1 genoma parasitario por ml de sangre por qPCR (Ct<34). Los pacientes se clasificaron según presencia/ausencia de patología demostrable (Consenso de Enfermedad de Chagas, SAC, 2011). Las variables categóricas se expresaron en frecuencias y porcentajes. Una $p < 0,05$ se consideró significativa.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes (p) con enfermedades autoinmunitarias, 100 % sexo femenino con una mediana de edad 55 años (30-68). La procedencia fue Argentina 70 % y Bolivia 30 %. El 80 % (16 p) presentaba artritis reumatoidea (AR); 2 p esclerodermia; 2 p penfigoide ocular y 1p lupus eritematoso sistémico. Dieciséis de 20 p (80 %) recibían algún fármaco inmunosupresor: 58,9 % esteroides a dosis inmunosupresoras; 10,5 % rituximab; 52,6 % droga inhibidora ADN (leflunomida:1; azatioprina: 2; metotrexato:11) y 10,5 % hidroxicloroquina. El 87,5 % de los 16 pacientes recibían tratamiento combinado (81,3 % corticoides más otra droga). Se observaron arritmias en 5/20 p, todos con AR, 4 se encontraban bajo tratamiento inmunosupresor. No se detectó reactivación parasitaria en ninguno de los 20 pacientes durante el seguimiento.

Conclusión: La ausencia de reactivación parasitaria en nuestra serie nos permitiría un replanteo del algoritmo de seguimiento en la población de pacientes con enfermedad autoinmunitaria. Asimismo, los pacientes con AR presentaron mayor frecuencia de cardiopatía, aun con tratamiento inmunosupresor.

4 - Infección por VIH, otros retrovirus y hepatitis virales

PE121 Infecciones de transmisión sexual en jóvenes en contexto de encierro

Mauro J.

Dirección de VIH, ITS y Hepatitis Virales. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Varios estudios revelan que los jóvenes (J) en contexto de encierro (CE) se encuentran en condiciones de mayor vulnerabilidad para contraer VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). En el país no existen datos epidemiológicos sobre ITS en J en CE, lo que no permite comparar datos de poblaciones similares para conocer la situación real de este grupo. Los riesgos podrían estar vinculados a las prácticas sexuales sin preservativo, al consumo problemático de sustancias y a la falta de auto percepción del estado de salud.

Objetivo: Describir el estudio de prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en la población de 291 J de penales juveniles, enmarcado dentro de una política pública integral de acceso a la información, diagnóstico, y tratamiento cuyo objetivo fue garantizar el derecho a la salud de poblaciones vulnerables.

Métodos: Estudio de prevalencia desarrollado en el periodo 07/2018-11/2018 en 13 Penales Juveniles. El plan integral constó de: 1) Formación de personal penitenciario en ITS. 2) Jornadas de sensibilización para J previas al testeo. 3) 13 jornadas de testeo con test rápidos para VIH, sífilis y hepatitis B. 4) Entrevistas individuales de asesoramiento pre y postest sobre prácticas sexuales y estrategias de cuidado y percepción del propio estado de salud. 5) Firma de consentimiento informado. 6) Relevamiento de resultados de test rápidos y de las entrevistas. 7) Vinculación de J infectados con servicios de salud locales.

Resultados: Este estudio es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Se testearon 291 J masculinos de un total de 304 presentes, lo que implica un 95 % de participación. El promedio de edad fue de 17 años (rango de 13 a 21). De 216 entrevistas de las que se recabaron datos el 74 % está cursando la secundaria dentro del penal. El 92,5 % nunca se había testeado para VIH. En cuanto al uso del preservativo el 29,6 % dijo no usarlo y el 44,4 % ocasionalmente. Respecto al consumo problemático de sustancias, el 32 % usó al menos una vez drogas de inhalar. La devolución de los resultados fue confidencial, el mismo día de la realización de los test. De un total de 291 test rápidos, dieron reactivos 24 para sífilis (8 %), que luego siguieron el algoritmo de diagnóstico con VDRL, siendo reactivas el 100 %. No hubo reactivos para VIH ni hepatitis B. En los casos positivos se vinculó con servicios de salud locales para el tratamiento que se logró en el 100 % de los casos. Se capacitaron 48 personas del personal penitenciario en 2 encuentros. También se testearon 54 trabajadores penitenciarios con resultados no reactivos.

Conclusión: El presente estudio es el primero realizado entre dos Ministerios Provinciales para conocer la situación de salud en relación al VIH, sífilis y hepatitis B en J en CE. Esto representa un aporte para establecer un modelo de política pública, ya que indica la necesidad de continuar desarrollando estrategias para garantizar el derecho a la salud de los J en dichos contextos. Se logró desarrollar un marco normativo para los J que ingresan, con acceso directo al testeo en el momento de entrada, capacitación continua al personal y los insumos para la realización de los test.

PE122 Cáncer no asociado a compromiso primario del hígado en pacientes infectados con hepatitis B y/o C

Perez S¹, Warley E¹, Steinbrecher L¹, Tavella S², Quintas L¹.

¹Hospital Morón. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Interzonal General Agudos Dr. Diego Paroissien. Isidro Casanova. Prov. de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El riesgo de desarrollo de carcinoma de hígado (CHC) es bien conocido en personas con hepatitis crónica por virus B y C. Estudios recientes describen una elevada frecuencia de hepatitis B y/o C en pacientes con cáncer distintos de los tumores primarios de hígado. Se postula que el virus de hepatitis C (VHC) actúa, en esos casos, como un carcinógeno indirecto al promover y mantener un estado de inflamación crónica en los sitios infectados. La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer clasificó al VHC como asociado no solo a CHC sino también a linfomas no Hodgkin de células B. Por otro lado, existen algunas evidencias epidemiológicas que sugieren que la infección crónica por VHC y/o HBV está asociada con otros cánceres como los de la cavidad oral, vías biliares intra y extrahepáticas, páncreas, piel, riñón y tiroides.

Objetivo: Evaluar frecuencia de cáncer no relacionado con tumores primarios de hígado en pacientes con diagnóstico de hepatitis B y C

Materiales y Método: Análisis descriptivo observacional retrospectivo de la cohorte de seguimiento de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infección por virus de hepatitis B y/o C de los consultorios de Infectología de los hospitales Morón y Paroissien ambos de la región oeste del gran Buenos Aires. Los datos obtenidos fueron volcados en una base de datos y analizados con el programa Statistix 7.0.

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 142 pacientes. Se reportó infección con virus de hepatitis C en 111 pacientes (78,2 %), con virus de hepatitis B en 19 (13,4 %) y con ambos virus en 12 casos (8,4 %). Coinfección con VIH en 76 pacientes (53,5 %). Observamos diagnóstico de cáncer no primario de hígado en 9 pacientes (6,3 %): linfoma no Hodgkin en 5 casos, carcinoma de esófago en 1, cáncer escamoso de paladar en 1, cáncer de riñón en 1 y cáncer testicular en 1. De los 9, tres presentaban diagnóstico de HVB y seis de HVC. Ninguno de ellos coinfectado con VIH.

Conclusiones: Observamos una considerada elevada frecuencia de cáncer no relacionado con tumores primarios de hígado en pacientes con diagnóstico de hepatitis B y C ninguno de ellos asociado al VIH. De manera similar a lo reportado por la bibliografía los linfomas fueron los tumores más frecuentes. Nuestros datos avalan promover el screening para hepatitis B y C de todos los pacientes con cáncer y revisar los criterios de screening para cáncer en los pacientes infectados. Mayores estudios son necesarios para definir la relación entre hepatitis B y C y cáncer.

PE123 Tratamiento del virus de hepatitis C con antivirales de acción directa en el conurbano bonaerense

Perez S¹, Warley E¹, Steinbrecher L¹, Tavella S², Quintas L¹.

¹Hospital Morón. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Interzonal General Agudos Dr. Diego Paroissien. Isidro Casanova. Prov. de Buenos Aires. Argentina

Introducción: La aparición de los antivirales de acción directa (DAA) ha permitido vislumbrar la posibilidad del control definitivo de dicha infección. Expandir las políticas de diagnóstico y asegurar el tratamiento adecuado de las personas infectadas es un desafío de salud pública. Con el propósito de promover el acceso

las unidades de infectología de los hospitales Paroissien y de Morón de la región oeste del gran Buenos Aires incorporaron consultorios para el tratamiento de las hepatitis virales crónicas.

Objetivo: Evaluar la experiencia de tratamiento de la hepatitis C con DAA en la vida diaria

Materiales y Método: Estudio descriptivo retrospectivo observacional de la cohorte de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de HCV que iniciaron tratamiento con DAA. Se consideró infección a la presencia de serología reactiva confirmada por carga viral. Los datos se analizaron con el programa Stata 17.0. Analizamos distribución de frecuencia de las variables categóricas y estadística descriptiva de las continuas. Definimos respuesta viral (RV) a la carga viral no detectable al finalizar el tratamiento y respuesta viral sostenida (RVS) a la obtenida luego de 12 semanas de finalizado.

Resultados: Se revisaron las HC de 72 pacientes. Sexo masculino 38 (52,7 %), femenino 33 (45,8 %), y 1 (1,4 %) transgénero. La mediana de edad fue de 48 años. Se reportó cirrosis en 27 pacientes (37,5 %) y coinfección con VIH en 42 (58,3 %). El genotipo más frecuente fue el 1 en 56 pacientes (77,8 %), seguido por el genotipo 3 en 9 (12,5 %). Genotipo 2 se reportó en 3 pacientes (4,2 %) y 4 en 4 (5,6 %). En 40 pacientes (55,5 %) la carga viral era superior a 800.000 copias. Recibieron sofosbuvir + daclastavir 50 pacientes (69,4 %), sofosbuvir + daclastavir + ribavirina 17 (23,6 %), ombitasvir/paritaprevir/ritonavir+dasabuvir 3 (4,2 %), elbasvir/grazoprevir 1 (1,4 %) y ledipasvir/sofosbuvir 1 (1,4 %). Presentaban fallo de tratamiento previo con interferón 7 pacientes (9,7 %). Completaron el tratamiento 62 pacientes (86,2 %), en 51 de ellos (82 %) disponemos datos de RV y en 37 (60 %) de RVS siendo la respuesta adecuada en todos ellos y en 11 (18 %) el resultado de carga viral está pendiente. Continúan en tratamiento 10 pacientes (13,8 %). No se reportaron fallos de tratamiento. Ningún paciente debió suspender tratamiento por toxicidad o efectos adversos. Sólo se observaron efectos adversos leves. No se reportó ningún abandono de tratamiento.

Conclusiones: Describimos la experiencia de tratamiento de hepatitis C crónica en la vida real de pacientes controlados en dos centros de la región oeste del gran Buenos Aires con una elevada frecuencia de coinfección con VIH y de cirrosis. El tratamiento con DAA se mostró seguro y de elevada eficacia. No se reportó fallo de tratamiento en ningún paciente, así como tampoco abandonos del mismo. No se reportaron efectos adversos y/o toxicidades relevantes. Nuestros datos avalan la posibilidad de expandir el tratamiento hacia centros de baja complejidad y de simplificar la necesidad del monitoreo y control. La atención especializada debería relegarse para aquellas personas con cirrosis descompensada y/o con necesidad de trasplante hepático.

PE124 Anemia severa por parvovirus B19 en paciente VIH

Silva ME, Penco S.

Hospital Rawson. Córdoba. Argentina.

Introducción: La anemia es uno de los trastornos hematológicos más frecuentes en los pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) con aumento de la morbimortalidad. Generalmente es multifactorial. El parvovirus B19, se ha asociado con anemias crónicas y severas en estos pacientes. Se caracteriza por su particular tropismo por células precursoras eritroides, produciendo una aplasia pura de células rojas. La administración de inmunoglobulina humana más transfusiones de glóbulos rojos suelen ser necesarias para el manejo de la anemia.

Caso clínico: Paciente femenina, 32 años, oriunda de Jesús María. Antecedente: infección por VIH desde 2006, último control en 2017 con LT-CD4 36 células/ml, carga viral (CV) 62737 copias/ml, tratamiento antirretroviral con tenofovir, dolutegravir, darunavir y ritonavir. Derivada desde hospital local por vómitos, malestar general, disnea y palpitations asociado a síndrome anémico severo con hemoglobina (Hb) 2,4 g/dL por lo que había recibido dos unidades de glóbulos rojos. Ingresó a nuestro hospital con palidez cutaneomucosa generalizada, muguet oral, soplo sistólico 2/6, laboratorio con Hb 5,1 g/dL, hematocrito 17,2 %, glóbulos blancos 3700/mm³. Perfil de anemia normocítica normocrómica arregenerativa. Durante internación se realizan hemocultivos por lisis, inmunodifusión para hongos, serologías virales (CMV, VEB), CV para CMV, perfil inmunológico con resultados negativos. Se realiza punción de médula ósea: normocelular con ausencia de malignidad. Endoscopia sin alteraciones. CV para VIH 52 copias/ml, LT-CD4 21 células/ml. Se realiza PCR para parvovirus B19 en suero con resultado positivo. Realiza tratamiento con inmunoglobulina humana por tres días con Hb 6,4 g/dL.

Discusión: La anemia asociada a infección por VIH se presenta en un 60-80 % de los pacientes en estadios avanzados. La mortalidad puede ser de 41 % en anemia severa con Hb inferior a 8 g/dL. En la mayoría de los casos es multifactorial, dentro de las causas infecciosas, el parvovirus B19, se asocia a anemias crónicas y severas. Los pacientes inmunocomprometidos tienen capacidad disminuida de respuesta inmune para eliminar la viremia, por lo que las infecciones crónicas o reactivaciones pueden ocurrir. Suele presentarse como anemia con reticulocitos bajos más leucopenia, tal como presentó nuestra paciente. La biopsia de médula ósea es normocelular en un 70 % de los casos, siendo característica la presencia de pronormoblastos gigantes, ausentes en este caso. En pacientes inmunocomprometidos, se recomienda realizar pruebas de amplificación de ácidos nucleicos en plasma, suero o médula ósea con positividad del 31 %. La administración de inmunoglobulina humana no está estandarizada, se recomienda 1-1,5 gr/kg/día por tres días, tal como fue administrado en este caso. La anemia suele resolverse en una media de 90 días.

Conclusión: La infección por parvovirus, debe ser considerada entre los diagnósticos diferenciales en el abordaje de un paciente VIH con síndrome anémico. La administración de inmunoglobulina humana resultó una medida eficaz para su manejo.

PE125 Criptococosis en infección avanzada por VIH: evaluación de la preemptive therapy

Mutti MF, de Ilzarbe M, Piñeiro MF, Frola C, Aranda MJ, Andreani M, Guelfand L, Rolón MJ, Pérez H.

Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: La criptococosis es una enfermedad oportunista que afecta a personas con infección avanzada por VIH. Su presentación más frecuente es la criptococosis meníngea (CM), la cual se asocia a una importante morbi-mortalidad. El diagnóstico temprano e inicio precoz del tratamiento antirretroviral (TARV) demostró ser la estrategia más importante para prevenir la incidencia de criptococosis diseminada. La OMS recomienda, previo al inicio del TARV, la detección del antígeno de *Cryptococcus* spp. (AgCr) en sangre en pacientes con <100 CD4/μl y considerarla con <200 cel/μl. En aquellos cuyo resultado es positivo, la estrategia de terapia preventiva (*preemptive therapy*, PT) demostró disminuir la incidencia de CM.

Objetivo: Evaluar el número de pacientes con infección avanzada por VIH que presentan AgCr positivo en suero con indicación de PT. Describir la evolución clínica de los que la iniciaron, su adherencia y tolerancia.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en un hospital general de CABA de enero de 2016 a noviembre de 2018. Se recolectaron los datos a través de la historia clínica. Se incluyeron pacientes con infección por VIH con <200 CD4/μl ó estadio III/IV de la OMS, que presentaban AgCr positivo por inmunocromatografía de flujo lateral. Se excluyeron los pacientes con AgCr positivo realizados en contexto de control de CM previas, así como las CM diagnosticadas al momento de la realización del AgCr. En aquellos con AgCr positivo en sangre y sin evidencia de infección diseminada, principalmente meníngea, se inició la estrategia de PT basada en fluconazol 800 mg/día por 2 semanas seguido de 400 mg/día por 8 semanas, vía oral. Luego de este período se descendía la dosis a 200 mg/día como profilaxis secundaria, hasta la recuperación inmunológica. El análisis estadístico se realizó con Epi Info™ 7.

Resultados: De los 65 pacientes con AgCr positivo, 43 se excluyeron del análisis (diagnóstico CM: 26, control de CM previa: 11 y falta de datos: 6). Los 22 restantes tenían indicación de PT. De estos, el 64 % eran hombres y su mediana de edad de 39 años (RIC:34-47). El 59 % conocía su infección por VIH hace más de 10 años, la mediana de CD4 fue 29.7 cel/μl (RIC:12.7-63.8) y 4 eran *naive* de TARV. La mitad de los pacientes completaron la PT. De los 11 restantes, 4 abandonaron el seguimiento y 7 fallecieron por causas no relacionadas a CM, debiéndose las mismas a otras infecciones oportunistas o neoplasias asociadas al VIH. El fluconazol fue bien tolerado en el 91 % de los casos. Dos de 22 pacientes presentaron hepatotoxicidad, los cuales se encontraban bajo tratamiento antifúngico asociado. Uno de ellos desarrolló criptococosis diseminada, en contexto de suspensión de PT. En 12 pacientes el TARV se inició con una mediana de 17.5 días (RIC: 2-62) posterior al inicio de PT.

Conclusiones: Si bien en un tercio de los pacientes con AgCr positivo se indicó la PT, de los dos tercios restantes el 60 % ya presentaba compromiso meníngeo al momento de este test, lo que evidencia el diagnóstico tardío de esta patología. De los pacientes que iniciaron PT, el 50 % recibió terapia completa y ninguno de ellos desarrolló CM. Dentro del grupo que no completó la PT, se observó un solo caso de criptococosis diseminada, en contexto de suspensión del fluconazol por hepatotoxicidad asociada a drogas antituberculosas. No se evidenciaron otros efectos adversos mayores relacionados con la terapia oral con fluconazol. La mortalidad global de la muestra analizada fue de un 32 %, aunque ningún óbito se asoció a CM. Esto refleja el severo grado de inmunosupresión de la población estudiada y la alta prevalencia de otras patologías relacionadas al VIH, enfatizando la importancia de estrategias bien toleradas y de simple implementación como la PT.

PE126 Lesiones ocupantes de espacio en paciente con VIH

Aguirre C, Vittori E.

Hospital Rawson. Córdoba. Argentina.

Introducción: Las lesiones ocupantes de espacio cerebrales en pacientes con VIH pueden ser causas de diversas etiologías infecciosas y no infecciosas, entre ellas toxoplasmosis, Chagas, nocardiosis y linfoma. Su estudio plantea un desafío por la inespecificidad de las imágenes y la naturaleza invasiva de la toma de material para diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Paciente masculino, 47 años, antecedente de VIH categoría C3 (Diagnóstico 2001, reinicio TARV 1 mes previo). Tres meses antes acude por cefalea y vómitos. TAC cerebro (TAC-C): múltiples lesiones redondeadas con realce en anillo al contraste. Inicia tratamiento (Tto.) para toxoplasmosis con mejoría clínica. Al mes regresa con cefalea y vómitos de 1 semana y pérdida de conocimiento. TAC-C: empeoramiento de lesiones, mayor tamaño y cantidad. **Resultados** de serologías: Toxoplasmosis IgG e IgM negativas. RMN cerebro: 47 lesiones de entre 5 y 10 mm de diámetro con realce en anillo y centro necrótico, una de ellas de mayor tamaño en lóbulo frontal con edema perilesional. Punción Lumbar: FQ: normal. Por falta de respuesta al Tto. y efectos adversos, se suspende medicación para toxoplasmosis. Resultados de microbiología: exámenes directos de parasitología, Gram, BAAR y hongos de LCR: negativos; PCR para TBC negativa; cultivos para GC y hongos: negativos. Serológico de cisticercosis negativa. Se niega a realizar biopsia cerebral. Alta hospitalaria. Una semana después regresa por cefalea, vómitos y fiebre. Se realiza biopsia cerebral. Microbiología: examen directo: bacilos grampositivos ramificados. Diagnóstico presuntivo: nocardiosis cerebral. Inicia Ceftriaxona + TMP/SMX. TAC-C: evidente mejoría de lesiones. Evoluciona con pancitopenia severa, se rota a Imipenem + Amikacina. Evolución neurológica tórpida y crisis convulsiva, pasa a UTI. Se envían muestras a instituto de mayor complejidad. Se agrega Azitromicina para Tto. de *Rhodococcus* y Vancomicina por persistir febril. Se rota imipenem a meropenem. TAC-C control (15 días): aumento del número y del tamaño de lesiones. Se rota Tto. a linezolid + meropenem + azitromicina + rifampicina. Diez días después se recibe resultado definitivo con identificación de *Nocardia arthritidis* y abscessus. Se suspende azitromicina y rifampicina. Evoluciona febril y fluctuación del estado de conciencia. Severa pancitopenia. Paciente fallece.

Discusión: Los abscesos cerebrales por *Nocardia* son una rara infección del SNC, asociada con una alta mortalidad. Aparecen como IO en pacientes inmunosuprimidos. Por lo general es un absceso único, con signos de foco neurológico. En nuestro paciente la presentación fue atípica con gran número de lesiones y ausencia de foco neurológico. A pesar de su baja incidencia, debemos considerarla en el diagnóstico diferencial de lesiones cerebrales para obtener diagnóstico temprano y comenzar el Tto. precozmente. Se recomienda cobertura dual con TMP/SMX y otro agente hasta la mejoría clínica y según susceptibilidad antimicrobiana.

Conclusión: Paciente con inmunosupresión severa con múltiples abscesos cerebrales por *Nocardia*, de presentación atípica. Fue fundamental la biopsia cerebral para diagnóstico correcto y Tto. oportuno.

PE127 Primeros 1000 pacientes con hepatitis C tratados con antivirales de acción directa en Argentina

Coronel E, Solari J, Aquino R, Roitman K, Martínez Madrid D, Vidiella G, Vila M, Papale R, Carranza J, Maulen S.

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: En 2016 se trataron 1068 pacientes con hepatitis C en Argentina con anti virales de acción directa por el Programa Nacional de Hepatitis.

Objetivos: Caracterizar la población y evaluar seguridad y eficacia del tratamiento. Caracterizar clínica y socio - epidemiológicamente a la cohorte de pacientes, analizar la tasa de respuesta viral sostenida (RVS) y realizar la farmacovigilancia de los nuevos antivirales.

Material y métodos: Se trataron pacientes con enfermedad hepática avanzada con cobertura médica pública y privada. Se asignaron 1068 tratamientos. Se adquirió 63 % de Probirase® (sofosbuvir-Richmond) y 37 % de Sovaldi® (sofosbuvir-Gador/Gilead), además del daclatasvir (Daklinza®/BMS). Se relevó Respuesta de Fin de Tratamiento en 907 pacientes y Respuesta Viral Sostenida en 411 pacientes. Se analizaron los efectos adversos notificados.

Resultados: La Ciudad de Buenos Aires solicitó el 57 % de los pedidos. La edad media fue 54 años. El 21 % tenía co infección con VIH. Sobre los que obtuvimos datos de respuesta viral sostenida (RVS): 37 % no refería factores de riesgo para hepatitis C, consumió alguna vez de drogas endovenosas 22 %, recibió hemoderivados el 21 %, se sometió a procedimientos médicos el 22 %. Entre los 1068 pacientes: 80 % presentaron genotipo 1, 7 % genotipo 2, 10 % genotipo 3 y 3 % genotipo 4. La distribución del sofosbuvir entre los pacientes con datos de RVS fue 62.1 % y 37.9 % para Richmond y Gador/Gilead, respectivamente. La respuesta de fin de tratamiento (RFT) global fue 99,1 % y la RVS global fue 94,1 %. No hubo diferencias significativas tanto en la tasa de RFT como de RVS según se haya utilizado uno u otro sofosbuvir. Se recibieron 245 reacciones adversas: 77,9 % no serias, 22,1 % reacciones serias, estas últimas atribuidas a la enfermedad de base en su gran mayoría.

Conclusiones: Este estudio en vida real de los primeros 1000 pacientes cirróticos por VHC del ámbito de la salud pública y privada de Argentina permitió demostrar que el tratamiento con sofosbuvir y daclatasvir es seguro y eficaz independientemente del sofosbuvir utilizado (original o genérico).

PE128 Reporte de caso: *Mycobacterium sherrisii* como infección oportunista en paciente con inmunodepresión grave por VIH

De Prada AM, Bauer Silvero S, Cortés Rodríguez C, Echazarreta S, Enzenhofer M, Matteo M, Orduna T.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: *Mycobacterium sherrisii* pertenece a un grupo heterogéneo de micobacterias no tuberculosas. Se describen pocos casos en la literatura, por lo que su manejo se basa en opinión de expertos. Se presenta el caso de un paciente con VIH e infección diseminada por *M. sherrisii*, en concomitancia con otras enfermedades oportunistas.

Caso clínico: Hombre de 40 años, paraguayo, sin antecedentes clínicos. Consultó por presentar pérdida de peso, disfagia y alteraciones cutáneas de dos meses de evolución. Al examen físico presentaba lesiones pápulo-costrosas con centro umbilicado generalizadas, ulceraciones y muguet en cavidad oral, y adenopatías móviles cervicales e inguinales. En el laboratorio se evidenciaba anemia, y elevación de LDH, FAL y transaminasas x 2. Serología para VIH positiva con carga viral RNA de 199.000 copias/ml y LT CD4+ de 17 células/mm³ (6%). Tomografía de tórax con infiltrado intersticial bilateral y ecografía con adenomegalias en retroperitoneo. Se escafrificaron las lesiones cutáneas y se tomaron muestras de esputo y punción aspiración con aguja fina (PAAF) de ganglios cervicales, presentando en todas levaduras intracelulares compatibles con *Histoplasma capsulatum*. Se inició tratamiento con anfotericina B desoxicolato. Presentó, además, absceso perianal por *Klebsiella pneumoniae*, tratado con drenaje y antibioticoterapia. Inició tratamiento antirretroviral con FTC/TDF/EFV. Si bien los cuadros cutáneo y respiratorio presentaron mejoría, persistió con registros subfebriles. Posterior al egreso hospitalario, se informó rescate de *M. sherrisii* en PAAF de ganglio cervical y absceso perianal. El diagnóstico microbiológico de certeza de *M. sherrisii* se realizó con cultivos positivos en medios sólidos de Lowenstein Jensen y Stonebrink y en medio líquido por el método MGIT. La identificación se hizo por: 1) análisis de perfiles de restricción de la región de 439 pb del gen hsp65 (PRA) y 2) espectrometría de masa por el método MALDI-TOF; y fue confirmada con la secuenciación parcial del gen de la polimerasa rpoB. Se realizó prueba de sensibilidad por método de concentración inhibitoria mínima (CIM): sensible a rifabutina, claritromicina, amikacina, sulfametoxazol y sensibilidad intermedia a ciprofloxacina. Sin resistencias. Se inició tratamiento empírico con claritromicina, etambutol, levofloxacina y amikacina, con buena evolución.

Discusión: *M. sherrisii* es una micobacteria de distribución ubicua en el ambiente, emparentada con *M. simiae*. Provoca infección limitada al aparato respiratorio en pacientes con patología estructural y enfermedad diseminada en aquellos con inmunodepresión celular severa. El diagnóstico es complejo y debe realizarse con pruebas de biología molecular debido a que no difiere en cuanto a características morfológicas y bioquímicas de *M. simiae*. El tratamiento conlleva dificultades dada la pobre correlación entre resultados del antibiograma y la respuesta clínica; basándose el esquema terapéutico en reportes y pequeñas series de casos. El diagnóstico de infección por *M. sherrisii* se encuentra en aumento debido al uso de métodos moleculares, siendo una etiología para tener en cuenta en pacientes con factores de riesgo. Palabras claves: VIH, *Mycobacterium sherrisii*, Histoplasmosis diseminada.

PE129 Evaluación del impacto de la eliminación del virus de la hepatitis C en el perfil de citoquinas proinflamatorias en individuos coinfectados por el virus de inmunodeficiencia humana/virus de la hepatitis C con antivirales de acción directa

Urioste A¹, Trifone C¹, Polo ML¹, Sisto A², Falak A², Rolon MJ², Quiroga F¹, Ghiglione Y¹, Turk G¹, Laufer N².

¹Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina. ²Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina

Introducción: La inflamación sistémica asociada a las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de hepatitis C (VHC), tiene un rol fundamental en la morbi-mortalidad de los individuos infectados. Si bien el tratamiento específico para estos virus es efectivo para controlar la viremia, el impacto concreto de la eliminación del VHC sobre la inflamación sistémica, particularmente en individuos coinfectados con VIH, se desconoce.

Objetivo: Evaluar los niveles plasmáticos de citoquinas en individuos coinfectados por VIH/VHC antes y después de iniciado el tratamiento para VHC con drogas de acción directa (AAD).

Materiales, métodos, pacientes: En un estudio de tipo prospectivo longitudinal, se reclutaron 19 individuos coinfectados por VIH/VHC, con diagnóstico compatible con METAVIR F4 por elastografía de transición hepática. Todos los individuos se encontraban bajo tratamiento antirretroviral (TARV) e iniciaron tratamiento para VHC con sofosbuvir/daclatasvir ± ribavirina por 12 o 24 semanas. Se tomaron muestras de sangre periférica en distintas etapas del tratamiento para VHC: basal (B, pretratamiento anti-VHC), final del tratamiento (F) y al año post tratamiento (A). Los niveles de IP-10, TNF- α , IL-6, IL-1b (marcadoras de inflamación sistémica); IL-17 (linfocitos T CD4+ (LTCD4) con perfil Th17); IL-2, IFN- γ (LTCD4 con perfil Th1), IL-8 (inducción de neutrofilia), CD23s, ICAMs, CD14s, CD163s (marcadores de activación de monocitos/macrófagos) se evaluaron por ELISA. Para el análisis estadístico se utilizó el test no paramétrico de Wilcoxon para muestras pareadas.

Resultados: La mediana de edad de los sujetos enrolados fue de 49 años (RIQ 46-53), el 68 % de género masculino. Todos presentaban carga viral de VIH no detectable, con una mediana de LTCD4 de 291 cél/ μ L (RIQ 231-776). En el 100 % de los casos el TARV incluía inhibidores de la integrasa. Todos los individuos presentaron respuesta viral sostenida luego del tratamiento con AAD. Al comparar los estadios B vs. F, se observó una disminución significativa para las citoquinas. IP-10, ICAMs y CD163s ($p < 0.0005$), IL-8 ($p = 0.0015$) e IFN- γ ($p < 0.05$). Para los estadios B vs. A, se evidenció una disminución significativa para ICAMs y CD163s ($p < 0.0005$), IP-10, IL-8, CD23s ($p < 0.05$). No se observaron diferencias significativas al comparar los 3 estadios para IL-6, IL-2, TNF- α y CD14s. Los valores de IL-1b e IL-17 resultaron menores al límite de detección de la prueba.

Conclusiones: Los niveles de citoquinas IP-10, ICAMs, IL-8, IFN- γ , CD23s disminuyen al final del tratamiento y se mantienen en valores significativamente menores al basal luego del año post tratamiento para VHC. Al disminuir el estímulo generado por VHC sobre la activación del sistema inmune, disminuiría la inflamación sistémica, lo que podría reducir el riesgo de comorbilidades asociadas a la coinfección por VIH/VHC. El estudio del perfil de citoquinas en distintas etapas del tratamiento antiviral, tiene un fuerte potencial como herramienta clínica adicional en la evaluación del estado inflamatorio del individuo y del riesgo de desarrollo de comorbilidades.

PE130 Citoquinas plasmáticas: su relación con los reservorios del virus de inmunodeficiencia humana en individuos coinfectados por el virus de la hepatitis C bajo tratamiento con antivirales de acción directa

Urioste A¹, Polo MJ¹, Trifone C¹, Poblete G², Sisto A², Martínez A², Rolon MJ², Perez H², Quiroga F¹, Turk G¹, Ghiglione Y¹, Laufer N².

¹Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina. ²Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina

Introducción: El efecto de la coinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el virus de la hepatitis C (VHC) en los reservorios de VIH no está

completamente dilucidado. En estudios previos realizados por nuestro grupo, se evaluaron modificaciones en la dinámica de los reservorios de VIH en pacientes coinfectados con VIH/ VHC luego del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD). En dichos estudios, se evidenciaron reducciones significativas de marcadores plasmáticos de activación, pero un aumento en el nivel de transcripción basal de las células latentemente infectadas. El objetivo de este trabajo fue estudiar la relación entre los niveles de citoquinas plasmáticas y los reservorios de VIH asociados a células mononucleares de sangre periférica, en individuos coinfectados por VIH/HCV antes y después del tratamiento con AAD.

Materiales, Métodos y Pacientes: En un estudio de tipo prospectivo longitudinal, se reclutaron 19 individuos coinfectados por VIH/VHC, con diagnóstico compatible con METAVIR F4 por elastografía de transición hepática. Todos los individuos se encontraban bajo tratamiento antirretroviral (TARV) e iniciaron tratamiento para VHC con sofosbuvir/daclatasvir ± ribavirina por 12 o 24 semanas. Se tomaron muestras de sangre periférica en distintas etapas del tratamiento para VHC: basal (B, pre- AAD), final del tratamiento (F) y al año post tratamiento (A). Mediante real time PCR se cuantificaron el ADN viral asociado a células (total, integrado), el ARN sin splicing (US) y con múltiple splicing (MS). Se evaluaron mediante ELISA las citoquinas IP-10, TNF- α , IL-6, IL-1b, IL-17; IL-2, IFN- γ , IL-8, CD23s, ICAMs, CD14s, CD163s. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de correlación de Spearman.

Resultados: La mediana de edad de los sujetos fue 49 años (RIQ 46-53), 68 % género masculino. Todos presentaban CV VIH no detectable, la mediana de LTCD4 de 291 cél/ μ L (RIQ 231-776). El 100 % de los casos el TARV incluía inhibidores de la integrasa. Todos los individuos presentaron respuesta viral sostenida luego de AAD. Se observó una correlación positiva significativa ($r = 0,747$; $p = 0,005$) entre los niveles de ICAMs y la relación ARN US/ADN integrado, ambos en la etapa B. También se observó una correlación positiva significativa ($r = 0,6434$; $p = 0,0278$) entre CD163s y la relación ARN US/ADN integrado, ambas en la etapa A. No se evidenciaron correlaciones significativas al comparar las otras citoquinas evaluadas y los valores cuantitativos del reservorio, en ninguna de etapas.

Conclusiones: Un mayor nivel de inflamación sistémica determinada por ICAMs y CD163s podría correlacionarse con una mayor activación de la transcripción basal en las células latentemente infectadas por VIH, dado que ambas citoquinas se asocian directamente con los niveles de ARN US/ADN integrado. El tratamiento con AAD permite eliminar el VHC, pero podría también impactar en la dinámica de la infección por VIH. Cabe destacar que ambos marcadores, ICAMs y CD163s, contribuyen en la activación de monocitos y macrófagos, con lo cual los resultados observados indicarían un potencial rol de estos tipos celulares en la dinámica de los reservorios de VIH.

PE131 Proteínas accesorias de VIH (Nef, Vpu y Vpr) contribuyen a evadir la piroptosis en astrocitos humanos productivamente infectados

Ojeda DS, Sanchez L, Cevallos C, Quarleri J.

Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es capaz de infectar el parénquima cerebral, causando desórdenes neurológicos asociados a inflamación en el sistema nervioso central (SNC), aún durante el tratamiento antirretroviral combinado. Los autores hemos reportado que la infección por VIH es capaz de activar el inflammasoma y propiciar la muerte celular por piroptosis sobre las células no infectadas productivamente, como efecto colateral de la replicación activa de VIH en astrocitos vecinos no infectados. De forma contrapuesta, los astrocitos productivamente infectados con VIH logran evadir la activación del inflammasoma tras regular la dinámica mitocondrial merced a favorecer la degradación de mitocondrias dañadas por mitofagia. Al presente, la participación de proteínas virales con capacidad reguladora en dichos eventos es desconocida. Para las infecciones de los astrocitos humanos normalizados se usó VIH pseudotipado expresando las proteínas del virus salvaje, la proteína fluorescente verde (GFP) y la glicoproteína G del virus de la estomatitis vesicular (pNL43-eGFP-VSV-G). La infección se monitoreó mediante citometría de flujo (FACS), cuantificando separadamente en cada cultivo células productivamente infectadas (PI/GFP+) de aquellas que no lo estaban (NPI/GFP-). La evaluación de la muerte celular por FACS implicó ensayos de viabilidad a los tres días posinoculación mediante la marcación con Anexina V y 7AAD que permitió de forma simultánea, mensurarla en células PI y NPI. Para valorar la magnitud de la muerte celular por piroptosis, se cuantificaron los niveles de caspasa-1 mediante FACS. El rol de proteínas virales en la regulación de la piroptosis se estudió abordándolo por dos estrategias: (i) inhibiendo su neosíntesis por acción del indinavir sobre la proteasa, y (ii) VIH (pBR-NL4-3) con expresión deficiente de proteínas virales (Δ RT, Δ IN, Δ Vpr, Δ Vpu, y Δ Nef). Los cultivos de astrocitos previamente tratados con indinavir presentaron aumentos significativos en los niveles de Anexina V+7AAD+ y caspasa-1 ($p < 0,001$) al ser desafiados con el virus salvaje. En células inoculadas con VIH- Δ RT y Δ IN no se advirtieron alteraciones en los niveles de muerte celular y caspasa-1. En contraste, células productivamente infectadas con VIH- Δ Nef, Δ Vpr, y Δ Vpu exhibieron un aumento significativo de la muerte celular y de los niveles de expresión de caspasa-1 ($p < 0,001$) en comparación con aquellas infectadas productivamente con el virus salvaje. En conjunto, estos resultados revelan que las proteínas accesorias de VIH (Nef, Vpr y Vpu) contribuyen a la evasión a la piroptosis en células productivamente infectadas, enfatizando la relevancia de la inhibición de las etapas tardías de la replicación viral para promover la erradicación de reservorios en células del SNC.

PE132 Pronóstico de pacientes con infección por VIH al ingreso a Unidad de Terapia Intensiva

Biglia PM, Penco S.

Hospital Rawson. Córdoba. Argentina.

El 10 % de los ingresos hospitalarios de pacientes con infección por VIH requieren cuidados intensivos. Las infecciones oportunistas (IO) representan el 40 % de las admisiones en terapia intensiva (UTI). La insuficiencia respiratoria, sepsis, y enfermedades neurológicas son las principales causas. La mortalidad es de aproximadamente 40 %. El score APACHE II es un sistema de valoración de mortalidad cuya puntuación sirve como marcador pronóstico al ingreso de pacientes críticos, quienes presenten puntaje >13 tendrán más probabilidad de fallecer. El SOFA es una herramienta de estimación de mortalidad. Un puntaje >2 se acepta como definición de sepsis o disfunción orgánica potencialmente mortal. Los scores usados en UTI, en forma aislada, no tienen en cuenta criterios particulares del paciente con VIH. En el año 2012, en la UTI del Hospital Muñiz de Buenos Aires (Argentina) se implementó un score predictivo de mortalidad en pacientes con VIH al ingreso a UTI, donde un puntaje >8 predice riesgo de mortalidad a corto plazo.

Objetivo: Determinar en nuestro medio causas más frecuentes de admisión en UTI; número de defunciones y causas; Comparar el score de mortalidad propuesto por profesionales de UTI del Hospital Muñiz con SOFA y APACHE II.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, trasversal, observacional y analítico en pacientes con diagnóstico de VIH que ingresaron a UTI desde enero 2016 a diciembre 2018. Para variables mensurables se calcularon promedio y rango, para categóricas, frecuencias y test de proporciones considerando una $p < 0,05$ estadísticamente significativa.

Resultados: Se analizaron 102 pacientes entre 18 y 66 años, el 67 % eran hombres. Realizaba TARV el 44 % y tenían CV indetectable el 15 %. El 71 % tenía un LT-CD4 ≤ 200 cél/ml. La causa de ingreso fue IO en el 88 %, siendo más frecuente las infecciones respiratorias con presunción de pneumocitosis (46 %), abdomen agudo con sospecha de Citomegalovirus (11 %) y lesiones ocupantes de espacio cerebral con sospecha de toxoplasmosis (10 %). Tuvo requerimiento de ventilación

mecánica el 53 %. Presentaban score APACHE II ≥ 13 puntos el 53 % de los pacientes, el 85 % SOFA ≥ 2 puntos y el 59 % un puntaje del score predictivo de mortalidad ≥ 8 . El 38 % falleció en UTI. El 90 % tenía un LT-CD4 ≤ 200 células/ml. Entre los fallecidos, el 72 % tenía un puntaje para el score APACHE II ≥ 13 y el 90 % SOFA ≥ 2 y score predictivo de mortalidad ≥ 8 puntos el 79 %. Se comparó el score predictivo de mortalidad del Hospital Muñiz y el score APACHE entre fallecidos y externados de UTI con un resultado estadísticamente significativo. No hubo diferencia significativa para pronóstico de mortalidad entre este score y APACHE II >13 o SOFA >2 . **Conclusión:** Los pacientes que requieren ingreso a UTI tienen inmunodepresión severa con LT-CD4 ≤ 200 células/ml. La principal causa de ingreso fue IO de causa respiratoria. Fallecieron un tercio de los pacientes en quienes LT-CD4 ≤ 200 células/ml y un puntaje para el score pronóstico de mortalidad ≥ 8 y puntaje APACHE ≥ 13 se asocian a un resultado estadísticamente significativo para mortalidad a corto plazo. No hubo diferencia significativa entre este score y Apache II >13 o SOFA >2 ."

PE133 Que saben las personas viviendo con VIH de la legislación vigente

Fridman V, Bello NS, Zubeldía L, Tudanca V, Stecher D.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: la Ley de Sida de Argentina data de 1991. Ha habido muchos cambios médicos, sociales y culturales desde su implementación. Las sociedades científicas, el gobierno y las ONG (organizaciones no gubernamentales) están trabajando conjuntamente para modificar el texto de la ley actual por uno más moderno e inclusivo. Actualmente, se necesita de consentimiento informado para solicitar un test de VIH. Por otro lado, se debe utilizar un código en lugar del nombre del paciente para solicitar estudios de laboratorio y tratamiento antirretroviral (TARV).

Objetivo: Explorar el grado de conocimiento de las personas viviendo con VIH (PVVIH) sobre la legislación vigente y alguna de las modificaciones propuestas. **Diseño:** exploratorio, descriptivo y prospectivo

Materiales y métodos: Se realizó una encuesta anónima de opción múltiple a las PVVIH ambulatorias atendidas entre 1 de diciembre de 2018 y el 31 de enero de 2019. El cuestionario incluía 5 preguntas de opción múltiple sobre la legislación actual y 4 preguntas epidemiológicas (sexo, edad, nivel de educación alcanzado, y tiempo desde el diagnóstico de VIH). Se utilizó el test de Fisher con una significancia de $p < 0.05$

Resultados: se analizaron 130 encuestas, respondieron: 94 (72 %) hombres y 36 (28 %) mujeres, 90/130 (69 %) < 50 años, 61 (47 %) estudios terciarios/universitarios completos, 44 (33,8 %) con < 5 años de diagnóstico de VIH. En 83 (63,8 %) encuestas se tenía conocimiento de la vigencia de la Ley de SIDA, 20 (15,3 %) estaban al tanto de la modificación, 100 (76 %) estuvieron a favor de conservar el consentimiento informado por escrito para solicitar el test de VIH, 121 (93 %) prefirieron conservar el uso de un código para preservar la identidad de los pacientes, y 100 (76 %) estuvieron a favor del testeo universal. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a conocimiento sobre la ley de sida entre aquellos pacientes con estudios universitarios/terciarios completos y quienes no los tenían ($p = 0,06$ OR 1.9 IC 0.9-4.1), sobre la realización de testeo universal entre los mismos grupos ($p = 0,022$ OR 0.37 IC 0.15-0.88) y la realización de testeo universal entre los < 50 años y los mayores ($p = 0.06$ OR 2.2 IC 0.94-5.3). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre las respuestas comparando por sexo, grupo etario ni años de diagnóstico de infección.

Conclusiones: En este estudio se evidenció que las personas con mayor conocimiento sobre la legislación vigente son aquellas con mayor nivel de instrucción. La mayoría de las personas prefieren seguir manteniendo el consentimiento informado escrito y la utilización del código para la solicitud de estudios.

PE134 Hacia la erradicación de la transmisión vertical de VIH. Experiencia en una provincia de la Patagonia

Alessandrini RMG, Iacono M, Bernardo G, Martínez M, Morales A, Calfunao D, Pincheira C.
Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. Neuquén. Argentina.

Introducción: La transmisión vertical (TV) es la primera causa de VIH en la población pediátrica y el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) durante el embarazo y el parto es un punto crítico para evitarla. En un estudio previo en nuestra provincia la tasa global fue de 2,7 %. En el último trienio no hemos tenido casos nuevos. Por esta razón realizamos este estudio cuyo objetivo consiste en comparar los resultados actuales con años anteriores y los factores que potencialmente influyeron en los mismos.

Material y métodos: estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se analizaron datos acerca del seguimiento de los embarazos en el sector público de toda la provincia. Se compararon los períodos 2013 a 2015 y 2016 a 2018; y se identificaron las variables asociadas con esta vía de contagio. Se utilizó una base de datos mediante la cual se realizó un análisis de frecuencias y test estadístico de chi cuadrado. Los criterios de inclusión fueron: 1) Embarazadas con VIH +. Se consideró infección por VIH a todos los casos que presentaron serología reactiva, confirmada con Western Blot y/o Carga Viral (CV) cuantitativa. 2) Recién nacido (RN) expuesto entre 2013 y 2018. El seguimiento se inició desde el diagnóstico de VIH previo o durante el embarazo. Se analizaron: momento de inicio de TARV, esquemas, CV materna cercana al nacimiento, uso de AZT (zidovudina) materno, uso de profilaxis neonatal, seguimiento de los RN con PCR y/o CV.

Resultados: Tabla adjunta.

Conclusiones: - Al comparar los dos períodos el uso de tratamiento simplificado fue significativamente mayor en el último tiempo, con lo cual consideramos que este factor podría influir en una mayor adherencia. - En los últimos años notamos un diagnóstico más precoz, así como también un inicio de TARV más temprano. - A pesar del número reducido de la muestra, existe una tendencia al descenso de la TV en los últimos tres años en el sector público de nuestra provincia.

PE135 Enfermedad por micobacterias en niños con infección VIH: estudio de cohorte retrospectivo

Taicz M, Perez MG, Izaguirre MJ, Mecikovsky D, Reijtman V, Dell'Orso M, Arazi S, Gatto M, Bologna R.
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: La incorporación de la terapia antirretroviral de alta eficacia ha disminuido en forma dramática las infecciones oportunistas en los niños con infección VIH. No obstante, la tuberculosis aún permanece presente independientemente del grado de inmunocompromiso.

Objetivo: Comparar las características de la tuberculosis (TB) vs. la infección con otras micobacterias (OM) en niños con infección por VIH.

Material y métodos: Estudio de cohorte retrospectivo realizado en un hospital pediátrico de referencia. Se incluyeron pacientes (p) menores de 18 años con infección por VIH y diagnóstico microbiológico de infección por micobacterias (MB) ocurridas entre 06/2006 y 12/2017. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes. El análisis de los datos fue realizado con STATA 13.

Resultados: Se incluyeron 26 p, 50 % varones con mediana de edad de 116,5 m (RIC 3-204 m), 22 p (84.6 %) en estadio C3 del CDC. En 7 p (26,9 %) la infección

por MB se documentó en el momento del diagnóstico de VIH. Las formas de presentación más frecuentes fueron: fiebre (N: 13, 50 %), neumonía (N: 8, 30.1 %), adenitis (N: 6, 23.1 %). El aislamiento microbiológico se realizó en esputos (N: 10, 38.4 %), biopsias (N: 8, 30.7 %), lavados gástricos (N: 5, 19.2 %) y hemocultivos (N: 3, 11.5 %). En 17 p (65.4 %) se documentó *Mycobacterium tuberculosis* y en 9 p (34.6 %) otras micobacterias, a saber: *Mycobacterium bovis* BCG en 4 pacientes (15.4 %), *M. avium* en 4 p (15.4 %) y *M. kansasii* en 1 p (3.8 %). La mortalidad fue 15.3 %. La mediana de edad fue 156 meses (RIC 54-180) para los pacientes con identificación de MT y 36 meses (RIC 24-120) para OM, p<0.05. El porcentaje de CD4 fue significativamente menor en los pacientes con enfermedad por OM: 4 (RIC 3-8) vs. 18.5 (RIC 7.5-29); p 0.06. Ocho (88,9 %) de los pacientes con enfermedad por OM estaban hospitalizados al momento del diagnóstico, vs. 7 (41.2 %) de los pacientes con infección por TB; p = 0.02. Fallecieron tres de los pacientes con aislamiento de MT (18,7 %) y un paciente con infección por OM (11.1 %). No se encontraron diferencias significativas en las formas de presentación, valor de carga viral al momento del diagnóstico, positividad de baciloscopia, reconstitución inmunológica y mortalidad.

Conclusiones: En esta cohorte de niños con infección por VIH predominó *Mycobacterium tuberculosis*. Las infecciones por OM se presentaron con mayor frecuencia en pacientes de menor edad, con inmunocompromiso más grave y requirieron más frecuentemente hospitalización. La mortalidad fue elevada en ambos grupos.

PE136 Personas con VIH (PcVIH) que se atienden en hospitales de CABA, tratamiento antirretroviral (TAR) y respuestas inmunológicas: utilidad de un sistema informatizado

Hojman M, Nardi S, Bafico A, Hirsch C, Cuadrado M, Fernández Cabanillas G, Lecce S, De Simone G. Coordinación Salud Sexual, Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Argentina.

Introducción: La infección por VIH sigue siendo significativa en CABA. La informatización del registro de casos, TAR y resultados de laboratorio provee una herramienta fundamental para profundizar nuestro conocimiento sobre la situación de esta población.

Objetivo: Analizar TAR, respuesta y status inmunológico de PcVIH que se asisten en hospitales CABA.

Métodos: Estudio descriptivo con un corte de prevalencia de PcVIH activos (al menos 1 retiro de TAR en los últimos 3 meses) de 07/2017 a 06/2018 en 8 hospitales de CABA donde se registraron >90 % de dispensa de TAR en Sistema de Gestión de pacientes VIH (SVIH). Se evaluó sexo, edad, distribución de TAR, CV y CD4. Los datos fueron tomados del SVIH y analizados en SPSS 20.

Definiciones: TAR 1ra línea: ARV aceptados por Secretaría de Salud de la Nación como 1er esquema y, además, INSTI con "backbone" de 2 INTI, de uso habitual en inicio.

Resultados: 6878 PcVIH en TAR, 66,6 % hombres. 79 % con al menos 1 CV. De ellas, fueron indetectables 78 % (62 % del total de PcVIH). Datos de CD4 en 56 % de PcVIH: <200: 9 %, 200-500: 26 % y >500: 65 %. En 1ra línea de TAR 88,3 %: 42 % con IP potenciados, 45 % con INNTI, 13 % con INSTI. Del total de CV, 62,2 % tuvo 1 CV al menos >6 meses de comenzado último TAR. De ellos, el 85,1 % fue indetectable. De CV indetectables, 92 % en 1ra línea de TAR (OR 1ra línea para indetectable 12,77 -IC95:10,24-15,92) y de las detectables, 47 %.

79 % de los PcVIH con IP, 92 % de INNTI (OR 2,80 (IC95 2,24-3,50) y 88 % de los de INSTI estaban indetectables. El 37 % de los PcVIH tuvo CD4 realizado >6 meses de inicio de TAR: <200, el 6 %; 200-500, el 25 % y >500 el 69 %. De ellos, en 1 línea de TAR: <200, el 74 %, de 200-500, 84 %, > 500: 91 %. (OR: 2,36 - IC95 1,85-3,05). 31 % de PcVIH tenían datos de cv y cd4. De los indetectables, 3 % CD4 <200, 23 % 200-500 y un 75 % >500. Figura 1.

Conclusión: La muestra representa aproximadamente 50 % del total de los PcVIH de CABA. El 85 % se encuentra indetectable (con TAR y análisis de laboratorio). A pesar de las últimas recomendaciones mundiales, EFV sigue siendo la 3.ª droga más indicada. Alto % de PcVIH que retiran TAR carecen de CV y/o CD4 realizados en 1 año. La importancia del registro del conocimiento del status inmunológico y virológico de los pacientes debe ser reforzada. EL SVIH es una herramienta útil para conocer la dinámica de las PcVIH. Es necesario aunar los esfuerzos para completar el registro de datos, la información de laboratorio, TAR y su dispensación.



PE137 Uso de insti en primera línea en Latinoamérica: en aumento, pero aún insuficiente. Tendencias observadas para 2013-2017 del taller latinoamericano de VIH

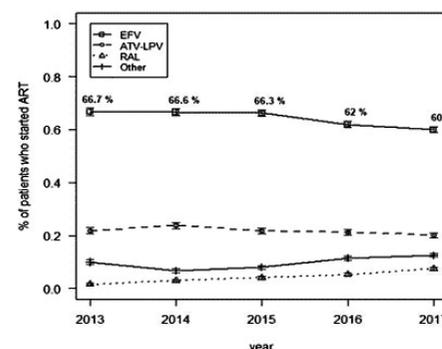
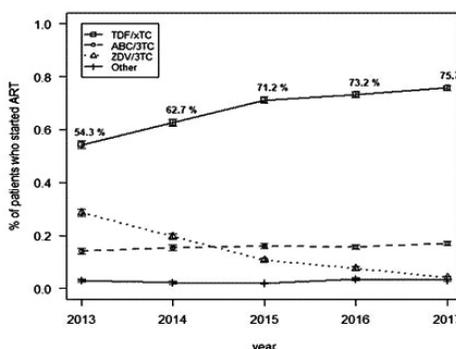
Hojman M¹, Calanni L², Zitko P³, Sabato S⁴, Cuini R⁵, Parenti P⁶, Miglioranza C⁷, Teran R⁸, Contarelli J⁹, Beltrán C³.

¹Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. CABA. Argentina. ²Centro Médico y Laboratorio de Análisis Clínicos y Microbiológicos. Neuquén. Argentina. ³Hospita Barros Luco Trudeau. Chile. Argentina. ⁴FUNCEI Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Argentina. ⁵Hospital General de Agudos Dr. Teodoro Álvarez. CABA. Argentina. ⁶Hospital Provincial del Centenario. Rosario. Prov. De Santa Fe. Argentina. ⁷Hospital Interzonal de Agudos, Mar del Plata, Argentina. ⁸Hospital del Sur Enrique Garces. Ecuador. ⁹Hospital Español de La Plata. Argentina

Introducción: Desde el advenimiento de las terapias de alta eficacia, la transmisión y la morbimortalidad asociada al VIH disminuyeron dramáticamente. Un conocimiento acabado de esquemas de tratamiento más utilizados y barreras que impiden su optimización nos permitiría mejorar los resultados a largo plazo.

Objetivo: Describir características relacionadas al tratamiento antirretroviral (TAR) en personas con VIH (PcVIH) de centros participantes en el Taller.

Material y métodos: Análisis ecológico de datos recolectados de 29 centros de 10 países de Latinoamérica. Los datos se organizaron por estratos de sexo y edad (12 o 6 dependiendo del análisis) 4 estratos de backbone, 4 de tercera droga y 5 correspondientes a año de admisión en cada centro (2013-2017). Se usaron tablas de contingencia para observar tendencias, y modelos logísticos incluyendo efecto aleatorio de tres



niveles (estrato, centro y país). Se exploró la utilización de TAR y asociación a covariables, reportando odd ratios (OR). Se realizó un análisis de sensibilidad considerando factores de expansión de acuerdo al número esperado de PcVIH bajo control en cada país.

Resultados: Se obtuvieron datos de 60904 pacientes, de ellos 35618 con diagnóstico reciente. Distribución similar entre centros públicos y privados. El test de resistencia genotípica (TR) estuvo disponible para pacientes vírgenes de TAR en 55,2 % de los centros. En 2017, 95,6 % de pacientes en seguimiento se encontraban en TAR. El grupo entre 15 y 29 años fue el menos tratado, principalmente sexo masculino ($p < 0.05$). Entre 2013-2017, el inicio de TAR durante el primer año de admisión aumentó en todos los países (77,1 % vs. 86,6 %, $p < 0.05$), excepto en Chile, siendo aún mayor en centros privados (OR 2.28 [1.31-3.99]). Backbone más usado: combinaciones basadas en TDF con aumento progresivo a través de los años (54,3 % vs. 75,7 %), el uso de AZT en la primera línea de TAR disminuyó (28,7 % vs. 4,1 %) y ABC se mantuvo estable (14,0 % vs. 17,0 %). Durante el estudio se observó el reemplazo de AZT por TDF en Colombia, Perú, Chile, Argentina y Costa Rica, en el resto de los países ocurrió previo al 2013. EFV fue la 3er droga más usada en primera línea, con una leve disminución (66,7 % vs. 60,0 %), seguida por IP potenciados: 21,8 % vs. 20,1 %. RAL fue utilizado en <5 % de pacientes con leve incremento durante el estudio. DTG y DRV/rit fueron incluidos en "Otros" con < 15 % de utilización.

Conclusiones: Actualmente, el porcentaje de pacientes en tratamiento se encuentra por encima del objetivo del 90 % de la ONUSIDA y OMS. El retraso en el inicio de tratamiento en hombres menores de 30 años, debería propiciar el desarrollo de políticas dirigidas a esa población. La alta utilización de EFV y baja de INSTI aún persiste, a pesar de las recomendaciones internacionales. La elección de la 3ra droga en el TAR debe ser reanalizada y sostenida con educación médica continua, teniendo en cuenta costos y que la disponibilidad de TR en pacientes vírgenes de TAR no es universal.

PE138 Evidencia de la vida real en Argentina: tratamiento de pacientes con hepatitis C en el sistema de tutelaje de tecnologías sanitarias emergentes (STTSE)

Denamiel JP, Frainberg Y, Jankilevich G, Neuspiller S.
Superintendencia de Servicios de Salud. CABA. Argentina.

Objetivos: Los fármacos antivirales de acción directa (FAAD) supusieron gran avance en el manejo de la infección por Virus de la hepatitis C (HCV), representando a nivel mundial un desafío en el financiamiento debido a su costo. El presente trabajo pretende estimar la efectividad del tratamiento de pacientes HCV, con FAAD, en el contexto de la seguridad social de Argentina.

Métodos: Todas las Obras Sociales que realizaron tratamiento con FAAD a partir del año 2016, están facultadas a solicitar un reintegro económico a través de un fondo especial destinado a las tecnologías de alto costo. Las Obras Sociales deben recolectar, entre otros requisitos, información específica, la cual es procesada a través del STTSE. La información solicitada incluye datos sobre características específicas del virus, tiempo de la infección, comorbilidades, antecedentes, esquemas de tratamiento utilizado, tiempo de tratamiento y respuesta viral (RV) alcanzada. Se presentarán datos de información sobre recuperos gestionados por las Obras Sociales hasta diciembre de 2018, con una temporalidad de 2 años. La información de análisis es actualizada de manera periódica.

Resultados: El estudio incluyó 212 beneficiarios, de los cuales se pudo recolectar información de resultados en 179 pacientes. Se observó que 173 pacientes (97 %) obtuvieron resultado de carga viral negativa, es decir, una respuesta virológica completa y se encuentran libres de enfermedad, mientras que 6 pacientes (3 %) continuaron con carga viral positiva. El 80 % realizó tratamiento de 12 semanas, mientras que 16 % durante 24 semanas. El 30 % de los pacientes realizaron tratamiento previo habiéndose detectado el 46 % de los casos de HCV en los últimos 5 años. Los esquemas de tratamiento más utilizados fueron sofosbuvir+daclatasvir (66 %), ombitasvir+paritaprevir+ritonavir (13 %) y sofosbuvir+ledipasvir (11 %). Considerando la distribución por genotipo, se constató que casi el 69 % correspondió al genotipo 1, 14 % al genotipo 3, 13 % al genotipo 2, mientras que el genotipo 4 alcanza sólo el 3 %. Respecto al estadio de fibrosis, el 42 % corresponde a un estadio 4 (cirrosis), 26 % al 3, 16 % en el 0-1 y 15 % en el 2. El 17 % de los casos analizados tuvieron coinfección VIH, con mayor prevalencia en el caso de los hombres.

Conclusiones: Los datos obtenidos de efectividad en vida real de pacientes tratados para infección con HCV, son consistentes con los observados en los estudios publicados. Cabe señalar que el número de pacientes tratados no permite estimar diferencias de efectividad en los esquemas.

PE139 Lesiones osteolíticas por tuberculosis diseminada en paciente con sida. Reporte de un caso

Spiratos R, Lauricella MC, Molina A, Rodríguez VM, Ricci B, Cagnoni A, Russo Lacerna D, Sáez A.
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción: Las formas clásicas de tuberculosis (TBC) vertebral han sido bien descritas y fácilmente diagnosticadas y tratadas, con una frecuencia cercana al 4 % de las TBC extrapulmonares. Si bien la forma diseminada de TBC es frecuente en pacientes con SIDA, las lesiones osteolíticas múltiples como forma de presentación de la misma constituyen una manifestación atípica. Presentamos un caso de TBC diseminada en paciente con SIDA, con lesiones osteolíticas en pelvis y columna dorso lumbar con hallazgo de *Mycobacterium tuberculosis* en biopsias óseas.

Caso clínico: Paciente de 29 años, VIH positivo de reciente diagnóstico, con antecedentes de consumo de alcohol, abuso de drogas e internaciones previas por neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y tuberculosis pulmonar (GeneXpert débil positivo en BAL) en tratamiento con drogas de segunda línea debido a hepatotoxicidad. Consulta por fiebre persistente, astenia, náuseas, vómitos, dolor lumbo-sacro y coxalgia derecha. Al examen físico se encontraba febril, con marcha claudicante por dolor, sin signos de compromiso neurológico. Laboratorio: Carga viral: 727.000 copias y CD4: 83 células/mm³ (9 %). TGO 255 UI/L, TGP 224 UI/L, vsg 66. Se solicita TAC de abdomen y pelvis con y sin contraste que informa imágenes hipodensas con realce en anillo en contigüidad e íntimo contacto con el tercio medio del músculo psoas derecho, imagen hipodensa con centro esclerótico en el cuerpo vertebral de D11, hepatomegalia y esplenomegalia homogéneas, múltiples adenomegalias mesentéricas, retroperitoneales e ilíacas profundas en forma bilateral y lesiones osteolíticas en esqueleto axial y pelvis, la mayor en cuerpo de D11. Se realiza RMN de columna dorsal y lumbosacra con la cual se descarta absceso del psoas, evidenciando múltiples imágenes líticas sin compromiso del muro posterior ni canal medular, a predominio de D11 y huesos ilíacos. Se realizó punción biopsia de hueso ilíaco guiado por TAC, confirmándose el diagnóstico de TBC por aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*. Por mejoría del hepatograma se cambia a INH/Rifa/PZ/EMB, con buena tolerancia y adherencia, y



evolución favorable con desaparición de la fiebre y de los dolores óseos, y buena respuesta al tratamiento antirretroviral.

Discusión: La TBC diseminada en pacientes con sida y bajo recuento de CD4 debe sospecharse ante la presencia de síndrome febril prolongado con o sin otras manifestaciones asociadas. La presentación con fiebre persistente mayor de 39° C asociada a dolores óseos, en el contexto de un tratamiento antifímico de segunda línea y con la aparición de lesiones osteolíticas múltiples en la TAC, representó un importante desafío diagnóstico. Si bien el diagnóstico de TBC se sospechó por la coexistencia de TBC pulmonar, las manifestaciones atípicas de la enfermedad y los posibles diagnósticos diferenciales requirieron la realización de un procedimiento invasivo para confirmarlo. El hallazgo de *Mycobacterium tuberculosis* en las biopsias óseas destaca la importancia de solicitar cultivos microbiológicos en muestras de tejidos relacionados con el sitio de localización sospechoso. Un diagnóstico precoz permitió iniciar el tratamiento adecuado y evitar probables complicaciones neurológicas.

PE140 Particularidades en la presentación clínica de un paciente con coinfección por *Mycobacterium tuberculosis* y el virus linfotrópico de células T humano tipo 1 (HTLV-I)

Lago MC, Biondi ML, Enzenhofer MI, Cortés Rodríguez CT, Simioli F, Fernández M, Zapiola I, Echazarreta SE, Orduna TA.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: El HTLV-I es el agente etiológico de la paraparesia espástica tropical (PET) y de la leucemia/linfoma de células T del adulto (LLTA). Los individuos infectados tienen una mayor susceptibilidad a la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, pero se desconoce la influencia de esta última en el curso de la infección por HTLV-I. Se presenta el caso de un paciente con coinfección por *Mycobacterium tuberculosis* y HTLV-I.

Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, nacido en Lima, Perú, sin antecedentes patológicos. Se internó por deterioro del sensorio, asociado a retención aguda de orina (RAO). Presentaba además síndrome de impregnación y cefalea en la última semana. En el laboratorio presentaba leucocitosis (15.000 cel./mm³) y ELISA VIH-1/2 de 4ta generación con resultado no reactivo. Tomografía computada cerebral sin contraste sin particularidades. Se realizó punción lumbar con presión de apertura normal y líquido cefalorraquídeo (LCR) con proteinorraquia 1,89 g/L; glucorraquia 10 mg/dl (glucemia 113 mg/dl) y recuento celular de 350/mm³ (80 % mononucleares). Ante el diagnóstico de meningoencefalitis se inició tratamiento empírico con vancomicina, ceftriaxona, isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, aciclovir y glucocorticoides (GC). Se aisló en cultivo de LCR *M. tuberculosis* sensible a antifímicos de primera línea. Presentó posteriormente episodios reiterados de RAO asociado a debilidad, parestesias, clonus y signo de Babinski en miembros inferiores. Resonancia magnética nuclear cerebral y de columna con contraste sin particulares. Se detectaron anticuerpos para HTLV-I en suero y LCR por quimioluminiscencia (rHTLV-I/II Architect, Abbott) confirmados por inmunoensayo en línea (LIA; INNO-LIA HTLV-I/II Score), con una carga proviral en células mononucleares de sangre periférica de 2930 copias de HTLV-I/10⁶ células (3,48 log₁₀). Se confirmó así diagnóstico de PET. El paciente presentó mejoría inicial ante tratamiento con antifímicos y GC. Actualmente permanece en seguimiento ambulatorio, con progresión lenta del cuadro neurológico.

Conclusiones: La PET es un cuadro de meningomielitis crónica con desmielinización perivascular y degeneración axonal, sin remisiones de la enfermedad y con curso evolutivo heterogéneo. Se diagnostica mediante la detección de anticuerpos anti-HTLV-I en suero y LCR confirmados por Western Blot o LIA (suero) o PCR (células mononucleares de sangre periférica). El riesgo de presentar tuberculosis en pacientes infectados con HTLV es 3 veces mayor. Por otra parte, la infección por HTLV-I empeora el curso de la tuberculosis (TB) y a su vez la TB se asocia a un riesgo mayor de padecer PET. La deficiente modulación negativa de la respuesta inflamatoria que se genera en la coinfección de dichas patologías produciría mayor daño del tejido nervioso con consiguiente desarrollo de mielopatía por HTLV. Los GC enlentecen la progresión de la enfermedad sin revertirla, tal como sucede en el caso presentado. Se destaca la importancia de la búsqueda de infección por HTLV en pacientes con tuberculosis y riesgo epidemiológico para ambas patologías.

PE141 Prevalencia del VIH en Argentina: 6 años de seguimiento (2013-2018)

Pedrola M, Haag N, Bagilet F, Laurido M.

¹AIDS Healthcare Foundation Argentina.

Introducción: De acuerdo con el reporte de UNAIDS 2017, la prevalencia del VIH en población adulta de Argentina es 0,4 % y se mantiene estable en la última década. Esta información proviene de estimaciones realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación en función de los casos informados, mediante el sistema Spectrum. Desde 2013, AIDS Healthcare Foundation (AHF) evalúa anualmente la prevalencia del VIH en la población general en diferentes regiones de la Argentina.

Objetivo: Presentar los resultados de los estudios de prevalencia del VIH de 6 años consecutivos de seguimiento.

Métodos: Entre enero 2 y diciembre 30 de cada año desde 2013 hasta 2018, se realizaron determinaciones de anticuerpos contra el VIH mediante una prueba rápida previamente validada (Alere Determine™ VIH-1/2) en individuos de diferentes provincias de Argentina, que en conjunto representan más del 60 % de la población del país. Estas pruebas se realizaron en sitios públicos en los que las personas se acercaban voluntariamente. Para todas las personas se brindaba consejería, y en los casos positivos se establecía la derivación apropiada mediante un programa de vinculación en el que se acompañaba al paciente hasta la tercera visita en su sistema de salud. La información fue recolectada en una base de datos *ad hoc* y el análisis estadístico se realizó mediante las pruebas T, Chi², Fisher exacto o Mid P según correspondiera.

Resultados: Se realizaron 172.703 determinaciones de las cuales 170.770 fueron en personas mayores de 15 años. Mujeres 56,4 %, hombres 42,9 %, transgénero 0,7 %. Se hallaron 1503 casos VIH positivos. Prevalencia global: 0,88 % (IC95 %: 0,84-0,93). Fue la primera prueba de VIH para el 58,4 % de los casos, y la prevalencia en ellos fue mayor que en personas con pruebas anteriores (0,90 % *versus* 0,76 %, p < 0,001). Aunque la prevalencia fue significativamente mayor en hombres que en mujeres (1,32 % *versus* 0,56 %, p < 0,001), el nivel más alto se observó en personas transgénero (3,98 %, p < 0,001). En relación a las prevalencias anuales, se mantuvieron estables del 2013 al 2016 (1,00 %, 1,08 %, 0,99 %, y 0,91 % respectivamente), con una disminución significativa en el año 2017 (0,67 %, p < 0,001) que se recuperó en 2018 (0,87 %, p < 0,001). En cuanto a la vinculación al sistema sanitario, 764 personas fueron vinculadas con algún centro de salud apoyado por AHF y 665 con centros no apoyados por AHF. En total, 94,5 % de los casos con resultados positivos fueron vinculados al sistema de salud.

Conclusiones: Este es el mayor estudio de prevalencia realizado en nuestro país hasta la fecha. La prevalencia observada en la población general fue más del doble de la informada por UNAIDS para la Argentina. Nuestros resultados resaltan la necesidad de actualizar las estimaciones de la población que vive con VIH en Argentina.

PE142 Programa de pruebas rápidas de VIH con vinculación al Sistema de Salud en Argentina: experiencia de una ONG

Pedrola M, Haag N, Laurido M.

¹AIDS Healthcare Foundation Argentina.

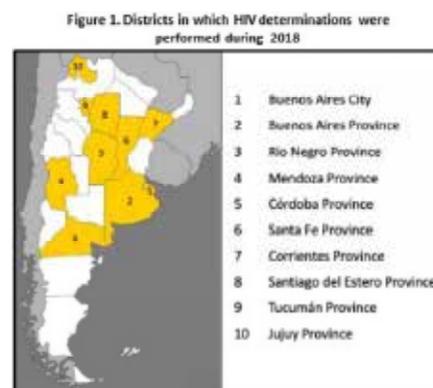
Introducción: Según el informe 2018 de la Secretaría de Salud de Argentina, la prevalencia del VIH en adultos es del 0,4 %, el 80 % de ellos conocen su diagnóstico y el 83,5 % de ellos están en tratamiento antirretroviral. AIDS Healthcare Foundation (AHF) se encuentra comprometida con la propuesta 90-90-90 de ONUSIDA y lleva a cabo evaluaciones de prevalencia anuales desde 2013 basadas en programas de pruebas rápidas y vinculación al Sistema de Salud para aquellos con resultados positivos.

Objetivo: Presentar la información completa del Programa de Pruebas Rápidas de VIH y vinculación al Sistema de Salud disponible para 2018.

Métodos: Entre el 2 de enero de 2018 y el 30 de diciembre de 2018, se realizaron determinaciones de anticuerpos contra el VIH en individuos de diez provincias diferentes de Argentina, que, en conjunto, representan más del 60 % de la población total del país (Figura 1), a través de una prueba rápida previamente validada (Alere Determine™ VIH-1/2). A todas las personas se les brindó información previa al test y asesoramiento posterior al mismo. Para los casos positivos, la derivación para confirmación y vinculación con la atención se realizó a través de un programa de vinculación a través de personas entrenadas para acompañar a los pacientes hasta la tercera visita del sistema de salud. La información fue recolectada en una base de datos Ad Hoc. Se utilizaron las pruebas T, Chi2, Fisher exacto o Mid P y los odds ratios de máxima verosimilitud, según corresponda.

Resultados: Las determinaciones se realizaron en 54.625 sujetos. Rango de edad: 18 meses a más de 49 años. Distribución por género: mujeres 61,4 %, hombres 38 %, transgénero 0,6 %. Fue la primera prueba de VIH para el 58,4 %. Hubo 477 resultados positivos al VIH. Prevalencia: 0,87 % (IC 95 %: 0,80-0,95). La prevalencia fue significativamente mayor en personas transgénero y en hombres que en mujeres (1,68 %, 1,62 % y 0,40 %, respectivamente; $p < 0,001$). Hubo una mayor probabilidad de tener una prueba positiva en hombres que tuvieron sexo con hombres (OR: 6,11 - 95 % CI: 4,57-8,16; $p < 0,001$) y personas entre 25 y 49 años (OR: 1,63 - 95 % IC: 1,35-1,97; $p < 0,001$). En términos de vinculación con la atención, 263 sujetos se vincularon a un centro apoyado por AHF y 161 se vincularon a un centro que no se encuentra patrocinado por AHF. En total, el 88,9 % de los sujetos con resultados positivos fueron vinculados al sistema de salud.

Conclusiones: La prevalencia del VIH observada en esta población fue el doble de la informada por la Secretaría de Salud para la población general adulta de Argentina. La vinculación con la atención mediada por AHF fue alta, pero los esfuerzos continuos deben mantenerse para alcanzar los porcentajes recomendados por ONUSIDA.



PE143 Reducción significativa de la prevalencia del VIH en una pequeña ciudad de Argentina 2013-2017

Pedrola M, Haag N, Bagilet F, Laurido M.

¹AIDS Healthcare Foundation Argentina.

Introducción: a partir del 2010, la OMS y ONUSIDA desarrollaron una nueva estrategia para la prevención del VIH llamada Tratamiento 2.0 basado en la reafirmación del acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo. Esta estrategia incluye no solo el uso de una combinación de medidas de prevención con eficacia comprobada, sino también la mejora en el acceso a las pruebas de diagnóstico y al tratamiento oportuno. Esta estrategia podría reducir significativamente la prevalencia de la infección por VIH en una población determinada.

Objetivo: Determinar la reducción de la prevalencia de infección por VIH en una pequeña ciudad de Argentina a través de la implementación de la estrategia Tratamiento 2.0.

Material y métodos: Desde 2011, ONUSIDA destinó un Grant para implementar la estrategia denominada Tratamiento 2.0 en la ciudad de Venado Tuerto, provincia de Santa Fe, Argentina, con una población de 80.000 personas. Esta estrategia consistió en la promoción de pruebas rápidas de VIH gratuitas (Alere Determine™ VIH-1/2) y el asesoramiento en todos los sujetos asistidos en diferentes servicios de salud de la ciudad y en aquellas personas con mayor riesgo de infección por VIH en instalaciones diseñadas específicamente. En este último grupo, se implementó la promoción del uso del preservativo, el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, el seguimiento clínico y de laboratorio de los reactivos para el VIH y el inicio del tratamiento antirretroviral temprano. Los resultados positivos del VIH se incluyeron en la base de datos ad hoc y las prevalencias se evaluaron entre 2012 y 2017.

Resultados: se realizaron pruebas rápidas de VIH en 16.558 sujetos durante un período de 6 años, 84 de ellos resultaron positivos (0,5 %). La prevalencia más alta se observó en 2013 (0,95 %), solo un año después del inicio de la estrategia mencionada, pero luego disminuyó hasta 2017 (0,27 %), mostrando una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

Conclusiones: Es notable que, a través de la implementación y el mantenimiento de esta estrategia, casi el 20 % de la población total accedió al test de VIH y que la prevalencia del VIH se redujo significativamente. Es importante resaltar que esta estrategia de prevención podría replicarse de manera segura en otras ciudades de nuestro país.

Año	Tests Realizados	Resultados Positivos	Prevalencia (CI95%)
2012	3000	25	0.83 (0.56-1.22)
2013	838	8	0.95 (0.48-1.87)
2014	2629	16	0.61 (0.37-0.98)
2015	3915	12	0.31 (0.17-0.53)
2016	3632	11	0.30 (0.17-0.54)
2017	2544	7	0.27 (0.12-0.54)

PE144 Evaluación de la transmisión materno infantil de HIV y comparación con los datos nacionales

Siciliani D, Roldán V, Golikow M, Alcoba M, García V, Errandonea L, Falco S, Benitez P, Borda M, Lee K.

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: En el año 2010 Argentina adhirió al plan estratégico regional de la OPS/OMS/Unicef intentando disminuir para el 2015 la transmisión materno

infantil (TMI) de VIH a $\leq 2\%$. En 2016 se renovó el compromiso en el plan 2016-2021 para lograr que el VIH y la sífilis dejen de ser un problema de salud pública. El último boletín epidemiológico nacional argentino da cuenta de los logros hasta 2017.

Objetivo principal: Comparar los datos de VIH en embarazadas y TMI en el período 2013-2018 de nuestro hospital, con los datos nacionales del período 2012-2017.

Objetivos secundarios: -Determinar número y porcentaje anual de embarazadas VIH+ en el período mencionado. -Evaluar los determinantes de la TMI (momento diagnóstico materno, carga viral en último trimestre, profilaxis antirretroviral). -Establecer la tasa hospitalaria de TMI de VIH por año.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Desde el 01 enero 2013 a 31 dic 2018 (basados en fecha de parto). Población: embarazadas VIH+ y sus productos de la concepción, que cursaron el parto en el hospital en el período mencionado. Variables estudiadas: número de embarazadas VIH+ por año, nivel de instrucción, momento diagnóstico, carga viral en último trimestre, profilaxis antirretroviral, tipo de parto, número de recién nacidos con diagnóstico confirmado de infección por VIH. Tratamiento estadístico: medidas de tendencia central y sus dispersiones y medidas de frecuencia absoluta y relativa (%).

Resultados: En el período 2013-2018 se siguieron 219 embarazadas VIH+ de las cuales finalizaron el mismo en el hospital 202 (92 %), y son las incluidas en la evaluación final. En nivel de instrucción materna se observan diferencias con los datos nacionales ya que en nuestra población aumentó el porcentaje de pacientes con primario incompleto de 5.5 % en 2013 a 19.5 % en 2018, y descendido el porcentaje de pacientes con secundario completo de 46 % a 27 %, mientras que la tendencia nacional fue exactamente la contraria. En momento diagnóstico materno los datos nacionales muestran estabilidad en los diagnósticos previos y durante el embarazo, mientras que los nuestros muestran cierta tendencia alcista en los diagnósticos durante el embarazo (excepto 2018). Las cargas virales del último trimestre con valores menor a 1000 copias son menores en nuestra población comparados con los datos nacionales (59-80 % vs. 79-85 %). La cesárea electiva fue aumentando en nuestra población llegando a 71 % en 2018, a diferencia de los datos nacionales que se mantienen estables levemente por encima del 50 %. La profilaxis antirretroviral completa en nuestra población osciló entre el 76 y 86 % en los últimos 3 años, mientras que a nivel nacional se mantuvo por encima del 90 %. Las tasas de TMI de los últimos 3 años (2015-2017) son comparables, excepto que en el año 2017 no tuvimos niños positivos.

Conclusión: Se observan diferencias en las tendencias entre los resultados de nuestra población comparada con la nacional dando cuenta de situaciones de mayor complejidad que influyen sobre los resultados en nuestro hospital. Las embarazadas VIH+ por transmisión vertical merecen especial atención ya que 5 de 7 niños positivos nacidos en nuestro hospital corresponden a este grupo.

PE145 Cuatro mil personas con VHC tratadas con antivirales de acción directa AAD por el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales

Coronel E, Aquino R, Roitman K, Ezcurra M, Martínez Madrid D, Alonso S, Rodríguez C.

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Introducción: Desde 2016 el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales brinda tratamiento con antivirales de acción directa a personas con VHC. En 2018 se incorporó el acceso al tratamiento para todos los grados de fibrosis hepática.

Objetivos: Caracterizar a la población tratada y analizarla según la evolución del acceso por grados de fibrosis.

Material y métodos: Desde 2016 a 2019 (enero y febrero) se distribuyeron tratamientos a 3923 personas con hepatitis por VHC. Los medicamentos fueron: sofosbuvir 400 mg (Gilead®/Richmond®/Elea®), daclatasvir 60 mg, ribavirina 200 mg y para personas con insuficiencia renal genotipos 1y 4, Zepatier® y ViekiraPak®. Los esquemas de tratamiento fueron autorizados según las Recomendaciones del Programa Nacional. Se analizaron variables socio-epidemiológicas de esta población.

Resultados: Los 3923 tratamientos se distribuyeron de la siguiente forma: 1301 en 2016, 627 en 2017, 1777 en 2018 y 218 en 2019. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentra la mayor cantidad de pedidos de tratamientos: 47.5 % (66.9 % en 2016, 38.4 % en 2017, 38 % en 2018 y 33 % en el primer bimestre de 2019). La mayoría son hombres (65 %). El 96.89 % del grupo etario de 21 a 65 años. Un 32.37 % tiene F0 a F2 y 67.63 % fibrosis avanzada y cirrosis, Las personas con fibrosis mínima se distribuyeron: 1.42 % en 2016, 4.22 % en 2017, 62.46 % en 2018 y 57.79 % en lo que va de 2019; un 34.16 % presentan coinfección con VIH (27.56 % en 2016, 38.39 % en 2017, 40 % en 2018 y 33 % hasta marzo de 2019). La mayoría tiene genotipo 1 (74.2 %) de ellos 41.04 % 1a, 25.03 % 1b y 8.13 % sin subtipificar; genotipo3 15,14 % y genotipo2 4,84 %. Se obtuvo datos de Respuesta de Fin de tratamiento RFT en 907 pacientes (23.12 %) y de Respuesta Viral Sostenida RVS en 543 pacientes (13.84 %). De estos últimos se logró una RVS de 95.58 %. Los pacientes ptes. con insuficiencia renal tratados fueron 84 (69 con Viekira pak® y 15 con Zepatier®). Se retrataron a 16 ptes. fallados previos con AAD (13 con Viekira pak® y 3 con Zepatier®), el 50 % son de un mismo centro.

Conclusiones: El análisis de la casuística de personas con VHC tratados con AAD por el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales demuestra que: los tratamientos continúan concentrándose en pocas jurisdicciones, más de un tercio de la población está coinfectada con VIH y hay baja notificación de datos posteriores al tratamiento para conocer la RVS o cura. Esto permitió al Programa desarrollar estrategias para mejorar las variables anteriormente mencionadas.

PE146 El subtipo de HIV-1 podría condicionar el perfil de resistencia a inhibidores de la integrasa en pacientes tratados con raltegravir

Sánchez DV¹, Zapiola I², Fernandez Giuliano S², Arazi S¹, Bologna R¹, Mangano A¹, Aulicino P¹.

¹Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina. ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: Los inhibidores de la integrasa -raltegravir y dolutegravir- son fármacos antirretrovirales de alta eficacia y buena tolerabilidad usados para el tratamiento de la infección por VIH-1. Mientras que raltegravir puede ser utilizado en niños pequeños y mujeres embarazadas, el dolutegravir se reserva para tratamiento de rescate en niños mayores de seis años y adultos. Sin embargo, el tratamiento con raltegravir puede seleccionar mutaciones que otorgan resistencia cruzada a ambos inhibidores de la integrasa, reduciendo su eficacia y limitando las opciones terapéuticas.

Objetivos: Investigar el impacto del subtipo del VIH-1 en la selección de mutaciones de resistencia a inhibidores de integrasa en individuos con fallo virológico a tratamientos con raltegravir.

Métodos: En un total de 33 individuos VIH-1 positivos (14 adolescentes infectados por transmisión vertical y 19 adultos) que recibieron tratamiento con raltegravir, se realizó la secuenciación directa de un fragmento del gen de integrasa del VIH-1. Se utilizó la base de datos de la Universidad de Stanford para identificar mutaciones asociadas con resistencia a inhibidores de integrasa, y su nivel de susceptibilidad a raltegravir y dolutegravir. Mediante análisis de recombinación y reconstrucción filogenética con el método de Neighbor-Joining, se asignó el subtipo (B o F) en la región de integrasa que contiene las mutaciones asociadas a resistencia (codones 90 a 170). Las comparaciones estadísticas entre grupos se realizaron con el test Exacto de Fisher.

Resultados: Los fragmentos genómicos de integrasa del VIH-1 se caracterizaron como: subtipo F (18 casos, 55 %), subtipo B (15 casos, 45 %). En 26/33 (79 %) de las secuencias analizadas se detectó al menos una mutación de resistencia asociada a raltegravir. Las mutaciones encontradas fueron: Q148H/R (27 %), T97A (27 %), G140S (24 %), G163K/R (21 %); N155H (18 %), Y143R (18 %), E138A/K (15 %). De estas mutaciones, 3 mostraron diferencias significativas en su frecuencia entre los subtipos B y F: E138A/K (33 % en subtipo B vs. 0 % en F, p = 0.0127), G163K/R (0 % B vs. 39 % F, p = 0.0009) y Q148H/R+(G140S) (60 % B

vs. 0 % F, $p = 0.0001$). De acuerdo a los perfiles de mutaciones encontrados, la proporción de individuos con resistencia intermedia o alta para raltegravir fue de 93 % para subtipo B vs. 39 % para subtipo F ($p = 0.0028$), mientras que la proporción de individuos con resistencia intermedia o alta para dolutegravir fue 60 % para subtipo B vs. 0 % para subtipo F ($p = 0.0001$).

Conclusión: Las vías de selección de resistencia a raltegravir diferirían entre los subtipos B y F en la región de la integrasa que codifica para las mutaciones de resistencia, condicionando un mayor nivel de resistencia en el subtipo B tanto para raltegravir como para dolutegravir. La caracterización del subtipo de VIH-1 en el gen de la integrasa podría ser una herramienta de utilidad para guiar el uso de inhibidores de integrasa en nuestro país.

PE147 HPV en pacientes VIH: alerta para la detección temprana del cáncer anal

Filippi UMM, Urquiza D, Bonisconti F, Sánchez A, Caeiro JP, Álvarez Garzón J, Alvarellos T.
Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: El virus del papiloma humano (HPV) causa una infección que puede transmitirse por contacto sexual. El desarrollo de las lesiones intraepiteliales escamosas pre cancerosas anales (SIL) y el cáncer de ano se deben principalmente a la infección con genotipos del virus de alto riesgo (AR), principalmente a la cepa 16 que muestra una incidencia del 85 %. EL VIH y el sexo anal receptivo favorecen la infección por HPV, lo que resulta en una mayor prevalencia de cáncer anal entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Nuestro objetivo fue determinar la presencia de HPV en pacientes HSH con VIH mediante la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR-RT)

Pacientes y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo entre marzo de 2013 y julio de 2018. Se incluyeron 30 pacientes HSH con diagnóstico de VIH y sospecha de HPV. Se constató que solo 3 pacientes tenían pareja estable. La edad promedio fue de 37 ± 13 años (rango 18-69 años). Se analizaron 11 biopsias y 19 hisopados (10 genitales y 20 anales). Todas las muestras fueron testeadas mediante una PCR-RT utilizando el kit Cobas (4800) HPV Test Roche®, que permite diferenciar los genotipos 16, 18 y otros de AR. En las muestras negativas para el test se buscó determinar la presencia de HPV de bajo riesgo mediante PCR convencional utilizando primers GP5-GP6 que identifican la región L1 del virus.

Resultados: El HPV fue positivo en 26 (87 %) pacientes, detectando genotipos de AR en 22/26 y genotipos de bajo riesgo en 4/26. La distribución de los mismos y la localización de la lesión se pueden observar en la tabla 1.

Conclusión: En nuestro grupo de estudio, a pesar del bajo número de pacientes, se observó un alto porcentaje de pacientes HSH, VIH coinfectados con HPV, en su mayoría con genotipos de AR. De acuerdo a nuestros hallazgos se debería considerar la implementación de técnicas moleculares no invasivas para el screening y seguimiento de esta población de riesgo ya que ayudarían en la detección temprana del cáncer anal.

Cepas	Lesión genital	Lesión anal
16/18	3	9
Otra de AR	5	5
Bajo riesgo	1	3
No detectable	1	3
Total	10	20

PE148 Terapia dual con darunavir/ritonavir coformulado más raltegravir en pacientes infectados por VIH: experiencia en un centro de referencia

Rombini MF, Cecchini D, Urueña A, Vecchio C, Huberman M, Cassetti I.
Helios Salud. CABA. Argentina.

Introducción: Para evitar la toxicidad del tratamiento antirretroviral (TARV) a largo plazo (principalmente debido a los análogos de nucleósidos), se han evaluado diferentes estrategias de tratamiento, incluidos regímenes duales. Sin embargo, la experiencia con biterapia en la práctica clínica sigue siendo limitada.

Objetivo: Describir el motivo de la prescripción, la eficacia y la tolerabilidad de la terapia dual que contiene raltegravir (RAL) y darunavir/ritonavir coformulado (DRV/r) en pacientes infectados con VIH-1.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo de registros médicos electrónicos de pacientes infectados por VIH-1 a los que se prescribió biterapia con RAL + DRV/r en un centro de referencia en Buenos Aires, Argentina (período 2014-2018).

Resultados: Un total de 8200 pacientes fueron asistidos en la institución y 7380 (90 %) recibieron TARV. De ellos, 236 (3,19 %) recibieron terapia dual, de los cuales 116 (49 %) recibieron biterapia con RAL + DRV/r. El 98 % de los pacientes era experimentado en TARV. La mediana (RIC) de la edad y el recuento de células T CD4 fueron: 52 (42-58) años y 373 células/ μ L (202-642), respectivamente. La mediana de tratamientos previos fue de 3 (rango 0-9). El 65 % correspondía a la categoría C de los CDC. Las razones para la prescripción de RAL + DRV/r se clasificaron como: 1) "grupo de switch" (GS): pacientes con carga viral (CV) indetectable con toxicidad / comorbilidad renal, cardiovascular o metabólica (58 %); y 2) grupo virológico (GV): pacientes con viremia detectable (*naive* o experimentados en TARV) e infección por VIH resistente a múltiples fármacos (42 %). La mediana de exposición al tratamiento con RAL + DRV/r fue de 18 meses. Entre los pacientes en GS, el 98 % y el 96 % tenían CV no detectable a los 6 y 12 meses. Entre aquellos en el GV, el 89 % y el 87 % tenían CV no detectable a los 6 y 12 meses. Ningún paciente requirió suspensión por toxicidad o intolerancia.

Conclusiones: En esta cohorte, la terapia dual con RAL + DRV/r fue eficaz y segura para la mayoría de los pacientes. Dicha terapia podría considerarse como una opción, especialmente en pacientes con enfermedades concomitantes e infección por VIH resistente a múltiples fármacos en nuestro país.

PE149 Implementación de pruebas rápidas de sífilis, VIH y vacunación para hepatitis B a personas gestantes y sus parejas en el primer nivel de atención

BonafedeLS, Vulcano S, Bruno M, Galarza P, Nadal M, Larramendy B, Recchi J, Kaynar V, Peralta V, Díaz M, Vila M, Urueña A, Brezzo C, Rodrigue C.
OPS/OMS Argentina.

Introducción: La prevención de la transmisión vertical (TV) de sífilis, VIH y hepatitis es uno de los pilares estratégicos de salud pública en Argentina, pero tanto las tasas estables de TV de VIH como el aumento de las tasas de sífilis congénita (SC) de los últimos años demuestran que aún nos encontramos distantes de la eliminación. La implementación de pruebas rápidas (PR) para el tamizaje de sífilis y VIH es parte de una estrategia para la reducción de los tiempos de diagnóstico y tratamiento. En este sentido y con el objetivo de alcanzar las metas de eliminación de TV, en agosto del 2018 la Secretaría de Gobierno de Salud con el apoyo de OPS, UNICEF y ONUSIDA, inició un proyecto piloto de implementación de PR de VIH y sífilis, tratamiento precoz de sífilis y vacunación oportuna para hepatitis B (VHB), en personas gestantes y sus parejas en el primer nivel de atención (PNA).

Métodos: Se conformó una mesa de gestión nacional compuesta por la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y Tuberculosis, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Dirección de Epidemiología, y el Laboratorio de ETS ANLIS-Malbrán. Se incluyó a las jurisdicciones de Tucumán, Jujuy, Chaco y La

Matanza (Bs.As.) donde se conformaron mesas de gestión local con referentes provinciales de programas de VIH, Maternidad e Infancia, Epidemiología y de la Red de laboratorios. Se seleccionaron los centros de salud del PNA para la implementación del proyecto, que serán monitoreados durante 12 meses. Los equipos de salud de los centros recibieron capacitaciones sobre algoritmos diagnósticos, utilización de pruebas rápidas y asesoramiento. Se acordó el inmediato tratamiento para las personas con resultados positivos de sífilis, los circuitos de diagnóstico, seguimiento y asistencia.

Resultados: Entre agosto de 2018 y enero de 2019, 57 profesionales de 9 centros fueron entrenados en la técnica de PR de VIH y sífilis. En ese período se realizaron 296 PR de Sífilis y 227 PR de VIH a personas gestantes con 17 resultados positivos para sífilis (5.74 %: datos correspondientes a 6 centros al momento del análisis) y ningún resultado positivo para VIH. Se realizaron 120 PR de sífilis y 92 PR de VIH a parejas con 13 resultados positivos de Sífilis (10.83 %) y 1 de VIH (1.09 %). El 100 % de las personas que obtuvieron resultados positivos de sífilis recibieron la primera dosis de penicilina en el primer nivel de atención. 304 embarazadas y 32 parejas recibieron vacunación VHB.

Conclusiones: A pesar de tratarse de resultados preliminares, la estrategia de implementación de las PR, la vacunación contra VHB, demuestra ser una importante estrategia para contribuir a la eliminación de la TV, ya que todas las personas con resultados positivos en la PRS recibieron la primera dosis de penicilina y solo 4 personas no aceptaron hacerse las PR. Una de las mayores fortalezas de esta estrategia es el testeado de las parejas, aproximadamente el 30 % y la vinculación precoz al tratamiento de la sífilis en el PNA. Cabe destacar que de las 13 parejas que resultaron positivas para sífilis, 11 fueron serodiscordantes respecto a sus parejas gestantes. Para que las PR puedan implementarse masivamente, resultan claves La voluntad política y la adecuada articulación interprogramática son claves para asegurar la continuidad de los equipos de trabajo, la continuidad de los insumos y lograr el correcto funcionamiento de los circuitos.

PE150 El 90-90-90 en la práctica diaria: evaluación del diagnóstico de VIH por test rápido y el seguimiento posterior en un hospital público

Herrera C, Rivera L.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción: Desde 2015 Argentina como otros países de Latinoamérica, ha fijado cumplir con las metas 90-90-90 para el año 2020 propuestas por ONUSIDA. La cascada de atención de VIH es una herramienta que permite evaluar dichos resultados.

Objetivo: estudiar la situación epidemiológica de los pacientes que se diagnostican con VIH por medio del test rápido y evaluar cuán cerca estamos de cumplir aquellas metas a nivel institucional.

Materiales y Métodos: estudio retrospectivo y observacional desde enero de 2017 a diciembre de 2018. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que concurren a realizarse un test rápido de VIH (Alere Determine™ VIH 1/2) en un consultorio de infectología de un hospital público de tercer nivel de complejidad de Buenos Aires. Se analizaron a los pacientes con resultados positivos de la prueba: características demográficas, los motivos de testeado, los valores de carga viral (CV) y CD4 de inicio, la presencia de enfermedades concomitantes, estadio de la enfermedad así como también el porcentaje que permanecieron en atención, iniciaron tratamiento antirretroviral y alcanzaron la supresión virológica a los 6 meses. Se consideró diagnóstico tardío a aquel que ocurre en una etapa sintomática y/o con un CD4 menor a 200 cel/ml.

Resultados: Se testearon 1281 pacientes con 96 resultados positivos para VIH (prevalencia 7,5 %). Con respecto a éstos, el 75 % (72/96) eran hombres. Mediana de edad 34 años (RIC 29-43). El 55 % (53/96) vivía en CABA y el resto en la provincia de Buenos Aires. El 17 % (4/24) de las mujeres cursaba un embarazo al momento del diagnóstico. Los principales motivos del testeado en asintomáticos fueron por control de rutina (58 %) o tener una pareja sexual con diagnóstico de VIH (17 %) mientras que el 15 % (14/96) presentaba signos o síntomas asociados al VIH. La mediana del valor de CD4 inicial fue de 322 cel/ml (RIC: 149- 495,5) y la CV de 28500 copias/ml (RIC: 5806.25- 74425). El 24 % (23/96) tuvo diagnóstico tardío VIH y el 9 % (9/96) requirió internación en el momento del testeado. El 61 % (59/96) de los pacientes con prueba rápida positiva permaneció vinculado al servicio; los que no regresaron fueron en su mayoría hombres (80 %) jóvenes (mediana de edad 32 años, RIC 28-39). El 93 % (55/59) inició tratamiento antirretroviral y el 87 % (48/55) continuó en seguimiento. De los los pacientes que cumplieron el seguimiento a los 6 meses (39/48), 32 realizaron los controles virológicos correspondientes, estando en supresión virológica el 94 % (30/32).

Conclusiones: los resultados de nuestro trabajo son concordantes con los últimos datos publicados a nivel nacional, aunque aún distan de las metas propuestas por ONUSIDA. Se debe remarcar que existe una brecha importante entre la realización del test y la vinculación de los pacientes al sistema, en especial en jóvenes sobre los cuales es importante actuar a futuro para poder optimizar el seguimiento.

PE151 Linfomas plasmoblásticos en pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana. Características clínicas e histopatológicas en 23 pacientes asistidos en un centro de referencia en enfermedades infecciosas

Benchetrit A¹, García J¹, Campitelli A¹, Narbaitz M², Metrebian MF², Corti M¹.

¹Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina. ²Laboratorio de Anatomía Patológica del Instituto de Investigaciones Oncohematológicas de la Academia Nacional de Medicina. CABA.

Introducción: La inmunodepresión a la que conduce el VIH predispone al desarrollo de diversas enfermedades neoplásicas. El linfoma plasmoblástico (LP) es un subtipo de linfoma no Hodgkin (LNH) descrito en 1997. Representa el 2.6 % de todos los LNH en la población VIH positiva. Los factores de pronóstico y el manejo terapéutico más adecuado aún no se conocen con exactitud. Describir las características clínicas, epidemiológicas, histopatológicas e inmunológicas de 23 pacientes VIH positivos con diagnóstico de linfoma plasmoblástico.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, basado en el análisis de historias clínicas de pacientes infectados con el VIH y con diagnóstico de LP, con seguimiento en un hospital especializado en enfermedades infecciosas entre 2004 y 2018. Se excluyeron a los pacientes menores de 18 años y con diagnóstico no confirmado de VIH o de LP. El diagnóstico de LP se basó en los resultados morfológicos de las biopsias teñidas con hematoxilina y eosina, y en la inmunohistoquímica con positividad para marcadores de células plasmáticas (CD38, MUM-1, CD138), negatividad para marcadores de células B (CD20) e índice de proliferación a través del Ki67. Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos e histopatológicos. Las variables categóricas se expresaron como porcentaje, mientras que las continuas se expresaron como mediana y desvío estándar (DE) o como mediana y rango en base al supuesto de normalidad.

Resultados: Se diagnosticaron 23 casos de LP en pacientes VIH positivos; 73.92 % de sexo masculino, con una media de edad de 41.09 años (DE 9.62) al momento del diagnóstico de la neoplasia. En su mayoría se trató de pacientes gravemente inmunocomprometidos, con una mediana de linfocitos T CD4+ de 99 cel/μl (rango 3-833). Sin embargo, 8/20 (40 %) pacientes se encontraban en tratamiento antirretroviral de gran actividad y 3/12 (25 %) presentaban una carga viral para VIH < 50 copias/μl al momento del diagnóstico de LP. En 4/19 (21.05 %) el diagnóstico de LP condujo al diagnóstico de infección por VIH. La coinfección con el virus de la hepatitis C se constató en 11/21 pacientes (52.38 %), y con el virus de la hepatitis B en 6/21 (28.57 %). En relación con la presentación clínica, el diagnóstico

se realizó en pacientes con enfermedad avanzada en la mayoría de los casos, estadio IV de la clasificación de Ann Arbor en 11/20 (55 %). El compromiso más frecuente fueron las lesiones tumorales de rápido crecimiento en mucosa oral que se observaron en el 52.17 % de los pacientes, seguido por el compromiso ganglionar en el 43.48 % y el óseo en el 21.74 %. Los síntomas B se comprobaron en 10/14 pacientes (71.43 %) y 16/22 pacientes presentaron valores elevados de LDH (72.73 %). La histopatología se caracterizó por la presencia de un denso infiltrado compuesto por células de mediano o gran tamaño, escaso citoplasma, núcleos grandes y nucleolos evidentes. El índice de proliferación Ki 67 superó el 90 % en todos los casos.

Conclusiones: La prolongación de la supervivencia de los pacientes infectados con el VIH ha generado un mayor impacto en la morbimortalidad por enfermedades neoplásicas y, en especial, oncohematológicas, entre ellas el LP. Este subtipo de LNH se encuentra fuertemente vinculado al VEB en su patogenia. El compromiso oral es muy frecuente, lo cual posibilita el acceso a un diagnóstico precoz. Es importante mantener un elevado grado de sospecha, en pacientes con compromiso de otras localizaciones, y el mismo no debe limitarse a pacientes gravemente inmunocomprometidos. Los hallazgos de la IHQ son fundamentales para confirmar el diagnóstico de este subtipo de LNH asociado con la infección por VIH.

PE152 Tratamiento inmunoterápico para adenocarcinoma de pulmón en paciente VIH

Levy B, Fernández A, Maurino J, Gill D, Tamagno G, Dri A, Teglia O.
Policlínico Pami I. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La inmunoterapia con inhibidores anti-PD-1 / PD-L1 representa un gran avance en el tratamiento del cáncer. Debido a que los/as pacientes que viven con VIH generalmente se excluyen de ensayos clínicos, los datos de tolerancia y eficacia son limitados en esta población. Se presenta el caso de una paciente con VIH en terapia antirretroviral (TARV) y tratamiento con inhibidores anti PD-L1 por adenocarcinoma de pulmón.

Caso Clínico: Mujer de 71 años diabética tipo II, ex tabaquista de jerarquía, EPOC, VIH diagnosticado en 2007 con buena adherencia al TARV, actualmente en tratamiento con atazanavir, ritonavir, lamivudina y abacavir. Mantiene cargas virales indetectables y buen nivel de linfocitos T-CD4. Diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón en 2015 que requirió lobectomía, con resultado de anatomía patológica de pieza quirúrgica con márgenes sanos y ganglios negativos para células neoplásicas. En 2017 presentó recidiva local, por lo que se progresó a dos líneas de tratamiento quimioterápico sistémico, que debió suspender por toxicidad. Perfil del tumor: EGFR no mutado/ ALK no mutado / PDL1 negativo. A pesar de ello se decidió realizar inmunoterapia en 3 línea. En enero de 2018 inició tratamiento con nivolumab 3 mg/KG cada 14 días, con favorable respuesta clínica y mejoría imagenológica. Complicó con neumonitis aguda interpretada como efecto adverso al tratamiento, y respondió a corticoterapia por 10 días. Actualmente continúa inmunoterapia, sin progresión de la enfermedad y buena respuesta al tratamiento. Se mantiene con TARV regular, con supresión virológica permanente, CD4 absolutos de 473 células/mm³, CD4 relativos de 27 % y relación CD4/CD8 de 0,69.

Discusión: El receptor de la muerte celular programada (PD) se expresa en linfocitos B y T activados. Los ligandos del PD (PDL1 y el PDL2) son producidos por tejidos linfoides y células tumorales. La estimulación del PD1 por sus ligandos disminuye la producción de citoquinas, la lisis celular y la actividad de los linfocitos killer. El bloqueo de esta vía restaura la respuesta inmune, siendo el mecanismo de acción de la inmunoterapia. Nivolumab es un anticuerpo IgG4 humanizado contra el receptor PD1, utilizado en el tratamiento de diversos tumores, incluido el carcinoma de pulmón a células no pequeñas. Su uso se asocia a efectos adversos de tipo inmunológico y plantean el diagnóstico diferencial con patología infecciosa. Nuestra paciente presentó un cuadro de neumonitis con buena respuesta a corticoides. El uso de inmunoterapia requiere evaluar la necesidad de profilaxis para infecciones oportunistas. Nivolumab no parece estar asociado a un aumento en el riesgo de infecciones. En el caso presentado, el uso de anti PD-1/PD-L1 no afectó el grado de supresión virológica, el recuento de linfocitos T-CD4 ni su nivel relativo respecto a los linfocitos T-CD8, similar a lo evaluado por Gobert et al en una serie de 20 pacientes. No se evidenciaron otros eventos adversos durante el tratamiento. Si bien existen líneas de investigación respecto al uso de esta terapéutica en pacientes infectados por VIH, la complejidad de la patología y la escasa experiencia obliga al seguimiento a través de un equipo multidisciplinario.

PE153 Resistencia a antirretrovirales en pacientes *naive*: ¿Continúa en aumento?

Guidetto BA¹, Tatta M¹, Latini V¹, Lupo S², Aguila D², Rechimont A², Altclas J¹.
¹Sanatorio de La Trinidad Mitre. CABA. Argentina. ²Instituto CAICI. Rosario. Argentina.

Introducción: En el año 2017 la OMS realizó una alerta informando más del 10 % de resistencia a antirretrovirales (ARTV) en países de América Latina. Datos reportados anteriormente en nuestro país informaron que el mayor porcentaje involucraba a inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (INNT). Con el objetivo de evidenciar tasas actuales, se realizó un estudio comparativo entre pacientes con reciente diagnóstico de VIH, *naive* de tratamiento, de un centro metropolitano de la Ciudad de Buenos Aires con un centro de la Ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe. Se analizaron mutaciones para inhibidores nucleosídicos (INTR), INNT e inhibidores de proteasa (IP).

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se utilizaron registros epidemiológicos descriptos en historias clínicas, en el período de marzo 2016 a marzo 2018.

Resultados: Se evaluaron 188 pacientes de la Ciudad de Bs As (Grupo A) y 77 pacientes de la ciudad de Rosario (Grupo B). Grupo A: 166 hombres (88,3 %), 22 (11,7 %) mujeres. Media de edad de 36 años. 165 pacientes (87,7 %) de nacionalidad argentina, 23 (12,3 %) extranjeros. La media de recuento absoluto de CD4 fue de 394/mm³. Grupo B: 65 hombres (84,4 %), 12 mujeres (15,6 %). Media de edad 36,6 años; 100 % argentinos. Media de recuento absoluto de CD4 538/mm³. En el Grupo A, treinta (16 %) pacientes presentaron mutaciones mayores para alguna de las familias: 2,70 % para IP; 1,6 % a INTR y 11,70 % a INNT. Con hincapié en INNT, 20 de los 22 pacientes (91 %) con mutaciones eran hombres. La más frecuente fue K103N (4,8 %) seguida de K103S (2,1 %), las cuales generan alto nivel de resistencia a efavirenz (EFV) y nevirapina (NVP). Se analizó porcentaje de resistencia a drogas de introducción más recientes como rilpivirina (RPV) y doravirine (DOR), con hallazgo de MAR en el 3 % y 2 % respectivamente. En cuanto al Grupo B: 19 pacientes (24,7 %) tuvieron mutaciones mayores; 1,3 % para IP; 3,9 % INTR; 19,5 % INNT. Teniendo en cuenta esta familia, 11 de los 15 pacientes eran hombres (73 %). La mutación más frecuente fue K101E (7,8 %), la cual genera resistencia intermedia a NVP y RPV y reduce la susceptibilidad a DOR; esta mutación se encontró asociada 100 % a E138K, lo que disminuye la susceptibilidad a RPV. El 100 % de los pacientes con dichas mutaciones eran hombres que tienen sexo con hombres. En el análisis comparativo pudimos observar que el porcentaje de mutaciones a INNT en la Ciudad de Rosario fue mayor (19,5 %) al de la Ciudad de Buenos Aires (11,7 %).

Conclusión: De acuerdo a los datos obtenidos, las MAR a INNT continúan teniendo una alta prevalencia tanto en el Grupo A como en el Grupo B. Destacamos la diferencia de MAR entre los grupos A y B a INNT.

PE154 Expansión hacia la atención primaria como la forma de llegar al 90-90-90 en la ciudad de Buenos Aires

Zalaya NA, Alzola R, Behrens M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción: Argentina adhirió a los objetivos 90/90/90 de ONUSIDA a fin de eliminar el VIH como un problema de salud pública en 2030. Además, la Ciudad de Buenos Aires adhirió a la iniciativa Fast Track Cities de IAPAC. Sin embargo, importantes brechas persisten. La atención primaria en la ciudad representa una puerta de entrada importante para nuevos diagnósticos y tiene un gran potencial para aumentar los indicadores de personas en tratamiento y supresión viral.

Métodos: Se describe la implementación de un proyecto piloto de provisión de tratamiento antirretroviral en atención primaria. Después de 6 meses de capacitación del equipo (en el que participaron médicos clínicos, generalistas, farmacéuticos y enfermeros) y de haber establecido los circuitos de laboratorio, farmacia, notificación epidemiológica y los criterios de referencia a Infectología se comenzaron a atender a las personas VIH positivas diagnosticadas en el centro de salud siguiendo un protocolo de atención simplificado diseñado en conjunto entre los docentes y el personal participante, unificando el proceso de diagnóstico y tratamiento en el centro de salud (Ce.S.A.C. N° 33). Se establecieron los indicadores de monitoreo (porcentaje de personas bajo tratamiento y supresión viral). Se excluyeron de estos indicadores a los pacientes fallecidos y transferidos a otro centro por cobertura social o cambio de domicilio.

Resultados: Desde agosto de 2017 a marzo 2019 se registraron 43 nuevos pacientes con VIH. El 79 % eran hombres, con una mediana de edad de 30 años. La mediana de CD4 fue 462 (rango 170-1.552) y de carga viral 36.158, (151-395.496). Todos comenzaron tratamiento en una mediana de 7 días de la primera consulta, limitándose a dos esquemas predeterminados, 42 con Darunavir/Ritonavir, TDF, FTC y 1 con EFV, TDF, FTC. Del total, 2 pacientes fallecieron, 8 se transfirieron y 0 se perdieron de seguimiento. En total el 100 % se encuentra en tratamiento, y 99 % se encuentra indetectable con menos de 40 copias por ml. Además, debido al conocimiento de la comunidad, algunos pacientes atendidos en otros centros solicitaron seguir su atención en el Ce.S.A.C. 33, por lo que se decidió incorporarlos si podían recibir los esquemas disponibles en el proyecto. En total 29 pacientes pre tratados continuaron su atención, 25 con DRV/r TDF-3tc y 4 con EFV, TDF, FTC. De estos, no falleció ningún paciente, al inicio 20 % se encontraba con carga detectable. Durante el seguimiento 0 se transfirieron y 1 se perdió. Actualmente, el 100 % se encuentra en tratamiento y 99 % se encuentra con carga viral indetectable (menos de 40 copias).

Conclusiones: El diagnóstico y el TARV en el primer nivel de atención es factible con los recursos existentes en atención primaria de la Ciudad. La expansión de esta intervención a otros CeSACs tiene un alto potencial de mejorar los indicadores de la Ciudad. Es necesario incorporar los cálculos automatizados.

PE155 Test rápido de VIH 2017 vs 2018 en un CeSAC de la CABA

Zalaya NA, Alzola R, Behrens M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.
Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción. Entre las prestaciones del Ce.S.A.C. (Centros de Salud y Acción Comunitaria) N. ° 33, dependiente del Área Programática del Hospital Tornú (HGAT), se encuentra el CEPAT que ofrece el testeo voluntario y anónimo para VIH, siguiendo directrices de la Coordinación SIDA, y alineados con la política sanitaria de la Nación. El objetivo es testear al mayor número de personas posibles para reducir la epidemia de VIH, a través del reconocimiento de las personas infectadas, su inclusión en el sistema de salud, y finalmente tratamiento hasta carga indetectable.

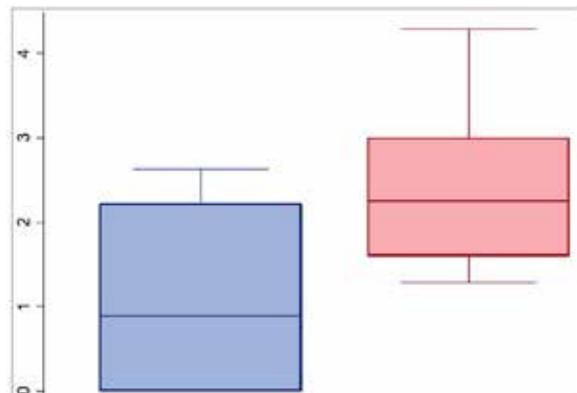
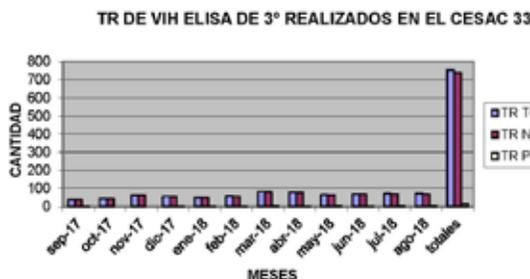
A partir de la inauguración en el Ce.S.A.C. 33 de un consultorio de atención de VIH en julio del 2017, se implementó a partir de septiembre la oferta del test rápido (TR). La tarea ha proseguido durante lo que ha transcurrido del 2018 y estamos en condiciones de sacar nuestras primeras conclusiones

Objetivo. Comparar el volumen de pacientes testeados en 2018 respecto al 2017 y establecer prevalencia de TR positivos.

Materiales y métodos. Entre julio y septiembre 2017 un equipo integrado por técnicos y enfermeras fue entrenado por profesionales del HGAT (Hospital de referencia) y la Coordinación Sida para uso de TR de VIH de 3° generación de Alere. El entrenamiento incluyó manejo de planillas de resultados y registro de información. En septiembre comenzó formalmente la oferta de testeo una vez por semana, y prosiguió durante el 2018 con dos días por semana. Aquellas personas cuyo TR dio positivo, se les efectuó extracción de sangre para realizar ELISA 4ta (CMIA-Abbot) e ingresarlas en el circuito de atención, con posibilidades de evaluar la Carga Viral, recuento de CD4/CD8, e iniciar tratamiento. Con los datos obtenidos se calculó prevalencia mensual, y anual; y se compararon ambos años. Soporte estadístico Stata 10.

Resultados. Entre septiembre de 2017 y agosto del 2018 se realizaron 754 TR (203 y 551 respectivamente). En 2017 hubo 2 TR + (prevalencia 0.37 %), mientras que en 2018 hubo 13 (prevalencia 2.36 %). La prevalencia global fue de 1.99 %. La prueba de Diferencia de proporciones arrojó diferencia -0.0137, IC95 %: -0.0322 a 0.0048 y p-valor de 0.23. La razón entre la prevalencia 2018/2017 dio 6.28. En cuanto a los meses con mayor número de TR + fueron mayo 2018 (2/66) y agosto 2018 (3/73).

	2017			2018		
	TR -	TR+	TOTAL	TR-	TR+	TOTAL
N	201	2	203	538	13	551
%	99,01	0,37	100,00	97,64	2,36	100,00



Conclusiones. En el periodo comprendido 2017-2018 la prevalencia de TR+ fue 1.99 %, un valor intermedio entre los reportados por el Boletín de VIH-Sida del Ministerio de la Nación para población vulnerable y no vulnerable. En el 2018 se testearon más personas, no obstante, las prevalencias de los dos años individualmente no son significativamente distintas. Lo que si debe remarcar es que la probabilidad de encontrar una persona infectada en el 2018 fue 6.28 veces mayor que en el 2017 probablemente debido al aumento de días de testeo por semana y al mayor entrenamiento del personal. Finalmente se observa un incremento gradual de TR+ entre 2017-2018 alcanzándose el mayor número de casos en agosto de 2018, cuando finaliza este trabajo. Esto representa una llamada de alerta a la discontinuidad de los programas de prevención, difusión y testeo.

PE156 Trasplante hepático en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

De Oliveira Mondolfo A, Lomes NR, Mondolfo AO, Guedes LV, Almeida VB, Guimaraes VM, Monteiro MM, Silva CA, Harriz M, Terra MPR, Farias JLR, Mucare M, Barros LMG, Neves DB, Silva ISS, Matos CAL, Salzedas AA, Gonzales AM, Pimentel CF.

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini . São Paulo. Brasil.

La inmunosupresión prolongada y los esquemas antirretrovirales poco efectivos y con demasiados efectos adversos han limitado el trasplante hepático en pacientes con VIH. A día de hoy, con la terapia antirretroviral altamente efectiva (HAART, por su sigla en inglés) con menos efectos desfavorables e interacciones medicamentosas, la supervivencia de estos pacientes es similar a la de la población general, favoreciendo la realización del trasplante. No obstante, el manejo de estos pacientes sigue siendo un reto e incluye: evaluación de elegibilidad, la elección de inmunosupresores (IS), manejo de las complicaciones y mantenimiento del soporte social. Relatamos nuestra casuística de cinco pacientes portadores de VIH sometidos a trasplante hepático y sus peculiaridades. Todos los pacientes son varones, con una media de edad de 51 años (41-71). La hepatitis C (80 %) es la principal causa de hepatopatía en estos pacientes. Carcinoma hepatocelular (CHC) fue frecuente (3/4). Un paciente presentó cuadro de coinfección Hepatitis B/VIH con presentación aguda, que falleció por disfunción primaria del injerto. La mayoría (80 %) ya tuvo conteo de CD4 menor que 350 células/mm³, pero ninguno desarrolló infección oportunista (IO) pre o postrasplante. De los cuatro pacientes que utilizaban HAART, en el 75 % el cambio fue necesario. Tras un año el primer paciente tuvo estenosis de vía biliar resuelta, pero perdió seguimiento asociado a débil soporte social y reutilización de drogas de abuso. El segundo presentó rechazo agudo, el tercero desarrolló recidiva del CHC y el cuarto tuvo rechazo agudo, y falleció tras cuatro años de trasplante debido a rechazo crónico del injerto. De los tres pacientes sin tratamiento de la hepatitis C, dos recibieron sofosbuvir y daclatasvir, logrando respuesta vírica sostenida. Los criterios de selección para trasplantes en VIH positivos se han alargado. La carga vírica persistentemente negativa asociada a la ausencia de resistencia vírica antes del trasplante predice adhesión terapéutica y control vírico a largo plazo. Los inmunosupresores utilizados en los casos descritos son los más utilizados a nivel global. Evidencias recomiendan la sustitución de esquemas conteniendo inhibidores de proteasa con booster de ritonavir, ansiando menor interacción con los inmunosupresores y efectos adversos graves. Así, recomendamos que la adaptación a HAART sea realizada en pacientes en lista de trasplante, anhelando disminución en el número de ajustes, del riesgo de efectos colaterales y pérdida de control vírico en el postrasplante.

Conclusión: El seguimiento de estos enfermos debe incluir el conocimiento previo de la severidad de la inmunosupresión por el VIH, interacciones medicamentosas, elección racional de HAART y acompañamiento psicosocial. La efectividad de los esquemas actuales, la menor interacción medicamentosa y la posibilidad de expansión de la oferta de donantes con VIH son puntos positivos para el incremento del número de trasplantes en este grupo. Las complicaciones descritas en estos casos siguen las más frecuentes en este grupo: la preocupación con el incremento de IO causa la utilización de dosis menores de inmunosupresores, con episodios de rechazo agudo. El incremento de diagnósticos alternativos (lesión por HAART, estenosis posinfección por citomegalovirus) requiere acciones diagnósticas rápidas y pronta intervención. A pesar del número pequeño de pacientes hubo un grande número de complicaciones. No obstante, el trasplante de hígado en portadores de VIH es posible. Para tal, debe ser efectuado de forma criteriosa, con la selección cuidadosa de pacientes y ajuste farmacológico pretrasplante. Palabras clave: VIH, trasplante.

PE157 Estrategia de comunicación individualizada en pacientes iniciando tratamiento antirretroviral. Estudio randomizado

Bullo M¹, Michaan M², Fuentes M¹, Losso V¹, Pastore L¹, Losso M¹.

¹Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina. ²Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Se han utilizado diferentes estrategias para mejorar la retención en seguimiento de los pacientes que inician tratamiento antirretroviral (TARV). En América Latina, pocas estrategias se han testeado a nivel local de manera randomizada, y las decisiones basadas en evidencia son escasas.

Material y métodos: Entre 2015 y 2018 se condujo un ensayo randomizado incluyendo pacientes *naive* a los que se les prescribió TARV en dos hospitales públicos de Argentina. La meta fue comparar retención en tratamiento según las ramas. Se randomizó a sujetos iniciando TARV a dos ramas: estándar de cuidado (EDC) o EDC más estrategia de comunicación individualizada (ECI). Durante un año, personal entrenado contacto a estos pacientes cada cuatro semanas utilizando el método de comunicación elegido por el individuo para abordar temas de retención y dificultades de adherencia mediante una entrevista semiestructurada. El resultado primario era retención exitosa, definida como seguimiento ambulatorio en los últimos seis meses sin interrupción de TARV. Se utilizó estadística descriptiva para las características basales. Se estimaron diferencias de riesgo (RD) y intervalos de confianza de 95 % (CI) usando regresión lineal para los resultados primarios obteniendo estimaciones crudas y ajustadas.

En forma secundaria, se evaluó, en la rama de intervención, si el número de contactos exitosamente establecidos (NCE) se asoció a una retención exitosa durante el primer año después de la randomización. NEC pobre (PNEC) fue definida como ≤ 4 contactos, y NEC aceptable (ANEC) como ≥ 4 .

Resultados: Se randomizaron 207 pacientes (107 a EDC, 100 a ECI). La edad mediana fue 31 años (IQR 26,40), 81 % eran hombres, 62 % eran HSH, 26 % eran inmigrantes. La mediana de carga viral basal para VIH fue 4.44 log (IQR 3.73,5.10) y el recuento de CD4/mm³ fue de 398 (IQR 220,584). No hubo RD significativo para retención exitosa entre las ramas en las estimaciones crudas (EDC=0.61, ECI=0.67, RD=0.06, 95 %CI: -0.07,0.19) ni ajustadas por sexo, edad, categoría de transmisión, estatus migratorio y recuento basal de CD4 (EDC=0.28, ECI=0.36, RD=0.08, 95 %CI: -0.06,0.21). Se establecieron 477 contactos. El número medio de contactos fue 4.91. 64 participantes tuvieron ANEC y 36, PNEC. Los subgrupos con ANEC y PNEC no tuvieron características significativamente distintas en las diferentes covariables. La retención exitosa fue 0.4 más alta entre ANEC que entre PNEC (95 %CI:0.21,0.58; FNEC:0.81; ANEC:0.42). En el modelo ajustado por estatus migratorio, el RD fue 0.42 (95 %CI:0.24,0.60; ANEC:0.61; PNEC:0.19).

Conclusión: En una cohorte mayoritariamente masculina en Argentina, la retención fue exitosa un año después del inicio de TARV en aproximadamente dos tercios de la población. Sin embargo, más de un cuarto no estaba bajo seguimiento al año del inicio de tratamiento. La estrategia de comunicación mostro un aumento

en la retención al año, pero dicha diferencia no fue estadísticamente significativa. Entre los que recibieron la intervención, solo dos tercios tuvo al menos tres contactos. ANEC se asoció con una probabilidad más alta de continuar bajo seguimiento y sin suspender TARV dentro del primer año. Esta diferencia se sostuvo luego de considerar factores clínicos y demográficos. Se necesita desarrollar nuevas estrategias para alcanzar a los pacientes difíciles de contactar, que son en última instancia más difíciles de retener bajo cuidado.

PE158 El impacto clínico de la eliminación del VHC con antivirales de acción directa en una cohorte de individuos coinfectados con VIH/VHC

Stover S¹, Laufer N², Falak A¹, Sisto A¹, Martínez A¹, Rolon MJ¹, Pérez H¹.

¹Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina., ²Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS). CABA. Argentina.

Introducción: Casi 3 millones de individuos se infectan cada año con el virus de la hepatitis C (VHC), lo cual conlleva un alto riesgo de enfermedad hepática y de numerosas manifestaciones extrahepáticas. El impacto de la eliminación del VHC en el estado general del individuo luego del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) no está completamente definido, particularmente en aquellos coinfectados por VIH/VHC. En este estudio, describimos las modificaciones clínicas y de laboratorio en un grupo de individuos coinfectados, luego de la eliminación del VHC con AAD. Se actualizan los datos previamente reportados por nuestro grupo.

Métodos: Los datos se obtuvieron de historias clínicas en un hospital terciario de CABA entre 01/2016 y 02/2019. Los cambios antes y después (3-6 meses posteriores) del tratamiento se evaluaron mediante pruebas no paramétricas. Los valores están expresados en mediana y rango intercuartil (RIQ) o media y desvío estándar, según corresponda. Clasificamos a los individuos en fibrosis leve (FL: F1-F2) y avanzada (FA: F3-F4), en base a la medición de la misma en kPa.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes coinfectados con VIH/VHC y tratados con sofosbuvir + daclatasvir ± ribavirina. Después de la repuesta viral sostenida (RVS), todos los pacientes (n=7) con manifestaciones dermatológicas presentaron mejoría de estos signos. De los 24 individuos que referían fatiga y astenia, 16 (67%) reportaron una clara mejoría luego de la RVS. Posterior a la eliminación del VHC, se observaron mejorías en la inflamación y función hepáticas, manifestadas por una disminución en el índice APRI (de 1.4 ± 1.2 a 0.5 ± 0.4 , $p < 0.0001$), GOT (de 69, RIQ:47-94.5 U/L a 32, RIQ:27-41 U/L, $p < 0.0001$) y GPT (de 73.5, RIQ:53.5-116 U/L a 32, RIQ:25-43 U/L, $p < 0.0001$). Evaluando específicamente a los individuos con FA, observamos una disminución significativa en la alfa-feto-proteína (de 18.73 ± 27 U/L a 4.48 ± 1.9 U/L, $p < 0.0001$) y una mejoría en la albúmina (de 4.02 ± 0.4 g/dL a 4.36 ± 0.3 g/dL, $p < 0.0001$). En los casos con FL, se observó un aumento significativo de las plaquetas (de 180.2 ± 47 a $188 \pm 45.4 \times 10^3/\text{mm}^3$, $p = 0.03$), y, llamativamente, de la TSH (FL= 4.07 ± 2.9 vs. FA= 2.8 ± 1.7), que derivó en el tratamiento hormonal en 4 casos. En ningún grupo se observaron cambios significativos en otros parámetros hematológicos, tiempo de protrombina, función renal, recuento de LTCD4 y carga viral VIH. Se observó un moderado aumento en la relación CD4/CD8 en ambos grupos, pero no fue estadísticamente significativo.

Conclusiones: En este estudio, la eliminación del VHC se asoció con mejorías tanto a nivel hepático como extrahepático. Se observaron mayores beneficios en los individuos con FL, como el aumento del número de plaquetas, lo cual remarca la importancia del inicio temprano del tratamiento en esta población. Por otro lado, algunos efectos de los AAD en la práctica clínica aún se desconocen: observamos un aumento en los niveles de TSH, que podría estar relacionado con la interacción del daclatasvir con las hormonas tiroideas. Estos hallazgos deben ser evaluados con un mayor número de individuos.

PE159 Expansión de pruebas rápidas para VIH y sífilis en la comunidad

Cañete G, Anglese M, Pinasco K, Maiztegui M.

¹Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte. Quilmes. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Programa municipal de VIH y ETS, Quilmes

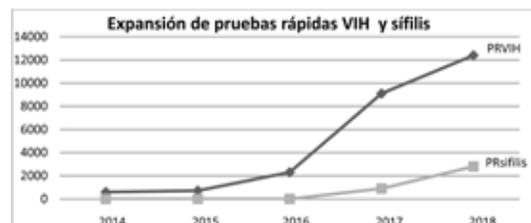
Introducción: En los últimos años se ha podido disponer más ampliamente de pruebas rápidas VIH y sífilis. Representan una herramienta fundamental para incrementar el diagnóstico de estas infecciones y disminuir el diagnóstico tardío. Estas pruebas pueden ser utilizadas en Hospitales, centros de testeo, actividades comunitarias y también en operativos de salud que llegan a los lugares más vulnerables de nuestra comunidad.

Objetivo: Evaluar nuestra experiencia en la utilización de pruebas rápidas VIH y sífilis en nuestro medio.

Material y métodos. Evaluación retrospectiva. Se analizó: número de test realizados en los últimos 5 años. En el 2018 se evaluó: Lugar de realización como Infectología del Hospital, centros de testeo y operativos de salud, número de pruebas realizadas, sexo, prevalencia de pruebas VIH+ y sífilis+.

Resultados: En los últimos 5 años hubo un incremento progresivo de realización de pruebas rápidas VIH pasando de 760 test en 2014 a 12456 test en 2018. Las pruebas rápidas de sífilis se incorporaron en 2017, realizándose 2793 en el último año. En el 2018 se realizó diagnóstico con pruebas rápidas a 102 personas con VIH y 204 con sífilis.

Conclusiones: 1. En los últimos años hemos aumentado francamente la oferta de pruebas rápidas VIH y sífilis, realizadas en centros de salud como en operativos comunitarios. 2. La realización de ambas pruebas rápidas fue más frecuente en mujeres que en varones. 3. La prevalencia global de pruebas VIH+ fue del 0,8% siendo más alta en personas trans (2,3%) y hombres (1,2%) que en mujeres (0,5%). 4. La prevalencia global de pruebas rápidas de sífilis fue del 7,3%.



Lugar	Pruebas rápidas VIH	Pruebas rápidas sífilis
Infectología Hospital	3096	565
Centros de testeo	4696	479
Operativos de salud	4664	1749
Total	12456	2793
Positivos	102 / 12456 (0,8%)	204 / 2793 (7,3%)
	M 58+ / 4589 (1,2%)	M 96+ / 1108 (8,6%)
	F 42+ / 7567 (0,5%)	F 105+ / 1668 (6,2%)
	Trans 2+ / 86 (2,3%)	Trans 3+ / 17 (17%)

PE160 Análisis del estado de actualización de los tratamientos antirretrovirales en 8 provincias del país

Soulas G, Alen Greco L, Latorre ME, Marovic ME, Mendizabal MS, Pardo P, Martini Novas S, Rodriguez CG.

Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: La Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC realiza la planificación de las compras y la logística de medicamentos ARV para el sistema público quien cubre de manera gratuita el tratamiento para el 70% de las personas viviendo con VIH de Argentina. Las compras se realizan de forma anual y deben planificarse con dos años de antelación. Esta circunstancia obliga a prever el consumo de cada droga disponible a lo largo del país y gestionar anticipadamente

las incorporaciones de nuevos tratamientos para poder ofrecer dos años después de la planificación, tratamientos actualizados en relación con los consensos nacionales e internacionales de TARV

Objetivos: Analizar el estado de la actualización de los tratamientos ARV según las recomendaciones de la SADI en 8 provincias del país, comparando el primer bimestre del 2018 con el mismo del 2019, teniendo en cuenta el costo de cada tratamiento.

Metodología: El presente es un estudio ecológico, retrospectivo y observacional. El tiempo de análisis del estudio es de enero-marzo 2018 y 2019 y todas las variables fueron calculadas dentro de ese periodo. Las provincias incluidas fueron: Formosa, Salta, San Juan, Corrientes, Misiones, Mendoza, Río Negro, Santa Cruz y Chubut. Para realizar la evaluación del consumo por droga se utilizó el Apéndice D enviado por las provincias de forma bimestral.

Por último, se calculó el costo de tratamiento mensual por paciente, utilizando el precio de la última licitación pública de cada droga.

Resultados: Cantidad de tratamientos: No recomendados: Año 2018 (2462). Año 2019 (1752). Recomendados: Año 2018 (8685); Año 2019 (10537). Cantidad de tratamientos que contienen lamivudina+zidovudina vs. otros INTIs 2018 vs. el mismo bimestre 2019: Tratamientos con 3TC+AZT / 3TC+AZT+NVP: Año 2018 (1663); Año 2019 (1190). Tratamientos con otros INNTIS: Año 2018 (4660); Año 2019 (6198). Precios Mensuales por Paciente Primer Bimestre 2019 en pesos (INTIs). ABC+3TC (\$701,7). TDF+FTC+EFV (\$312). TDF+3TC (\$1190,1). TDF+FTC (\$445,8)

AZT+3TC (\$690,6). 3TC+AZT+NVP (\$1824). Cantidad de tratamientos con TDF/FTC y TDF+FTC 2018 vs. el mismo bimestre 2019: TDF/FTC: Año 2018 (335); Año 2019 (441). TDF/3TC: Año 2018 (1928); Año 2019 (2765). Cantidad de tratamientos con los diferentes IP en el 2018 vs. el mismo bimestre 2019. ATV 300: Año 2018 (1972); Año 2019 (2042). DRV 800/r: Año 2018 (369); Año 2019 (957). LPV/r: Año 2018(719); Año 2019 (516). FPV: Año 2018 (55); Año 2019 (1). Precios mensuales por paciente primer bimestre 2019 en pesos (IP). Droga: Precio mensual por paciente: ATV 300/r: (\$2288,4). DRV 800/r: (\$2162,4). LPV/r: (\$2230,8).

Conclusiones: Dentro de los regímenes con IP, observamos que el consumo de FPV ha disminuido a cero por la decisión de esta dirección de quitarlo del vademecum por considerar que existen opciones superadoras. En el caso de LPV/r, su consumo ha disminuido en un 30 % del 2018 al 2019 a pesar de representar para el paciente 4 tomas diarias, cuando existen opciones terapéuticas de una sola toma diaria. Cabe destacar, además, que el costo mensual es levemente mayor a la del DRV 800. Respecto a los INTIs, se observa que los regímenes que contienen AZT+3TC comienzan a disminuir su consumo mientras aumentan la del resto de las drogas de esta familia; Sin embargo, tal como el caso de LPV/r, su consumo no disminuye tanto como proyectamos si tenemos en cuenta la mayor toxicidad y la mayor número de tomas que representan para el paciente y en última instancia, el mayor precio que le representa al Estado su adquisición. Otra particularidad observada dentro de esta familia, es el aumento del consumo del coformulado TDF/3TC vs. TDF/FTC, siendo que la primera opción además de ser casi un 40 % más costosa, no es considerada como opción.

PE161 Aceptabilidad de testeo rápido domiciliario combinado de VIH y sífilis en mujeres trans en Buenos Aires: estudio piloto

Frola C, Zalazar V, Gun A, Cardozo N, Duarte M, Fabian S, Radusky P, Aristegui I, Cahn P, Sued O.
Fundación Huésped. Argentina.

La infección por el VIH y la sífilis no plantean actualmente dificultades diagnósticas, sin embargo, representan importantes problemas de salud para las mujeres trans (MT) que enfrentan numerosas barreras para acceder al sistema de salud. Evaluar la aceptabilidad de una estrategia iniciada por el proveedor de testeo rápido domiciliario de VIH y sífilis. Entre mayo y diciembre de 2018, un equipo multidisciplinario realizó testeos domiciliarios en alojamientos comunitarios y otros lugares de encuentro de MT. Los criterios de inclusión fueron: autoidentificarse como MT; ≥ 14 años; test previo de VIH negativo >3 meses o serología desconocida; sin historia previa de sífilis o episodio previo con tratamiento previo >6 meses. La encuesta de aceptabilidad incluyó 5 ítems con una escala de 5 puntos Likert, una pregunta de satisfacción y comentarios. Se utilizó el SD BIOLINE VIH/Syphilis Duo rapid test (provisto por Abbott) que detecta anticuerpos dirigidos contra el VIH-1 (incluyendo subtipo-0), VIH-2 y Treponema pallidum. Los resultados VIH (+) fueron confirmados por carga viral y los resultados positivos de la prueba antitreponémica fueron complementados con VDRL cuantitativa para identificar casos activos de sífilis o infecciones pasadas. Todos los casos confirmados fueron derivados para inicio de tratamiento y seguimiento. Un total de 68 MT fueron testeada (edad: Mediana=26 años; RIQ: 25.7–29.8). La mayoría eran trabajadoras sexuales (77.9 %). La prevalencia de VIH fue de 4.4 % y el 55.9 % mostró anticuerpos para sífilis (26.5 % casos activos de sífilis y 29.4 % infecciones pasadas). La mayor parte (98.5 %) considera la estrategia de testeo rápido domiciliario como buena/muy buena. Las participantes refirieron estar "muy de acuerdo" con los siguientes ítems: (1) prefieren testeo de VIH y sífilis simultáneos (60.3 %), (2) prefieren recibir los resultados el mismo día (85.3 %), (3) piensan que el test rápido es seguro y confiable (77.9 %), (4) estarían dispuestas a repetirlo en el futuro (95.6 %) y (5) recomendarían el test a sus pares (100 %). El comentario más frecuente fue la necesidad de incluir el diagnóstico de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) al test rápido (HBV, HCV, etc.). Las MT tienen alta prevalencias de sífilis y VIH. Las actividades de investigación constituyen una fuente fundamental para informar políticas basadas en evidencia sobre la factibilidad y aceptabilidad de nuevas estrategias de diagnóstico de ITS que contribuyan al desarrollo de intervenciones apropiadas y efectivas para el acceso a los servicios de salud. Este estudio piloto muestra que el testeo domiciliario de ITS es factible, aceptable y exitoso como abordaje para llegar a esta población marginada.

PE162 Uso del código en personas que conviven con VIH. ¿Qué quieren los pacientes?

Morales A, Calfunao D, Iacono M, Galvez M, Miranda C, Alessandrini R, Brandolisio R.
Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. Neuquén. Argentina.

Introducción: Desde la elaboración de la Ley Nacional de SIDA N.º 23.798, promulgada en 1990, los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA son identificados a través de un código que combina sexo, las iniciales del nombre y apellido y fecha de nacimiento. En la práctica diaria algunos pacientes expresan su disconformidad con esta medida. No hay estudios previos que se hayan ocupado de este tema.

Objetivo: conocer la opinión de los pacientes en cuanto a la utilización del código como forma de identificación, razones a favor o en contra y alternativas.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo observacional. Realizamos una encuesta entre pacientes atendidos en un hospital general que concentra esta patología. Se determinó el tamaño muestral en función de una población estimativa de 2.000 pacientes con diagnóstico de VIH atendidos por médicos del hospital de referencia de nuestra ciudad; IC 95 % y un error de estimación de 2,5 %. Se analizaron las respuestas de 288 pacientes a través de una encuesta anónima con opciones múltiples donde se consignaron: edad, sexo, sector de atención, año del diagnóstico y si estaban de acuerdo con la codificación en el pedido de análisis o consideraban otras opciones y relación con la discriminación. Análisis con test de chi cuadrado.

Resultados: 288 pacientes encuestados. Hombres 71,18 % (n=205), Mujeres 26,38 % (n= 76) y Trans 2,43 % (n=7). Mediana de edad: 41 años (21-77). El 56,94 % (n= 164) sin obra social. En cuanto a la identificación un 85,76 % (n=247) prefirió algún tipo de codificación. De todos estos, la razón de mantener la codificación fue: preservar la identidad, 38 %; mayor comodidad para realizarse análisis, 11,74 %; evitar la discriminación, 8,09 % y el 40 % todas las anteriores. Sin dato el 2,7 %. En la tabla se expresan las respuestas de aceptación del código o del nombre y apellido en relación a sexo, años desde el momento del diagnóstico y edad. Al comparar los pacientes por año de diagnóstico y por edad no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cómo se sienten al sacarse sangre

y/o retirar los resultados. Si encontramos diferencias estadísticamente significativas en la sensación de discriminación cuando se la relacionó con los años del diagnóstico (54,4 % vs. 45,6 %, $p = 0,001$), es decir que aquellos que tenían menos años de infección por VIH se sentían menos discriminados con la implementación del código. En cuanto a la posibilidad de haber podido elegir la forma de realizar sus análisis desde un comienzo, el 56,6 % refirió que no cambiaría la metodología actual (código), el 13,9 % afirma que pondría su nombre y apellido en la solicitud, el 14,9 % elegiría solo el uso del DNI, el 10,76 % adoptaría otro tipo de código y el 17,04 % restante optó por otras formas.

Conclusiones: Hasta donde sabemos no existe un estudio que evalúe la opinión de los pacientes en la codificación para VIH. La gran mayoría de los pacientes está de acuerdo con algún tipo de código por motivos de discriminación; a pesar de esto casi la mitad de los mismos utilizaría otra forma. El 14 % optaría por el nombre y apellido como cualquier otro análisis de rutina. Ya que los pacientes con menos años de diagnóstico prefirieron mantener la reserva en su identidad, creemos que la estigmatización sigue siendo un gran problema de esta patología. Pensamos que la ley actual podría modificarse para permitir que los pacientes puedan utilizar el nombre y apellido y de esta forma "naturalizar/normalizar" los análisis de VIH.

Características	Aceptación del código	Nombre y apellido en los análisis	P
Masculino	180/62	24/8	0,94
Femenino			
Año desde el momento del diagnóstico			
< a 10 años	41/139	15/19	0,09
≥ a 10 años			
> 40 años	60/120	20/18	0,025
≤ 40 años			

PE163 A un paso de la meta 90-90-90

Barberis F, Torres C, Landaburu MF, Viceconte R, Fernández G, Lopez Furst MJ, Puentes T.
Sanatorio Dr. Julio Méndez. CABA. Argentina.

Introducción: La cascada de atención de los pacientes con infección por VIH es una estrategia para monitorear la respuesta de los sistemas de salud frente a esta afección. Focaliza en la capacidad de diagnosticar, incorporar y retener en la atención médica a las personas infectadas.

La meta 90-90-90 de la OMS, a la que Argentina adhirió, implica para el 2020: 90 % de las personas con VIH diagnosticadas, 90 % en tratamiento antirretroviral (TARV) y 90 % de estas últimas, con carga viral (CV) indetectable.

Objetivo: Evaluar dentro de nuestra población infectada con VIH el estado de situación para lograr el objetivo de la OMS 90-90-90 y comparar estas cifras con las del 2016 realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo, de todos los pacientes con VIH que concurren a la consulta durante 2016-2018, >18 años, en una institución de seguridad social con 218000 afiliados que viven mayoritariamente en CABA y AMBA. Se confeccionó una base de datos con información extraída de las historias clínicas y se analizaron los mismos durante enero y febrero/2019. Se evaluó: 1) cantidad de personas diagnosticadas (sobre el total de afiliados de la obra social); 2) cuántos de ellos se encuentran bajo TARV (definido como haber retirado medicación durante al menos 3 meses) y cuántos de estos últimos tienen CV indetectable (definido como CV<50 copias/ml con al menos 6 meses de TARV). Se evaluó la retención en el sistema de salud (al menos una consulta médica al año y recuento CD4/CV del último año). Como datos epidemiológicos: edad, sexo, estadio CDC al diagnóstico y media de CD4.

Resultados: Se evaluaron un total de 1160 pacientes: 57 cambiaron de obra social, 11 fallecieron y 31 se perdieron de seguimiento. Se analizaron 1061 pacientes, correspondiente a 0,48 % del padrón de afiliados. De ellos, n=949 (89,4 %) se encuentran bajo TARV. De aquellos en tratamiento, n=779 (82,1 %) tienen CV <50 copias/ml. La retención en el sistema de salud fue >90 %. Datos epidemiológicos: 683 (64 %) son hombres y 378 (36 %) mujeres, con una media de edad actual de 50 años (18-85 años). El 69 % (n=736) se diagnosticó en estadio A; 7,5 % (n=80) en estadio B y 23 % (n=245) en estadio C. La media de CD4 actual es de 592 células/mm³ (142-1007 células/mm³).

Conclusiones: En relación a la meta 90-90-90, el primer objetivo de detección fue alcanzado. Se encuentran diagnosticados más del 90 % de lo esperado para nuestra población. Esto podría vincularse a campañas activas de testeo serológico en la institución. El segundo objetivo a décimas de ser cumplido, dado el trabajo estrecho que se realiza con la dispensa de medicamentos en la institución, y permite que el 89,4 % de los pacientes se encuentren recibiendo TARV con buena adherencia. Consideramos que el seguimiento médico, el contacto estrecho con la unidad de atención y el uso de drogas de primera línea permite que el 82 % se encuentre con CV<50 copias y se mantenga una alta tasa de retención en el sistema de salud. Por lo tanto, esta cohorte nos acerca a la meta 90-90-90 de la OMS y el análisis de situación nos permite corregir fallas para alcanzarla en el 2020.

PE164 Parvovirus B19: un nuevo patógeno emergente en pacientes con sida. Presentación de 3 casos

Villafañe Fioti MF, Correa J, Corti M, Gancedo E.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: Parvovirus B19 presenta tropismo por precursores eritroides y causa aplasia pura de serie roja. En los pacientes con VIH/SIDA, la falta de respuesta de anticuerpos neutralizantes contra el virus resulta en viremias persistentes con manifestaciones clínicas que incluyen citopenias y linfadenopatías. Se presentan 3 pacientes de coinfección parvovirus B19-VIH/SIDA.

Resumen Clínico: Paciente 1: 19 años, VIH positivo, linfocitos TCD4 194 cel/mm³ (10 %), carga viral: 99700 cp. en estudio por síndrome febril, linfadenopatías, anemia y plaquetopenia. Ecografía: múltiples adenopatías isocóicas laterocervicales y submandibulares, hepatomegalia, esplenomegalia, adenopatías mesentéricas hipocóicas. Los hemocultivos fueron negativos. Biopsia ganglionar sin hallazgo de microorganismos ni células neoplásicas. Serología para parvovirus B19 IgM (+). Se inicia tratamiento con inmunoglobulina humana (0,4mg/kg) por 5 días con buena respuesta, resolución del cuadro infeccioso, mejoría de citopenias y reducción del tamaño de las adenopatías. El paciente es dado de alta con TARGA y seguimiento ambulatorio. Paciente 2: 72 años, VIH positivo en TARGA, linfocitos TCD4 287cel/mm³ (33 %) y carga viral <40 copias (log₁₀<1,3). Presentó síndrome de impregnación con sudoración nocturna de 3 meses de evolución asociado a anemia y plaquetopenia. Los estudios microbiológicos resultaron negativos. Ecografía: esplenomegalia (140mm). Serología para parvovirus B19 (+). Se inició terapéutica con inmunoglobulina humana. El paciente evolucionó con requerimiento de transfusiones de hemoderivados con mala evolución clínica y óbito. Paciente 3: 48 años, VIH positivo sin TARGA, recuento de linfocitos TCD4 14 cel/mm³ (12 %). Presenta poliartralgias, exantema generalizado, prurito y síndrome febril asociado a anemia, plaquetopenia y reticulocitopenia. Ecografía: hepatomegalia, esplenomegalia (139 mm), múltiples lesiones hipocóicas, múltiples adenopatías intraabdominales. Los estudios microbiológicos fueron negativos. Serología para parvovirus B19 (+). Se inicia tratamiento con inmunoglobulina humana con normalización de los parámetros hematológicos. El paciente es dado de alta con TARGA y seguimiento ambulatorio.

Discusión: La infección por Parvovirus B 19 puede presentarse con una variedad manifestaciones clínicas (citopenias y fiebre) y diferente evolución según el

huésped afectado. En pacientes inmunocomprometidos se suele presentar con anemia transitoria o aplasia pura de glóbulos rojos. El diagnóstico se confirma mediante métodos serológicos y amplificación molecular. Los principales diagnósticos diferenciales incluyen: enfermedades linfoproliferativas, micobacteriosis diseminada, infección por CMV, Bartonellosis, entre otras. El tratamiento se realiza con inmunoglobulina humana + TARGA.

Conclusión: La coinfección VIH-parvovirus B19 debe sospecharse en pacientes con citopenias, fiebre y deterioro inmunológico asociado a linfadenopatías. Deben descartarse otros patógenos infecciosos y las patologías neoplásicas.

PE165 Visitas clínicas perdidas: ¿por qué los pacientes con infección por el VIH se ausentan a la consulta?

Sandoval MM, Kundro MA, Losso MH.

Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina.

Introducción: Como en otras enfermedades crónicas, el manejo eficaz de la infección por el VIH, requiere de una continuidad en la atención ambulatoria que sólo puede lograrse si los pacientes concurren a los controles habituales. Las visitas médicas perdidas son frecuentes y representan un problema significativo, ya que se han asociado con peor pronóstico y evolución clínica, como fallo virológico, abandono de tratamiento e incremento de la morbi-mortalidad. Además, se ha demostrado que constituyen el predictor más significativo de pérdida de seguimiento. Comprender los motivos por los cuales los pacientes se ausentan a las visitas clínicas programadas nos ayudaría a implementar estrategias destinadas a incrementar la adherencia a las mismas.

Material y métodos: Realizamos un estudio de corte transversal que incluyó a todos los pacientes que se ausentaron a una consulta programada durante un período de seis meses. Definimos las visitas clínicas perdidas como aquellas consultas programadas a las que el paciente no asistió sin previo aviso. Recolectamos datos demográficos, inmunológicos y virológicos de estos pacientes, y evaluamos los motivos de las visitas perdidas a través de llamados telefónicos o encuestas autoadministradas.

Resultados: Durante el período de estudio, 631 pacientes se ausentaron a una o más visitas clínicas, lo que contribuyó a un total de 830 consultas perdidas. En general, la mediana de edad fue de 40 años (IQR 39-41), el 67.4 % eran hombres, el 73.1 % eran de nacionalidad argentina, un 87.5 % no tenía obra social y un 60 % carecía de empleo formal. Si bien, el 67.7 % (244 de 360) de estos pacientes tenía una carga viral indetectable, tanto como un 42.9 % no se había realizado ningún control de carga viral o recuento de CD4 durante el año anterior. Además, el 13,4 % (91 de 675) había abandonado el tratamiento antirretroviral durante al menos un mes en el último año. Se relevaron datos del 80 % (n=665) de los motivos por el cual los pacientes se ausentaron a una visita clínica. Los más frecuentemente citados fueron: "olvidar o confundir el turno" (16.4 %), "superposición con los horarios de trabajo" (15.9 %) y "problemas de salud" que imposibilitaban concurrir al turno (8.4 %). El 12.8 % de los pacientes respondieron que no recordaban por qué habían faltado a la consulta.

Conclusión: Identificamos algunos motivos frecuentes que causaron que los pacientes no asistan a las consultas. En esta cohorte, además, ausentarse a las consultas programadas tuvo un impacto negativo en la evolución clínica de los pacientes. En base a estos hallazgos debemos implementar nuevas intervenciones dirigidas a reducir las visitas clínicas perdidas.

PE166 Cascada de atención de VIH y análisis de brechas en un centro del interior del país

Azar V, Bourlot I, Etchegoyen D.

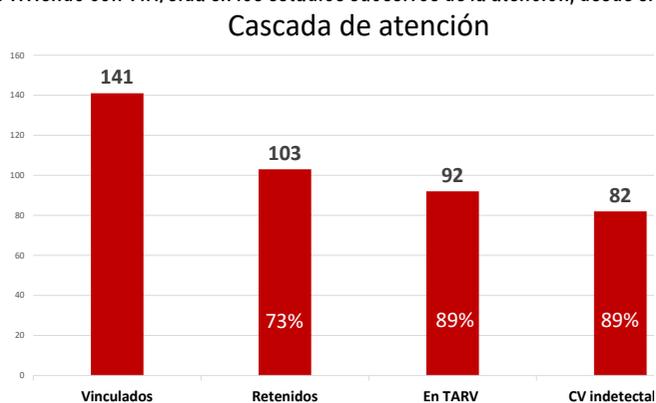
Hospital Centenario Gualaguaychú. Entre Ríos. Argentina.

Introducción: La cascada de VIH es una representación gráfica del número de individuos viviendo con VIH/sida en los estadios sucesivos de la atención, desde el momento de la infección hasta el tratamiento exitoso. En 2015, Argentina se suscribió a la meta 90-90-90 de ONUSIDA para 2020. Decidimos determinar tres de las etapas de la cascada de atención y el análisis de brechas en una cohorte de pacientes adultos atendidos en un Hospital de referencia local. Esta información representa un marcador de calidad de la atención brindada y la posibilidad de implementar estrategias que permitan alcanzar nuevos objetivos. Esta información en centros del interior del país es limitada.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte longitudinal, descriptivo, analítico y retrospectivo. Se analizaron tres de las etapas de la cascada (retención, uso de TARV y supresión virológica) desde 1/1/2018 al 31/12/2018 de los pacientes con diagnóstico confirmado de VIH (> 18 años) vinculados a la atención desde 2008. Asimismo, analizamos las brechas generadas en cada etapa y la comparación de los resultados de la cascada de los pacientes diagnosticados en el Hospital vs. otro centro, como así también quienes tienen domicilio en nuestra vs. otra localidad. La medición estadística de estas variables se realizó con el test de chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes definidos como vinculados a la atención, de los cuales 103 (73 %) se encuentran retenidos, de ellos 92 (89 %) en TARV y de estos últimos 82 (89 %) con CV indetectable. De los pacientes vinculados que no se encontraban retenidos en la atención, se identificaron 10 derivados para atención en un centro privado de la ciudad, 13 mudados a otra ciudad, 6 fallecidos y 9 perdidos (no se pudo constatar en Registro Nacional de VIH y otras fuentes de datos su seguimiento actual). De los retenidos que no cumplían los criterios de paciente en TARV constatamos que 7 presentaban antecedente de abuso de sustancias, enfermedad psiquiátrica y/o problemas socio-económicos y en 2 dificultades con su proveedor de salud. Solo 2 pacientes no presentaban alguno de estos factores. De los pacientes en TARV, pero con CV >200 copias, 1 había iniciado TARV recientemente (<6 meses) y 9 estaban relacionados a dificultades en la adherencia. En su mayoría (80 %) relacionados a los mismos factores analizados en la brecha anterior. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el análisis de las variables sitio de diagnóstico y domicilio actual del paciente.

Conclusiones: Los datos obtenidos se acercan a los objetivos 90-90-90 de ONUSIDA para el 2020. El análisis de brechas permite replanificar las estrategias de abordaje de esta población.



PE167 Estudio epidemiológico de pacientes con infección por virus de hepatitis C en un hospital privado. Período junio 2009 a marzo 2019

Gordóvil M, Michelud C, Salmeron Olsina A, de Wouters L.
Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La infección por virus de hepatitis C (HCV) es una de las causas más frecuentes de enfermedad hepática crónica y principal causa de trasplante hepático. Los pacientes con HCV crónica desarrollan cirrosis en un 10-30 %, con riesgo de hepatocarcinoma. Existen factores de riesgo asociados a progresión a enfermedad hepática crónica como coinfección VIH, alcoholismo y esteatohepatitis. Las vías de transmisión más frecuentes son drogadicción EV(DEV), transfusional y prácticas no seguras, menos frecuente vía sexual. Los tratamientos actuales con drogas de acción directa (DAAS) erradican el virus en más del 95 % de los pacientes.

Objetivos: conocer y describir nuestra población con Infección HCV y hepatitis crónica, datos epidemiológicos y demográficos, edad, sexo, vías de adquisición, factores de riesgo, manifestaciones extrahepáticas, complicaciones, genotipos virales, tratamiento antiviral recibido y respuesta obtenida; comparar población con coinfección VIH y mono infectados.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de Infección por HCV, evaluados en Servicio de Infectología de nuestro Hospital, en período junio 2009-marzo 2019. Datos obtenidos por revisión de Historia Clínica. Análisis porcentual y bivariado en sistema EpiINFO7.

Resultados: 43 pacientes. Sexo femenino 51.16 %. Edad mediana 56 años (rango 30-88). Edad mediana al diagnóstico 47 años (rango 16-87). Coinfección VIH 41.8 % (18/43). Vías de adquisición: DEV 32.5 % (14/43), Sexual 20.9 % (9/43), Transfusional 18.6 % (8/43), Hemodiálisis 16.3 % (7/43). En Coinfección VIH la vía DEV fue 55.5 % (10/18). Vía sexual 55.6 % en Coinfección VIH. Clearance espontáneo HCV 11.63 % (5/43pts). Sexo femenino 60 %, edad mediana 42 años, mono infectados 60 %. El 88.37 % tuvieron HCV crónica (38pts). Presentaron comorbilidades 86.8 %: inmunocompromiso 63 %. Alcoholismo 10.5 %. Esteatohepatitis 7.9 %. Manifestaciones extrahepáticas 9pts (23.7 %), más frecuentes fueron crioglobulinemia (7.9 %). Neuropatía (7.9 %). Linfoma B (5.3 %). Purpura trombocitopénica (5.3 %). Mayor asociación en coinfección VIH (5/16pts) OR 2.04. Presentaron cirrosis 2 pts, con desarrollo de hepatocarcinoma y muerte en ambos casos. Genotipos HCV(n36): G1a 38.9 %/G1b 16.7 %/G2a 11 %/G2b 5.6 %/G3a 25 %/G4 2.8 %. En coinfección VIH genotipo 1a y 3a representaron 31.2 % cada uno. En Mono infectados genotipo 1a represento 41 %. La mediana carga viral HCV fue 2.590000UI/ml. En coinfección VIH fue 5.230000UI/ml vs. 1.470000UI/ml en mono infectados, con una viremia claramente superior en el grupo VIH. Estadio de fibrosis por elastografía (n30): enfermedad leve (F0-F1-F2) 18pts y enfermedad avanzada (F3-F4) 12 pts, 40 %. En coinfección VIH presentaron enr. avanzada 46.15 % (6/13pts) OR 1.57 (CI0.35-6.87). Biopsia hepática (13pts) con 38.5 %. Fibrosis 3-4. Recibieron tratamiento HCV 28/38pts, el 73.7 %. Esquemas con INFPeg/Ribavirina(10pts) con 40 % respuesta viral sostenida (RVS). Esquemas con DAAS (22pts) RVS 87.5 %. Los fallos con DAAS fueron en coinfección VIH y CV HCV superiores a la mediana de este grupo.

Conclusiones: En nuestro estudio se observa mayor porcentaje de sexo femenino que el publicado. Si bien la vía de adquisición DEV es predominante, la vía sexual muestra un porcentaje superior a lo esperado. Los pacientes coinfectados VIH presentan mayor fibrosis hepática y viremias superiores, pudiendo esto condicionar la respuesta a los tratamientos actuales. Observamos en nuestra serie un porcentaje elevado de pacientes con enfermedad hepática avanzada al momento de la evaluación, evidenciando la necesidad de generar estrategias de diagnóstico temprano y acceso a tratamiento adecuado.

PE168 Reducción de la ansiedad y uso de drogas y alcohol y mejoría de la calidad de vida de mujeres trans en tratamiento de VIH

Radusky PD, Arístegui I, Zalazar V, Frola C, Cardozo N, Duarte M, Fabian S, Gun A, Cahn P, Sued O.
Fundación Huésped. Argentina.

El estigma hacia las mujeres trans (MT) conduce a resultados negativos en salud mental, afectando la retención en el cuidado y el tratamiento antirretroviral (TARV). El objetivo de este estudio fue analizar el papel del estigma por identidad de género (EIG) en salud mental y cambios a 6 meses de iniciar TARV en un estudio clínico en un servicio sensibilizado para MT. Se realizaron entrevistas basales y a los 6 meses para recolectar indicadores sociodemográficos, de salud mental, de uso de sustancias y EIG en distintos ámbitos. El EIG internalizado comprende emociones negativas (vergüenza y culpa), anticipación del rechazo y autoaislamiento; y el externo, experiencias concretas de discriminación. Se condujeron análisis de regresión y pruebas t para explorar predictores de salud mental y cambios entre la línea de base y los 6 meses. Participaron 61 MT (edad: Mediana=28, RIC=25-32) quienes reportaron EIG en el último año en: servicios de salud (45,9 %), trabajo sexual (44,3 %), vivienda (29,5 %) y policial (18 %). Al inicio, 50,8 % mostró depresión, 65,6 % reportó consumo de drogas en el último año. A los 6 meses, la retención en TARV fue de 82 % y la supresión viral fue de 77,6 %. El EIG externo ($\beta = .19, p < .05$) y la ansiedad ($\beta = .60, p < .001$) predijeron depresión ($R^2 = .49, F(2,60) = 28,33, p < .01$). El EIG internalizado ($\beta = .38, p < .01$) y la ansiedad ($\beta = .32, p < .01$) predijeron ideación suicida ($R^2 = .37, F(2,60) = 17,42, p < .01$). A los 6 meses, se observó reducción significativa de ansiedad ($t(49) = 1,93, p < .05$), uso de drogas ($t(49) = 2,75, p < .01$) y alcohol ($t(49) = 2,08, p < .05$) y mejora en calidad de vida ($t(49) = -2,85, p < .01$). Un servicio de salud sensibilizado para MT puede contribuir a mayor salud mental y retención en TARV. Sin embargo, a corto plazo, no reduce el EIG, ni sus consecuencias sobre la salud mental. Esto destaca la importancia de servicios de VIH para MT más integrales que incluyan componentes de afirmación de género, reducción de daños y empoderamiento en salud para mejorar la retención.

PE169 Neurolúes en pacientes con infección por VIH. Análisis epidemiológico, clínico y diagnóstico en 39 pacientes

Giomi C, Correa J, Barreiro J, Fontana L, Gómez N, De Carolis L, Soto I, Villafañe Fioti F, Corti M, Bocassi A.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: *Treponema pallidum* invade tempranamente el sistema nervioso central (SNC) con modificaciones en el LCR en 25 % de los casos; un 50 % de pacientes no tratados evolucionan a neurolúes sintomática. En pacientes VIH-SIDA con recuento de linfocitos T CD4+ (LTCD4+) ≤ 350 cel/mm³ y VDRL en suero ≥ 32 dils debe descartarse dicho compromiso, independientemente de la presencia de síntomas neurológicos y/u oculares asociados.

Objetivo: describir las manifestaciones clínicas y las características del líquido cefalorraquídeo (LCR) de pacientes VIH positivos con diagnóstico de neurosífilis (NS).

Materiales y Métodos: Entre enero 2012 y enero 2019 se evaluaron de forma retrospectiva pacientes VIH positivos, con recuento de LTCD4+ actualizado y VDRL positiva en LCR, a través del SIL (Sistema Informático del Laboratorio). Las variables analizadas incluyeron VDRL(s) y recuento de LTCD4 en suero y VDRL, glucorraquia, proteinorraquia y recuento celular en LCR. Dentro de las variables clínicas, se incluyeron cefalea, fiebre, estado de conciencia, rigidez de nuca, exantema, lesiones genitales o anales, alteraciones visuales, signos de Kernig y Brudzinky y tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Las variables

continuas se expresaron como mediana (M) y rango por no ajustarse a una distribución normal y las variables nominales como frecuencia absoluta y relativa (%). Se utilizó SPSS 25.0. Se aplicó test no paramétrico (Kruskal-Wallis). Se consideró significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: se diagnosticaron 39 pacientes por el SIL. Edad: 36 años; hombres: 28 (72 %) y mujeres: 11 (28 %). VDRL(s): 512 (0-1024) dil. Recuento absoluto y relativo de LTCD4+: 117 (6-461) células/mm³ y 12 (2-30) % respectivamente. VDRL en LCR: 4 (1-16) dil. Glucorraquia: 53 (9-74) mg/dl. Proteinorraquia: 0,55 (0,25-3,21) g/l. Recuento celular: 3 (1-600) células/mm³ y predominio: 100 % (30-100) mononucleares. Cantidad de pacientes bajo TARGA: 12 (31 %). Signos y síntomas: cefalea: 10 (26 %), fiebre: 15 (38 %), rigidez de nuca: 1 (3 %), Kernig: 1 (3 %), Brudzinky: 1 (3 %), desorientación temporo-espacial: 12 (31 %), exantema: 11 (28 %), lesiones orales: 4 (10 %), lesiones genitales/anales: 4 (10 %), alteraciones visuales: 11 (28 %). Pacientes asintomáticos: 6 (15 %). Las manifestaciones de secundarismo luético (exantema, lesiones orales, genitales y/o anales) estuvieron presentes en 11 pacientes (28 %). El recuento de LTCD4 + y la glucorraquia se asociaron significativamente con fiebre ($p = 0,028$ y $p = 0,049$ respectivamente); la desorientación temporo-espacial se asoció con la proteinorraquia ($p = 0,014$) y la glucorraquia ($p = 0,018$).

Conclusiones: La neurólúes debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de las meningitis a LCR claro en pacientes VIH positivos. Como en esta evaluación un 15 % de los pacientes no presentaron manifestaciones clínicas, también es importante considerar la posibilidad de neurólúes en pacientes VIH + asintomáticos con títulos elevados de VDRL. Asimismo, es importante destacar que en casi un 30 % de los pacientes evaluados en este estudio se comprobó compromiso ocular como única manifestación de la coinfección TP/VIH.

PE170 Personas viviendo con VIH en terapia intensiva

Cabrera Maciel MDP¹, Tomas G², Della Pace M³, Villagra B³, Morales ML³, Gomez M³.

¹Hospital del Este Eva Perón. Tucumán. ²Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ³Sanatorio de Julio

Introducción: Aproximadamente el 4 al 10 % de los pacientes VIH ingresados a una institución de salud requiere internación en UTI (Unidad de Terapia Intensiva), de ellos el 28 al 40 % se diagnostican en terapia. El 50 % de los pacientes están sin tratamiento antirretroviral (TARV). Las infecciones respiratorias graves por enfermedades oportunistas son la principal causa de admisión, sin embargo, ante la mayor sobrevida por TARV han incrementado los ingresos por descompensaciones de enfermedades de base. Con el fin de conocer las características de los pacientes VIH se realizó este trabajo con los siguientes

Objetivos: Conocer las causas de ingreso a UTI de los pacientes VIH, Describir el estatus inmunológico y clínico, conocer la mortalidad.

Material y Métodos: Se realizó un trabajo descriptivo de corte transversal desde el año 2014 al año 2018. Se incluyeron pacientes VIH, admitidos en tres UTI polivalentes, una pertenecía ámbito público y las otras al privado; aquellos con seguimiento hasta alta y/o muerte, mayor o igual a 18 años. Se excluyeron aquellos con estadía menor a 24 hs y sin confirmación diagnóstica de VIH. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, comorbilidades, momento de diagnóstico de VIH, CD4 (cél/mL) CV (cop/mL), TARV, motivo de ingreso, mortalidad. Los datos se volcaron en base de datos Excel confeccionada para tal fin.

Resultados: Se estudiaron 49 pacientes, la mediana de edad fue de 44 años (22 a 69 años), 67 % correspondía a sexo biológico masculino; 2 % coinfectados con virus hepatitis C y 12 % con tuberculosis. 39 % presento comorbilidades, las más frecuentes fueron diabetes, HTA obesidad y EPOC. 90 % se encontraba en estadio de SIDA y 2 % estadio A1. 33 % se diagnosticó en UTI, 57 % tenían más de 5 años de diagnóstico y 10 % más de 10. La mediana de CD4 fue de 40 células/mL (DS 105 células), CV fue de 67656 copias/mL (DS 4435 copias). 59 % tenía experiencia con uso de TARV, pero 55 % los había abandonado; de los pacientes sin TARV 50 % inicio durante la internación en UTI. Los esquemas más frecuentes fueron inhibidores nucleosídicos de transcriptasa reversa con inhibidores no nucleosídicos de transcriptasa reversa en un 48 %, 26 % con inhibidores de proteasas y 23 % con inhibidores de integrasas. 47 % ingreso a UTI por cuadros respiratorios y 25 % por cuadros neurológicos; 76 % presentaban infecciones oportunistas, 37 % neumonitis por PJ., 13 % tuberculosis y 10 % toxoplasmosis cerebral; las principales enfermedades marcadoras de SIDA fueron síndrome de desgaste por VIH 77 %, linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi en 8 % cada uno; las enfermedades no oportunistas más frecuentes fueron muguet orofaríngeo y NAC graves, el 27 % presento alteraciones nutricionales y descompensaciones metabólicas y el 18 % alteraciones renales. 15 % presento cuadro compatible con síndrome de reconstitución inmune. El 45 % de los pacientes ingresados UTI se encontraron en estado crítico con falla de 2 o más sistemas de órganos, el 43 % requirió ventilación mecánica y 14 % cirugía. El promedio de días en UTI fue de 11 días (entre 1 y 36 días). La mortalidad fue del 51 %.

Conclusiones: Los pacientes viviendo con VIH ingresados a UTI aún se encuentran en estadios avanzados de la infección, por ello dentro de las causas principales de ingreso a UTI se encuentran las enfermedades oportunistas respiratorias y neurológicas. Sin embargo, un grupo menor de pacientes se encontraba en estadios precoces y su ingreso fue por descompensaciones de patologías de base o infecciones graves de la comunidad. La mortalidad en UTI continúa siendo elevada. Las personas viviendo con VIH constituyen un grupo complejo y cada vez más frecuente en la asistencia en los servicios de UTI.

PE171 Resistencia primaria a antirretrovirales y evolución clínico virológica en pacientes con diagnóstico reciente de VIH

Acosta MC, Burgoa P, Touceda B, Ebersrtejin J, Losso M.

Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía. CABA. Argentina.

Introducción: El tratamiento antirretroviral (TARV) es una medida efectiva para el control del VIH. La primera línea de tratamiento en nuestro medio aún incluye como tercera droga el uso de efavirenz (EFV) o inhibidores de proteasa (IP) potenciados. Estudios previos describieron una prevalencia de resistencia primaria a Inhibidores no nucleosídicos de transcriptasa reversa (NNRTI) mayor al 10 %, lo cual hace fundamental el monitoreo de mutaciones y resistencia a posibles esquemas de inicio.

Objetivos: Describir la prevalencia de mutaciones y resistencia primaria a antivirales en pacientes con diagnóstico reciente. Describir la evolución clínica, inmunológica y virológica a los 12 meses del diagnóstico.

Metodología: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron individuos mayores de 16 años con diagnóstico reciente en nuestro centro entre 2016 y 2018, de los que hubo resultados de genotipo basal disponible. Los datos del genotipo se analizaron con el programa HIVdb de la Universidad de Stanford. Los resultados de los test no estuvieron disponibles para decidir el TARV de inicio. Se evaluó la evolución clínica mediante el desarrollo de eventos de progresión (EvSIDA) pérdida de seguimiento, cambio de esquema antiviral y los resultados en el recuento de CD4 y CV a los 12 meses del inicio del tratamiento. Para las variables numéricas se realizó mediana como medida de tendencia central con rango intercuartilo (RIC). Para las categóricas se calcularon proporciones.

Resultados: En el periodo del estudio se realizaron 519 diagnósticos nuevos, 63 (12 %) tuvieron resultados disponibles de genotipo con utilidad clínica y se incluyeron en este análisis (36 con diagnóstico en 2016, 24 en 2017 y 3 en 2018), el 80.9 % fue sexo masculino, con respecto al género: 68.2 % masculino, 19 % femenino y 11.2 % trans. La mediana de edad fue: 28 años (RIC: 23-40.2). La mediana de CD4 fue: 351 (RIC:176-537) y de log₁₀ CV:4.8 (RIC: 3.9-5.4) copias. El 52.3 % inicio FTC+TDF+EFV, 20.1 %FTC+TDF+ATV/RTV, 12.6 %FTC+TDF+DRV/RTV, 15 % otros esquemas. En 15/63 (23.8 %) se evidenciaron mutaciones mayores a

NNRTI (5 casos de K103 N, 2 K103 R, 2 casos de 138 AE, 4 de V179 VD, 1 caso de 190A). Al analizar la resistencia a los antivirales se evidenció 7/63 (11.1 %) casos tienen algún grado de resistencia a EFV. En 1 individuo se observó mutación que confirió baja resistencia a IP (V32IV), 2 pacientes tuvieron mutaciones a NRTI que en 1 solo caso representó potencial baja resistencia a AZT. No se realizó detección de mutaciones a INI. De los 7 individuos que tuvieron resistencia a NRTI, 1 solo individuo había iniciado esquemas con EFV, del mismo no se obtuvo control a los 12 meses por pérdida de seguimiento. El individuo que tuvo resistencia a IP había iniciado esquema con EFV. En esta cohorte 1 individuo tuvo un EvSIDA, 10 (15.8 %) pérdida de seguimiento y 8 (12.6 %) cambiaron TARV dentro de los 12 meses (EFV a IP por toxicidad neurológica). A los 12 meses, 43/53 (81.1 %) de los individuos estaban indetectables, de los que tenían carga viral detectable, la mediana fue: 2460 copias (log 3.3) (RIC: 70.7-4931), estos últimos no tenían mutaciones de resistencia basal. La mediana de CD4 fue 750 (RIC: 561-1087). **Conclusión:** La prevalencia de resistencia a NNRTI fue discretamente mayor al 10 %. Solo el 12 % de los individuos con nuevo diagnóstico de infección por VIH tuvo un genotipo disponible para decisiones clínicas diferidas. La tasa de pérdida de seguimiento en el primer año en este grupo de pacientes.

PE172 Características del uso del preservativo en Año 2018

Iturra A, Bentancourt C, Serrat V, Levite J, Strella T, Loscar A, Irribarra N.
Dirección Provincial de Patologías Prevalentes y Epidemiología. Chubut. Argentina.

Introducción: En el marco del 1 de diciembre de 2018 "Día Mundial del SIDA", se realizó una encuesta sobre el uso del preservativo (EUP) dirigida a población general. El propósito de esta encuesta responde a la necesidad de generar información acerca del uso del preservativo para diseñar y mejorar las acciones de prevención de infecciones de transmisión sexual.

Objetivo general: El objetivo de esta encuesta es describir las características del uso del preservativo en personas de 10 a 99 años de edad.

Métodos: Diseño de estudio descriptivo transversal, realizado a través de una encuesta anónima semiestructurada autoadministrada, desarrollada a través de la herramienta "formulario" para encuestas online que ofrece la plataforma de Google Drive, abierta a la comunidad por un periodo de una semana (del 27/11/2018 al 4/12/2018), revisada por expertos. Criterio de inclusión para la selección de encuestas a analizar: Persona residente de la provincia donde se lleva a cabo el estudio, correspondiente al grupo etareo de 10 a 99 años de edad. La misma fue difundida vía email, WhatsApp, redes sociales y promovida por medios de comunicación locales y provinciales.

Resultados: Se obtuvieron 1077 encuestas, de las cuales se analizaron 1002, que cumplían con los criterios de inclusión. El 68 % (680/1002*100) de las encuestas fueron realizadas por mujeres. De estas el 62 % (622/1002*100) correspondió al grupo de 25 a 44 años de edad. El 67 % (642/961*100) que respondió haber tenido relaciones sexuales alguna vez, manifestó no haber utilizado preservativo en su última relación sexual, y de estos el 68 % (437/642*100) pertenecían al género femenino. En relación a la frecuencia del uso del preservativo, el 44 % (428/961*100) refirió no haberlo utilizado en los últimos 6 meses, las razones más frecuentes fueron el "tener una pareja estable" (48 %) y "Uso otro método anticonceptivo" (20 %). Y una de las menos frecuentes fue "No tengo riesgo de contraer una ITS". Teniendo en cuenta el acceso del mismo, el 67 % refirió comprarlo y un 13 % manifestó retirarlos de un Centro de atención primaria para la salud (CAPS). **Conclusiones:** A través del análisis de la EUP, se concluye que el uso del preservativo continúa siendo una problemática actual. Es mayor el porcentaje de encuestados que refiere utilizar el preservativo como método anticonceptivo que para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, lo cual plantea la necesidad del fortalecimiento de la promoción en salud. Es necesario revisar la estrategia comunicacional para la orientación a la población para acceder a los puntos de expendio gratuitos de preservativos en CAPS y Hospitales, buscando una mejora en la accesibilidad, ya que obtenerlo a través de una compra obtuvo el mayor número de respuestas.

PE173 Experiencia con la rotación a esquemas no convencionales de tratamiento antirretroviral en una población de pacientes infectados con HIV-1 con control virológico documentado

Martinez JV¹, Eusebio MJ¹, Efron ED¹, Giorgio P¹, Pinoni MV¹, Verbanaz S¹, Jordan R¹, Ricart JJ², D'alexandro D².

¹Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina. ²Programas Especiales de Salud S. A. (Proesa). CABA

Introducción: El tratamiento antirretroviral (ARV) recomendado en las personas con infección por VIH se basa en la utilización de combinaciones de tres drogas, 2 inhibidores de transcriptasa reversa (NRTI) asociados a Inhibidores de proteasa (IP-r), inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (NNRTI) o inhibidores de la integrasa (INSTI). Estas combinaciones han demostrado altas tasas de eficacia en poblaciones adherentes con adecuados perfiles de seguridad; sin embargo, con el transcurso del tiempo de tratamiento se han observado efectos adversos, afectación de la adherencia y aparición de toxicidad que ha obligado a cambiar a Tratamientos No convencionales (TNC) definidos como aquellos con < 3 drogas o con modificación de las dosis utilizadas habitualmente. **Objetivos:** Describir la evolución de los marcadores subrogados de infección por VIH (CV, recuento de LT CD4) en pacientes previamente tratados con tratamiento convencional y con control virológico a los que se los cambió a un TNC.

Material y métodos: estudio retrospectivo, descriptivo en dos centros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adultos mayores de 18 años bajo TARV con control virológico que fueron rotados a un TNC por causas proactivas o reactivas, durante el periodo 1995-2019. Variables estudiadas: edad, sexo, recuento de CD4 y CV VIH al inicio del TNC y al final del periodo de seguimiento. Análisis estadístico: para las variables continuas se utilizarán mediana con rango; las variables categóricas se informaron mediante la frecuencia absoluta y porcentajes

Resultados: Se incluyeron 38 pacientes, sexo femenino: 17/38 (44,7 %); mediana de edad: 41 años (rango: 20-63). Forma de contagio: heterosexual: 22/38 (57,9 %); HSH: 13/38 (34,20 %); transfusión sangre: 1/38 (2,6 %); causa desconocida: 2/38 (5,2 %). Se obtuvieron datos de nivel educativo en 34/38 pacientes; educación secundaria: 22/34 (64,7 %); educación terciaria 2/34 (5,9 %); educación universitaria: 7/34 (20,6 %); educación primaria 3/34 (8,8 %). Todos los pacientes tenían CV < 1,7 log₁₀ al inicio de la TNC y la mediana de LTCD4 era de 484 cel/mm³ (90-1692). Los TNC utilizados IP-r en el 86,8 % de los casos; en el 75,5 % de los casos combinados con NRTI y en el 21,8 % con INSTI; solo 1 paciente recibió monoterapia con IP-r. Se evaluó la respuesta al TNC a las 48 semanas en 31/38 (81,5 %) pacientes y a las 96 semanas en 26/38 (68,4 %); 7/38 (18 %) pacientes tuvieron seguimiento < 48 semanas (3/38: 4 semanas y 4/38: 24 semanas). A las 48 semanas 30/38 mantuvieron la CV VIH < 1,7 log₁₀, solo uno presentó una carga viral con 57 copias/mm³ (log₁₀ 1,75) que revirtió en el control posterior a las 96 semanas. Todos los pacientes que tuvieron seguimiento hasta 96 semanas mantuvieron una CV VIH < 1,7 log₁₀ con el TNC al igual que los 7/30 pacientes con un seguimiento < 48 semanas. La mediana de LTCD4 fue de 530 cel. /mm³ (Rango: 166-1575) al final del seguimiento.

Conclusiones: Si bien el carácter retrospectivo y el número de casos estudiados no permiten obtener datos concluyentes, este estudio demuestra una adecuada respuesta virológica e inmunológica en pacientes con control virológico previo a los que se los cambió a un TNC. Esta estrategia debe considerarse en casos de riesgos o toxicidades que puedan aparecer con los tratamientos convencionales recomendados actualmente. Serán necesario estudios aleatorizados, controlados con mayor número de casos para determinar si estas conclusiones pueden generalizarse.

PE174 Úlcera lingual como primera manifestación de criptococosis diseminada en paciente con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Nuevo MJ, Selent C, Enzenhofer M, Benchetrit A, Garcia J, Messina F, Santiso G, Gallo AK.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La criptococosis diseminada es una patología oportunista frecuente en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana, en su mayoría con recuento menor a 100 Linfocitos TCD4+/mm³. El compromiso de la mucosa oral es una manifestación infrecuente de esta enfermedad. Se presenta el caso de una paciente con una úlcera en la mucosa lingual como primera manifestación de criptococosis diseminada, que llevó al diagnóstico de infección por VIH. Caso: Paciente femenina de 40 años, sin antecedentes patológicos, consulta por presentar úlcera lingual dolorosa, de bordes indurados, asociado a tos, pérdida de peso y fiebre de 4 semanas de evolución. Se realiza laboratorio que evidencia glóbulos blancos 2900/mm³ No presentó hallazgos patológicos en la tomografía axial computada de tórax. Al ingreso se toma muestra por escarificación de la lesión observándose en el examen en fresco levaduras capsuladas compatibles con *Cryptococcus* sp., las mismas fueron visualizadas en muestra de esputo y biopsia de la lesión lingual, donde posteriormente desarrolla en cultivo *C. neoformans*. Se realiza diagnóstico de VIH, Carga viral de 589.000 copias/mm³ (5,8 Log.) y recuento de linfocitos T CD4+ 16 células/mm³ (4 %), antigenemia de *Cryptococcus* sp. por látex positiva a título puro. El examen micológico directo, antígenorraquia y cultivo de líquido cefalorraquídeo fueron negativos, descartando el compromiso de sistema nervioso central. Inicia tratamiento con fluconazol 800 mg/día y, descartándose otros oportunistas que contraindiquen la terapia antirretroviral, se inicia tenofovir, emtricitabina, darunavir/ritonavir con evolución favorable encontrándose en profilaxis con fluconazol 200 mg/día.

Discusión: *Cryptococcus* sp. afecta con mayor frecuencia pulmón y sistema nervioso central, en menor medida compromete piel y tejidos blandos, sistema osteoarticular, ganglios linfáticos, hígado, peritoneo, glándulas suprarrenales y sistema urogenital. Escasas publicaciones describen el compromiso de la mucosa oral, laringea y gastrointestinal. En el caso de lesiones cutáneo-mucosas, la toma de muestra por escarificación y la visualización en fresco o la tinción con giemsa, es un método diagnóstico rápido y poco invasivo. El cultivo del material permite el aislamiento y tipificación del microorganismo. El tratamiento de la criptococosis diseminada en pacientes con VIH depende de la forma de presentación. Si bien se recomienda, con alto nivel de evidencia (A-I), el uso de Anfotericina B asociada a flucitosina o a fluconazol como terapia de inducción en criptococosis diseminada con compromiso meníngeo, la evidencia para el tratamiento de las formas diseminadas sin compromiso de sistema nervioso central no es concluyente.

Conclusión: Si bien el compromiso de mucosa oral por *Cryptococcus* sp. es poco frecuente, debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales de lesiones orales en paciente infectados con VIH. La escarificación como método de aproximación diagnóstica es una herramienta rápida, poco invasiva y de bajo costo.

PE175 Conductas de riesgo e infecciones de transmisión sexual (ITS). Un desafío para las políticas de salud universitarias

Angel E, Silva R, Miranda L, Díaz F, Lara M, Raich S.
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza. Argentina.

En el marco de la propuesta de la Organización de Naciones Unidas para el SIDA (Meta 90-90-90) se presentó un proyecto de "Consejería de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Testeo Rápido para VIH", destinado a estudiantes, personal docente y no docente de la Universidad

Objetivos: - Analizar conductas de riesgo frente a las ITS y la relación con el consumo de sustancias psicoactivas. - Evaluar información sobre ITS. - Testear para diagnóstico precoz de VIH.

Material y Métodos: Se trata de un estudio cualitativo-descriptivo, transversal, que se realizó en una universidad nacional entre octubre 2015 y diciembre 2017, a través de una encuesta se evaluaron aspectos socioeconómicos, demográficos, percepción de salud, consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, conocimiento de ITS y conductas de riesgo sexuales. El testeo para VIH fue voluntario, gratuito y confidencial. La marca comercial del test, fue Alere (inmuno-cromatografía) La convocatoria se realizó en toda la universidad, y la atención por demanda espontánea. El procesamiento de datos fue por programa Excel y STATA.

Resultados: Se testearon y encuestaron 380 personas, 55 % fueron de sexo femenino. La edad promedio fue 24 años (17-65), el 87 % estudiaba. El 92 % manifestó gozar de un excelente o muy buen estado de salud. El 78 % consumía alcohol, 30 % fumaba, 21 % consume o ha consumido marihuana y el 14 % usa o ha probado drogas ilegales. El 92 % es sexualmente activo, 63 % manifestó conocer alguna ITS y el 93 % reconoció que la principal vía de transmisión del VIH es la sexual, solo el 33 % refirió utilizar siempre preservativo y el 58 % lo utilizó, a veces. Sólo 1 test fue reactivo, confirmándose el diagnóstico de VIH con Carga Viral (PCR). Gozar de un excelente estado de salud, disminuye la probabilidad de uso del preservativo. Esto podría estar asociado a una subestimación de los riesgos que se corren. El consumo de alcohol solo resulta estadísticamente significativo si la variable a explicar, es el uso ocasional de condón. El consumo de drogas ilegales (marihuana, cocaína, pasta base y alucinógenos) reduce la probabilidad de usar preservativos. La probabilidad de usar regularmente preservativos es más alta en hombres que en mujeres, si el uso es ocasional las mujeres tienen una probabilidad más alta que los hombres. La probabilidad de usar preservativo es más alta si los individuos utilizan simultáneamente anticonceptivos. Conocer que el VIH se transmite principalmente por vía sexual no tiene influencia sobre la probabilidad de uso de preservativos y arroja resultados contradictorios. La probabilidad de usar preservativos es más alta entre heterosexuales que entre HSH o bisexuales.

Conclusiones: Las probabilidades que la población estudiada mantenga relaciones sexuales con preservativo es llamativamente baja: 50 % en hombres y cae a la mitad en mujeres. El conocimiento de ITS y vía de transmisión del VIH, no tienen efectos estadísticamente significativos, sobre la decisión de usar condones. El uso de anticonceptivos es más alto, que, de preservativo, para ambos sexos. Esto sugeriría que la mayor preocupación es el embarazo y no las ITS.

PE176 Paracoccidiodomicosis esofágica en paciente VIH positivo

Lombardi C, Pérez MG, Enzenhofer MI, Benchetrit AG, Echazarreta SE, Orduna TA, Marin E, Depardo R.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La paracoccidiodomicosis (PCM) es una micosis sistémica propia de zonas tropicales y subtropicales de América, cuyo agente etiológico son hongos del género *Paracoccidioides*. A pesar de ser la micosis endémica más frecuente en inmunocompetentes de la región, el compromiso en pacientes con déficit de la inmunidad celular por VIH es mucho menor en comparación con otras micosis. El compromiso gastrointestinal es poco reportado siendo más común en localizaciones ricas en tejido linfóide como el íleon terminal, apéndice y colon derecho. La afectación del esófago infrecuente. Se presenta un caso de PCM con afectación esofágica en paciente con infección por VIH.

Caso clínico: Paciente masculino de 47 años, oriundo de área rural de Misiones, que consulta por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por odinofagia

y disfagia progresiva a sólidos y parcialmente a líquidos, disminución de peso de >10 %, náuseas y vómitos. Se encontraba en mal estado general, adelgazado, vigil, con episodios de desorientación, sin signos de foco neurológico ni meníngeo. Los estudios de ingreso destacan eritrosedimentación de 67 mm/h; hematócrito 29 %; hemoglobina 10,2 g/dL; resto de hemograma, hepatograma y función renal dentro de parámetros normales. Se realiza serología para VIH que resulta positiva con carga viral de 176 copias/ml y recuento de Linfocitos T CD4+ de 41 células/μL (7 %). Radiografía tórax frente sin infiltrados patológicos; TC de cerebro con contraste evidenció lesiones redondeadas e hipodensas con realce periférico en anillo tras la administración del contraste en ganglios de la base y área frontoparietal subcortical, sin edema perilesional. Se realizó punción lumbar, con evidencia en LCR de pleocitosis a predominio mononuclear, proteinorraquia y glucorraquia normales; VDRL de 8 dil; directos y cultivos para gérmenes comunes, micológico y micobacterias negativas. PCR neurovirus negativos. Por VEDA se evidenció en tercio distal esofágico estenosis puntiforme asociado a placas blanquecinas. Se realiza biopsia con estudio microscópico directo en tinciones de H-E y Grocott que evidencia imágenes levaduriformes de pared gruesa con brotes a su alrededor compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*. La detección de anticuerpos para *Paracoccidioides* en suero y LCR por CIF e ID resultaron negativas. Por cuadro de PCM diseminada con compromiso esofágico y probable en SNC, se realizó tratamiento EV con trimetoprima/sulfametoxazol asociado a tratamiento de neurosífilis con franca mejoría de su cuadro digestivo inicial.

Discusión: Las anomalías que produce la PCM en el tracto gastrointestinal son en frecuencia inespecíficas y variadas: desde lesiones exofíticas a ulceradas que suelen evolucionar a fibrosis con estenosis y obstrucción del tubo digestivo. El compromiso esofágico es extremadamente raro y solo existe un reporte de caso en paciente VIH positivo. A pesar de ser infrecuente, la PCM debe ser incluido como diagnóstico diferencial de lesiones del tracto gastrointestinal en pacientes VIH que posean epidemiología para *Paracoccidioides* y contar con equipo experimentado en la observación microscópica de dicho agente para lograr el correcto diagnóstico.

PE177 Criptococosis cerebral en paciente con sida; cuando la antigenorraquia es negativa

Arreghini RAV, Fernández M, Linero N, Camuzzi S, Amadio C.
Hospital Del Carmen. Mendoza. Argentina.

Introducción: La meningoencefalitis (ME) por *C. neoformans* se presenta en pacientes en estadios de SIDA sin tratamiento antirretroviral (TARV). El diagnóstico definitivo resulta de la identificación del microorganismo o sus antígenos en sangre o LCR. Se presenta el siguiente caso clínico debido a que los test diagnósticos habituales fueron negativos y se llegó al agente etiológico mediante biopsia cerebral.

Caso clínico: masculino, 35 años, VIH de 11 años de evolución, sin TARV, coinfección hepatitis B. Ingresó por inestabilidad en la marcha y lateropulsión hacia izquierda más disartria de un mes de evolución, cefalea autolimitada. Afebril. Examen físico, vigil, disartria leve-moderada, descomposición del movimiento ocular de seguimiento lento bilateral, impresiona caída de velo palatino derecho, hiperreflexia bicipital, reflejo rotuliano izquierdo pendular. Trommer bilateral, Hoffman izquierdo, RCP flexor bilateral, dismetría braquial izquierda, adiadococinesia izquierda. Por hallazgos en imágenes se realiza punción lumbar (PL). Exámenes complementarios: leucopenia, resto bioquímica normal, carga viral: 385.000 copias/ml (log 5,6), CD4: 48 cel/mm³ (5 %), resto serologías negativas. PPD negativa. Hemocultivos gérmenes comunes-micobacterias negativas. PPD 0, RMN: lesiones nodulares multiformes ubicadas a nivel subcortical de ambos hemisferios cerebrales, comprometiéndose la sustancia gris profunda a predominio talámico, compromiso mesencefálico y pontino. Espacio perivascular dilatado con presencia de sustancia "gelatinosa" en su interior, compatible con criptococosis. PL: presión de apertura 3 cmH₂O hipogluorraquia, proteinorraquia 0.66 g/l, 10 cel/mm³, tinta china negativa, PCR en LCR: VHS-VVZ-VEB-CMV-TBC-JCV negativos. Antigenemia, antigenorraquia para *C. neoformans* negativas.

Discusión: con antigenemia/antigenorraquia negativas, pero alta sospecha de criptococosis de SNC, según imágenes, inicia tratamiento endovenoso con anfotericina B liposomal-fluconazol altas dosis. A pesar de la terapéutica profundiza cuadro neurológico, excitación psicomotriz. Se realiza biopsia estereotáxica, confirma presencia de criptococosis cerebral. Con 5 semanas de antifúngicos, inicia TARV. Mala evolución, intercurencias infecciosas nosocomiales, fiebre persistente, sospecha de síndrome de teconstitución inmune (SRI) inicia tratamiento con corticoides. A pesar del tratamiento instaurado el paciente fallece.

Conclusiones: La ME por criptococo continúa siendo una de las infecciones oportunistas de SNC más frecuente. La sensibilidad diagnóstica de los diferentes métodos oscila entre el 60-100 %. Es de importancia mencionar que en nuestro caso la presencia de espacios de Virchow Robin dilatados en RMN fue la herramienta que orientó el diagnóstico, confirmándose por biopsia cerebral. Se consideran factores de mal pronóstico a la presencia de sensorio alterado, fiebre, celularidad en LCR <20 cel/mm³ (dificultad en montar una respuesta inmune celular CD4 Th1 apropiada), recuento de CD4 muy bajos, viremia elevada, presencia de criptococomas cerebrales. Cabe destacar que nuestro paciente mostró la mayoría de estos factores lo que pudo explicar el desarrollo de SRI, con alta mortalidad a pesar de tratamiento adecuado.

PE178 Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes trans

Guzmán VE, Echazú A, Vinciguerra M, Edelcopp A.
Hospital Señor del Milagro. Salta. Argentina.

Introducción: El incremento del acceso al tratamiento antirretroviral de gran Actividad (TARGA) ha mejorado la calidad de vida de los pacientes y la ha convertido en una patología crónica. La población de mujeres Trans que convive con VIH en Argentina es el 34 % (Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina. N.º 35 -AÑO XXI- diciembre de 2018). La importancia de este estudio radica en obtener características de esta población vulnerable con respecto a la adherencia al TARGA.

Objetivo: Medir de forma indirecta el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en la población trans, analizando los últimos valores de Carga Viral y CD4, evaluando el promedio de edad en personas trans asistidas, determinando la existencia de consumo y abuso de sustancias.

Metodología: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, constituido por Historias Clínicas de pacientes trans que conviven con VIH que fueron individualizadas por la base de datos del Programa de ETS de la Provincia, con cambio de identidad auto percibida en Documento Nacional de Identidad, pacientes captados mediante la consulta voluntaria en Ce.P.A.T. (Centro de Prevención, Asesoramiento y Testeo) y pacientes con atención médica en consultorios y Sala de Internación de Infecciosas; revisadas desde el periodo del 1 de Junio de 2018 a 31 de Diciembre de 2018. La adherencia se evaluará mediante el análisis exhaustivo de Historias Clínicas, para determinar los resultados de Cargas Virales, posteriores al diagnóstico de VIH o alcanzadas en algún momento de su evolución. Criterios de exclusión: historias clínicas de pacientes que permanecieron de forma circunstancial en el Hospital. Se utilizaron los programas SPSS (IBM) y EPIDAT 3.1 (PAHO, Washington, DC) para el análisis de los datos.

Resultados: En el presente estudio se incluyeron 60 pacientes trans con VIH, la media de edad fue de 37 años con un rango de 24 a 63 años. El tiempo transcurrido desde la fecha de diagnóstico de VIH hasta el día de la fecha es 8,5 años (D.E.=5,6). Del total de trans el 46,66 % presenta cargas virales indetectables es decir son adherentes (intervalo de confianza del 95 % 33,21-60,12). La población que no consume sustancias psicoactivas es el 59,1 %, las cuales son adherentes, mientras que en el grupo que sí consume solo 12,5 % son adherentes con una p = 0,001. Dicho de otra manera: el consumo de sustancias está asociado a no

adherencia al tratamiento con un Odds Ratio de 4,7 (IC 95 % 1,26 - 17,6). La mortalidad de pacientes trans durante el periodo analizado fue del 13,3 %.

Conclusiones: No existe un registro actualizado para la cuantificación real y total de personas trans con el cual inferir un tamaño muestral adecuado, dificultando fuentes de datos. Sin duda, la adherencia al TARV en trans impacta en la sobrevivencia poblacional, siempre y cuando se garantice equidad al acceso en el Sistema de Salud. Existe gran asociación entre consumo de sustancias psicoactivas y la no adherencia, por cuanto es relevante intervenir en este factor de riesgo desde distintos alcances sociales. Quedan muchos ítems socio-culturales pendientes para analizar con respecto a su impacto directo entre estilo de vida y adherencia, no posibles de apreciar en el presente trabajo de investigación realizado.

PE179 Diagnóstico de VIH-sida en contexto de paracoccidioidomicosis diseminada

Fernandez Stepa A, Cutraro F, Enzenhofer M, Benchetrit A, Garcia J, Solari R, Romero M, Santiso G.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La paracoccidioidomicosis (PCM), es una micosis sistémica endémica producida por hongos dimorfos del género *Paracoccidioides*. Es endémica en áreas tropicales y subtropicales de América Latina, siendo Brasil el país con mayor incidencia. Ocasionalmente se manifiesta en pacientes VIH-SIDA, si bien esta asociación es infrecuente. Presentamos el caso de una paciente con PCM diseminada como primera manifestación de VIH-sida.

Caso clínico: Mujer de 48 años, oriunda de Buenos Aires, viaje reciente a Chaco (Argentina), sin otros antecedentes conocidos. Consulta por síndrome de impregnación y fiebre de cinco meses de evolución asociado a exantema eritematoso, maculopapular con escamas blanquecinas y adherentes en rostro y extremidades. Se realiza Serología para VIH, que resulta positiva. Carga viral: 232.000 copias/ml, CD4: 68 células (9 %). Sospechando patología oportunista asociada, se escarifican lesiones cutáneas, evidenciándose en el examen directo con coloración de Giemsa levaduras esféricas multibrotantes compatibles con *Paracoccidioides* spp. El cultivo micológico resultó positivo para el mismo agente, la Serología fue negativa. Se interpreta el cuadro como PCM diseminada, se inicia tratamiento con itraconazol y tratamiento antirretroviral. Evolucionó favorablemente, continuando seguimiento ambulatorio.

Discusión: La PCM no es una patología oportunista clásicamente asociada al VIH-sida, y son pocos los casos de coinfección comunicados en la literatura, alcanzando un 30 % de mortalidad en quienes la padecen. La PCM en el paciente VIH-sida se caracteriza por el solapamiento de la forma infantojuvenil con fiebre, mal estar general, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia, linfadenopatías generalizadas, con la crónica, con compromiso pulmonar, mucocutáneo, suprarrenal, óseo o cerebral, siendo mayor el compromiso cutáneo sin compromiso mucoso, respecto de pacientes VIH negativos. El diagnóstico de PCM se realiza por la observación de la levadura multibrotante en el examen microscópico directo, o con coloraciones de Giemsa o Grocott de diferentes muestras clínicas, escarificación de lesiones cutáneas, examen histopatológico y/o aislamiento en cultivo micológico. Dentro de los métodos diagnósticos indirectos, la detección de anticuerpos específicos no supera el 50 % de sensibilidad en pacientes VIH-sida. Criptococosis, histoplasmosis, leishmaniasis mucocutánea y tuberculosis, entre otros, son los principales diagnósticos diferenciales a tener en cuenta. El tratamiento suele ser prolongado, siendo de primera línea el itraconazol. Esquemas como trimetoprima-sulfametoxazol, o anfotericina B doxicolato, son de elección en caso de interacciones farmacológicas, edad del paciente, compromiso del SNC o gravedad.

Conclusión: A pesar de su menor frecuencia en pacientes VIH positivos, la paracoccidioidomicosis debe ser considerada como enfermedad oportunista en pacientes residentes o con viajes a zonas endémicas de esta patología.

PE180 Polifarmacia e interacciones potenciales en pacientes mayores de 50 años viviendo con VIH

Losada C, de Paz Sierra M, Quiroga G, Alarcon J, Alvarez KE, Di Giuseppe LA, Sanchez ML.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El desarrollo de comorbilidades en pacientes mayores infectados con VIH resulta en el inicio de nuevos tratamientos que se suman al TARV. Está establecido que la administración de múltiples medicamentos en forma concomitante puede asociarse a la aparición de efectos adversos en forma más frecuente y puede tener un impacto importante en la seguridad, la eficacia y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Objetivo: Determinar la prevalencia de polifarmacia y las interacciones potenciales en pacientes mayores de 50 años viviendo con VIH.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, de cohorte transversal de pacientes pertenecientes a un sistema de salud cerrado, mayores a 50 años, viviendo con VIH atendidos en el mismo hospital durante 2018. Se revisaron las historias clínicas e indicaciones electrónicas de medicación recibida. Se definió como polifarmacia el uso de 4 o más medicamentos no asociados al VIH. Se analizaron las posibles interacciones a través de Lexicomp® Drug Interactions.

Resultados: De un total de 540 pacientes en seguimiento, se incluyeron 250 mayores de 50 años, de los cuales se excluyeron 7 fallecidos y 1 con pérdida de seguimiento (total 242). 78,1 % del sexo masculino (189) y 21,9 % femenino (53). Mediana edad, 59 años (IQ 54-65 años). La mediana de años de enfermedad fue 10,2 años (IQ 5-17 años). 48,4 % cumplió criterios de sida. El porcentaje de pacientes con carga viral <20 copias fue 82,64 % y la mediana de CD4 635 cel/ml (IQ 458-810 cel/ml). La mediana de tiempo de TARV fue de 108 meses (IQ 53-177). 84,7 % tenía al menos 1 comorbilidad, siendo la más frecuente dislipemia (47,9 %), seguida por hipertensión arterial (43,56 %), osteoporosis/osteopenia (24,79 %), depresión (14,05 %) y enfermedad cardiovascular (13,64 %). La mediana de comorbilidades fue de 2 (IQ 1-3), máximo 7. 13,22 % presentó hospitalizaciones y 35,12 % realizó consultas a más de 3 especialistas en el periodo analizado. La frecuencia de polifarmacia fue 38,84 %, con una mediana de medicaciones concomitantes de 3 (IQ 1-5), máximo 19. Al analizar el subgrupo mayor a 65 años encontramos 53,73 % de prevalencia de polifarmacia, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0,004). No se encontró relación entre polifarmacia y sida (p 0,2), ni con carga viral detectable (p 0,72). La necesidad de internación y la consulta a más de 3 especialistas en el último año se asociaron significativamente con la presencia de polifarmacia (p 0,001 y 0,01 respectivamente). De 765 medicaciones indicadas, presentaban interacciones de tipo D (considerar cambio de tratamiento) 58 fármacos (7,58 %) y de tipo X (evitar esa combinación) 11 (1,44 %). Los medicamentos más frecuentemente indicados fueron las estatinas (30,57 %) seguidas por colecalciferol (25,62 %) y enalapril (16,53 %).

Conclusiones: Como era esperable, la frecuencia de polifarmacia en nuestros pacientes aumentó con la edad y también con el número de comorbilidades, el mayor contacto con el sistema de salud y las hospitalizaciones en el último año. Sin embargo, la prevalencia de interacciones potencialmente fatales fue similar a lo publicado. Igualmente consideramos que es importante una atención médica centralizada y una revisión sistemática de los medicamentos utilizados, suspendiendo aquellos que no fuesen necesarios.

PE181 Uso de videoanoscopía amplificada en pacientes con VIH como método de detección de lesiones malignas

Marconi LF, Botto MA, Marconi F, Gomez C, Pedrola M, Agostini M, Lupo S.
Instituto CAICI. Rosario. Argentina.

Introducción: La mayor incidencia de lesiones inflamatorias producidas por el virus del papiloma humano (VPH) ha provocado un incremento de lesiones malignas anales en pacientes VIH positivos sobre todo en hombres que tienen sexo con hombres.

Objetivos: Comparar la utilidad de la videoanoscopía amplificada de alta resolución (VAAR) y de la citología anal, en la detección de lesiones inflamatorias anales por el VPH en pacientes VIH positivos. Establecer si existe relación entre los antecedentes de ETS con los hallazgos de la citología anal y la VAAR.

Material y métodos: Se realizó un estudio, prospectivo y descriptivo en un grupo de pacientes VIH positivos que asisten en forma preventiva a un servicio de Salud Anal. La información recolectada se ingresó en una base de datos de Microsoft Excel y se analizó a través del programa estadístico SPSS. Para visualizar los resultados se usaron gráficos y tablas. Se obtuvieron medidas de resumen de tendencia central (media aritmética, mediana, modo) y medidas de dispersión (desvío estándar). Se complementó el estudio con técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes) e inferenciales (prueba chi cuadrado), utilizando un nivel de significación del 5 %.

Resultados: Se estudiaron 71 pacientes de los cuales 93 % son de sexo masculino, 6 % del sexo femenino y uno transexual. De los 51 pacientes con VAAR positiva, las lesiones acetoblancas sin signo de displasia fueron 38 (53.5 %) y con signos de displasia fueron 13 (18.30 %). En 37 pacientes con citología anal positiva, un 65 % mostraron células atípicas sin lesión (ASCUS), un 30 % lesiones de bajo grado (LSIL) y el resto (5 %) lesiones de alto grado (HSIL) ($p < 0.05$). Dos tercios de los pacientes manifestaron antecedentes de ETS habiendo correlación entre estos antecedentes y la presencia de lesiones por el VPH.

Conclusión: La VAAR permitió detectar un mayor número de lesiones inflamatorias relacionadas al virus del papiloma humano que la citología anal, usando ambos métodos en el mismo procedimiento y en forma consecutiva. La mitad de los pacientes presentaron lesiones en forma coincidente con ambos métodos. La presencia de lesiones por VPH se correlacionó a otras ETS en dos tercios de los pacientes. Palabras claves: citología anal; videoanoscopía amplificada de alta resolución; VPH; cáncer anal.

PE182 Comparación de la progresión de fibrosis utilizando la elastografía hepática en pacientes mono infectados con VHC y coinfectados con VIH

Marconi LF, Palacio M, Marconi F, Tanno F, Agostini M, Lupo S.
Instituto CAICI. Rosario. Argentina.

Introducción: Los pacientes coinfectados con VIH y hepatitis C pueden presentar una mayor progresión de su enfermedad hepática.

Objetivo: Evaluar el grado de fibrosis hepática en pacientes coinfectados con los virus VIH y de la hepatitis C y mono infectados por el VHC.

Materiales y Métodos: estudio analítico observacional, retrospectivo de tipo transversal. Población de referencia: 1800 pacientes. Población objetivo: pacientes coinfectados VIH/VHC positivos comparados con un grupo control de mono infectados VHC que se les haya realizado elastografía hepática. Los datos fueron volcados en una planilla de Microsoft Excel para su procesamiento en el programa estadístico SPSS. Chi-Cuadrado y/o F de Fisher para variables cualitativas y Prueba de U Mann-Whitney para variables cuantitativas con un Nivel de Significación del 5 %. Como medidas de Dispersión: Desvío Estándar. Como medidas de Posición: Media, Mediana.

Resultados: se identificaron 100 pacientes, el 50 % con una coinfección entre VIH/VHC y el resto mono infectados con VHC. La mayoría de los pacientes presentó un estadio de Fibroscan F0/1 y solo el 12 % presentó un estadio F2. Dentro del grupo de coinfectados VIH/VHC, 6 de cada 10 pacientes registraron estadio del Fibroscan F0/F1 y F3, y en el grupo de mono infectados VHC 8 de cada 10 un estadio del Fibroscan F4, todos ellos en tratamientos para la infección por VHC o la espera para el inicio del mismo.

Conclusiones: Se observó mayor grado de fibrosis hepática en el grupo de pacientes mono infectados con el virus C que en el de coinfectados por VIH y VHC, hallazgo que contrasta con los estudios que plantean una evolución mayor a la cronicidad en los pacientes coinfectados. El grupo de pacientes coinfectados fueron más jóvenes al momento del diagnóstico. Todos los pacientes tratados con drogas de acción directa contra el virus C lograron una respuesta virológica sostenida, tanto en el grupo de mono infectados como de coinfectados. Palabras claves: fibroscan –Coinfección VIH virus C– fibrosis hepática.

PE183 Envejecimiento y comorbilidades cardiometabólicas en pacientes VIH positivos bajo tratamiento antirretroviral

Marcelino F, Agostini M, Monaco MC, Marconi L, Trapé L, Lupo S.
Centro de Altos Estudios de Ciencias Humanas y de la Salud. Universidad Abierta Interamericana. Argentina.

Introducción: Los pacientes con VIH positivo tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular debido a complejas interacciones entre los factores de riesgo tradicionales, el tratamiento antirretroviral y la infección por el virus de VIH. La estimación del riesgo cardiovascular es una prioridad en los pacientes asintomáticos para la prevención de futuras complicaciones.

Objetivos: describir las comorbilidades cardiometabólicas en pacientes VIH positivos

Material y métodos: estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, analítico. Población objetivo: pacientes mayores de 50 años. Criterios de inclusión: serología positiva VIH, mayor de 50 años. Criterios de exclusión: no otorguen consentimiento informado para análisis de historias clínicas. Se realizó en el Instituto CAICI (Centro de Asistencia e Investigación Clínica) durante el período de julio 2017 hasta junio 2018. Análisis estadístico Se calculará Chi-Cuadrado y/o F de Fisher para variables cualitativas y t de Student para variables cuantitativas. Valor de p : 0.05.

Resultados: Doscientos tres pacientes fueron identificados. En relación al sexo el 54 % fueron varones, con una media de edad de 58 años, desvío estándar ± 5.5 , tiempo promedio de diagnóstico de 22 años y la cantidad de años bajo tratamiento antirretroviral fue de 18 años con un desvío de $\pm 6,1$ años. La mayoría de los pacientes fueron tratados con inhibidores de las proteasas (IP) en un 72 %. Adherencia al tratamiento en un 86.7 %. El valor de CD4 fue de 660 cell/ml y carga viral indetectable en un 60 %. De acuerdo a nuestra observación las comorbilidades cardiometabólicas presentaron 3 patrones en nuestra serie: 1- Exceso de peso (se halló IMC entre 26 y 29) y obesidad (IMC mayor a 30) se hallaron en un 41.1 % y 2.1 % respectivamente, relacionados con el estilo de vida, sedentarismo. 2- Dislipemia mixta, aumento de colesterol total y triglicéridos 68 %, hipertensión 19.6 % y diabetes mellitus tipo II 4 %. Se observó diferencia estadísticamente significativa entre dislipemia y el uso prolongado de IP ($p = 0.05$). La franja etaria fue entre 50-54 años, predominando el sexo masculino en un 56 %. Se encon-

traban en tratamiento con rosuvastatina para dislipemia, IECA y ARA 2 para hipertensión y metformina para diabetes mellitus tipo II 3- Enfermedad cardiovascular fue observada en un bajo número de pacientes (n = 5. 1.1 %). El uso de abacavir (INTR) estuvo asociado a eventos cardiovasculares (cardiopatía isquémica). Los pacientes en tratamiento efavirenz (INNTR) presentaron una relación estadísticamente significativa y depresión (p = 0.05). No se observaron alteraciones con el uso de Inhibidores de la Integrasa (II).

Conclusiones: La presencia de dislipemia, diabetes mellitus e hipertensión fueron las comorbilidades más frecuentes halladas en los pacientes bajo tratamiento antirretroviral de larga data.

PE184 Cuestiones y dificultades relacionados a la solicitud de pruebas diagnósticas de VIH

Hojman M, Torres M.

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. CABA. Argentina.

Introducción: No hay muchos datos sobre conocimiento, comportamiento, dificultades y sensaciones de los profesionales de la salud en relación con la solicitud de pruebas diagnósticas de la infección por VIH y la comunicación de resultados.

Material y Métodos: Se realizó una encuesta anónima *on line* durante noviembre y diciembre de 2017 entre médicos de Argentina relacionada al conocimiento y a las dificultades relacionadas al testeo de VIH. Los datos se recolectaron a través de Google Forms

Resultados: Se completaron 257 encuestas. Los respondedores fueron: Mujeres 64,6 %. Edad promedio: 42 años. 52 % de CABA y 43,2 de Provincia de Buenos Aires. Tiempo promedio desde graduación: 15,75 años. 28,8 % trabajan en el sector público, 30,7 en el privado y 40,5 en ambos. Medicina interna (31,1 %), Pediatría (14,8 %) y Cardiología (8,2 %) fueron las especialidades más frecuentes. 65,7 % médicos de planta, 24,2 % residentes/concurrentes, 10,1 % jefes de sus unidades o servicios. Para el 71,1 %, el contacto heterosexual es la forma más frecuente de transmisión del VIH, 19,9 % HSH, 5,9 % usuarios de drogas intravenosas, 2 % vertical and 1,2 % transfusión de sangre/hemoderivados. 25 % consignaron que "siempre" hablan con sus pacientes sobre sus historia y prácticas sexuales, 48,8 % frecuentemente, 21,9 % a veces, 11 % nunca. Las prácticas de riesgo más importantes para la adquisición del VIH fueron: promiscuidad (68,5 %), cualquier tipo de relación sexual (65 %), uso de drogas IV (52,1 %), otra ITS (45,5 %), HSH (25,3 %) y MSM 15,6 %. En enero de 2017, fue reglamentado que no era necesaria una orden médica para la solicitud de test de VIH. Sin embargo, 35,8 % de los encuestados contestaron lo contrario. El 53,8 % de los encuestados solicita la serología a los pacientes con "factores de riesgo" y 31,6 % a todos los pacientes. En los últimos 6 meses, 29,3 % solicitó >20 tests, 16,4 % 10-20, 12,1 % 5-10 y 14,8 % ninguno. Obstáculos para la solicitud del test: dificultades en la obtención del consentimiento informado 39,7 %, otros asuntos más urgentes en la consulta 29,2 %, incomodidad al comunicar los resultados 21,8 %, falta de tiempo 14 %, dificultades en la obtención de resultados 10,1 %. 60,9 % contestó que el resultado del test de VIH test debe ser entregado al paciente por el medico solicitante, 16,4 % por el laboratorio, 16,4 % "de acuerdo al resultado", 4,7 % por un infectólogo y 1,2 % por un grupo multidisciplinario entrenado. EL 51,8 % de los encuestados comunicaron alguna vez en resultado de VIH positivo. Ante la solicitud de 3 palabras que mejor describieran sus sensaciones ante la entrega de un resultado positivo: tristeza, incomodidad, angustia, responsabilidad, incertidumbre, compromiso, miedo, contención ansiedad, enojo, responsabilidad y compromiso fueron las más frecuentes en ese orden.

Conclusiones: Ordenar un test diagnóstico de infección por VIH todavía es problemático para muchos trabajadores de la salud. Falta de adecuado conocimiento y actualización, poca confianza personal y contención insuficiente conspiran contra el testeo universal de VIH. Son necesarios más esfuerzos para educar y apoyar a los médicos en esta tarea.

PE185 Criptococosis pulmonar cavitada en paciente con sida. Reporte de un caso

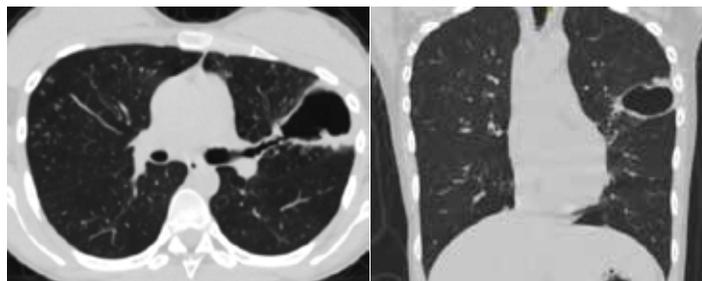
Lauricella MC, Rodríguez VM, Molina AM, Spiratos R, Saez A, Cagnoni A, Russo Lacerna D, Ricci B, Bustamante J, Zalazar N.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción: Si bien la vía de entrada del *Cryptococcus* al organismo es la inhalatoria, las manifestaciones pulmonares suelen ser inespecíficas pasando desapercibidas en un gran porcentaje de casos. Desde allí ocurre la diseminación hematogena, ocasionando manifestaciones proteiformes, siendo la más severa la meningoencefalitis. En pacientes con sida, la presentación pulmonar suele ser aguda, con infiltrados intersticiales difusos y adenomegalias. Las formas cavitadas son poco frecuentes, representando entre el 10 y el 15 % de todos los casos, según las series. Presentamos el caso de una paciente con SIDA, con lesión pulmonar cavitada única y de gran tamaño por *Cryptococcus neoformans*, en el contexto de una enfermedad diseminada, debido a la baja frecuencia de esta forma de manifestación pulmonar y al desafío que implican los diagnósticos diferenciales

Caso clínico: Paciente de 22 años, VIH + de transmisión vertical, sin tratamiento antirretroviral ni seguimiento. Antecedentes de TBC pulmonar y ganglionar en 2003, con tratamiento completo. Ingresa por meningoencefalitis de evolución subaguda asociado a tos productiva. TAC de cerebro sin imágenes focales. Radiografía de tórax con infiltrado pulmonar cavitado. TAC de tórax imagen cavitada de 5 x 4 cm, de paredes gruesas e irregulares con contenido aéreo y avensamiento al bronquio lingular inferior. LCR con presión de apertura elevada, tinta china positiva, antígeno-raquia y cultivo positivo para *Cryptococcus neoformans*. Hemocultivos negativos para gérmenes comunes y BAAR, positivos para criptococo. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado: Gen Xpert negativo, BAAR directo y cultivos negativos, gérmenes comunes negativo, PCR para Histoplasma, *Pneumocystis jirovecii*, *Aspergillus* y *Micobacterium tuberculosis* negativos; cultivo positivo para *Cryptococcus neoformans*. Recibe tratamiento con anfotericina B + Fluconazol, requiriendo tratamiento prolongado por persistencia de cultivo de LCR positivo. Evoluciona favorablemente, con cultivo negativo del LCR y es dada de alta con Fluconazol., iniciando posteriormente tratamiento antirretroviral.

Discusión: Las lesiones pulmonares cavitadas causadas por *Cryptococcus neoformans* tienen baja frecuencia. Nuestra paciente presentó una gran cavidad pulmonar, lo que constituyó un importante desafío diagnóstico, siendo *Cryptococcus neoformans* el único agente rescatado en las muestras pulmonares. Este caso plantea la necesidad de considerar a la criptococosis como etiología en pacientes con sida que se presentan con lesión pulmonar cavitada.



PE186 Neoplasias en pacientes con infección por VIH

Fernández Ventura ML, Lopardo G.

Hospital Prof. Bernardo Houssay. Vicente Lopez. Prov. De Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las neoplasias en la población viviendo con VIH son un problema creciente. La implementación del tratamiento antirretroviral (TARV) en gran escala ha logrado que las neoplasias marcadoras de sida hayan disminuido su incidencia. No obstante, se ha notificado un aumento en la incidencia de los tumores no definitorios de sida en esta población, en particular cáncer de ano, pulmón, testículo y linfoma de Hodgkin. Existen muchos factores que justificarían el incremento en la aparición de neoplasias: el VIH que condiciona defectos en la inmunidad celular, comorbilidades, virus oncogénicos más frecuentes en la población seropositiva, y el envejecimiento de la población con VIH. El objetivo del presente estudio es analizar las diferencias entre los tumores definitorios de sida y los no definitorios de los pacientes infectados por VIH que desarrollaron una neoplasia maligna.

Materiales y métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva 1033 historias clínicas de pacientes con infección por VIH, elegidas al azar en dos efectores de salud. Se seleccionaron aquellos pacientes que desarrollaron una neoplasia maligna. Se recolectó la siguiente información: tipo de neoplasia, tiempo de aparición de la neoplasia en relación con el momento del diagnóstico de infección por VIH, edad, sexo, comorbilidades, recuento de CD4, TARV al momento del diagnóstico y fecha del diagnóstico de VIH.

Resultados: En las 1033 historias revisadas se diagnosticaron 50 neoplasias (4,84 %). El 60 % de los pacientes tenía al momento del diagnóstico de la neoplasia entre 41 y 65 años. El 76 % eran hombres. Los tumores no definitorios de sida representaron el 56 % del total, siendo los más frecuentes, cáncer de ano, pulmón y seminoma. Los tumores definitorios representaron el 44 % distribuidos en partes iguales entre linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi. En 45 % de los casos el diagnóstico del tumor definitorio de sida fue simultáneo al diagnóstico de VIH, mientras que en los tumores no definitorios fue posterior, en casi un 50 % de los pacientes el diagnóstico de la neoplasia maligna no definitoria de sida se realizó tras 10 años o más de infección por VIH. El 63 % de los tumores definitorios de sida se presentaron con recuentos de CD4 < a 200 células/mm³, mientras que los no definitorios fueron diagnosticados con recuentos > de 200 células/mm³ CD4 en 85,4 % de los casos. En el momento del diagnóstico de la neoplasia el 77 % de los pacientes con tumores definitorios de sida no estaba recibiendo TARV mientras que en los pacientes con tumores no definitorios 25 % no estaban recibiendo TARV.

Conclusión: En la población estudiada las neoplasias no definitorias de sida fueron frecuentes y la aparición fue posterior al diagnóstico de infección por VIH en la mayoría de los casos. Los pacientes con neoplasias no marcadoras se encontraban recibiendo TARV en el momento del diagnóstico en la mayoría de los casos y presentaban un mayor recuento de linfocitos CD4 en comparación con las neoplasias marcadoras de sida.

PE187 Tratamiento preventivo de la tuberculosis latente en pacientes con virus de inmunodeficiencia adquirida

Llanos Ibarra NK, Warley E, Tavella S, Garnica P, Bilesio M, Bustos N.

Hospital Interzonal General Agudos Dr. Diego Paroissien. Isidro Casanova. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las personas con ITBL (infección latente por bacilo de la tuberculosis) infectadas por VIH tienen un alto riesgo de reactivación de TB. La terapia preventiva (TP) y el inicio temprano de la TARV previenen la progresión de ITBL a TB activa. A pesar de directrices que promueven la TP existe poco interés para su implementación. Reportamos una elevada frecuencia de TB en la cohorte de pacientes infectados por VIH atendidos en nuestro hospital por lo que decidimos implementar un algoritmo adaptado de la OPS de terapia preventiva con isoniazida (TPI).

Objetivos: Describir la experiencia de incorporación de TPI como parte del paquete de medidas brindadas a pacientes infectados con VIH.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se indicó TPI a pacientes mayores de edad, VIH positivos al inicio de la TARV, independientemente del valor de CD4 y resultado de PPD. Se incluyeron los pacientes naïves y aquellos experimentados con más de 6 meses de abandono de la TARV. Se excluyeron embarazadas, pacientes con antecedentes de tuberculosis o con contraindicaciones al uso de isoniácida (INH). Los pacientes sintomáticos, se estudiaron previamente en busca de TB activa. Se solicitó PPD a todos los pacientes. La dosis de INH fue de 300mg/día. Se realizaron controles clínicos y de laboratorio durante el tratamiento. Se colectaron datos clínicos y epidemiológicos, frecuencia de alcoholismo y coinfecciones, nivel de CD4 y presencia de síntomas o eventos oportunistas previos. Se consideró tratamiento completo a aquellos que cumplieron al menos 6 meses con INH.

Resultados: Se revisaron las historias clínicas de 50 pacientes, 26 (52 %) de sexo femenino y 24 (48 %) masculino. La mediana de edad fue de 37,5 años y de CD4 de 215 cel/mm³. Al inicio de la TPI 25 (50 %) eran naïves y 25 (50 %) experimentados respecto a la TARV. Observamos consumo de alcohol en 15 (30 %) pacientes, coinfección con hepatitis B en 2 (4 %) y con hepatitis C en 3 (6 %). La PPD fue positiva en 3 pacientes (6 %), negativa en 20 (40 %) y desconocida en 27 (54 %). Al iniciar TPI, 17 pacientes (34 %) se encontraban sintomáticos y 15 (30 %) con enfermedades oportunistas. 25 (50 %) tenían CD4 menor a 200 cel/mm³. Completaron tratamiento 31 pacientes (62 %), abandonaron 11 (22 %) y suspendieron por efectos adversos 5 (10 %) (2 casos de toxidermia, 2 de hepatotoxicidad y 1 de intolerancia digestiva). 1 paciente suspendió al confirmarse TB activa previa a iniciar TPI. Hubo 2 casos perdidos. No se reportaron fallecimientos ni casos de TB activa luego de iniciar TPI.

Conclusiones: Hasta donde conocemos es la primera experiencia en Argentina de intento de desarrollar un programa de TPI en pacientes infectados por VIH. En la población estudiada la TPI fue en general bien tolerada y aceptada no habiéndose observado SIRS ni reacciones adversas serias. La tasa de finalización del 62 % fue superior a la reportada por otros centros. Nuestros datos, así como los reportados a nivel internacional, deberían ser analizados por los "tomadores de decisión" para una mayor implementación de programas de TP atendiendo a los riesgos de desarrollo de TB según las prevalencias locales.

PE188 Abscesos tuberculosos abdominales y del psoas en pacientes VIH+: experiencia de 2 casos de resolución sin abordaje invasivo

Vazquez E, Gancedo E, Petrarroia C, Nicita D, Masini D, Trione N.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñoz. CABA. Argentina.

Introducción: Con la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) las formas clínicas de tuberculosis diseminada se han incrementado dando lugar a cuadros, incluso, con abscesos múltiples. Caso 1: Paciente masculino de 41 años, VIH + sin tratamiento antirretroviral (TARV). Consultó por síndrome de impregnación y tos seca de 5 meses de evolución y dolor en fosa iliaca derecha (FID) de inicio reciente. Adenomegalias inguinales derechas. LT CD4 81 cel/ul (7 %). Radiografía (Rx) de tórax: infiltrado miliar. Esputo BAAR +. Cultivo *M tuberculosis*. Ecografía abdominal: hepatomegalia, adenomegalias en ligamento hepatoduodenal y precavas. Colección en psoas derecho de 87 x 27 mm, otra en contacto con la 1° de 93 x 26 mm y una 3° en FID de 67 mm. Tomografía

computada (TC) de columna: s/p. Inició tratamiento con isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Se difirió el drenaje por razones ajenas a la práctica médica. Inició TARV. Disminución progresiva del tamaño de los abscesos. Ecografía a 8 meses de tratamiento no se observaron colecciones. Caso 2: Paciente masculino de 42 años, VIH + sin TARV. Presentó síndrome de impregnación y fiebre de 2 meses de evolución. LT CD4: 215 cel/ul (8 %). Examen físico: adenomegalia axilar derecha. RX de tórax: s/p. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, múltiples adenomegalias retroperitoneales, abscesos en ángulo aórtico mesentérico de 50 x 20 mm y en psoas derecho de 110 x 30 mm. Punción aspiración del ganglio axilar: BAAR +. Inició tratamiento con HRZE. TC columna: s/p. Drenaje parcial del absceso del psoas guiado x TC. Material BAAR+, Cultivo: *M. tuberculosis*. Ecografía control a la semana: regeneración total del volumen de la colección. Continuó tratamiento antifímico e inició TARV. Se difirió el drenaje quirúrgico. A los 6 meses de tratamiento se observa sólo una colección de 1,6 cm³ en vaina de psoas y pequeñas adenomegalias mesentéricas. Clínicamente asintomático.

Comentarios: Los abscesos tuberculosos abdominales son habitualmente secundarios a la abscedación de conglomerados ganglionares y menos frecuentemente a diseminación local desde otros órganos digestivos, urológicos o genitales. En el caso del psoas suelen originarse a partir de una espondilodiscitis. El compromiso hepático, del bazo e incluso en algunos casos la afeción del músculo psoas suelen ser por diseminación hematogena. El tratamiento de los abscesos tuberculosos, especialmente en colecciones de gran tamaño, es el drenaje percutáneo o quirúrgico asociado al tratamiento farmacológico. El drenaje permite también la identificación del agente etiológico. Sin embargo, en algunas situaciones, el abordaje quirúrgico puede resultar complicado. En estos casos puede iniciarse el tratamiento farmacológico y adoptar una conducta no invasiva mientras el paciente esté clínicamente estable y con remisión paulatina de las colecciones.

Conclusión: A partir de nuestra experiencia consideramos que, en pacientes con abscesos tuberculosos abdominales de pequeño o mediano tamaño, en situaciones en que el drenaje sea dificultoso, puede intentarse un tratamiento no invasivo con control estricto clínico y por imágenes.

PE189 Estudio de casos de virus de inmunodeficiencia humana registrados en personas privadas de la libertad del Servicio Penitenciario región Sur de Santa Fe (Argentina)

Biasutti F¹, Rossi E¹, Moro A², Huanca R³.

¹Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina. ²Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina. ³Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas (UNR)-Hospital Centenario. Rosario. Santa Fe. Argentina. ⁴Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina.

Introducción: Las personas detenidas en Unidades Penitenciarias poseen condiciones de vida deficientes que las convierten en una población vulnerable a diferentes infecciones, como las ETS y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Según la OMS, la prevalencia del VIH en los reclusos es 15 veces mayor que en la población adulta en general.

Método: El presente trabajo estudió los casos de VIH notificados entre los prisioneros de los seis centros de detención de la región sur de Santa Fe (SSF), Argentina; donde 4,250 personas (4,145 hombres y 105 mujeres) estaban detenidas durante el período de análisis (enero 2017-mayo 2018). El personal médico de la SSF ofrece pruebas de detección del VIH a toda la población de la prisión, con carácter voluntario y confidencial. En caso de que los resultados de la prueba de detección sean positivos, se realizan pruebas adicionales, como las determinaciones de carga viral y CD4. Todos los pacientes diagnosticados con VIH reciben controles clínicos y el ofrecimiento del tratamiento correspondiente.

Resultados: Durante el período estudiado, se conoció la condición serológica para el VIH de 835 prisioneros, que representa solo un 19,6 % de la población total en las prisiones de SSF. Entre ellos: 72 (8,6 %) eran VIH (+), siendo los hombres un 93,1 %; 12 (16,7 %) también fueron infectados con el virus de la hepatitis C; un 91,6 % fueron sometidos a tratamiento; y se realizaron 175 pruebas de carga viral como medio de control del tratamiento, lo que representa un promedio de 2,4 pruebas de carga viral / año / paciente. Luego del tratamiento, la población con viremia indetectable o de bajo grado alcanzó un 81,8 %, lo que podría considerarse una buena respuesta. Un 7,6 % (5 pacientes) presentaron fracaso virológico, todos los casos correspondieron a esquemas de tratamiento con NNRTI. Gráfico 1: Distribución de pacientes en tratamiento antirretroviral, según resultado del tratamiento. Servicio Penitenciario Santa Fe Región Sur. Período: 01/01/2018 al 31/08/2018 (n = 66). Fuente: SVIH.

Conclusiones: La infección por VIH entre los reclusos es un problema crítico de salud que requiere una actitud proactiva por parte del personal médico para mejorar la situación epidemiológica en las cárceles. En la SSF, el objetivo inmediato a lograr es poder realizar un mayor número de pruebas para el VIH, lo que implica

PE190 Lesión ocupante de espacio cerebral por *Mycobacterium genavense* en paciente VIH (+)

Vazquez E, Nicita D, Masini D, Matteo M, Franze O, Costa N, Trione N.

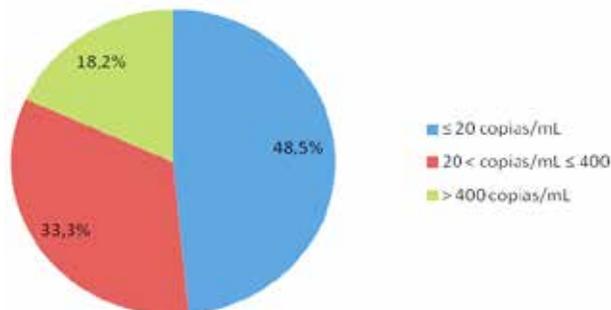
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: *Mycobacterium genavense* es una micobacteria no tuberculosa (MNT) propuesta como nueva especie en 1992. Causa infecciones diseminadas en pacientes inmunodeprimidos con compromiso principalmente gastrointestinal, linfoganglionar y de médula ósea. La afeción pulmonar es menos frecuente que en otras MNT. Se han reportado hasta la fecha muy pocos casos de compromiso del sistema nervioso central (SNC).

Caso clínico: Paciente masculino de 49 años VIH+ en tratamiento antirretroviral, CD4 100 cel/ul., carga viral: indetectable. Antecedente de herpes zoster oftálmico, criptococosis meníngea, esofagitis y meningoencefalitis por citomegalovirus e infección duodenal y de médula ósea por micobacteria no tipificada con buena respuesta al tratamiento para MNT. Presentó cuadro de hipertensión endocraneana. Tomografía computada (TC) múltiples lesiones nodulares pequeñas supra e infratentoriales con importante edema. Tratamiento empírico para toxoplasmosis sin respuesta. Se realizaron 2 biopsias estereotácticas sin rédito diagnóstico. Tratamiento empírico para M tuberculosis + MNT. Evolución favorable.

Abandonó profilaxis secundaria. Evolución con nódulo pulmonar, neurológicamente asintomático. TC de cerebro: imagen heterogénea temporoparietal derecha de 44 x 47 mm con importante edema. Se realizó exéresis quirúrgica de la masa. Cultivo: *M. genavense*. Inició tratamiento con claritromicina, rifampicina y etambutol. Buena evolución neurológica. Progresión del compromiso pulmonar. Biopsias pulmonares (3 procedimientos): Anatomía patológica: fibrosis. Cultivos BAAR y hongos negativos. Falleció por dificultad respiratoria.

Comentarios: Ante una masa cerebral en un paciente VIH (+) los diagnósticos diferenciales más prevalentes son: toxoplasmosis cerebral, linfoma primario del SNC, tuberculoma, chagoma, nocardiosis e infección por *Rhodococcus equi*. El compromiso neurológico por MNT es poco frecuente. Se han reportado en la literatura médica solo 4 casos de compromiso de SNC por *M genavense*. En 3 casos se presentó como masa cerebral única o múltiple, el cuarto caso fue una



meningitis. Tres de los pacientes eran VIH (+), el restante presentaba un cuadro de inmunodeficiencia primaria. *M. genavense* es una micobacteria fastidiosa, de crecimiento muy lento obtenido casi exclusivamente en medio líquido. Necesita micobactina férrica para su crecimiento. Su identificación se realiza por métodos moleculares. Se manifiesta con cuadros clínicos similares a otras MNT con mayor compromiso gastrointestinal y menos afectación pulmonar. En estudios *in vitro* es resistente a isoniacida, sensible a claritromicina y rifampicina. La respuesta a etambutol, fluoroquinolonas y aminoglucósidos es variable.

Conclusión: En pacientes VIH (+) la *M. genavense* debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en casos de lesión expansiva cerebral. Los escasos casos publicados están, probablemente, relacionados con un subdiagnóstico del agente etiológico por dificultades en la sospecha clínica y su aislamiento.

PE191 Paciente VIH con fiebre de origen desconocido (FOD), dolor abdominal y lesiones osteolíticas

Fanelli B, Merce L, Antunez Galarza E, Virga E, Serrano D, Jaimet C, Alba S.

Hospital Intendente Gabriel Carrasco. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: Existen múltiples causas de FOD en pacientes VIH siendo las micobacterias no tuberculosas una causa importante en pacientes inmunocomprometidos. El complejo *Mycobacterium avium* (MAC) está comprendido por las especies *M. avium* y *M. intracellulares*, siendo la especie *Avium* el agente etiológico en el 95 % de los pacientes con sida que han adquirido una enfermedad diseminada por MAC.

Caso clínico: Varón 31 años, VIH/SIDA 34 CD4, consulta por cuadro de 6 meses caracterizado por fiebre intermitente, dolor abdominal difuso, pérdida de peso de 10 kg y subluxación de falange de cuarto dedo de mano derecha. Examen físico: adelgazado, signos vitales conservados; subluxación de falange distal del cuarto dedo de mano derecha. Sin visceromegalias ni adenopatías. Laboratorio: Hto 35, Hb 11,6, GB 4700, Plaquetas 422000, Glicemia 82, Urea 19, Creatinina 0,9, TGO 26, TGP 14, GGT 50, FAL 101, billirrubina T 0,4, VES 67, PCR 16,6. Serología para VHC, VHB, VDRL, CMV, VEB. *Bartonella*, *Brucelosis* y *Toxoplasmosis* (-). Rx Torax: sin hallazgos patológicos. Rx manos: Derecha: lesión de aspecto osteolítica en segunda falange de cuarto dedo adyacente a articulación interfalángica distal con subluxación de la misma. Áreas de osteólisis en primera falange de segundo dedo e imágenes tipo geodas en segunda falange de tercer dedo y primera falange del cuarto. Izquierda: lesión de aspecto osteolítica en segunda falange de quinto dedo. Hemocultivos para gérmenes comunes, hemocultivo micológico e inmunodifusión para hongos (-). Hemocultivos para BAAR (+) para bacilo ácido Alcohol resistente (BAAR), no TBC. Ecocardiograma: Sin vegetaciones.

Tomografía de tórax, abdomen y pelvis con contraste: hepatomegalia leve, adenomegalias mesentéricas y retroperitoneales. La de mayor tamaño a nivel retroperitoneal paraaórtico izquierdo heterogénea en área central que podría corresponder a necrosis de 34x27mm. Biopsia de ganglio mesentérico por laparoscopia: granulomas histiocitarios con neovascularización. Con coloración de FITE: BAAR no TBC, también con coloración de PAS, sugerente de micobacterias. Anatomía patológica hueso de mano derecha: zonas de necrosis ósea. Zhiel Neelsen(-). Durante la internación intercorre con ascitis quilosa de escasa cuantía. Se interpreta el cuadro como MAI diseminado con compromiso óseo en paciente VIH. Se comienza tratamiento con claritromicina, etambutol, levofloxacina y soporte nutricional con buena respuesta clínica.

Discusión: La forma diseminada de las infecciones oportunistas en pacientes VIH aparece en fases muy avanzadas de la enfermedad, con CD4<50 teniendo una incidencia de 20-40 % en Argentina, en pacientes no adherentes al tratamiento antirretroviral ni profiláctico. La presentación clínica se caracteriza por fiebre, diarrea, dolor abdominal, anemia, leucopenia y colestasis, siendo las manifestaciones osteolíticas una rareza. Se presenta el caso clínico por la importancia de la sospecha clínica de MAI en pacientes VIH con FOD, CD4<50 y compromiso óseo ya que esta manifestación clínica es poco frecuente pudiendo retrasar el diagnóstico con consecuencias fatales para el paciente.

PE192 Transmisión perinatal de VIH. Experiencia de cuatro años en un hospital general de agudos. ¿Por qué siguen naciendo bebés con VIH?

Gonzalez S, Gear O, Cabrera M, Rodriguez A, Requena A, Di Catarina J, Larocca S, Mercuri M, Maranzana A.

Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. CABA. Argentina.

Introducción: Desde 1994 la tasa de transmisión materna infantil (TMI) de VIH se redujo debido a los distintos programas implementados, como testeo a todas las embarazadas y el tratamiento antirretroviral (TARV) oportuno. Siendo la transmisión intraparto la más frecuente. Se dispone de evidencias para disminuir el riesgo de transmisión en los tres periodos. En Argentina la TMI fue del 4.1 % en 2016, de los casos cerrados.

Objetivos: Caracterizar la población de mujeres con VIH que fueron asistidas en la maternidad de un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Evaluar la tasa de transmisión perinatal, durante el periodo junio 2014 a junio 2018.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo, durante el periodo 01-06-2014 a 31-05-2018. Criterios de inclusión, mujeres embarazadas con VIH asistidas en nuestra maternidad y los recién nacidos vivos de esas pacientes. Se confecciona una tabla de Excel específica para la recolección y análisis de datos a partir de historias clínicas. Se relevaron variables como edad, escolaridad, nacionalidad, adicciones, momento del diagnóstico de VIH, status de pareja sexual, vía de finalización del embarazo, carga viral (CV) al momento del parto, inicio y tipo de tratamiento antirretroviral, coinfecciones, adherencia al tratamiento, vacunación para virus de la hepatitis B, seguimiento del RN con PCR y Elisa. Se utilizaron programas Excel y Epi Info 7 para el análisis de las variables consideradas.

Resultados: Se incluyeron 73 mujeres gestantes que fueron asistidas en la maternidad. 72 nacidos vivos, 40 de sexo masculino y un feto muerto y retenido (FMR). El total de partos en el periodo estudiado fue 8891, las pacientes con VIH represento 0.80 %. La mediana de edad fue de 27 años. El 70 % de nacionalidad argentina y 72 % con residencia en CABA. La escolaridad predominante fue secundaria incompleta. Solo el 16.43 % fueron primigestas. En el 94.5 % la vía de contagio fue sexual, las restantes por transmisión vertical. El 55 % de las pacientes estaban en un estadio asintomático. Los partos vaginales represento el 57.63 %. Un tercio de las parejas sexuales desconocían su diagnóstico. 26 % manifestaron consumo de drogas. Con respecto a las coinfecciones, la sífilis fue la más frecuente asociación 9/73. En cuanto a la vacunación para virus de la hepatitis B, solo el 39 % estaban vacunadas, constatando en un 40 % Ac Superficie reactivos. En el 51 % (37/73) el diagnóstico de VIH fue con anterioridad al embarazo, de las restantes se diagnosticaron 26 en el transcurso del embarazo y 10

PERIODO	TOTAL DE PARTOS EN MATERNIDAD	NACIMIENTOS VIVOS/GESTANTES CON VIH	RECIEN NACIDOS INFECTADOS	TASA DE TRANSMISION (%)
01-06-14 a 31-05-15	2631	18	1	5.55
01-06-15 a 31-05-2016	2331	21	0	0
01-06-16 a 31-05-17	2000	20	0	0
01-06-17 a 31-05-18	1929	13	0	0
TOTAL	8891	72	1	1.38

mujeres tuvieron diagnóstico tardío en parto o puerperio. Solo el 54 % de las que recibieron TARV obtuvieron CV no detectable al parto, <50 copias/ml. El TARV utilizado fue en un 62 %, AZT+3TC+ lopinavir/ritonavir. El 49 % iniciaron tratamiento en el segundo trimestre de embarazo. De los recién nacidos vivos, 64 % recibieron profilaxis con AZT y un tercio triple terapia (AZT/3TC+nevirapina). Se confirmó infección por VIH en un solo paciente, en el periodo junio 2014-mayo 2015, cuya madre tuvo diagnóstico en el parto y realizando profilaxis con AZT/3TC+nevirapina. El diagnóstico del niño se realizó en la primera semana de vida. En 3 pacientes no se cuentan con datos de registros de resultados. En 24 pacientes se perdió el seguimiento de Elisa a los 18 meses.

Conclusiones: La TMI continúa siendo un desafío. La TMI fue del 1.38 %, una cifra por demás óptima a lo esperado. Sin embargo, el diagnóstico tardío de infección por VIH, y la falta de controles y tratamiento aun con diagnóstico previo, debe generar una alarma para articular diferentes estrategias a implementar en lo en los distintos momentos del embarazo.

PE193 Leucoencefalopatía multifocal progresiva en contexto de infección aguda por VIH

Lugo AV¹, Vicente L¹, Tudanca V¹, Bello N¹, Achinelli F², Imas S¹, Stecher D¹.

¹Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina. ²Hospital Ángela Iglesia de Llano. Corrientes. Argentina.

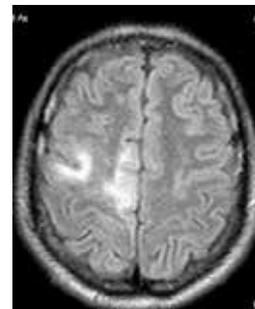
Introducción: La leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central (SNC). Se manifiesta en personas con estadios avanzados y rara vez como infección oportunista (IO) en infección aguda por VIH (IA-VIH). Presentamos un paciente con diagnóstico de LMP con IA-VIH.

Caso clínico: Varón, 33 años. Oriundo de Corrientes. Sin antecedentes. Inicia su cuadro clínico con parestesias de cuatro miembros a predominio izquierdo y astenia. Consulta en forma ambulatoria.

Estudios complementarios: • ELISA VIH (4ta generación): negativo. • Resonancia magnética (RMN): hiperintensidad a nivel subcortical y corona radiata frontal derecha, sin efecto de masa ni modificación poscontraste. Imágenes puntiformes inespecíficas en corona radiata bilateral, hiperintensas en FLAIR y T2. Hipodensidad subcortical en convexidad fronto-parietal superior derecha. Por progresión del cuadro neurológico consulta a nuestra institución. Examen físico: paresia grado 2-3 de hemisferio izquierdo, hiperreflexia izquierda. Babinsky +. Disartria. Estudios complementarios: • ELISA VIH (4ta generación): positivo. *Cut off:* 600 rpn (14 días posteriores al primero). • Carga viral (CV) VIH-1: 1.038.557 copias (log 6.02), CD4 91 cel uL (6 %). • LCR: 0 células, glucosa 58mg/dl (glucemia: 116mg/dl), proteínas 33mg/dl, cloro 121 mEq/l. • VDRL (sangre y LCR): negativa. • PCR: Ren LCR: HSV I-II, EBV, CMV: negativas. JCV: positiva. Inicia tratamiento antirretroviral (TARV) con zidovudina / lamivudina y darunavir / ritonavir (para intensificar penetrancia en SNC). Evoluciona sin mejoría. RMN control: progresión de lesiones. Retorna a su lugar de origen, donde continúa tratamiento y seguimiento. Por progresión de síntomas neurológicos e insuficiencia respiratoria aguda, se interna. Fallece 3 meses después del inicio de los síntomas neurológicos.

Discusión: Ante la evidencia de primer test ELISA VIH negativo, la positividad de nuevo test al ingreso a nuestro hospital y alta CV VIH; se interpreta el cuadro como IA-VIH, con LMP como IO. La IA-VIH es sintomática en el 80 % de los pacientes, pero habitualmente no se diagnostica en este estadio. Durante la misma, la CV VIH es elevada, produciendo depleción aguda y masiva de linfocitos T CD4, por lo que puede asociarse a IO (aunque éstas son más frecuentes en infecciones de larga data). La LMP es poco frecuente y usualmente mortal. Es causada por el poliomavirus JC, que se encuentra latente en 70-90 % de los adultos reactivándose en estados de inmunodeficiencia severa. Se han intentado diferentes estrategias terapéuticas, sin éxito. En pacientes VIH, el TARV constituye la mejor opción, aunque con supervivencia del 38-56 % al año del diagnóstico. El uso de inhibidores de proteasa se ha relacionado a mejoría de la sobrevida de estos pacientes.

Conclusión: La LMP es una enfermedad que se presenta generalmente en pacientes con enfermedad avanzada por VIH y mal status inmunológico. El paciente presentado representa uno de los pocos casos reportados en la literatura de LMP como IO en IA-VIH. El TARV mejoró la supervivencia de estos pacientes, aunque continúa siendo una patología con alta letalidad.



PE194 Centro de testeo para VIH en el hospital público: nuestra casuística

StagnaroJP, Rosales MV, Knauer TY, Barbieri N, Miranda Blacutt C, Delaplace L, Bernstein JC.

Hospital Zonal General Agudos Mi Pueblo. Ezeiza. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Existe evidencia que el diagnóstico y tratamiento temprano de las personas viviendo con VIH (PVVIH) confiere beneficios. Los lineamientos de la Dirección Nacional de SIDA y ETS garantizan aumentar el acceso a la prevención, información, diagnóstico oportuno y tratamientos antivirales. Sin embargo, las tasas de diagnóstico de la infección se mantienen estables en los últimos años. Por ello, promover el diagnóstico de VIH en etapas tempranas de la infección continúa siendo uno de los principales desafíos.

Objetivo: Analizar las características de la población y determinar los motivos por los cuales se realizan el test.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de entrevistas de asesoramiento con test rápido para VIH. Se evaluó edad, género, motivo por el cual realizó el test, si se hizo el test previamente, cobertura de salud, oficio, trabajo, escolaridad y resultado del test. Se resumieron las variables en proporciones.

Resultados: Se realizaron 476 entrevistas de test rápido para VIH desde el 1/5/17 al 1/2/19. El 40,7 % (191/469) eran hombres y el 59,1 % (277/469) mujeres. Promedio de edad: 30,7 años, mediana de 27 años (2-67). El 52,9 % (219/414) de los entrevistados manifestó que realizaba el test de VIH para conocer acerca de su estado de salud; el 16,9 % (70/414) realizó el test porque no había usado preservativos en las relaciones sexuales; el 9,9 % (41/414) realizaba el test porque estaba en pareja con una PVVIH; el 5,6 % (23/414) realizó el test por control de embarazo. Otros motivos de solicitud del test fueron por: ser hijo de madre infectada, presentar alguna otra enfermedad sintomática, control de otra infección de transmisión sexual y abuso. El 55,6 % (240/432) de los entrevistados realizó el test de VIH por primera vez y el 42,1 % (181/432) ya se había realizado el test de VIH anteriormente, cuyo resultado había sido negativo. Un porcentaje menor de personas ya había realizado el test en otras oportunidades, sin haber retirado el resultado. El 91,7 % (393/432) de los entrevistados no poseía obra social y se atendía en el hospital público, mientras que el 8,3 % (36/432) refirió tener obra social. El 22,7 % (96/422) de los entrevistados hizo por lo menos 7 años o menos de educación formal y el 58,8 % (248/422) de las personas tuvo entre 8 y 12 años de educación formal. El 54,1 % (226/418) de los entrevistados manifestó no estar trabajando al momento de la entrevista. De los que sí tenían trabajo, el 52,7 % (106/201) eran empleados en relación de dependencia y un 9 % (18/201) tenía trabajo informal (changas). De los 476 test realizados, el 94,9 % (452/476) arrojó resultado negativo y un 5,1 % (24/476) de los test realizados tuvo un resultado reactivo preliminar. De estos, el 66,7 % fueron confirmados mediante realización de carga viral plasmática.

Conclusiones: La caracterización de nuestra población nos permitirá dirigir las políticas y recursos en salud hacia la población más vulnerable de nuestra comunidad.

PE195 Infecciones de piel y partes blandas en niños de dos hospitales zonales de la provincia de Buenos Aires

StagnaroJP¹, Lisarrague S², Bernstein JC¹, Sparo MD², Santolín MC¹, Moreno E¹, López M¹, González JM¹, Fortunato E³, Córdoba MA⁴, Molina NB⁴, Schell MC⁴, Vila Roza MV⁴, De Luca MM⁴.

¹Hospital Zonal General Agudos Mi Pueblo. Ezeiza. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Ramón Santamarina. Tandil. Buenos Aires. Argentina. ³Región Sanitaria XI. Buenos Aires. Argentina. ⁴Facultad de Ciencias Médicas. UNLP. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las infecciones de piel y partes blandas (IPPB) en pediatría constituyen un problema de salud pública siendo una de las principales causas de prescripción de antimicrobianos (ATM).

Objetivo: Describir las características clínicas y microbiológicas de las IPPB de niños internados en dos hospitales zonales de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio prospectivo-descriptivo entre 1/11/2017 y 1/11/2018. Se consideraron pacientes internados entre 1 mes y 15 años. Se evaluó: edad, sexo, localidad, factores predisponentes, tipo de IPPB, muestras biológicas realizadas, aislamiento microbiológico, tratamiento empírico indicado, duración y evolución del cuadro. Se resumieron las variables en proporciones.

Resultados: Se evaluaron 94 internaciones; 58,7 % masculinos. 12 pacientes < 1 año (0-3 meses: 7), 85 pacientes > 1 año (promedio de edad 4 años, 1-15). El 36,2 % oriundo de Tandil y 63,8 % de Florencio Varela. Los factores de riesgo se describen en la tabla 1. El 59,6 % corresponden a IPPB purulentas (abscesos o forúnculos). Muestras realizadas: hemocultivos (78,7 %), punción aspiración (50 %) y muestras quirúrgicas (11,7 %). En el gráfico 1 se describe el ríedito diagnóstico y resultados microbiológicos. En el 87,2 % de los casos hubo concordancia entre los ATM indicados y la clínica, recibiendo combinación de ATM un 52,1 % de los niños. En la tabla 2 se detallan los ATM indicados. La combinación TMS-SMX + CLI se indicó en 36 oportunidades (38,3 %). Solo un 5,3 % (5) tuvo duración inadecuada del tratamiento, pero el 18,8 % (17) tuvo complicaciones (bacteriemia o focos profundos).

Conclusiones: En el espectro de las IPPB, la etiología encontrada corresponde a SAMR-CO. Falta readecuar las guías de tratamiento locales en vista de los aislamientos obtenidos

PE196 Actualización de la cascada del continuo de atención en VIH de la Argentina en 2017. Avances y desafíos para alcanzar las metas 90-90-90

Adaszko A, Aquila S, Santoro F, Rueda D, Kaynar V, Levite V, Orlando M, Ayma A, Enz P, De Simone G, Musso M, Rodríguez C.

Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: En la última década y media, la Argentina ha expandido de modo significativo el acceso al diagnóstico, a la atención y a los tratamientos antirretrovirales de las personas con VIH. Sin embargo, pese al acceso universal a los mismos desde el año 2015 y a la disponibilidad de los esquemas de toma única desde 2013, persisten importantes inequidades que impactan en la retención en los servicios de salud y en los tratamientos. En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación realizó un estudio para estimar la cascada del continuo de atención del VIH, la que arrojó que el 70 % de las personas infectadas conocía su diagnóstico, el 57 % de ellas y el 82 % de las que estaban diagnosticadas recibían TAR y que la supresión virológica de estas últimas al año alcanzaba al 66 %. La debilidad de los sistemas de información dentro del sector público y la falta de intercambio de datos entre los tres subsectores de salud impide disponer de modo actualizado de esta información que es estratégica para el desarrollo de las políticas públicas.

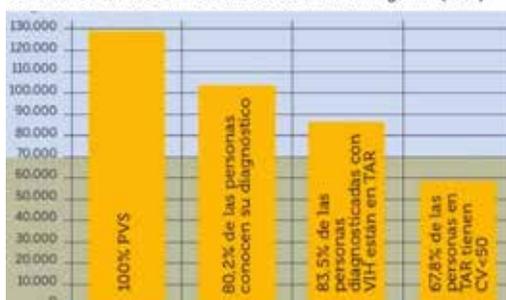
Objetivo: Calcular los cuatro indicadores principales de la cascada del continuo de atención del VIH correspondientes al año 2017 en Argentina.

Metodología: La cantidad de personas con VIH en el país se estimó con el software Spectrum de ONUSIDA. Se recolectó y sistematizó información del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, la Dirección de Estadística e Información en Salud y de las obras sociales nacionales y provinciales para calcular la proporción de personas diagnosticadas, la proporción de personas en TAR y la proporción de personas en TAR con supresión virológica. Dado que la cascada está relacionada con las metas 90-90-90, las proporciones de cada indicador hacen referencia al pilar anterior y no al total de personas con VIH.

Resultados: Según la estimación realizada mediante el software Spectrum, se estima que para el año 2017 vivían en nuestro país 128.944 (116.752 - 143.063) personas con VIH y, de ellas, el 80 % conocía su diagnóstico. De estas, el 83,2 % estaban recibiendo tratamiento antirretroviral y la supresión virológica se encontraba en el 67,8 %. En relación con las metas 90-90-90 para el 2020, la brecha del pilar de diagnóstico es del 10 %, del de tratamiento es del 6,8 % y del de supresión virológica del 22,2 %. Con respecto a la medición anterior, este último ha sufrido muy pocos cambios.

Conclusiones: Si bien ha aumentado la proporción de personas diagnosticadas y en tratamiento, aún resta mucho camino para alcanzar las metas 90-90-90 el año 2020. La principal brecha se encuentra en la supresión virológica, lo que revela que, pese a que existe un acceso irrestricto a la atención y los tratamientos, las dificultades en los procesos de adherencia obstaculizan la eficacia de las drogas. Debe notarse que este último pilar está calculado sólo en pacientes que se atienden en el sector público y que el valor puede ser superior en los otros subsectores de salud. Este punto está relacionado con los determinantes sociales que afectan de modo desigual los procesos de salud/enfermedad/atención de personas con la misma infección. Palabras clave: VIH, Trans femenina, VDRL, Contexto de encierro.

Gráfico 1: Cascada del continuo de atención del VIH en Argentina (2017)



PE197 Prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en una población trans femenina en contexto de encierro

Villalba Sampol C, Silicaro F, Prevoo M, Bidondo A, Mondini S, Palazzi A, Causade R, Estelrich C, Gonzalez J.
Dirección Provincial de Salud Penitenciaria. Ministerio de Justicia de la Prov. de Buenos Aires. Argentina.

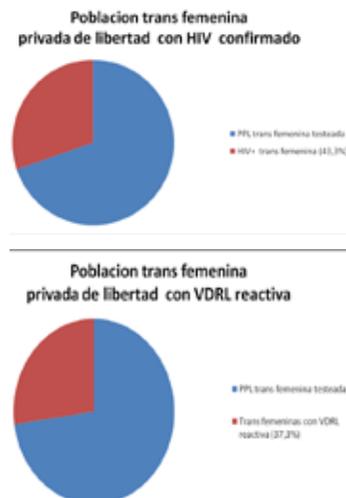
Introducción: Se define trans a aquellas personas cuya expresión o identidad de género difieren del sexo asignado al nacer. La población trans femenina, representa el 0.20 % de la población privada de libertad en nuestro ámbito, que tiene un total de 46699 internos.

Objetivos: • El propósito del estudio, es analizar el estado serológico para VIH y reactividad para VDRL en un grupo de personas trans femeninas en contexto de encierro. • Establecer el número de internas con seropositividad para hepatitis B y C en un subgrupo. • Considerar si el hecho de pertenecer a un grupo específico de la población, es un condicionante per sé de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual en personas privadas de la libertad.

Material y Métodos: • Se realizó un estudio de prevalencia en una población en contexto de encierro. • Se obtuvieron los datos de la población trans femenina (95 internas) ofreciendo el testeó voluntario. • La toma de muestras se realizó durante el mes de enero de 2019. • Se testeó al 87,3 % de la población trans femenina (83 internas) para VIH mediante test rápido, con confirmación por carga viral y para sífilis con prueba no treponémica. • Se testeó al 64,2 % (61 internas) de la población trans femenina para hepatitis B y C.

Resultados: • Sobre el total de testeos, se confirmó el diagnóstico de VIH en 36 internas (43.3 %) con un IC del 33 – 53 %. • Para Sífilis, se encontraron 31 internas con VDRL reactiva (37.3 %) con un IC del 27 – 47 %. • 14 internas resultaron positivas para ambas determinaciones (16,8 %). • Del subgrupo testeado para hepatitis, 19 resultaron positivas para hepatitis B (31,1 %). Para hepatitis C no se encontraron casos positivos.

Conclusiones: La población estudiada presenta un alto índice de enfermedades de transmisión sexual. Las internas VIH+ trans femeninas representan un 8.05 % dentro del total de internos VIH+ privados de libertad, en nuestro ámbito. El porcentaje de internas trans femeninas diagnosticadas con VIH, se aproxima a la mitad de las internas de ese universo. La reactividad a la prueba no treponémica como *screening* para sífilis representa aproximadamente un tercio de dicha población.



PE198 Escape viral por VIH en SNC. Reporte de un caso en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires

Zubeldia Brenner L, Martinez G, Tudanca V, Bravo M, Bello N, Stecher D.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: El escape viral (EV) por VIH en SNC se define como carga viral (CV) detectable en LCR con CV plasmática indetectable o CV en LCR 1 log mayor de CV en plasma; asociado a manifestaciones neurológicas que mejoran con tratamiento antirretroviral (TARV) con adecuada penetrabilidad al SNC.

Caso clínico: Varón, 28 años. Diagnóstico VIH: mayo 2015 (CV 226343 copias/ml [log 5,35], CD4 15 células/ml [2 %]). Inicia TARV: TDF/FTC/EFV. Por intolerancia, cambia a TDF/FTC y ATV/r. A los 6 meses: CV no detectable (ND), CD4 186 (7 %). Junio 2016: CV 127 copias/ml (log 2.10). Octubre 2016: CV 139 copias/ml (log 2,14), CD4 261 células/ml (9 %). Test de resistencia (TR): no amplifica. Se refuerza adherencia. Mayo 2017: CV 61 copias/ml (log 1,78), CD4 341 células/ml (15 %). Continúa igual TARV. Diciembre 2017: consulta por vértigo, diplopía e inestabilidad en la marcha. Examen físico: nistagmus horizontal agotable. Estudios Complementarios: - Laboratorio normal. - TC SNC sin contraste sin lesiones. RNM SNC con contraste: hiperintensidad en T2 y FLAIR en sustancia blanca, subcortical frontoparietal y parietal izquierdo y adyacente a astas occipitales de ventrículos laterales. - LCR: presión de apertura 25 cm H2O, glucosa 57 mg/dl, proteínas 80 mg/dl, cloro 122 mEq/l, células: 10/ml (70 % linfocitos), PCR JCV, VHS 1 y 2 M. *tuberculosis* negativas. Antigenemia y antígenorraquia *Cryptococcus* spp. negativas. VDRL suero 256 dils, FTABs reactiva, VDRL LCR negativa. Se interpreta probable neurosífilis. Recibe penicilina sódica IV, mejoría parcial. Enero 2018: ataxia. RNM SNC: sin cambios. LCR: presión de apertura 18 cm H2O, glucosa 54 mg/dl, proteínas 80 mg/dl, cloro 118 mEq/l, células 13/ml (100 % linfocitos), VDRL negativa. Se sospecha EV en SNC por VIH, se solicita: - Plasma: CV 119 copias/ml, CD4 364 células/ml (15 %), TR no amplifica. - LCR: CV 3315 copias/ml (log 3.52), TR: mutaciones M184V, K103S, K70Q y 10L/V (resistencia a 3TC, sensibilidad intermedia a ABC, TDF, RPV y ETV). - Test de MOCA (Montreal Cognitive Assessment): 24/30 (normal mayor a 26). Se modifica TARV: AZT/3TC, DRV/r y RAL. Marzo 2018: mejoría clínica. CV plasma y LCR ND, actualmente asintomático.

Discusión: Este cuadro debe sospecharse en pacientes con control de CV VIH en plasma y alteraciones neurocognitivas/neurológicas. Se clasifica en: asintomático, neurosintomático y secundario (a enfermedades subyacentes). Puede ser asintomático o con manifestaciones clínicas desde sutiles como inicialmente en este caso, hasta incapacitantes. El diagnóstico se basa en los estudios por imágenes del SNC y la determinación de la CV en plasma y LCR.

Conclusion: Presentamos un caso de EV por VIH por ser una entidad de baja prevalencia. Se recomienda evaluación cognitiva periódica para detección temprana y tratar causas subyacentes. Es importante realizar el TR en LCR para dirigir TARV y mejorar su penetrabilidad en SNC. Esto puede ser un desafío en fallos a baja CV; como en éste caso, en el cual la amplificación fue posible en LCR y no en plasma.

PE199 Implementación de una estrategia de intervención para la prevención y tratamiento de la sífilis materna y congénita

Mauro MJ¹, Mora J¹, Rode J¹, Bascarán F¹, Carrio D¹, Repetto M¹, Pellon y Maison C¹, Mobrici A¹, Massaccesi S¹, Arévalo A¹, Betti L¹, Durán A¹, Moyano M¹, Ceriotto M².
¹Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Zonal Blas Dubarry. Prov. De Buenos Aires. Argentina

Introducción. La sífilis (S) es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) que incrementó su incidencia en la última década en nuestro país. La transmisión de madre a hijo/a origina elevadas tasas de morbimortalidad perinatal. Y la falta de inclusión de la pareja sexual (PA) en la atención favorece las reinfecciones. La Provincia elaboró una estrategia de Intervención para la prevención de la SC y sífilis materna (SM), adhiriendo a las metas de eliminación de OPS, a través del diagnóstico (D) con test rápido para *Treponema pallidum* (TR TP) y tratamiento (T) con penicilina (P) de la embarazada (E) y PA en la primera consulta obstétrica.

Objetivo: describir la implementación de una estrategia provincial para la prevención de SM y SC.

Métodos. Estudio descriptivo. Periodo 10/08/2018 al 1/03/2019 La estrategia constó de: 1) D participativos en reuniones regionales sobre los circuitos asistenciales en los distintos niveles de complejidad para el D y T de la SM y SC 2) capacitación (C) de los equipos de salud (ES) en relación a los aspectos clínico epidemiológicos del VIH, sífilis, hepatitis B en E, PA y recién nacidos (RN) 3) Resolución de obstáculos (O) reconocidos 4) implementación de la estrategia 5) gestión de insumos 6) evaluación y monitoreo.

Resultados: Se realizaron 10 jornadas de D participativo en 7 regiones sanitarias (RS), participaron 537 personas del ES en el periodo: 06/2016-12/2017. 0 identificados: 1) Dificultad en los circuitos de D y T de las E y sus PA en atención primaria de la salud (APS) para la accesibilidad a VDRL y test confirmatorios de S. 2) mitos sobre la hipersensibilidad a P que no permitía la aplicación en APS 3) C del ES. 1) Se promovió la utilización del TR TP y aplicación de P para las E y sus PA en la primera consulta obstétrica, para la normatización se utilizó el algoritmo reverso partiendo del D con TR TP. 2) Se diseñó un manual para la aplicación de penicilina en APS "Utilización de P benzatínica como T para la prevención de la SC y SM en la provincia" que contenía un algoritmo para la evaluación de los factores de riesgo de alergia a la P avalado por distintas sociedades científicas. 3) C del ES: Se capacitaron 409 personas de 101 centros de APS, correspondientes a 23 municipios entre 10/2018 y 01/2019. La C constó de los aspectos clínico epidemiológicos de la SM y SC Asesoramiento, uso de P en APS y procedimiento práctico de la realización del TR TP. Se realizó un acuerdo con el Colegio de Obstétricas de la Provincia y se brindaron cursos virtuales gratuitos de T de las ITS en E, incluyendo S, en los meses de septiembre-diciembre del 2018. El curso se dividió en dos ciclos de 7 módulos. Se inscribieron 415 profesionales, con un porcentaje de aprobados de 78.6 %. 4) Gestión de insumos: Compra de insumos en base a datos epidemiológicos. 962 TR TP reportados 124 reactivos y 838 no reactivos, prevalencia del 13 %. 5) Se prevén instancias de evaluación y monitoreo.

Conclusiones: Esta política pública pretende disminuir los casos de SC en nuestro territorio, mediante la promoción de la creación de centros de testeo rápido en APS, garantizando la C y los recursos para realizar el testeo en mujeres E y a sus PA.

PE200 Brote de hepatitis A en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) de Córdoba, Argentina (julio -2017 y abril - 2018)

Mariojouis Bringas JG¹, Castro G¹, Pisano MB², Barbero P³, Fantilli A², Borda M¹, Canna F¹, Barbás G¹, Ré V².

¹Laboratorio Central - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina. ²Instituto de Virología "Dr. J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. ³Laboratorio Central - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Introducción: Actualmente, Argentina, es considerado un país de endemicidad intermedia para la infección por el virus de hepatitis A (HAV), siendo la notificación de casos cada vez menos frecuente desde la introducción de la vacuna en niños de 1 año, en 2005. Sin embargo, el número de casos aumentó entre los adultos jóvenes. Durante 2016/2017 se registraron en Europa, Chile y EEUU brotes de hepatitis A (HA), especialmente descriptos entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Objetivo: describir, caracterizar y contextualizar epidemiológicamente el brote de HA ocurrido en Córdoba entre julio de 2017 y abril de 2018, el cual afectó principalmente a HSH.

Materiales y métodos: se estudiaron 32 casos de HA (IgM anti-HAV positivos), a partir de la semana epidemiológica 29/2017, en la que se reconoció el primer caso de HA en un HSH. A partir de muestras de suero y/o materia fecal se amplificó por RT-Nested PCR un fragmento de la región VP1/VP2A (415pb) del genoma del VHA. Los productos amplificados fueron sometidos a secuenciación directa y análisis filogenéticos (MEGA 6).

Resultados. De los 32 casos estudiados, 87,5 % fueron hombres. El dato de la orientación sexual estuvo disponible en 27 casos (23 pacientes de sexo masculino y 4 femeninos). El 69,6 % (16/23) se identificaron como HSH, y de estos, el 50 % (8/16) estaban coinfectados con VIH. La edad media de los HSH fue de 31,9 años; todos eran habitantes de Córdoba capital. En aquellos pacientes para los que se contó con datos clínicos, se describió ictericia en el 90 % de los casos (21/23) y falla hepática severa en el 26 % de ellos (6/21). Sólo 3 casos, relataron historia de viajes al exterior a Perú, Chile, y Ecuador. Un caso de los HSH poseía historia de vacunación monovalente contra HAV de 15 años atrás. Dos de los casos reportados en este periodo fueron niños no vacunados provenientes de un área geográfica distante, a 86km de la capital. Los resultados de la secuenciación y el análisis filogenético (n = 11) mostraron que todas las secuencias analizadas fueron genotipo IA: 1) las amplificadas en HSH agruparon estrechamente entre sí y con la cepa VDR521-2016, relacionada con los brotes en HSH descriptos en Europa entre junio de 2016 y mayo de 2017; 2) las secuencias amplificadas en los demás pacientes (no HSH), agruparon entremezcladas con secuencias HAV-IA endémicas que circularon en años anteriores, y no estuvieron asociadas a los casos detectados en HSH de Córdoba. En comparación con años anteriores, para el mismo período (julio 2015-abril 2016, julio 2016 - abril 2017), se registraron sólo siete y cinco casos, respectivamente, ninguno identificado como HSH.

Conclusiones: los resultados evidencian que el aumento de casos de HA fue aparentemente propiciado por transmisión sexual entre HSH, tal como se describió previamente en otras regiones del mundo. Los resultados de este estudio sugieren la necesidad de socializar la información, reforzar y concientizar al personal médico y la población en general sobre la indicación/recomendación de la administración de la vacuna, promover el *screening* activo, y educación sexual, enfatizando en hábitos de protección en la población, lo que mitigará la diseminación viral en nuestra población.

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

PE201 Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

Boccardo JD, Moreno H, Ruiz MS, Fernandez J, Meritello M, Amalricc C, Lopez M, Manzur A, Ferrari S.
Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Introducción: Las infecciones por microorganismos multirresistentes (MMR) son un problema en expansión. Existen datos limitados en cuanto a esta problemática en población obstétrica, por lo que es importante el conocimiento epidemiológico local, a fin de evaluar la necesidad de adecuar esquemas profilácticos y de tratamiento, como parte del uso racional de antibióticos, teniendo en cuenta la situación especial que representan el binomio madre/hijo.

Objetivos: Describir la incidencia de MMR en el servicio de maternidad de un hospital público

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo durante el año 2018 en el Servicio de Maternidad con 7079 partos anuales, siendo 35,7 % abdominal, y 104 unidades de internación. A partir de los informes de bacteriología con MMR se analizó las historias clínicas de las pacientes colonizadas/infectadas por MMR

Resultados: Durante el periodo estudiado se halló 21 pacientes colonizadas/infectadas por MMR con una incidencia de 1,34/1000 pacientes día. Los MMR más frecuentemente aislados fueron: 10 *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM), 9 *Escherichia coli* y 1 *Klebsiella pneumoniae* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), 1 *Klebsiella aerogenes* resistente a carbapenémicos, y 1 *Enterococo vancomicina* resistente. En cuanto a las muestras analizadas, 13(61,9 %) correspondieron a heridas quirúrgicas, 7 (33,3 %) urocultivos, 1 (4,7 %) Absceso de mama, 1 (4,7 %) bacteriemia por SAMR. Requhirieron internación 10 pacientes, 5 con infección de sitio quirúrgico (ISQ), (1 de ellas con bacteriemia), 3 infección del tracto urinario (ITU) en embarazo, 1 ITU en puerperio, 1 absceso de mama lactante. El resto de ISQ se resolvió con drenaje y manejo ambulatorio.

3 pacientes presentaron bacteriuria asintomática posparto. Del total de pacientes hubo 1 óbito, relacionado a ISQ de órgano y espacio, anexohisterectomía y bacteriemia por SAMR, que requirió terapia intensiva, e internación prolongada. El resto de los casos tuvo una media de internación de 5,6 días. La edad promedio de las pacientes fue de 28 años y el tipo de parto fue abdominal en el 47,61 %. Respecto a la profilaxis antibiótica en cesárea protocolizada con cefazolina, solo en 4 de 10 pacientes se obtuvo registro en la historia clínica, y de ellas solo 1 fue correcta. Las pacientes colonizadas/infectadas por SARM no fueron descolonizadas al alta.

Conclusiones: Hay escasos reportes que describan el problema de la multirresistencia en esta población, de pacientes jóvenes, habitualmente sin comorbilidades. Nuestro trabajo nos plantea si es necesario conocer la portación de MMR, y en que situaciones, para poder adecuar esquemas de profilaxis prequirúrgica, cambiar esquemas de tratamiento empírico, aplicar terapias de descolonización evitando futuras infecciones y valorar medidas de precauciones de contacto considerando el binomio madre/ hijo. Consideramos imperativo promover el uso racional de antibióticos, para disminuir el impacto de la multirresistencia en esta población y trabajar en adherencia a profilaxis antibiótica para disminuir las complicaciones infecciosas en el puerperio.

PE202 Impacto de la bacteriemia en neumonía asociada a ventilación mecánica

Manzur A, Boccardo J, Fernandez J, Ruiz S, Ranea P, Lopez M, Torrado M, Lescano C, Ferrari S.
Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una de las principales infecciones asociada al cuidado de la salud en nuestra institución, con una incidencia aproximada de 12 casos/1000 días de ventilación mecánica (VM). La presencia de bacteriemia es infrecuente y no está claro si influye en la evolución clínica de los pacientes que desarrollan NAV durante su estancia en terapia intensiva.

Objetivos: Conocer la incidencia de bacteriemia en NAV. Determinar si la presencia de bacteriemia es un factor pronóstico de la NAV.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo, de casos y controles. Análisis las NAV de terapia intensiva de nuestra institución de 2013 a 2018 diagnosticadas según criterios del VIHDA en pacientes con más de 48hs de VM, las muestras respiratorias fueron obtenidas por técnica no invasiva analizada en forma cuantitativa con punto de corte 1.000 UFC/ml. Los controles fueron pacientes con NAV y hemocultivos negativos y los casos fueron aquellos que presentaron concomitantemente hemocultivos positivos con igual microorganismo que el aislado en la muestra respiratoria. Variables analizadas: sexo, edad, comorbilidad, motivo de ingreso, multirresistencia, tiempo desde inicio VM hasta diagnóstico de NAV, tiempo desde diagnóstico NAV al destete, tratamiento empírico adecuado (TEA), internación en terapia intensiva, días de hospitalización, mortalidad hospitalaria y a los 7 días. Análisis estadístico con SPSSv20.

Resultados: Durante el periodo analizado se diagnosticó NAV en 158 pacientes, 20 de los cuales presentaron bacteriemia con una incidencia de 0,13 (IC95 %: 0,07-0,18). Los agentes etiológicos fueron similares en ambos grupos, siendo los más frecuentes *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Escherichia coli*. En el análisis univariado en los pacientes con bacteriemia el diagnóstico de NAV fue más tardío sin significación estadística, la presencia de multirresistencia fue más frecuente pero no significativa y el TEA fue menos frecuente con diferencia estadísticamente significativa. Las variables evolutivas analizadas ocurrieron de manera similar en ambos grupos: tiempo desde el diagnóstico al destete 11,2 (DE = 11,7) vs. 10,3 (DE = 14,3) días p = 0,79, internación en terapia intensiva 27,1 (DE: 9,4) vs. 28,6 (DE: 16,6) días p = 0,59, mortalidad a los 7 días 13,8 % vs. 25 % p = 0,19 y mortalidad hospitalaria 35,5 % vs. 50 % p = 0,22. Si bien el porcentaje de mortalidad fue mayor en los pacientes con bacteriemia no resultó estadísticamente significativo. Las variables que se correlacionaron con mortalidad fueron edad, comorbilidad, multirresistencia, tratamiento inadecuado y estancia prolongada en terapia intensiva y hospitalaria.

Conclusiones: La bacteriemia en NAV en nuestra institución fue similar a la reportada y en nuestro análisis no representa un factor de mala evolución ni de mortalidad. Una limitación es el escaso número de pacientes, debido de la infrecuencia de esta presentación clínica; teniendo en cuenta que se ha analizado la experiencia de 6 años, se podría superar esta limitación con estudios multicéntricos.

PE203 Casos de artritis séptica postpunción articular. El rol de control de infecciones

Burokas S, Salazar E, Lizzi A, Almada G, Staneloni M.
Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las inyecciones intraarticulares son una práctica frecuente en el tratamiento de muchas enfermedades traumatológicas y reumatológicas. La incidencia de artritis séptica post inyección intra articular se estima alrededor de 1 cada 3000 procedimientos, algunos autores describen hasta 1 en 50.000. Si bien no es una complicación frecuente, la misma conlleva importante morbilidad. Estos pacientes requieren frecuentemente internación, toilette quirúrgica y tratamiento antibiótico prolongado. Las recomendaciones actuales para la inyección intraarticular varían según la fuente: La APIC (Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology) sugiere el uso de técnica aséptica en todos los aspectos de preparación, y administración de medicación parenteral. Además, recomienda el uso de barbijo en la preparación e inyección de soluciones al espacio intracapsular (articular), espinal y durante la punción lumbar. Remarca la importancia de la higiene de manos, la desinfección de los tapones de los viales y la preferencia por el uso de monodosis. El CDC recomienda también como parte de las prácticas de inyecciones seguras, el uso de técnica aséptica pero sólo menciona el uso del barbijo específicamente para inyecciones en el canal espinal o espacio subdural y en la colocación de catéteres. En nuestro centro el procedimiento se realiza con técnica aséptica y guantes estériles. Se utiliza preferentemente monodosis y se recomienda el uso de barbijo desde la preparación. A continuación se describen 8 casos de artritis séptica post punción articular, su presentación clínica, agente causante, tratamiento y evolución.

Métodos: En el período 2013 a 2018 se identificaron 8 casos de artritis séptica en nuestro Hospital. Los criterios de inclusión para esta serie fueron: haber sido sometidos a punciones articulares en los 90 días previos. Se recopiló información de manera retrospectiva a través de la historia clínica electrónica. La identificación de los casos se realizó a través del reporte sistemático del servicio de infectología al comité de control de infecciones.

Resultados: En el período de 2013 a 2018 se identificaron 8 casos de artritis séptica, con antecedentes de punción articular (ver tabla 1).

Discusión: En nuestro estudio, la identificación de los casos se realizó a través del servicio de infectología y no a través del servicio a cargo del procedimiento, podría estar subestimada la frecuencia de este tipo de complicación. Llama la atención que 7 de los 8 casos detectados presentaron el mismo germen: *Streptococcus viridans*. Este rescate de flora habitual de la cavidad oral y tracto respiratorio superior podría deberse a fallas en las medidas de control de infecciones durante la realización del procedimiento. Por el tipo de germen se interpreta que la brecha se encuentra en el uso de barbijo para realizar el procedimiento. Si fuera un vial contaminado se observarían casos agrupados temporalmente y si fuera una falla en la antisepsia se esperaría encontrar gérmenes de piel con mayor frecuencia. Solo se identificó 1 cultivo con SAMS, en este caso el operador fue del servicio de reumatología. La frecuencia de este tipo de complicaciones podría disminuirse reforzando las medidas de control de infecciones, como el uso de barbijo en un procedimiento con técnica aséptica. Consideramos de importancia concientizar a los que realizan este procedimiento sobre la diseminación por medio de gotas de estos gérmenes y durante este tipo de práctica. A pesar de ser una complicación poco frecuente las consecuencias son graves para el paciente y prevenibles con una medida simple costo efectiva.

PE204 Reporte de brote de infección por *Clostridioides difficile* en una unidad de clínica médica de un hospital público polivalente

Herbst M¹, Cudmani N², Acevedo M¹, Caro F², Delgado G², Cudmani D², Costilla Campero G¹, Bustamante B¹.

¹Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina. ²Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: la diarrea nosocomial por uso de Antimicrobianos (AM) y causada por *Clostridioides difficile* (ICD), es reportada cada vez más como infección asociada a los Cuidados de la Salud (IACS), implica alta morbimortalidad, mayores costos y gran dificultad de erradicación para su control en el ámbito hospitalario.

Objetivos: reportar un brote de ICD en una Unidad de Clínica Médica (UCM) de un hospital público polivalente.

Materiales y Métodos: estudio observacional retrospectivo de corte transversal. Período: Agosto a diciembre de 2018. Se revisaron historias clínicas con diagnóstico de ICD de 9 pacientes. Variables: edad, tiempo de internación previa al episodio (TIPE), enfermedad de base, comorbilidades, AM previos, diagnóstico de laboratorio, tratamiento, evolución clínica y medidas de control. El diagnóstico microbiológico se realizó en muestras de heces con detección de Glutamato Deshidrogenasa (GDH) y de toxina A/B con métodos rápidos. Simultáneamente se realizó cultivo en CHROMagar *C. difficile* e identificación bacteriana por MaldiToF MS.

Resultados: 9/9 pacientes varones, 7/9 >60 años. 5/9 diabéticos con infecciones severas de piel y partes blandas, 9/9 presentaron 2 o > comorbilidades, 8/9 con TIPE > 30 días (media de 55,5 días), 9/9 pacientes recibieron 2 o más esquemas AM, los más utilizados fueron clindamicina, ciprofloxacina, ampicilina/sulbactam, piperacilina/tazobactam, vancomicina, amikacina y carbapenems. Todas las muestras resultaron positivas para GDH y toxina y 4 fueron positivas en un mismo día; el brote se concentró en el mes de Agosto (6/9 episodios). Tratamientos administrados: Metronidazol VO o EV y Vancomicina VO, solos o combinados según gravedad del cuadro clínico desde la sospecha de ICD. Todos presentaron clínica de ICD de moderada a grave que causaron descompensación y complicaciones de sus patologías de base y comorbilidades. 6/9 pacientes evolucionaron favorablemente, 1/9 tuvo recaída, 3/9 fallecieron por causas relacionadas al episodio. Medidas de control: aislamiento de contacto (cohorte), personal médico y enfermero exclusivo para la atención en el sector, provisión de insumos exclusivos, campaña de higiene de manos dirigidos a personal de salud, pacientes y visitas en el área afectada, lavado de manos con agua y jabón antiséptico, desinfección del entorno del paciente con hipoclorito de sodio 1000 ppm, uso de equipos de protección personal, traslados con notificación.

Discusión: este brote nosocomial de ICD coincide con los reportados en la literatura. El hacinamiento, la complejidad de patologías de base, el uso intensivo de AM, la internación prolongada, las dificultades para mantener una higiene hospitalaria óptima y la persistencia ambiental de esporas constituyen un alto riesgo para la aparición de brotes. La detección del mismo se logró por la reciente disponibilidad de diagnóstico microbiológico rápido, lo que permitió la inmediata comunicación interdisciplinaria y aplicación precoz de estrategias de control. Se enfatiza la necesidad de mantener vigilancia activa, provisión constante de insumos y recursos necesarios para diagnóstico, manejo de episodios y prevención de brotes.

PE205 Epidemiología, características clínicas y evolución de la infección por *Clostridioides difficile* en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires

Jorge L, Azula N, Torres D, Bues F, Herrera F, Temporiti E, Bonvehi P, Smayevsky J.
CEMIC, Argentina.

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* (ICD) es la principal causa de diarrea infecciosa en pacientes hospitalizados. Su epidemiología ha cambiado durante las últimas décadas. Los datos sobre su incidencia e impacto en Argentina son escasos.

Objetivo: Estimar la incidencia, describir la epidemiología, características clínicas y la evolución de la ICD.

Métodos: Se analizaron en forma retrospectiva las ICD entre enero de 2017 y diciembre de 2018. Se evaluaron datos epidemiológicos y clínicos. El análisis estadístico se realizó con pruebas de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher.

Resultados: Se analizaron 83 episodios de ICD. Cincuenta y uno (61.4 %) fueron mujeres y 32 (38.6 %) hombres. La mediana de edad fue 66 años (rango 19-94). Se clasificaron en ICD hospitalaria (ICD IH) 43 episodios (51.8 %), ICD inicio comunitario asociado al ámbito de la salud (ICD IC AAS) 16 (19.3 %), ICD comunitaria (ICD CO) 16 (19.3 %) y recaídas 8 (9.6 %). La incidencia de ICD IH fue de 3.06 y 5.22 cada 10.000 días pacientes y la incidencia de ICD IC AAS de 0.70 y 0.38 cada 1000 ingresos en 2017 y 2018 respectivamente. Los factores de riesgo más frecuentemente asociados fueron: uso previo de antibióticos en 77 episodios (92.8 %), siendo los más frecuentes: cefalosporinas, otros beta lactámicos y quinolonas; insuficiencia renal en 22 (25.6 %) e inmunosupresión en 38 (45.8 %). Las principales causas de inmunosupresión fueron: enfermedades oncohematológicas, trasplante renal y trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. Cincuenta y siete casos (68.7 %) se encontraban recibiendo inhibidores de la bomba de protones. El diagnóstico se realizó mediante GDH positiva, toxina negativa y PCR positiva en 45 (54.2 %), GDH y toxinas positivas en 36 (43.4 %) y GDH y toxina negativa y PCR positiva en 2 (2.4 %). La presentación clínica fue no severa en 59 (71.1 %), severa en 19 (22.9 %) y fulminante en 5 (6 %). No se encontraron diferencias significativas en la forma de presentación clínica de las ICD IH, AAS y CO. El 83.1 % Recibió tratamiento antibiótico dirigido de los episodios, de los cuales: en 26 (37.7 %) fue metronidazol, en 18 (36.2 %) vancomicina y en 25 (36.2 %) metronidazol más vancomicina. La mediana de duración de tratamiento fue 12.3 días (1-60 días). En 50 casos (60.2 %), los pacientes recibieron además otros antibióticos en forma concomitante. La mortalidad en internación fue del 14.4 % (12 episodios), definitivamente relacionada en 2, posiblemente relacionada en 6 y no relacionada en 4 casos. Presentaron recaída 8 pacientes (11.3 %).

Conclusiones: La presentación clínica y evolución de la ICD son similares a los reportados en la bibliografía. El uso de antibióticos como factor de riesgo principal demuestra la importancia en la mejora de los programas de optimización del uso de antimicrobianos, tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios. Contar con datos de vigilancia epidemiológica locales, podría ser una herramienta para reducir el impacto clínico de las ICD.

PE206 Efectividad de la higiene hospitalaria: evaluación de diferentes métodos de medición

Fabbro L, Paulosky L, Prado F, Holzman Z, Novau A, Cornistein W.
Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La higiene hospitalaria (HH) es esencial para reducir la colonización microbiana y las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) en hospitales. Sin embargo, no es auditada en todas las Instituciones y no hay un consenso sobre la mejor metodología para evaluarla. Existe una variedad de métodos para evaluar el nivel de eficiencia de la limpieza. Entre los más comunes y de fácil implementación es la utilización de marcador transparente fluorescente para la inspección visual directa, este método es sencillo y proporciona información sobre la práctica de limpieza. Otro método es la medición de Adenosin Trifosfato (ATP) por medio del ensayo de la bioluminiscencia que detecta desechos orgánicos y recuento bacteriano pero que tiene un costo asociado. En nuestra Institución, servicios generales realiza el control a través de fluorescencia con resultados variables, por encima del 90 %, por lo que la incorporación de una nueva metodología podría mejorar la evaluación.

Objetivo: Comparar dos métodos de medición de higiene hospitalaria en superficies de alto contacto

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, realizado en la Unidad de Terapia Intensiva Adultos de un Hospital de Agudos de alta complejidad de la Provincia de Buenos Aires desde octubre a noviembre de 2017. En cada habitación, al alta del paciente, un supervisor procedía a realizar marcas con marcador fluorescente en baranda de cama, ventilador artificial, monitor, mesa de comer y bomba de infusión. Luego de la limpieza terminal se controlaban, por medio de una luz ultravioleta, si las marcas habían desaparecido. Al mismo tiempo, luego de la limpieza, se realizó la medición de cantidad de ATP por bioluminiscencia en los lugares mencionados, esperando valores menores a 250 unidades relativas de luz (url) utilizando modelo NGI Luminómetro 3M Clean-Trace®. Se calculó los costos asociados a cada metodología. Para evaluar los resultados se estimó el nivel de eficiencia de la limpieza según el método utilizado: a. Fluorescencia = N. ° marcas desaparecidas / total de marcas; b. Bioluminiscencia = N. ° de determinaciones de ATP menor o igual a 250 url.

Resultados: Se realizaron 78 marcas con marcador fluorescente (mesas 17, baranda 17, ventilador artificial 10, monitor 17 y bombas de infusión 17) habiendo desaparecido 53, eficiencia de la limpieza del 68 %. Con luminómetro se analizaron 130 hisopados (mesas 29, baranda 29, ventilador artificial 15, monitor 29 y bombas de infusión 28), con resultado por debajo de 250 ATP en 95 determinaciones (73 %). No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos métodos (p0.52). En costos la medición por bioluminómetro fue de \$ 67.500 y por marcas con fluorescencia \$ 650.

Conclusiones: Si bien la cantidad de mediciones realizadas fueron diferentes, ambas metodologías mostraron un nivel de eficiencia similar por lo tanto se podrían utilizar para monitorear la limpieza. Los costos fueron superiores para la bioluminiscencia sin obtener beneficio adicional. Este estudio colabora para mejorar la limpieza diaria de las habitaciones con el fin de aumentar la adherencia de marcas desaparecidas hasta igualar o superar el 90 %.

PE207 Evaluación infectológica prequirúrgica: colonización por *Staphylococcus aureus* en pacientes sometidos a cirugías con colocación de implantes osteoarticulares

Nuccetelli Y, Yantorno ML, Greco MM, Dolche NL, Fortunato E, Scala S, Scarpinelli P, Magi G, Di Rocco E, Bergues S.
Sanatorio Argentino, La Plata, Prov. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Diversos estudios han mostrado la relación entre la colonización por *S. aureus* y el desarrollo de infección del sitio quirúrgico, especialmente en pacientes que serán sometidos a cirugías con colocación de implantes osteoarticulares (IOA). Por lo tanto, la mayoría de las guías internacionales/nacionales recomiendan la búsqueda y decolonización de dichos microorganismos. Generalmente, la colonización por *S. aureus* meticilino sensible (SAMS) es más frecuente

que por *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) (30 % vs. 1,5 %). Si bien existe limitada información sobre la colonización con *S. aureus* en la comunidad, se ha detectado que la colonización no nasal en los individuos con SAMS es al menos del 25 % lo que fundamentaría la necesidad de considerar la obtención de muestras de otros sitios anatómicos.

Objetivo: Determinar la tasa de colonización por SAMS/SAMR nasal, axilar e inguinal en pacientes que serán sometidos a cirugías con colocación de IOA, describir las conductas tomadas según los resultados y la tasa de infección posquirúrgica en los pacientes colonizados.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se implementó la evaluación infectológica prequirúrgica, donde se evaluaron pacientes sometidos a cirugías con colocación de IOA desde el 1 de marzo de 2017 al 30 noviembre 2018. En cada visita prequirúrgica se les solicitó hisopado nasal, inguinal y axilar en búsqueda de *S. aureus*, indicando decolonización y cambio de profilaxis ATB según resultados. Se analizaron características demográficas, clínicas y evolutivas de dichos pacientes (3 meses de seguimiento posquirúrgico).

Resultados: Durante el período de estudio se evaluaron 115 pacientes (tabla 1). Se solicitaron hisopados en el 90 % (104/115), obteniendo resultados en el 86,5 % (90/104). El 56,5 % (51/90) de los pacientes estaban colonizados, correspondiendo el 59 % (30) a SAMS, el 37 % (19) a SAMR y el 4 % (2) a ambas cepas. La mayor proporción de positivos se encontró en la zona inguinal (74,5 %), luego la nasal e inguinal en iguales proporciones (57 %). Los detalles se muestran en la tabla 2. Según los resultados obtenidos se indicaron las siguientes profilaxis prequirúrgicas: cefazolina 76,5 % (69), vancomicina 15,5 % (14), clindamicina 5,5 % (5), vancomicina + cefazolina 2,5 % (2). La tasa de infección en los pacientes evaluados fue de 1,1 % (1/90). El paciente estaba colonizado por SAMS/SAMR, desarrolló infección por SAMS. Había realizado decolonización y profilaxis con vancomicina + cefazolina.

Conclusión: En la población estudiada más de la mitad de los pacientes estaban colonizados por *S. aureus*, tasa superior a la reportada en la literatura. La mayoría correspondió a SAMS. Los aislamientos de los hisopados inguinales fueron los más frecuentes. En base a los resultados se modificaron las profilaxis antibióticas en casi un cuarto de la población estudiada.

Tabla 1. Características de la población estudiada (n=115)

	General (n=115)	Colonizados 56,5% (51/90)	No colonizados 43,5% (39/90)
Edad en años (mediana/rango)	58(15-89)	57(15-89)	57 (20-87)
Sexo femenino %(n)	53(61)	49(25)	64(25)
Obesidad %(n)	10,5(12)	16(8)	5(2)
Diabetes %(n)	14(16)	16(8)	5(2)
Tabaquismo %(n)	9(10)	12(6)	15(6)
Forunculosis %(n)	2,5(3)	2(1)	-
Foco infeccioso en piel %(n)	3,5(4)	6(3)	-

Tabla 2. Detalles de los resultados de los hisopados

	SAMS	SAMR	SAMS/SAMR
Un sitio positivo			
• Nasal	4	5	-
• Axilar	-	1	-
• Inguinal	9	3	-
Dos sitios positivos			
• Nasal/axilar	2	1	1
• Nasal/inguinal	1	1	1
• Axilar/inguinal	9	1	-
Tres sitios positivos	7	7	-

PE208 Infección del sitio quirúrgico asociadas a implantes osteoarticulares e implementación de un protocolo de evaluación infectológica prequirúrgica

Nuccetelli Y, Yantorno ML, Greco MM, Dolche NL, Fortunato E, Scala S, Scarpinelli P, Magi G, Di Rocco E, Bergues S. Sanatorio Argentino, La Plata. Argentina.

Introducción: Las infecciones del sitio quirúrgico asociadas a implantes osteoarticulares (IAIOA) se presentan entre el 0,5-3 % de estos procedimientos, siendo complicaciones de tratamiento complejo que generan morbilidad y aumento de costos a largo plazo. Se han reportado descensos en la tasa de infecciones asociadas cuando se implementa la evaluación infectológica prequirúrgica

Objetivo: Determinar los hallazgos microbiológicos de las IAIOA de los pacientes intervenidos en nuestra institución y comparar la tasa de infección en los pacientes que recibieron la evaluación infectológica prequirúrgica vs. aquéllos que no la recibieron.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se analizaron características demográficas, clínicas, quirúrgicas, microbiológicas y evolutivas de los pacientes sometidos a cirugías con colocación de implantes osteoarticulares desde el 1 de marzo de 2017 al 30 noviembre 2018. Se implementó la evaluación prequirúrgica consistente en la búsqueda de colonización, adecuación de profilaxis antibiótica e indicación de baño prequirúrgico. Se realizó un análisis univariado, considerándose significativa una $p \leq 0,05$ y se determinó el RR de tener una infección en el grupo que recibió evaluación prequirúrgica vs. los que no la recibieron.

Resultados: Durante el período de estudio se registraron 1021 cirugías. La evaluación prequirúrgica se realizó en 117 pacientes. Se realizó un análisis univariado donde la obesidad, el rasurado previo y la ausencia de baño prequirúrgico se asociaron a la presencia de IAIOA. Se registraron un total de 1,37 % (14/1021) infecciones, 1,43 % (13/904) en los pacientes que no recibieron evaluación prequirúrgica y un 0,85 % (1/117) en el grupo que recibió la evaluación ($p = 0,5$, RR 1.944, IC95 % 0.25-14.59). Se obtuvieron muestras para estudio bacteriológico en todos los pacientes. Los microorganismos aislados fueron: estafilococo coagulasa negativo 36 % (5), *S. aureus* meticilino sensible 28 % (4), *P. aeruginosa* 14,5 % (2), *Proteus* spp 14,5 % (2), *E. coli* 7 % (1).

Conclusión: La tasa de IAIOA se encuentra dentro de los valores esperados según lo reportado en la literatura. Se encontró que obesidad, rasurado previo y ausencia de baño prequirúrgico a la presencia de IAIOA. Si bien la tasa de IAIOA fue más baja en el grupo que había recibido evaluación prequirúrgica, la diferencia no presenta significancia estadística, dato probablemente asociado al tamaño muestral.

Características de la población con evaluación y sin evaluación prequirúrgica (n=1021)

	Grupo sin evaluación prequirúrgica (n=904)	Grupo con evaluación prequirúrgica (n=117)
IAIOA %(n)	1,43(13/904)	0,85(1/117)
• IRQ 0 %(n)	1,49(8/536)	-
• IRQ 1 %(n)	1,39(5/358)	1,75(1/57)
Edad en años (mediana/rango)	42 (13-94)	58 (15-89)
Sexo masculino %(n)	63(578)	49,5(58)
Obesidad %(n)	32(96)	20(23)
Diabetes %(n)	4(31)	16(19)
NISS 0	59(536)	50,5(59)
Rasurado del vello %(n)	21(188)	26,5(31)
Baño prequirúrgico %(n)	49(445)	100(117)

Características de los episodios de IAIOA (n=14)

Diagnóstico de IAIOA	
• Durante la internación %(n)	6,25(1)
• Ambulatorios %(n)	6,25(1)
• Reinternación %(n)	87,5(12)
Días en presentarse la infección (mediana)	26 días (5-89)
Reintervención quirúrgica %(n)	100(14)
Días de reintervención por IAIOA(media)	12 días

PE209 Detección de *Clostridioides difficile* toxigénicos por PCR en tiempo real en un Hospital Universitario de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Azula N¹, Ruggeri D², Santoni G¹, Jorge L², Relloso MS¹, Rodriguez AR², Castelli E², Bonvehí P², Smayevsky J¹.
¹CEMIC. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) productor de toxinas es principal agente causal de diarrea nosocomial. La metodología de estudio utilizada habitualmente es la inmunocromatografía (IA) que detecta la presencia de antígeno (Ag) o glutamato dehidrogenasa (GDH), presente en todos los aislamientos de *C. difficile*, y de las toxinas A/B. Si bien, estas técnicas poseen un elevado valor predictivo negativo (95-100 %), el valor predictivo positivo de la detección de toxina (Tx) es relativamente bajo. En este caso las técnicas moleculares son de gran importancia por su alta sensibilidad y especificidad.

Objetivos: Los objetivos del presente estudio fueron: a) La detección de *C. difficile* toxigénico directamente de materia fecal entre 01/01/2017 a 01/12/2018 utilizando distintas metodologías: IA, PCR real time (PCR-RT) y el cultivo anaerobio con posterior detección de la toxina por IA y PCR, considerando el cultivo toxigénico como *gold estándar*. b) La detección molecular de la toxina binaria (CDT) en aquellos aislados con delección en el gen *tdcC*. c) Conocer la incidencia y características epidemiológicas de las infecciones por *C. difficile* (ICD).

Materiales y métodos: Se analizaron 914 muestras consecutivas de materia fecal diarreicas de pacientes con sospecha de ICD. Todas las muestras se procesaron por IA utilizando el equipo C.Diff Quick Check Complete. Aquellas muestras Ag+Tx- y Ag+Tx+ se analizaron por PCR-RT, que detecta la presencia del gen *tdcC* y su delección, presente en todas las cepas toxigénicas e hipervirulentas respectivamente. En paralelo, las muestras se cultivaron en atmósfera anaerobia, en el medio CHROMagarTMC.difficile. La identificación de *C. difficile* se realizó por la metodología MALDI-TOF y la detección de toxina por EIA y PCR-RT. Se detectaron los genes *cdtA/cdtB* codificantes de la CDT por PCR. Para el estudio epidemiológico, se analizaron en forma retrospectiva los datos clínicos de los pacientes con ICD confirmada.

Resultados: Del total de muestras procesadas 85,5 % fueron negativas por IA. En el cultivo se aisló *C. difficile* toxigénico en 8,9 % (81/914). Por IA, 34 muestras fueron positivas para GDH y TX (Ag+Tx+), todas ellas fueron PCR y cultivo toxigénico positivas. Además, 2 muestras Ag+Tx+ no fueron procesadas por cultivo ni PCR y 2 negativas por IA resultaron positivas por PCR y cultivo. En 97 GDH positiva y Tx negativa (Ag+Tx-), 45 dieron PCR RT+ y cultivo toxigénico positivo. En 52 muestras (Ag+Tx-), PCR-RT negativas se aisló *C. difficile* no toxigénico. En 12 de las 81 muestras positivas por PCR, se detectó la delección en el gen *tdcC*. Estos 12 aislamiento de *C. difficile* toxigénico fueron positivos para los genes de CDT. De los 83 episodios de ICD documentados, 43 fueron hospitalarios, 16 asociados al ámbito de la salud, 16 comunitarios y 8 recaídas. La incidencia de ICD hospitalaria fue de 3.06 y 5.22 cada 10.000 días pacientes en 2017 y 2018 respectivamente.

Conclusión: En base a nuestros resultados, la realización de un método molecular resulta de gran utilidad para llegar al diagnóstico de certeza, frente a resultados inconclusos (Ag+Tx-). Además, la incidencia hospitalaria concuerda con la descrita en la bibliografía.

PE210 Clostridioides difficile: descripción de un brote en un hospital privado de la provincia de Buenos Aires

Farina J, Pessaq P, Otermin F, Trillo A, Cazzola L, Cremona A.
Hospital Italiano La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La infección por *Clostridioides difficile* (ICD) es la principal causa infecciosa de diarrea en el paciente hospitalizado. Su diagnóstico y tratamiento adecuado y precoz mejora los resultados. En Argentina no hay información de trabajos multicéntricos y sólo conocemos algo de nuestra realidad en base a publicaciones de instituciones aisladas.

Diseño: Estudio descriptivo observacional retrospectivo.

Objetivos: Describir la epidemiología de las ICD a lo largo de 3 años en un hospital privado de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Serie de casos de ICD retrospectiva entre 2016 y 2018 en un hospital privado de la provincia de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años internados en dicho centro durante el periodo citado, con muestra de materia fecal con antígeno y toxina positivos para ICD. El método de laboratorio utilizado fue ELISA para GDH y toxina A/B de *C. difficile*. Se incluyeron características demográficas de los pacientes, comorbilidades, factores de riesgo, marcadores de severidad (fiebre, leucocitos ≥ 15000 cel/mm³, albúmina ≤ 3 g/dl y creatinina > 1.5 mg/dl), tratamientos indicados, evolución clínica, complicaciones, recaídas a 30 días y mortalidad a 30 días. La clasificación en ICD leve, severa y complicada se basó en las guías IDSA 2018. Las variables continuas se expresaron con media y desvío standard (DS). Las variables categóricas se expresaron en número total y porcentajes. La comparación de resultados se realizó mediante Chi cuadrado y p de Fisher (significativa una $p < 0.05$).

Resultados: Se incluyeron 70 casos de ICD en igual número de pacientes. Hombres 60 % (42). Media de edad fue 51 (± 20). Incidencia global: 2,17 episodios/1000 egresos (2016:0,49 – 2017:1,40 – 2018:4,39). 51 % (36) de los episodios fue en la unidad de trasplante y 21 % (15) en terapia intensiva. El promedio de días de internación al diagnóstico fue 13 (± 13) y días de tratamiento fue 12 (± 8). Respecto a pacientes con factores de riesgo: 57 habían recibido antibióticos previamente (81 %), 63 usaron inhibidores de la bomba de protones (IBP) (90 %) y 8 tuvieron contacto previo con un paciente con ICD (11 %). 34 pacientes tenían diagnóstico de neoplasia hematológica (49 %). La ICD se presentó como ICD Leve en 20 pacientes (29 %), Severa en 45 (64 %) y Complicada en 5 (7 %). Se realizó tomografía en 16 pacientes y colonoscopia en 6 pacientes (en 2 se hallaron pseudomembranas). La vancomicina vía oral fue el tratamiento de elección en 51 pacientes (73 %); en 2016 2/5 (40 %), 2017 9/17 (53 %) y 2018 40/50 (80 %). El resto de los pacientes se trató con metronidazol vía oral y no se realizaron tratamientos combinados. Ningún paciente fue sometido a cirugía como parte del tratamiento. 7 pacientes (10 %) presentaron recurrencia dentro de las 8 semanas. La mortalidad global fue 26 % (18). El tiempo promedio entre el diagnóstico y el óbito fue de 7 días (± 7). En 16 pacientes (23 %) se constató bacteriemia por enteropatógenos concomitante a la ICD; en este subgrupo la mortalidad fue 44 % comparada con 22 % en los que no presentaron bacteriemia (OR 2,72 – IC 0,8-8,8 – $p > 0,09$).

Conclusiones: Esta serie muestra un incremento en la incidencia de ICD con el correr de los años coincidente con la epidemiología a nivel mundial. Se identificaron los mismos factores de riesgo enumerados en la literatura, con una alta incidencia de uso de IBP. La mayoría de los casos se trató con vancomicina vía oral, en correlación a lo actualizado en las últimas guías y principalmente en 2018. La mortalidad global fue 26 %, alcanzando 44 % en los que presentaron bacteriemia por enteropatógenos concomitante a la ICD. Es fundamental el control de los factores de riesgo y la higiene hospitalaria para disminuir la incidencia de esta entidad con importante morbi-mortalidad.

PE211 Tasas y costo de las infecciones de sitio quirúrgico poscesárea (ISQ PC)

Sarmiento MD, Ambrosius M, Gerez R, Camerano C.

Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las infecciones asociadas al cuidado de la salud (IACS) son un evento importante en salud que generan exceso de costos, morbilidad y mortalidad y deben ser sometidas a vigilancia y control epidemiológico. Las ISQ son la causa más frecuente de las infecciones nosocomiales en áreas quirúrgicas y es una complicación prevenible.

Objetivos: conocer las tasas, microorganismos y costo extra ocasionado por las ISQ PC en pacientes intervenidas quirúrgicamente en una institución de alta complejidad durante los años 2017-2018.

Material y Método: Estudio epidemiológico, prospectivo, observacional. Las definiciones utilizadas de ISQ corresponden a las normas del CDC y todos los costos analizados fueron otorgados por la administración de la institución. Se analizaron solo los costos directos para efectos prácticos de los siguientes indicadores: días de estadía en el hospital (Sala y UCI), estudios complementarios para el diagnóstico (cultivos bacteriológicos y estudios por imágenes efectuados durante la hospitalización) y re intervenciones quirúrgicas (laparotomía exploradora o histerectomía).

Resultados: Se registraron 2149 cesáreas (2017 = 1015) (2018 = 1134). Tasa de cesáreas en relación a los partos totales año 2017: 48 %; 2018: 45 %. Presentaron ISQPC: 51 pacientes (2,4 %), tasa de ISQ 2017: 3 % (30); 2018: 2 % (21) requiriendo en promedio 7 días de internación extra. Fueron consideradas ISQ incisional profunda: 50, y 1 ISQ órganos/espacios a quien se le realizó histerectomía. Costos totales \$2.372.657, promedio por paciente: \$46.844,25.

Conclusiones: Tasas de cesáreas y de ISQ PC en descenso (3 % a 2 %), bacteria más frecuentemente hallada: *Staphylococcus aureus*. Los costos extras totales por ISQ PC fueron elevados: \$2.372.657, promedio por paciente: \$46.522; el costo por administración de ATB fue el más elevado: \$1.506.534. Realizar vigilancia y control de los procesos quirúrgicos es imprescindible para reducir las tasas de ISQ y costos asociados.

Microorganismos de muestras quirúrgicas

Microorganismo	2017	2018
<i>Staphylococcus aureus</i>	63%	65%
Bacilos Gram negativos	33%	20%
Enterococo	3%	5%
SCN	0	10%

Costo de las ISQ PC

Pacientes	TOTAL \$1(2,4%)	2017 30 (3%)	2018 21 (2%)	Costo unitario
Días extra de internación en: Sala	381(P:7 días) \$610.362	198 \$317.196	183 \$293.166	\$1.602
UCI	1 días \$6.000	0	0	\$ 6000
Diagnóstico por imagen	55 Ecografías \$34.100	33 \$20.460	22 \$13.640	\$ 620
	11 TAC \$28.600	7 \$18.200	4 \$10.400	\$ 2.600
Muestras Microbiológicas (Hemocultivo Colección, Partes Blandas)	140 \$60.760	88 \$38.192	52 \$22.568	\$ 434
Re intervención Quirúrgica	49 Toiletes \$126.763	27 \$69.849	22 \$56.914	\$ 2.587
	1Histerectomía \$5.538	1 \$5.538	0	\$ 5.538
Total	\$866.123	\$469.435	\$396.688	

Costos del tratamiento ATB

Tratamiento ATB	Costos totales	Costo unitario
Piperacilina-Tazobactam	\$709.560	\$1.314
Vancomicina	\$699.924	\$1.241
Ampicilina-Sulbactam	\$ 33.600	\$100
Colistín	\$63.450	\$235
Total	\$1.506.534	

PE212 Bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*: continúa siendo una infección grave independientemente del perfil de resistencia

Rearte AN, Nicola F, Torres D, Amaya L, Bonvehí P, Temporiti E, Moreno N, Herrera F.

CEMIC. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias por *Pseudomonas aeruginosa* (PA) representan un problema a nivel mundial para la Salud Pública dada su la elevada mortalidad. La evidencia es aún hoy contradictoria respecto a si el perfil de multiresistencia está asociado a una peor evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes. Se incluyeron los episodios de bacteriemia por PA en adultos internados en un hospital universitario de Buenos Aires, desde enero 2014 a octubre 2018. Se compararon los grupos según el perfil de resistencia: Grupo 1 (G1) sin multiresistencia y grupo 2 (G2) con perfil de multiresistencia. Se registraron las características clínicas, microbiológicas y evolución. Se emplearon los análisis de Chi-Cuadrado y Kruskal-Wallis para las variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados: se incluyeron 95 episodios de bacteriemia por PA, G1: 64 (67 %) y G2: 31 (33 %). El 85.3 % fueron nosocomiales. El G1 fue más añoso con una mediana de 69 años (P25-75: 59-76 años) vs. G2: 61 años (P25-75: 44-75 años, p = 0.038); y tuvo más comorbilidades por score de Charlson, G1: 6 (P25-75: 4-8) vs. G2: 4 (P25-75: 2-6, p = 0.048). La mediana del score de APACHE II y PITT fue similar en ambos grupos, G1: 18.5 (12.5-25) vs. G2: 16 (12-19, p = 0.296) y G1: 2 (0-4) vs. G2: 0 (0-3, p = 0.334), respectivamente. Por otro lado, el inmunocompromiso y la neutropenia fueron menos frecuentes en el G1: 59.7 % vs. G2: 90 %, (p = 0.035) y G1: 6.3 % vs. G2: 32.3 % (p = 0.001), respectivamente. También lo fueron la terapia previa con carbapenemes G1: 39 % vs. G2: 82 % (p = 0.005), terapia previa con quinolonas G1: 11.4 % vs. G2: 31.8 % (p = 0.005), y la colonización con PA multiresistente G1: 3.1 % vs. G2: 29 % (p < 0.0001). A pesar de haber recibido una mayor proporción de terapia empírica apropiada en el G1: 95 % vs. G2: 55 % (p = 0.0001), el desarrollo de shock, la admisión en UTI y la mortalidad a 30 días fue similar en ambos grupos: G1: 48.4 % vs. G2: 35.5 % (p = 0.23), G1: 61 % vs. G2: 51 % (p = 0.33) y G1: 31.3 % vs. G2: 45 % (p = 0.18), respectivamente. Sin embargo, la mortalidad relacionada a infección posterior al día 30 fue mayor en el G2, G1: 21.9 % vs. G2: 51.6 % (p = 0.003).

Conclusiones: La bacteriemia por PA ha tenido una mortalidad elevada en esta población independientemente del perfil de resistencia encontrado. Esto probablemente refleje la complejidad de los factores que intervienen y deben tomarse en cuenta para el manejo de estos pacientes.

PE213 *Enterobacter aerogenes* HPC-2 en un hospital público, descripción clínica, microbiológica y caracterización molecular

Rivera E, Hojman M, Di Paolo M.

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. CABA. Argentina.

Introducción: *Enterobacter aerogenes* es una de las especies del género más involucradas en infecciones asociadas al cuidado de la salud y suelen ser productoras de β-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y carbapenemasas. Los carbapenemes son los agentes de primera línea para el tratamiento de infecciones nosocomiales causadas por *Enterobacteriaceae* smultiresistentes. Sin embargo, la resistencia a los carbapenemes ha incrementado dramáticamente entre los géneros de la familia *Enterobacteriaceae* sde nuestro hospital.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas de los pacientes afectados y, las particularidades microbiológicas y moleculares de los aislamientos de *E. aerogenes*.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en aislamientos de *E. aerogenes* provenientes de pacientes de un hospital público de San Miguel de Tucumán en el segundo semestre de 2014. Se estudió el perfil de susceptibilidad antibiótica y se investigó los genes de β -lactamasas (blaTEM, blaSHV, blaCTX-M, blaOXA, blaKPC, blaVIM, blaIMP y blaNDM) por Multiplex PCR y los genes codificantes de resistencia a polipéptidos (mcr-1, mcr-2). La relación clonal entre todos los aislamientos de *E. aerogenes* se determinó por Electroforesis en Campo Pulsado (PFGE).

Resultados: Se obtuvieron 14 aislamientos de *E. aerogenes*, 71 % provenientes de pacientes infectados y 29 % de pacientes colonizados. El 92 % de los pacientes fueron hombres, con una edad media de 50 años. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue politraumatismo (34 %), seguido de complicaciones de la diabetes (28 %) y hepatopatías (14 %). El 72 % de los aislamientos fueron provenientes de pacientes infectados, de los cuales el 30 % fueron ITU, 20 % ISQ, 20 % infecciones intraabdominales y 10 % otras. El 64 % de los aislamientos provino de terapia intensiva. El 100 % aislamientos fueron resistentes a β -lactámicos, ciprofloxacina y gentamicina, 93 % a trimetoprima/sulfametoxazol y 36 % a colistina; ningún aislamiento demostró resistencia a ampicilina. Todos los aislamientos transportaban el gen blaKPC y con posterior secuenciación pudo concluirse que se trata de KPC-2; adicionalmente fueron detectados blaTEM y blaCTX-M en todos los aislamientos y sólo uno era portador de blaSHV. De los 5 aislamientos resistentes a polipéptidos, sólo uno fue positivo al gen mcr-2. Se demostró por PFGE, que el 85 % (12) de los aislamientos de *E. aerogenes* corresponden al mismo pulstotipo A.

Conclusión: La diseminación clonal y la acumulación de determinantes de resistencia a β -lactámicos presentada por estos aislamientos demuestra la habilidad de *E. aerogenes* de adquirir y mantener diferentes genes de resistencia; además nuestros hallazgos sugieren trabajar fuertemente en el uso adecuado de los antibióticos y la aplicación estricta de medidas de control de infecciones para evitar la diseminación clonal causada por enterobacterias resistentes a carbapenemes en nuestro Hospital.

PE214 Impacto de un programa de prevención de infecciones quirúrgicas en la conducta de cirujanos y anestesiistas en quirófanos de un hospital público

Rivera E, Hojman M, Di Paolo M.

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones de sitio quirúrgico (ISQ) ocupan un lugar destacado en los programas de vigilancia y control de la infección nosocomial. Hay evidencias de que hasta un 60 % serían evitadas aplicando adecuados programas de prevención.

Objetivos: Determinar si el porcentaje de cumplimiento de las medidas de prevención quirúrgicas es mayor luego de la implementación de un programa de prevención de ISQ en un hospital público de CABA.

Material y Métodos: Estudio comparativo intersujeto, observacional, retrospectivo y transversal. Se analizaron datos de fichas de registro de cumplimiento de medidas de prevención de ISQ pre y post instrumentación del Programa (junio-julio 2017 y enero-febrero 2018) El Programa consistió en: entrega de la ropa quirúrgica al ingreso al quirófano, difusión de las recomendaciones de prevención de ISQ, auditoría diaria por las instrumentadoras. Variables: categoría profesional, uso adecuado de barbijo, de ambo, y de camisolín, higiene de manos quirúrgica, cambio de ropa cuando se mancha, y manejo de efectos personales dentro del quirófano (mochila o bolso dentro de bolsa plástica) Los datos fueron analizados empleando el paquete estadístico SPSS 11.5 y VCCstat 3. 0. Cuando fue necesario se estimaron intervalos de confianza del 95 % y se realizaron pruebas de significación (Test Chi cuadrado). El nivel de significación se estableció en alfa 0.05. Tabla 1. Como se encontró evidencia que en general, los cirujanos no se comportan igual que los anestesiistas en adherencia a medidas de prevención, los resultados se presentan por separado.

Resultados: Tabla 2. Tabla 3.

Conclusiones: Cirujanos y anestesiistas mejoraron significativamente el uso de ambo adecuado, cambio de ropa cuando se mancha y manejo de efectos personales dentro del quirófano. Los anestesiistas, además, presentaron mejoras significativas en uso adecuado de barbijo e higiene de manos quirúrgica. La instrumentación del Programa fue exitosa. Resta medir efecto en tasas de ISQ. Más recursos y trabajo en este sentido son necesarios.

PE215 Infección protésica articular tratada con desbridamiento y retención: serie de 54 pacientes

Levy B, Fernández A, Maurino J, Gill D, Tamagno G, Teglia O.

Policlínico Pami I. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: Las infecciones protésicas articulares (IPA) plantean graves consecuencias para los pacientes, con fuerte impacto en la calidad de vida y grandes costos en salud. Aun siguiendo estándares de tratamiento recomendados por guías internacionales, hasta un 30 % fracasan. Presentamos una serie de 54 pacientes con IPA a los que se realizó desbridamiento, antibioticoterapia y retención de implante (DAIR).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes con diagnóstico de IPA en los que se realizó DAIR, en una institución de tercer nivel de la ciudad de Rosario, entre los años 2014 y 2019. La persistencia o reaparición de signos de infección posteriores al tratamiento se consideró fallo.

Objetivos: Primario: Describir características clínicas y microbiológicas halladas en pacientes con IPA que recibieron tratamiento con DAIR. Secundario: describir aislamientos microbiológicos en pacientes sometidos a nueva intervención por fallo.

Resultados: Se evaluaron 54 pacientes, 43 mujeres (79 %). Edad promedio 80 años (entre 60 y 96 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (N = 13), diabetes (N = 12), hipotiroidismo (N = 7). El 83 % fueron prótesis de cadera (N = 45), 76 % de éstas colocadas por fracturas (N = 41). La infección se diagnosticó antes de 90 días de colocación del implante en 83 % (N = 45). El 100 % presentó elevación de la velocidad de eritrosedimentación y/o proteína C reactiva. Se pudo establecer diagnóstico etiológico a través de cultivos quirúrgicos en el 98 % (N = 53). La mayoría presentó desarrollo de al menos un bacilo Gram negativo (BGN) (N = 30), siendo *Escherichia coli* (N = 9) el más frecuente. Los cocos Gram positivos (CGP) estuvieron presentes en 27 casos, siendo *Staphylococcus aureus* el más frecuente (N = 15, SAMR = 5). Se aislaron organismos multirresistentes (MDR) en 20 casos (37 %), y en 21 casos (39 %) se constataron infecciones polimicrobianas. El 50 % de los pacientes requirió una nueva intervención quirúrgica por fallo del tratamiento inicial. 18 de éstos se diagnosticaron antes de los 90 días postoperatorios de la primera intervención. En 10 casos se realizó recambio en dos tiempos, en 9 DAIR y en 6 casos se procedió al retiro de material protésico y fusión. En la segunda intervención quirúrgica predominaron los BGN. En 40 % de los casos se constató infección polimicrobiana (N = 11) y 48 % presentaron microorganismos MDR (N = 13). En 12 casos se observó al menos un microorganismo de igual especie que los aislados en la primera intervención. 7 de estos presentaron diferencias fenotípicas, ampliando el espectro de resistencia. La mortalidad global fue de 7 % (4 casos).

Conclusión: La presente serie, conformada en su totalidad por mayores de 60 años, muestra una alta tasa de fallo terapéutico en pacientes con diagnóstico de IPA tratados con desbridamiento y retención del implante, así como una alta incidencia de infecciones por patógenos multirresistentes, con alta frecuencia de infecciones polimicrobianas. Se destaca la alta sensibilidad de los reactantes de fase aguda, así como el alto rendimiento de los cultivos quirúrgicos para establecer el diagnóstico etiológico.

PE216 Importancia del triple screening para *Staphylococcus aureus* en cirugía ortopédica

Boccardo J, Manzur A, Guerrero L, Ganga R, Rodriguez C, Manilov R.
Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (SA) es el agente etiológico más frecuente de la infección del sitio quirúrgico (ISQ) posartroplastia, siendo mayor la tasa de complicaciones y el costo ante cepas meticilino resistentes. La colonización nasal es un factor de riesgo, y es del 15-30 % de la población general para SAMS y del 1-3 % para SAMR. Con hisopado nasal se detectan el 66 % de los portadores. Si se combina con inguinal, se alcanza un 82 % de sensibilidad diagnóstica. Las medidas para prevenir ISQ incluyen la detección de portadores, la decolonización y la administración profiláctica de antibióticos.

Objetivos: -Determinar el índice de colonización por S. A en pacientes sometidos a un procedimiento ortopédico con implantes en nuestra institución. -Evaluar los factores de riesgo asociados a la colonización. -Comparar la sensibilidad del screening nasal frente al triple screening (nasal, faríngeo e inguinal) para detectar la colonización por S. aureus en la población en estudio.

Métodos: -Se realizó hisopado nasal, faríngeo e inguinal entre 7 y 10 días antes de la cirugía, desde abril de 2015 hasta abril de 2018. -Las muestras se cultivaron en manitol (selectivo) durante 24 horas a 37°C. Detección de sensibilidad a oxacilina en disco. - En los portadores, se inició un protocolo de descolonización con mupirocina nasal y baños con clorhexidina.

Resultados: Durante el período estudiado, se realizaron 415 hisopados, con 175 resultados positivos para S. aureus (42 %), con una distribución de 74 % para SAMS y 26 % para SAMR. En 18 pacientes (10.22 %) se encontraron ambos microorganismos en distintos sitios anatómicos. 124 pacientes fueron detectados por tamizaje nasal (29,9 %), 28 pacientes fueron positivos en hisopos de fauces (6,7 %) y 103 inguinales exclusivamente (24.8 %). Se encontró SAMR en 15,3, 14,3 y 33 % respectivamente. En 71 pacientes (40 %) los hisopados fueron positivos en 2 o más sitios, y se encontraron 53 pacientes (30,1 %) con hisopados en sitio distinto al nasal. (11,3 % fauces y 88,8 % inguinales). La edad promedio de los colonizados fue de 61.6 +-18, y de los no colonizados 58,3+-20. El porcentaje de meticilino resistencia fue de 0 % en 2015, 11,57 % en 2016, 14,55 % en 2017, y 15 % en 2018. Se analizaron distintos factores de riesgo, como diabetes, artritis reumatoide, insuficiencia renal crónica, consumo de corticoides. En el análisis estadístico, ninguno tuvo asociación a la colonización por SA, independientemente de la susceptibilidad.

Conclusión: De acuerdo con nuestros datos, la portación de SAMR es mayor que la informada en la literatura, y no encontramos factores de riesgo que predigan de manera confiable la portación, por lo que debemos realizar pruebas de detección triple, baños de clorhexidina y profilaxis adecuada para el microorganismo como parte de la prevención. Enfatizamos la importancia del número de muestras, ya que aumenta la sensibilidad de detección en un 30 % de los pacientes al agregar tres sitios de muestreo anatómico.

PE217 Infección del sitio quirúrgico por *Staphylococcus lugdunensis*

Boccardo JD, Fernandez J, Meritello M, Ranea P, Lopez M, Manzur A, Ferrari S.
Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina.

Introducción: *Staphylococcus lugdunensis* es un coagulasa negativo, que puede aislarse como un componente de la flora cutánea, asociado a varias infecciones clínicas, como celulitis, endocarditis, con mayor incidencia en los últimos años. Expresa factores de virulencia similar a *Staphylococcus aureus*. En la mayoría de aislamientos clínicos, S. lugdunensis es el responsable de la enfermedad.

Objetivos: Describir aspectos epidemiológicos y clínicos de S. lugdunensis como patógeno emergente en infecciones del sitio quirúrgico (ISQ) el servicio de maternidad de nuestro hospital. Analizar perfil de resistencia a antibióticos.

Materiales y métodos: Se analizaron los resultados bacteriológicos de heridas quirúrgicas (HQ) positivas del servicio de maternidad, desde enero de 2016 a diciembre de 2018. La identificación y sensibilidad se realizó por sistema automatizado BD Phoenix 100

Resultados: Durante el período de estudio se analizó un total de 481 muestras de heridas quirúrgicas del servicio de maternidad, 316 resultaron positivas y se aisló en 42 (13,29 %) en la mayoría (32; 76,2 %) como único agente y 10 polimicrobianas. La distribución de incidencia anual se incrementó del 8,8 % en 2016, 12,37 % en 2017 y 16,45 % en 2018. La sensibilidad fue de 100 % a meticilina y vancomicina, 94,2 % a eritromicina, 96,2 % a Clindamicina y 73,1 % sensible a TMS. La edad promedio de las pacientes fue de 29,5 años. De las 42 pacientes con ISQ, 29 tuvieron manejo ambulatorio y 13 (31 %) requirieron internación. De estas últimas, 7 presentaron infección monomicrobiana y 6 polimicrobianas, 10 presentaron ISQ incisional profunda, y 3 infección de órgano y espacio; 1 con infección polimicrobiana, anexohisterectomía, y pase a terapia intensiva. No hubo bacteriemias ni óbitos.

Conclusiones: Observamos un aumento de S. lugdunensis, como patógeno de ISQ de cesárea, en general con buena evolución clínica, pero nos alerta a tenerlo en cuenta como patógeno emergente. Este aumento podría corresponder a una mayor investigación bacteriológica. La sensibilidad antibiótica hallada es similar a la literatura, y es acorde al esquema protocolizado en nuestra institución para profilaxis pre quirúrgica. Debemos optimizar dicha profilaxis (tiempo y duración) como estrategia fundamental para la prevención de este tipo de infecciones. Consideramos que se deben jerarquizar estos aislamientos y seguir en el tiempo su comportamiento epidemiológico.

PE218 Análisis sobre la evolución de los pacientes colonizados por MOMR en un centro de rehabilitación: 7 años de experiencia en su manejo

Zitto T, Silva C, Sibilla M.
CIAREC Clínica de Internación Aguda en Rehabilitación y Cirugía. Argentina.

Introducción: En los centros de rehabilitación es frecuente que los pacientes se colonicen por MOMR y el manejo o el cuidado de ellos, resulta muchas veces dificultoso y a menudo poco realista para poder implementar las medidas de prevención recomendadas para los centros de agudos.

Objetivo: Analizar el manejo de los pacientes colonizados por MOMR en un centro de rehabilitación y su impacto.

Método: Durante 2011-2018, se realizó la vigilancia sistematizada de MOMR. Se hisoparon todos los pacientes ingresados al centro de rehabilitación que vieran de otro centro (con y sin vigilancia previa) y todos aquellos que recibieron antibióticos (carbapenemes y quinolonas) durante su estadía. Al principio, se controlaba SAMR, EVR, BLEE y KPC, en 2015 se dejó de vigilar SAMR y desde 2017, sólo se realiza la búsqueda de KPC. La institución cuenta con 119 camas de piso (7 habitaciones individuales), 10 de UTI (4 compartidas) y 25 de pediatría (1 individual). Siempre que sea posible se intenta realizar cohortes por MOMR. Los pacientes realizan actividades de rehabilitación compartidas en gimnasio, terapia ocupacional, fonoaudiología, y se establecen horarios para estas activi-

dades siendo otorgados los últimos turnos para los colonizados. Asimismo, se comparten áreas comunes como la confitería junto a sus familiares. La ubicación de los pacientes colonizados se establece según requerimiento de atención por el personal de salud e inmunocompromiso. Se permite compartir habitación a los pacientes colonizados con otro no colonizado siempre que tenga la piel intacta o las heridas contenidas, no se encuentren traqueostomizados y no estén inmunocomprometidos.

Resultados: Se evaluaron 7866 pacientes, 694 colonizados (7,5 %), la tasa varió por año, desde 14,9 % (2011) a 3,2 % (2018). El 48,55 % de los pacientes ingresaron colonizados/infectados (337/694), en 374 pacientes se le indicó aislamiento preventivo por haber ingresado sin cultivos de vigilancia y de ellos el 90,1 % la vigilancia fue negativa (337) y de los pacientes que recibieron antibióticos (414), se colonizaron el 42 % (174). La prevalencia de MOMR varió en los diferentes años: SAMR de 12,5 % (2011) a 0 % (2014); EVR de 20,8 % (2011) a 14,3 % (2016); BLEE de 62,5 % (2011) a 42,8 % (2016); KPC fue incrementando su prevalencia 4,2 % (2011) a 41,8 % (2016) y desde 2017, solo se vigila este microorganismo. La tasa de colonización por KPC (2017-2018) fue mayor en UTI 4,25 % comparado a las áreas de pediatría (1,04 %) e internación general (1,86 %). Entre 2017-2018, se registraron 6 infecciones urinarias por KPC, la mayoría de los pacientes tenían el antecedente de colonización previa (5/6; 83,3 %).

Conclusión: Los pacientes de los centros de rehabilitación presentan diferentes riesgos de colonización/infección por MOMR con respecto a los centros de agudos. Ellos requieren realizar actividades en conjunto como parte de su rehabilitación y esto no incrementa el riesgo de infección por KPC como tampoco el compartir habitaciones con otro paciente colonizado. Se debe priorizar la recuperación de los pacientes, manteniendo las medidas de control de infecciones adaptándolas a nuestra realidad sin extrapolar las medidas de los centros de agudos.

PE219 Experiencia de 10 años de vigilancia de microorganismos multirresistentes

Zitto T, Silva C, Stepanik D, Kuljis G, Martín Y, García N, Edat L.
Sanatorio de La Trinidad Palermo. CABA. Argentina.

Introducción: La prevalencia de colonización por MOMR varía temporalmente, geográficamente y por centro de salud. La búsqueda de pacientes colonizados tiene el objetivo de prevenir la diseminación de MOMR a otros pacientes y evitar la infección.

Objetivos: analizar la evolución de las colonizaciones por MOMR durante 10 años en un centro de agudos y su impacto

Métodos: entre 2008-2018, se evaluaron 1651 hisopados positivos para algún MOMR, se vigilaban sistemáticamente SAMR, EVR, BLEE y KPC. Desde 2013, se discontinuó la vigilancia para SAMR y se incorporó los baños con clorhexidina y en 2017, se dejaron de controlar BLEE y EVR. Los criterios de vigilancia fueron variando con los años, actualmente se realiza vigilancia a los pacientes con estancia prolongada UTI/UTIM, aquellos que reciben determinados antibióticos los pacientes derivados de otros centros o con internación en los últimos 3 meses. Se evaluó la prevalencia de colonizaciones por MOMR, los factores de riesgo (ATB previo, derivaciones, internación prolongada, etc.) y la incidencia de infección en los pacientes colonizados en UTI/UTIM. Los datos fueron analizados en EPIcontrol y Excel.

Resultados: La prevalencia global de colonización por SAMR fue de 6,9 %, EVR 17,9 %, BLEE 28,6 % y KPC 44,3 %. La mayoría de las colonizaciones se observó en los pacientes que habían recibido ATB (29,1 %; n481) y los que provenían de otro centro de salud (33,3 %; n549) y en el 27,4 % (n452) de los casos presentaron múltiples criterios de vigilancia. No hubo diferencia de colonización entre los pacientes de internación general y los de las unidades críticas, excepto para SAMR que tuvo mayor prevalencia en internación general (9 % vs. 4,4 %). KPC desplazó a los otros microorganismos, surgiendo en 2010 (18,1 % colonizaciones) hasta 2016 (65,8 %) y desde entonces es en el único que se realiza vigilancia. En UTI/UTIM se evaluaron un total de 46104 pacientes-d, la tasa de colonización por 1000/ptes-d fue de: SAMR 0,8%; EVR 3,1%; BLEE 6,4% y KPC 8,8%. Se detectaron 670 infecciones por MOMR en UTI/UTIM, 8,5 % SAMR, 2,5 % EVR, 64,5 % BLEE y 24,5 % KPC. La incidencia de infección según antibiotipo por el mismo MOMR de la colonización fue: 2,5 % SAMR (1/39); 2,1 % EVR (3/145); 27,6 % BLEE (81/294) y 12,5 % KPC (51/407).

Conclusión: El número de pacientes colonizados varió entre los distintos años. El impacto de las infecciones por MOMR con el mismo antibiotipo de la colonización no fue representativo. El control de la transmisión de MOMR requiere estrategias planificadas, multidisciplinarias aplicadas de forma constante en el tiempo, con medición de sus resultados y aplicación de intervenciones adaptadas.

PE220 Infecciones por carbapenemasas tipo OXA-163

Ducatenzeiler L, Benso J, Alexander V, Visus M, Greco G, Burokas S, Salazar E, Staneloni M.
Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Desde los primeros reportes en el año 2011, se ha observado un aumento en la incidencia en Argentina de carbapenemasas clase D OXA-163. Esta es una variante de la OXA-48 que hidroliza débilmente a los carbapenems y eficientemente a las cefalosporinas. La diseminación de estas enzimas no solo plantea un desafío diagnóstico, terapéutico por la escasa evidencia clínica y en control de infecciones para evitar su diseminación. **Objetivo:** Describir los casos de infecciones por enterobacterias OXA-163 desde el 2018 en un hospital alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo con revisión de historia clínica electrónica. Se incluyeron los casos con muestra clínica positiva para OXA 163 y signos clínicos compatibles con infección dentro de las 48 horas de realizado el cultivo. Se excluyeron muestras de materia fecal (colonizaciones). La identificación de cepas de OXA 163 de muestras clínicas se realizó a través de espectrometría de masa (VITEK MS bioMérieux); la sensibilidad fue realizada por VITEK 2 Compact (bioMérieux). Se testeó Ertapenem a través de difusión y se descartaron otros mecanismos de resistencia siguiendo las guías del CLSI M100-28 y los algoritmos de trabajo propuestos por el servicio de Antimicrobianos INEI-ANLIS "Dr. C. Malbrán". Se identificaron cepas con mecanismo OXA 163 mediante test Inmunocromatográfico RESIST-3 OOK K-Set (Britania). ción cutánea generalizada y disfunción orgánica múltiple. Evolucionó con shock irreversible, falleciendo a las 48 hrs de haber sido admitido. El diagnóstico se realizó luego del óbito, para *Rickettsia* spp por IFI. 2° caso: Paciente de 45 años, antecedente de viaje al Parque Nacional El Rey expuesto a múltiples picaduras de garrapatas y un compañero de trabajo fallecido con cuadro de fiebre y manchas en la piel sin diagnóstico, ingresa con síndrome febril de 4 días de evolución, se inició tratamiento empírico con Doxiciclina, con buena evolución clínica. Con diagnóstico para *Rickettsia* spp. confirmado por IFI.

Características básicas	Todos los pacientes (n=13)	Sin mortalidad intrahospitalaria (n=8)	Mortalidad hospitalaria (n=5)	Valor p
Edad, años (mediana, RIC)	71 (35-83)	58,5 (35-78)	78 (58-83)	
Sexo masculino, n(%)	7 (53,8)	4 (50)	3 (60)	NS
Cáncer activo, n (%)	2 (15,3)	1 (12,5)	1 (20)	0,76
Inmunosupresión, n (%)	3 (23)	3 (37,5)	0 (0)	0,28
Score de Charlson (mediana, RIC)	3(0-6)	3(0-6)	6 (2-6)	NS
Características clínicas				
Shock, n (%)	3 (23)	0(0)	3(60)	0,55
Insuficiencia renal aguda, n(%)	5 (38,4)	1(12,5)	4(80)	0,06
Catéter venoso central, n(%)	10(76)	6(75)	4(80)	> 0,9
Catéter vesical, n(%)	11(84,6)	6(75)	5(100)	0,36
Tratamiento antimicrobiano				
Tratamiento empírico combinado, n (%)	8 (61,5)	5 (62,5)	3 (60)	> 0,9
Tratamiento empírico monoterapia, n (%)	5 (38,5)	3 (37,5)	2 (40)	
Tratamiento definitivo combinado, n (%)	10 (76,9)	6 (75)	4 (80)	> 0,9
Tratamiento definitivo monoterapia, n (%)	3 (23)	2 (25)	1 (20)	
Fuente de Infección, n (%)				
Neumonia	3 (23)	1 (12,5)	2 (40)	0,62
Infección urinaria	3 (23)	3 (37,5)	0 (0)	0,92
intraabdominal	2 (15)	1 (12,5)	1 (20)	> 0,9
osteomielitis	2 (15)	1 (12,5)	1 (20)	> 0,9
Bacteriemia asociada a catéter	1 (8)	1 (12,5)	0 (0)	> 0,9
Bacteriemia primaria	1 (8)	0 (0)	1 (20)	> 0,9
Bacteriemia secundaria	4 (30,7)	2 (25)	2 (40)	0,28

6 - Infecciones generales en adultos

PE221 Mortalidad de las bacteriemias por *Escherichia coli* en pacientes mayores de 65 años en un hospital privado. Revisión años 2014-2018

Michelud C, Salmeron Olsina A, Gordóvil M, de Wouters L, Vallejo M.

Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias por *Escherichia coli* (*E. coli*) en adultos mayores son unas de las principales causas de ingresos hospitalarios en nuestro nosocomio. El objetivo primario de nuestro estudio es analizar la mortalidad de pacientes internados por bacteriemia por *E. coli*, comparando las *E. coli* productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) con las no BLEE. Los objetivos secundarios son evaluar presencia de sepsis, días de hospitalización, focos clínicos, terapia empírica inicial, internación previa, antibióticos previos y origen de adquisición de bacteriemia como factores de riesgo de mortalidad.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo. Analizamos historias clínicas informatizadas de pacientes >65 años que presentaron hemocultivos positivos para *E. coli* entre 06/2014 a 06/2018. Los hemocultivos se realizaron por BACT/ALERT, la sensibilidad por difusión con disco y la CIM por tiras reactivas (Etest). Los datos se analizaron en sistema EPI info7.2.1 (CDC).

Se incluyeron variables como edad, sexo, uso de antibióticos previos, internación previa, terapia empírica adecuada, factores de riesgo/comorbilidades, focos clínicos e internación en área cerrada.

Resultados: Un total de 487 bacteriemias por *E. coli* fueron incluidas. De ellas el 15.8 % (77) resultaron BLEE. Mediana de edad 83 (65-101). Sexo femenino 63.2 %. La media de días de internación fue 12 (DS 16.2) para bacteriemias *E. coli* BLEE, y 8 (DS 9) para No BLEE ($p < 0.01$). La media de días de tratamiento endovenoso fue 8 (DS 12) para *E. coli* BLEE, y 6 (DS 6) para No BLEE ($p < 0.01$). En días de tratamiento empírico inadecuado la media para BLEE fue 2 versus 0.7 No BLEE ($p < 0.01$). El foco más frecuente fue Urinario (54.1 %) seguido por Biliar (22.9 %). El 79.4 % tuvo factores de riesgo. Los más frecuentes fueron Instrumentación previa (37 %), Internación previa (35 %) y Uso de antibióticos previos (30 %). La necesidad de internación en área cerrada fue 27.7 %. Las comorbilidades más frecuentes fueron diabetes (23 %), tumor sólido (17.2 %), y residencia en geriátrico (14.5 %). Del total de episodios, 42.5 % (207) fueron asociados a cuidados de salud, 50.7 % (247) de origen comunitario, y 6.7 % (33) nosocomiales. El 40.2 % tenían sepsis al ingreso, de los cuales fallecieron dentro de los 30 días el 74 % ($p < 0.01$). El 70,8 % recibió tratamiento empírico adecuado, en *E. coli* BLEE sólo 24.6 %. El 7.8 % no recibió terapia dirigida adecuada. La mortalidad global fue 19 % (93/487), 22 % *E. coli* BLEE y 18.5 % No BLEE ($p 0.5$ -RR 1.19. IC 0.74-1.89). Con terapia empírica adecuada la mortalidad fue 63.4 %. La mortalidad de origen comunitario fue 10 %, ninguno atribuible a *E. coli* BLEE. En origen nosocomial la mortalidad fue 51 % y 23.6 % asociado a cuidados de la salud. Internación reciente (<1 mes) resultó factor de riesgo de muerte ($p < 0.01$). Recibir tratamiento combinado empírico con aminoglucósidos mostró mortalidad de 6.4 % (8 pacientes) resultando un factor protector. En análisis bivariado se observó mayor mortalidad en foco biliar ($p 0.06$), pulmonar ($p < 0.01$) y ausencia de foco ($p < 0.01$). En mortalidad según factor de riesgo, se obtuvo diferencia significativa para tumores sólidos, internación previa e instrumentación previa ($p < 0.01$).

Conclusión: Las bacteriemias por *E. coli* son un motivo frecuente de internación, lo cual impacta en la estadía hospitalaria y los costos de salud. Si bien en nuestro estudio el análisis de mortalidad no arrojó diferencias estadísticas significativas entre bacteriemias BLEE y No BLEE, se observa un aumento en el riesgo de muerte. Esto podría deberse a baja prevalencia en nuestra serie. En cuanto a las limitaciones, es un estudio retrospectivo lo que impide una observación directa y seguimiento del tratamiento.

PE222 Bacteriemia en pacientes con oncológicos

Finello M, Díaz V, Saad E, García M, Sierra J, Suasnabar D, Hernández D, Cometto M, Vázquez V, Richetta L, Toranzo A, Caeiro J.

Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) son muy frecuentes en pacientes oncológicos. Se asocian a un aumento de la mortalidad, prolongación de la internación, retraso del tratamiento oncoespecífico y aumento en los costos en salud. Es de gran relevancia conocer la epidemiología local de las ITS en estos pacientes, los microorganismos implicados y su perfil de susceptibilidad antimicrobiana.

Objetivos: Evaluar la frecuencia de episodios de bacteriemia y fungemias en pacientes oncológicos en pacientes con neoplasias hematológicas (NH) y sólidas (NS). Evaluar el perfil de susceptibilidad antimicrobiana de las bacterias responsables de ITS.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, en dos hospitales de tercer nivel entre 04/2009 y 12/2016. Se identificaron todos los pacientes mayores a 18 años que tuvieron episodios de bacteriemia y/o fungemia, incluyéndose aquellos con antecedente de neoplasia activa al momento de hemocultivo. Se excluyeron aquellos con neoplasias dermatológicas no melanoma y los menores de 18 años.

Resultados: Se identificaron 483 episodios de bacteriemia y 16 de fungemias en pacientes oncológicos. Dentro de las bacteriemias 200 (41.4 %) correspondieron a pacientes con NH y 283 (58.6 %) con NS. 10 fungemias (5 %) se presentaron en pacientes con NH y 6 (2.1 %) en pacientes con NS ($p=0.08$). Los pacientes con NS tenían media de edad mayor que los NH (65.4 ± 13.1 vs. 53.4 ± 18.7 años, $p < 0.001$) siendo además la mayoría hombres (55.8 % vs. 67 %, $p=0.013$). Los principales NS identificadas fueron colon (18.7 %) y páncreas (14.8 %) y las NH más frecuentes fueron linfoma no Hodgkin (27 %) y leucemia mieloide aguda (14 %). Entre los principales factores de riesgo asociados, en los pacientes con NS fueron los procedimientos quirúrgicos en los últimos 30 días y el uso de prótesis biliares, mientras que, en las NH, quimioterapia en los últimos 30 días, uso de catéter central y neutropenia.

Las infecciones fueron adquiridas más frecuentemente en el medio intrahospitalario, más aún en las NH (60.5 % vs. 46.6 % $p=0.003$). El principal foco infeccioso hallado fue la bacteriemia sin foco, fundamentalmente en el grupo NH (38 % vs. 20.8 % $p < 0.001$). Entre los aislamientos microbiológicos predominaron los bacilos Gram negativos (BGN) por sobre a los cocos Gram positivos (CGP) y los hongos, sin encontrarse diferencias entre ambos grupos. *E. coli* fue el BGN más frecuente en NS (24.7 %) y en NH (20.5 %). Mientras que el CGP más frecuente fue *S. aureus*. El 15 % de las bacterias de NS fue multirresistente, al igual que el 18 % de los aislamientos de NH. La mortalidad global fue del 40.5 % en pacientes con NH y del 37.5 % en NS, produciéndose la mayoría en los primeros 30 días.

Conclusiones: Se observó un predominio de bacterias como agentes causales de las infecciones en pacientes oncológicos, siendo los BGN los más frecuentemente aislados. aproximadamente 15 % de las bacterias aisladas en ambos grupos fueron multirresistentes. La mortalidad global fue muy elevada, principalmente en los primeros 30 días.

PE223 Encefalitis por virus varicela zóster en paciente VIH, complicada con vasculitis y persistencia viral

Alvarez M, Rivero M, Alés B, Nigro L, Sanchez C.
Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción. La vasculopatía por virus varicela zóster (VZV) se produce cuando el virus tras generar infección a nivel de SNC afecta arterias de mediano y pequeño calibre tanto a nivel intra como extracraneal. Se produce daño transmural de las arterias por inflamación de las mismas. Es una entidad que ocurre en pacientes con cierto grado de inmunocompromiso, principalmente, pacientes VIH con mal status. Se manifiesta principalmente como accidente vascular isquémico, pero también puede hacerlo como hemorragia parenquimatosa, subaracnoidea, disección o aneurisma. Para el diagnóstico de encefalitis VZV: líquido cefalorraquídeo (LCR): pleocitosis a predominio mononuclear, hematíes y PCR de VZV. La detección de IgG anti VZV en LCR es el método más sensible para el diagnóstico pues una PCR viral negativa no lo excluye. Para el diagnóstico de vasculitis por VZV: RMN de céfalo con gadolinio o angiografía. El tratamiento es Aciclovir endovenoso por 14 días y prednisona ajustada al peso. Si clínicamente no mejora se debe realizar nueva punción lumbar para evaluar negativización de carga viral y búsqueda de otras etiologías.

Objetivo. Presentar un caso de evolución atípica de una meningoencefalitis por VZV en paciente VIH que complica con ACV de tronco. CASO. Paciente de 54 años con diagnóstico reciente de VIH con mal status (6 CD4+) sin tratamiento antirretroviral, ingresa a guardia externa por fiebre y mal estado general. Se constata deterioro cognitivo mínimo sin otras alteraciones. Se realiza punción lumbar (PL) que informa un LCR sin alteraciones, cultivos negativos y PCR positiva para VZV. Se inicia TARV y tratamiento con aciclovir EV por 10 días y es dada de alta con seguimiento ambulatorio. Cuatro días más tarde reingresa por deterioro del sensorio, ptosis bupalpebral, pupilas intermedias areactivas, parálisis de la mirada conjugada vertical y paresia braquial derecha. Se realiza RM de cerebro que informa hiperintensidad mesencefálica periacueductal brillante en flair y difusión, sin caída de señal en el mapa ADC, la cual se interpreta como probable stroke. Punción lumbar: hiperproteorraquia (1.5gr/L) y PCR VZV + por lo que reinicia aciclovir. Se interpreta persistencia viral asociada a probable vasculopatía por VZV.

Conclusión. Es importante pensar en VZV cuando se sospecha encefalitis en paciente VIH. El método de detección más específico es la PCR viral y el más sensible, el dosaje de anticuerpos en LCR. En pacientes con evolución clínica tórpida puede existir persistencia viral y fallo terapéutico. Es importante sospecharlo y repetir PL hasta negativización del líquido, ya que la persistencia viral se asocia a complicaciones vasculares con alta morbi-mortalidad.

PE224 Accidente cerebrovascular isquémico en un paciente joven: no olvidar a un "viejo conocido"

D'Agostino ML, Rodriguez Peria C, Seminara E, Paz V.
Sanatorio de los Arcos. CABA. Argentina.

Introducción: La sífilis es una patología en aumento en los últimos años. La neurosífilis se presenta con mayor frecuencia en pacientes VIH positivos y esta coinfección presenta características especiales. Se presenta paciente joven con cuadro inicial de ACV isquémico por trombosis de la arteria basilar con diagnóstico concomitante de sífilis y VIH.

Caso clínico: Paciente masculino de 33 años con antecedentes de coartación de la aorta con tratamiento quirúrgico a los 9 años, tabaquista. Consulta por inestabilidad en la marcha de una semana de evolución agregando disartria y disfagia las últimas 24hs. Examen físico: lúcido, afebril, sin déficit motor ni sensitivo, ataxia de 4 miembros, reflejo nauseoso abolido y disartria severa. Se realizó RM y angio RM: imágenes restrictivas en difusión a nivel del tronco a predominio protuberancial, pedúnculo cerebeloso y occipital, ausencia de flujo en arteria basilar desde su inicio. Laboratorio: VIH: reactivo WB: positivo, VDRL: 16 dils. Por sospecha de neurosífilis meningovascular se realizó punción lumbar con presión de apertura de 15 cm H2O. LCR: cristal de roca, sin células, glucorraquia: 42mg/dl (glucemia: 97mg/dl), proteinorraquia: 0,71mg/dl, Cl 121 mEq/l, VDRL: 4 dils. Carga viral VIH: 36354 copias/ml 4.56 log, CD4: 244 cel/ul 23 %. Realizó tratamiento con penicilina G durante 14 días. Inició tenofovir, emtricitabina, raltegravir. Evolucionó con restitución ad integrum a los 2 meses de iniciado el cuadro. Control a los 6 meses: VDRL en suero: no reactivo, CD4: 543 cel/ul 24 %, carga viral VIH: indetectable.

Discusión: En nuestro país se duplicó la tasa de incidencia de sífilis en los últimos 5 años, siendo el grupo etario entre 15 a 24 años el más afectado, alcanzando una tasa de 35.2 casos por 100.000 habitantes en el año 2017. Entre el 4 al 10 % de los pacientes no tratados desarrollan neurosífilis que puede presentarse en cualquier etapa de la enfermedad, siendo más frecuente en pacientes VIH positivos. La forma meningovascular es responsable del 24 al 53 % de todos los casos de neurosífilis. Las formas clínicas de la neurosífilis pueden ser: asintomáticas, meningitis aguda, compromiso meningovascular, gomas, paresias o tabes dorsal. El diagnóstico de neurosífilis basado en el estudio de LCR es a menudo dificultoso y más aún en presencia de coinfección. La detección de VDRL en el LCR es la prueba confirmatoria con alta especificidad, pero con una sensibilidad reportada entre el 40 al 91 %. La presunción diagnóstica debe permanecer ante VDRL no reactiva en LCR con pleocitosis o aumento de proteinorraquia en ausencia de otro hallazgo.

Conclusión: El diagnóstico de neurosífilis representa un desafío mayor en presencia de coinfección con VIH. A propósito de nuestro caso, en el contexto epidemiológico actual, destacamos la importancia de la solicitud inicial de serología para VIH y sífilis, en paciente joven con ACV isquémico. Esto favorece un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado, de esta patología disminuyendo la morbimortalidad.

PE225 Análisis de las infecciones urinarias en pacientes hospitalizados

Peñaranda G, Ellena F, Finello M, Foia E, Suasnabar D, Panchuk A, Dominella F, Panchuk A, Albertini R, Amuchastegui T, Vazquez S, Hernandez D, Cometo A, Saad E.
Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una causa importante de morbilidad en la comunidad, requiriendo hospitalización en un porcentaje variable. Por otra parte, representan la 4° causa más frecuente de Infecciones asociadas a la atención de la salud (ITU-AAS). Se han identificado factores de riesgo para la adquisición de ITU y múltiples complicaciones que pueden ocasionar incremento de los costos en salud y en la mortalidad. Los objetivos de nuestro estudio son determinar la frecuencia de ITU adquirida en la comunidad (ITU-AC) que requieren internación e ITU-AAS, sus factores de riesgo asociados, los agentes etiológicos y sus espectros de susceptibilidad antimicrobiana.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo transversal, observacional y analítico donde se revisaron las historias clínicas electrónicas de todos los pacientes internados que presentaron criterios de ITU durante el período de noviembre de 2016 a noviembre de 2017 en dos hospitales universitarios de tercer nivel. Se compararon las características de ITU adquiridas en la comunidad que requirieron internación e ITU-AAS. Se utilizó el programa estadístico SPSS; las variables categóricas se expresaron en porcentaje y las continuas en promedio y se compararon con Chi cuadrado o U de Mann-Whitney según correspondía.

Resultados: Se incluyeron 279 episodios de ITU en pacientes hospitalizados, de los cuales 114 correspondieron a ITU-AC y 79 a ITU-AAS. En ambos grupos, el promedio de edad de los pacientes fue de 60 años, con una mayor proporción del sexo femenino. Las ITU-AC se asociaron más frecuentemente al antecedente de trasplante renal, uso de inmunosupresores, ITU recurrente y enfermedad renal crónica, respecto a las ITU-AAS. La instrumentación de la vía urinaria en el último mes fue más frecuente en el grupo de ITU-AAS (57,4 % vs. 25,8 %, $p < 0,001$). El microorganismo aislado más frecuente fue *Escherichia coli* (62,9 % de las ITU-AC y 56,4 % de las ITU-AAS), seguido por *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aureginosa*. Se aislaron 101 gérmenes multirresistentes (GMR) de los cuales el 53,5 % pertenecían al de ITU-AC, estando asociadas de manera significativa a pacientes de sexo masculino, uso de antimicrobianos en los tres meses previos, enfermedad renal crónica e ITU recurrente. Entre los aislamientos de *Escherichia coli*, se observó una elevada resistencia antimicrobiana a ciprofloxacina y betalactámicos no carbapenémicos, excepto piperacilina-tazobactam, en ambos grupos.

Conclusiones: En nuestro estudio dentro las ITU de pacientes hospitalizados, los episodios de ITU-AC fueron más frecuentes que ITU-AAS. Las ITU-AC se asociaron más frecuentemente antecedente de trasplante renal, inmunosupresión previa, ITU recurrente y enfermedad renal crónica, mientras que las ITU-AAS se asociaron más frecuentemente al antecedente de instrumentación de la vía urinaria. El aislamiento microbiológico más frecuente en ambos grupos fue *Escherichia coli*, de los cuales un gran porcentaje dentro de las ITU-AC eran GMR. Es de gran importancia para nuestras instituciones conocer el espectro de susceptibilidad antimicrobiana de las infecciones más frecuentes en el medio.

PE226 Infección periprotésica por *Mycobacterium fortuitum* reporte de caso y revisión de literatura.

Cristina M, Castro C¹, Huerga M², Símboli N³, Mantilaro E², Morales A².

¹Hospital Chos Malal, ²Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. Neuquén. Argentina. ³Instituto Nacional de Estadística e Informática. Lima. Perú

Introducción: Aunque *Mycobacterium fortuitum* es un germen ubicuo en el medio ambiente, la infección de artroplastias totales de rodilla (RTR) con este organismo es extremadamente infrecuente. Esta micobacteria pertenece a un grupo de organismos conocidos como micobacterias de crecimiento rápido que se distingue de *Mycobacterium tuberculosis* por su menor virulencia, la falta de transmisión de humano a humano y su resistencia a antibióticos. Hasta la fecha existen menos de 10 casos reportados de infección de remplazo protésico de rodilla (RTR) causados por esta bacteria. Presentamos un caso de infección de RTR por *M. fortuitum* con un tratamiento médico-quirúrgico exitoso.

Resumen clínico: Paciente masculino, 73 años con antecedente de artritis reumatoidea en tratamiento con corticoides, HTA e IRC en tratamiento conservador. Se decide tratamiento quirúrgico por artrosis severa. Luego de RTR se diagnosticó infección periprotésica aguda (IPA), se tomaron muestras para bacteriología y se inició tratamiento antibiótico. Todos los cultivos fueron negativos. Debido a la mala evolución se decidió retirar la prótesis y colocar espaciador con cemento con antibióticos, tomando nuevas muestras para cultivo. Al directo se informó BAAR positivo desarrollando posteriormente *M. fortuitum*. Cumplió tratamiento por 10 meses con Levofloxacina y claritromicina. Luego de suspender el mismo se tomaron cultivos por punción (negativos) y se colocó prótesis definitiva. Luego de 1 año de seguimiento el paciente se mantuvo asintomático, con implante funcional.

Discusión: *M. fortuitum* forma parte de un grupo de microorganismos de crecimiento rápido; con cepas pigmentadas y no pigmentadas. Ha sido descrito en infecciones de diferentes localizaciones: región cervical, pared abdominal, piel, mama. Las infecciones quirúrgicas son excepcionales. Según la serie de Zimmerli y Clauss "los gérmenes raros" son muy infrecuentes como causa de RTR (<1 %). Estos incluyen *Nocardias*, hongos filamentosos, Micobacterias, etc. Hasta la fecha existen menos de 10 casos publicados con tratamientos exitosos en la literatura mundial. No existe una clara recomendación en cuanto al tratamiento en las RTR infectadas. La sensibilidad del *M. fortuitum* es variable: amikacina, cefoxitina, imipenem, sulfamidas y alternativamente quinolonas fueron usados en terapias combinadas. En nuestro caso el paciente tuvo una evolución exitosa con remplazo articular, combinación de antibióticos y reimplante.

Conclusión: La infección por *M. fortuitum* después de artroplastias es excepcional. Es necesario un elevado índice de sospecha tras la respuesta clínica insatisfactoria a los agentes antimicrobianos habituales. El diagnóstico de certeza requiere biopsia y cultivos. El tratamiento sugerido es la extracción de la prótesis y tratamiento prolongado con antibióticos combinados. En nuestra experiencia esto condujo al reimplante protésico exitoso sin recaída hasta la fecha

PE227 Estudio de neumonía adquirida de la comunidad debido a *Legionella pneumophila* serotipo 1

Giordano G, Abiega C, Vilaró M, Caeiro JP.

Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: *Legionella pneumophila* es el agente causal del 5 % al 12 % de los casos esporádicos de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en el mundo. La incidencia en Argentina es desconocida quizás por la falta de métodos diagnósticos apropiados.

Objetivo: Identificar factores de riesgo asociados a la infección por *Legionella pneumophila*. Evaluar las características epidemiológicas, clínicas y evolución de la neumonía adquirida en la comunidad causada por *Legionella pneumophila*. Analizar la utilidad de métodos complementarios en el diagnóstico de NAC por *Legionella pneumophila* serotipo 1.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, de casos y controles en el que se analizaron un total de 113 historias clínicas de pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de NAC en los que el antígeno urinario para *Legionella pneumophila* serotipo 1 fue testeado, en el período 2016 a 2018, en un hospital de Córdoba, Argentina. Los criterios diagnósticos incluyeron pacientes con clínica de infección respiratoria baja que presentaron antígeno urinario para *Legionella pneumophila* serotipo 1 positivo, sumado a una radiografía de tórax con infiltrado nuevo. Por otra parte, se tomaron como grupo control a pacientes con diagnóstico de NAC en los cuales se testeó antígeno urinario para *Legionella pneumophila* serotipo 1, resultando negativo. El test de antígeno en orina utilizado fue Alere BinaxNOW® *Legionella*, una prueba rápida para la detección cualitativa del antígeno del serogrupo 1 de *Legionella pneumophila* en la orina de pacientes con síntomas de neumonía. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, raza, contacto con reservorio sospechoso, viajes recientes, comorbilidades, síntomas, patrón radiológico, parámetros bioquímicos, identificación de otros agentes etiológicos, gravedad de la infección (PSI), tratamiento instaurado y evolución. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22, se aplicaron los siguientes test: Chi-Cuadrado, t-Student y prueba U de Mann-Whitney.

Resultados: Se registraron 5 casos de NAC debido a *Legionella pneumophila* serotipo 1 diagnosticados mediante antígeno urinario positivo, de los restantes se seleccionaron en forma aleatoria 10 casos como grupo control. El 100 % del grupo de casos fueron de sexo masculino, el rango de edad fue de 48 a 79 años con una media de 64 años.

Se asociaron significativamente a la NAC por *L. pneumophila* serotipo 1 el sexo masculino 100 % vs. 50 % [$P=0,05$] y enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) 60 % vs. 10 % [$P=0,03$]. Se encontró diferencia significativa entre el valor de creatinina del grupo de casos vs. grupo control [1,58 (SD 0,22) mg/dl vs. 0,87 (SD 0,58) mg/dl, $P=0,005$] asimismo se observó diferencia significativa con la elevación de transaminasas entre el grupo de NAC por *L. pneumophila* y

grupo control 100 % vs. 10 % [P=0,002]. Se inició tratamiento antimicrobiano apropiado, posterior al resultado del antígeno urinario, con mayor frecuencia en el grupo de casos, presentando diferencia significativa 80 % vs. 20 % [P=0,04]. La mortalidad en el grupo de infección por *L. pneumophila* fue del 20 % vs. 10 % en el grupo control sin diferencia estadísticamente significativa [P=1,00].

Conclusión: *Legionella pneumophila* es causa de NAC en nuestro medio y debe investigarse. Se encontró asociación importante entre NAC por *Legionella pneumophila* serotipo 1, sexo masculino y ERGE. Los valores de transaminasas y creatinina fueron sustancialmente mayores en el grupo de caso. La prueba de antígeno urinario de *L. pneumophila* permite el diagnóstico y el tratamiento antimicrobiano apropiado temprano de esta enfermedad. No hubo diferencias entre la mortalidad de ambos grupos.

PE228 Endocarditis infecciosa por *Salmonella* entérica no typhi asociada a dispositivo Amplatzer diagnosticada mediante PET-TC: reporte de un caso

Camporro J, Vicente L, Tudanca V, Sierra M, Stecher D, Barberis C, Imas S, Stringa J.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: El dispositivo intracardiaco Amplatzer (DA), utilizado para el cierre percutáneo del tabique interauricular, se asocia excepcionalmente a endocarditis infecciosa (EI).

El género *Salmonella* es causante de enfermedad invasiva en pacientes inmunocomprometidos pero la incidencia de EI es del 0.1 al 0.8 %.

Descripción del caso: Hombre, 59 años con hemoglobinuria paroxística nocturna (tratamiento: meprednisona 40 mg/día) y comunicación interauricular con colocación de DA 5 años antes. Consulta por astenia, adinamia, fiebre y diarrea de 3 semanas de evolución. Al ingreso se encontraba afebril con dolor a la palpación abdominal. Laboratorio: HTO: 28.7 %; HG: 10 g/dl; GB: 3960/mm³ (79 % neutrófilos); plaquetas: 65.000/mm³; urea: 110 mg/dl; creatinina: 2.34 mg/dl; BT: 1.7 mg/dl (predominio BD); LDH: 421 UI/L; VSG: 11 mm/hr y ELISA VIH no reactivo. Presentó aislamiento en hemocultivos (HC) de *Salmonella* entérica no typhi (SNT) sensible CRO, CAZ y SXT; intermedia CIP y resistente AMC. Coprocultivo negativo. Ecocardiograma transesofágico (ETE) sin evidencia de shunt residual, regurgitaciones ni imágenes de vegetaciones en DA ni en válvulas. Se indicó tratamiento con ceftriaxona. Los HC fueron negativos a las 48 horas, realizando 14 días de tratamiento. A los diez días presentó fiebre y HC con SNT y ETE sin cambios. Se realiza PET-TC con foco hipermetabólico en topografía de DA sugerente de proceso infeccioso activo, interpretándose como EI (Criterios de Duke modificados). Reinició antibióticos y se indicó retiro del DA previa infusión de Eculizumab con el objetivo de evitar hemólisis y eventos trombóticos operatorios. Ante la prolongada espera del mismo, el paciente abandona antibióticos a los 80 días. Dos meses después se evidencia osteomielitis de tibia izquierda que requiere tratamiento quirúrgico con aislamiento de SNT. Reinició ceftriaxona a la espera del retiro del DA.

Discusión: La EI asociada al DA es un evento excepcional, con 20 casos reportados, siendo *Staphylococcus aureus* el germen más frecuente y con elevada mortalidad. En todos los casos los HC y el ETE fueron los criterios diagnósticos, realizándose el retiro del DA en 18 de ellos. La endocarditis por *Salmonella* representa entre 0,01 % al 2,9 % del total de EI por lo tanto su pronóstico y tratamiento son inciertos. Los factores predisponentes son edad avanzada, enfermedad valvular subyacente e inmunodeficiencia. Existen 87 casos reportados, con una mortalidad global del 42,5 %, siendo menor en aquellos sometidos a tratamiento quirúrgico. En el subgrupo de EI protésicas (19/87), la mortalidad fue del 31,6 % pero la mayoría fueron sometidos a cirugía precoz. No hemos encontrado casos reportados de EI por SNT asociada a DA. Ante la ausencia de guías y la baja sensibilidad de los criterios de Duke modificados para diagnóstico de EI asociada a dispositivos, es importante la utilización precoz de nuevas metodologías, como el PET-TC, ante la sospecha clínica con ETE negativo.

PE229 Endocarditis infecciosa por *Bartonella* asociada a glomerulonefritis PR3-ANCA positivo y neurorretinitis: reporte de un caso

Vicente L, Camporro J, Tudanca V, Sierra M, Stecher D, Barria L, Chavin H.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La incidencia de endocarditis bacteriana con cultivos negativos (EBCN) es del 5 %. Una de las causas son las infecciones por *Bartonella* spp. Presentamos un caso de EBCN por *Bartonella* spp asociado a glomerulonefritis (GN) y neurorretinitis (NR).

Descripción del caso: Varón, 38 años. Oriundo de Caleta Olivia. Tabaquista. Contacto con gatos adultos. Presenta dos meses de astenia, escalofríos, sudoración sin fiebre, hematuria, fotorrepsias y miodesopsias. Curso internación por insuficiencia renal y síndrome nefrítico. Se evidencia soplo cardíaco y se realizan múltiples hemocultivos (HC) sin aislamiento y ecocardiograma transesofágico (ETE) con válvula aórtica bicúspide calcificada sin vegetaciones. Ingresa a nuestra institución afebril, TA: 150/90 mmHg, soplo sistólico 3/6 en foco aórtico, hemorragia conjuntival ojo izquierdo, hemorragia astilla mano derecha y esplenomegalia dolorosa. Laboratorio: HTO: 21.8 %; GB: 7120/mm³; urea: 174 mg/dl; creatinina: 5.61 mg/dl; Cl Cr: 16.7 ml/min; sedimento: cubierto de hematíes 50 % dismórficos y 5 % acantocitos; Proteinuria 24 hs: 7.17 gr/día; albumina: 2.8 g/dl; VSG: 140 mm/h. VDRL: 8 dils; FTabs negativa, serología VIH, Hepatitis B, C y Huddleson negativas. FAN negativo; FR: >179; C3: 65 mg/dl; C4: 16 mg/dl; Crioglobulinas +; ANCA + (1/40), PR3 ANCA +, MPO negativo.

Fondo de ojo: edema de papila bilateral, exudado algodonoso sin estrella macular compatible con neuritis vs. NR. HC: negativos. ETE: fusión valvas coronarias derecha e izquierda válvula aórtica, dos imágenes calcificadas: 1.6x0.6 cm y 1x0.6 cm, heterogéneas y perforación valvular con insuficiencia aórtica moderada a grave. TAC abdomen: bazo 143 mm con infarto. TC y RMN encéfalo: normal. Biopsia renal: GN con semilunas fibrocélular con proliferación endo y extracapilar difusa por inmunocomplejos. Realizó metilprednisolona y ciclofosfamida con mejoría de la función renal. Con diagnóstico de EBCN se inició tratamiento empírico con ceftriaxona, doxiciclina y rifampicina. La serología IFI IgG *Bartonella* fue positiva 1/256. Se encuentra en plan de remplazo valvular.

Discusión: *Bartonella* representa entre el 3 al 4 % de las EBCN. Su presentación es subaguda, 20 % sin fiebre, 43 % con embolias, 57 % asientan sobre válvula patológica (57 % aorta) con vegetaciones pequeñas, calcificación y destrucción valvular y 45 % presenta falla renal. La neurorretinitis (NR) se presenta en el 10-15 % casos. Aunque varios agentes infecciosos son capaces de producirla, *Bartonella henselae* es la más frecuente. La presencia de IgG >1:128 es suficiente evidencia para el diagnóstico de enfermedad reciente (CDC) y la confirmación se realiza mediante PCR en tejido infectado. La infección por *Bartonella* spp debe ser sospechada en EBCN con GN PR3-ANCA + (60 %), crioglobulinemia y otros fenómenos inmunológicos.

PE230 Etiología poco frecuente de neumonía aguda grave de la comunidad: *Lophomonas* spp. Reporte de caso

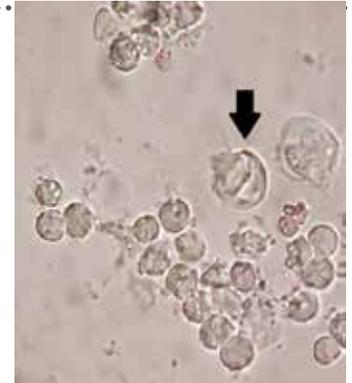
Morales FC¹, Guidetto B¹, Gonzalez M¹, Salinas L¹, Lasserre N¹, Repetto S², Altclas J¹.

¹Sanatorio de La Trinidad Mitre. CABA. Argentina. ²Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La neumonía aguda de la comunidad es una entidad frecuente en pacientes añosos, en quienes puede ocasionar cuadros de gravedad, sobre todo en aquellos con factores predisponentes. Los principales agentes etiológicos son de origen bacteriano y virales, aunque existen etiologías poco frecuentes como causa de este cuadro, entre ellas las parasitarias. *Lophomonas* spp. es un protozooario multiflagelado, anaerobio, con dos especies reconocidas: *L. blattarum* y *L. striata*; descrito como comensales en tracto digestivo de cucarachas: *Periplaneta americana*, *Blatta orientales* y *Blatta germanica*; también en termitas y aves como las avutardas. La mayor parte de los casos de neumonía fueron reportados en China, Perú y España. Presenta una forma quística infectante (vía inhalatoria o por líquidos contaminados) y una saprofítica como trofozoítos en los pulmones. Al examen microscópico electrónico en fresco se pueden observar con forma esférica, ovoide o piriforme (de 15-40 micrómetros), citoplasma granular y múltiples flagelos irregulares y movimientos desorganizados en el polo anterior. Se pueden utilizar coloraciones de Giemsa, tricrómica de Wheatley y azul de metileno para diferenciar su morfología estructural. Suelen presentarse con fiebre y tos productiva como síntomas principales. Se han descritos casos en pacientes asmáticos o enfermedad pulmonar severa de base. El diagnóstico resulta dificultoso ya que suelen confundirse con células ciliadas bronquiales. El tratamiento de elección es metronidazol 500 mg cada 8 horas por 7 a 10 días.

Caso clínico: Hombre de 89 años DBT tipo II insulino requiriente, ex tabaquista, postrado en su domicilio, que presentaba vacuna antineumocócica, no vacuna anti gripal; Ingres a UTI por diagnóstico de neumonía aguda grave de la comunidad, CURB65: 3 y SOFA: 6, requiriendo IOT y ARM. Se evidenció en TAC de tórax imagen consolidativa en lóbulo inferior izquierdo. Para la obtención del diagnóstico microbiológico y el descarte de patógenos frecuentes, se solicitaron hemocultivos los cuales fueron negativos y antigenuria para neumococo, negativa. Se realizó BAL, con visualización al examen directo de célula cilíndrica flagelada, móvil, compatible con *Lophomonas* spp., descartándose gérmenes comunes, hongos y micobacterias por cultivos negativos. Inició tratamiento con metronidazol, cumpliendo 10 días en total, con evolución favorable.

Conclusión: La lophomoniasis es una causa poco frecuente de neumonía grave. Es importante tener en cuenta la epidemiología del paciente y el apoyo en los métodos diagnósticos para el pronto inicio de tratamiento.



PE231 Espondilodiscitis por *Chromobacterium violaceum*

Gonzalez C, Ermida MA, Schejtman A, Boero A, Rotryng F, Brunetti P.

Sanatorio Finochietto. CABA. Argentina.

Introducción: El *Chromobacterium violaceum* es un microorganismo que rara vez produce infección. Es un bacilo Gram negativo, anaerobio facultativo, que habita el suelo y aguas de zonas tropicales y subtropicales. El 1er caso de infección humana fue reportado en Malasia en 1927, desde entonces han sido descritos algunos casos de forma esporádica. La infección suele ocurrir luego de la exposición de heridas al agua o suelos contaminados; aunque hay reportes de cuadros diarreicos. Presentamos un caso de espondilodiscitis, a punto de partida de piel y partes blandas, aislándose a partir de hemocultivos.

Caso: Paciente sexo masculino de 69 años de edad, ingresa a nuestra institución por dolor lumbar agudo de 6 días de evolución. Refiere que su enfermedad actual había comenzado una semana previa con un cuadro compatible con celulitis en pierna derecha, por el cual había recibido varios esquemas antibióticos en el transcurso de una semana. El acompañante refería que el cuadro clínico se había iniciado con fiebre de 24 hs de evolución, luego de haber regresado de vacaciones en la ciudad de Córdoba, Argentina. El examen físico reveló dolor a la palpación de apófisis espinosas a nivel lumbar. Los exámenes de laboratorio al ingreso mostraron: Hto 47 % Hb 15.6 Gb 8831 plaquetas 120.000 VSG 41 urea 31 Cr 0.68. Se realiza una 1er RMN de columna lumbar que descarta patología infecciosa. Por persistencia del dolor luego de 5 días de internación, aumento de los reactantes de fase aguda (VSG 74 PCR 18.3) y escalofríos se realizan hemocultivos por dos y una nueva RMN que evidencia una colección paravertebral de 25 mm a nivel de L2-L3. A las 48 hs se recibe informe de los hemocultivos positivos 2 de 2 para *Chromobacterium violaceum* y se inicia de forma empírica tratamiento con vancomicina + meropenem. La identificación de este microorganismo se realizó mediante métodos convencionales. Se determinó la CIM para algunos B-lactámicos y luego de conocer el patrón de sensibilidad se rotó el tratamiento a ceftriaxona + ciprofloxacina por vía endovenosa. Luego de 22 días de tratamiento efectivo, con mejoría sintomática, se otorga el egreso sanatorial con internación domiciliar para completar 6 semanas de tratamiento endovenoso y 12 semanas totales con trimetropina -sulfametoxazol por vía oral. Al finalizar el tratamiento se realiza RMN lumbar control que evidencia franca mejoría.

Comentario: La infección por *Chromobacterium violaceum* es muy poco común, y son muy pocos los casos reportados en la literatura. Suele presentarse como cuadros de neumonía, infección gastrointestinal, meningitis, peritonitis y lesiones cutáneas, que generan rápidamente sepsis con disfunción multiorgánica.

Conclusión: Se expone este caso dado que su presentación como espondilodiscitis sin otro sitio de afección lo hace una presentación aún más atípica.

PE232 Hidatidosis osea, a propósito de un caso

Bejarano GM, de la Barrera D, Valdéz M.

Hospital Pablo Soria. San Salvador de Jujuy. Argentina.

La Hidatidosis ósea es una infrecuente forma de presentación, representando entre 0.5 % y 3 %, siendo la pelviana un 15-20 % de esta. Silentes por largo tiempo, se pueden diagnosticar por las complicaciones derivadas de ella, como son el déficit neurológico por compresión medular en casos de localización vertebral. El caso corresponde a un paciente de 35 años con lumbalgia de un año de evolución, disbasia y retención urinaria como motivos de consulta. Traía RMN donde informaba imágenes múltiples redondeadas a nivel óseo con compromiso de sacro, cresta ilíaca y S1 -S2, como así también compromiso del canal L5 -S1. Fue valorado por Neurología, Traumatología e Infectología que de manera conjunta coordinan las conductas a seguir. Se realiza toma de muestra por traumatología con diagnóstico, al examen directo, de Hidatidosis. Posteriormente se completaron estudios con TAC toracoabdominal y centellograma óseo para descartar otras

localizaciones. Realizó tratamiento con Albendazol con aceptable evolución clínica. Concorre a controles ocasionales por servicios de Infectología y Traumatología de nuestro hospital. Se elige la presentación de este caso por lo poco habitual de la presentación ósea como forma de Hidatidosis.

PE233 Meningoencefalitis por *Ochrobactrum anthropi* y *Pseudomonas stutzeri* en paciente inmunocompetente

Selent C, Manuele MP, Enzenhofer MI, Cortés Rodríguez CT, Dellacha BS, Rollet R, Echazarreta SE, Orduna TA.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La meningoencefalitis por bacilos gram negativos en adultos es una infección poco frecuente. Se presenta el caso de una meningitis por *Ochrobactrum anthropi* y *Pseudomonas stutzeri*, en un paciente sin inmunocompromiso.

Caso clínico: Hombre de 30 años paraguayo, sin antecedentes de traumatismo encefalocraneano pero con consumo de cocaína inhalada 7 días previos al ingreso. Consultó por fiebre de 24 horas de evolución, cefalea, confusión y rigidez de nuca. Se realizaron test rápido para VIH negativo y tomografía de cerebro y macizo facial normal. Punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) purulento, 8200 células/mm³, 85 % polimorfonucleares, Glucosa 19,9 mg/dl (glucemia 94 mg/dl), Proteínas 1,86 g/l, GRAM y parasitológico negativos. Se inició tratamiento con ceftriaxona, previa administración de corticoides. A las 24 horas no presentó mejoría y se obtuvo crecimiento en LCR de 2 colonias diferentes de bacilos gram negativos (BGN). Se rotó el antibiótico a meropenem con buena respuesta a las 48 hs. Se identificaron ambas colonias mediante VITEK® 2.0 (bioMérieux), MALDI- TOF (espectrometría de masas) y métodos manuales: *Pseudomonas stutzeri* y *Ochrobactrum anthropi*. La sensibilidad antibiótica se evaluó por VITEK® 2.0 y métodos manuales. *P. stutzeri* fue sensible a imipenem, meropenem (CIM=<=0,25), ceftazidime, piperacilina-tazobactam y ciprofloxacina. *O. anthropi* fue sensible a colistín y sensibilidad intermedia a meropenem. En LCR control a 72 hs de tratamiento efectivo se constató la esterilización, completándose 21 días de tratamiento. Las serologías de VHB, VHC fueron negativas y 3 coproparasitológicos con cultivo para *Strongyloides stercoralis* resultaron negativos. Valoración otorrinolaringológica normal. Los hemocultivos de ingreso previos a antibioticoterapia, negativos. Seguimiento al alta sin recaídas.

Conclusiones: *Ochrobactrum anthropi* y *Pseudomonas* spp. son BGN no fermentadores. Se hallan distribuidos en el medio ambiente, incluyendo líquidos biológicos y soluciones utilizadas en ámbito hospitalario. Por presentar el mismo nicho epidemiológico podrían producirse coinfecciones. Ambos microorganismos se asocian a infecciones intrahospitalarias y en pacientes inmunocomprometidos. *O. anthropi* codifica una β -lactamasa de tipo AmpC inducible, por lo que es resistente a ampicilina-sulbactam, piperacilina-tazobactam, cefotaxime, ceftriaxona y aztreonam. Suele ser sensible a gentamicina, carbapenémicos, colistín y trimetoprima-sulfametoxazol. *P. stutzeri* es naturalmente sensible a las coberturas antipseudomónicas habituales. En este caso no se adicionó colistín por escasa penetrancia en barrera hemato-encefálica y por la buena evolución clínica, explicada por la baja virulencia del microorganismo. La vía de adquisición sospechada fue directa a través de la lámina cribosa por contaminación de la sustancia inhalada, considerando que los hemocultivos de ingreso fueron negativos.

Conclusión: Se trata del primer reporte de meningitis por coinfección con estos BGN. El consumo de cocaína inhalada fue considerado factor de riesgo y se tomó en cuenta a la hora de jerarquizar el rescate bacteriológico. Palabras clave: meningoencefalitis bacteriana, bacilos gram negativos no fermentadores.

PE234 Meningitis recurrente linfocitaria por virus *Herpes simplex* tipo 2: reporte de un caso

Benchetrit A, García J, Janota F, Solari R.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La meningitis recurrente linfocitaria (MRL) es una patología infrecuente, caracterizada por episodios de meningitis aguda con pleocitosis linfocitaria que no suelen dejar secuelas. Si bien se ha asociado a diferentes etiologías, es el virus herpes simplex tipo 2 (VHS-2) es el agente más frecuentemente involucrado. Presentamos el caso de una mujer con tres episodios de meningitis en 5 años, con reacción en cadena de la polimerasa (PCR) positiva para VSH-2 en LCR.

Caso clínico: Una mujer de 46 años consultó por fiebre, cefalea holocraneana, fotofobia e hipostesia en hemicuerpo derecho de 24 horas de evolución. Al examen físico destacaba rigidez de nuca, paresia crural derecha leve e hipostesia faciobraquiocrural derecha. Presentó dos episodios similares 1 año y 5 años antes sin diagnóstico etiológico. Se realizó TAC de encéfalo sin evidencia de alteraciones. El examen de LCR presentó hiperproteinorrea de 0.95 mg/dl, glucorraquia de 58 mg/dl y 85 células/dl con predominio de monomorfonucleares (80 %). Presentó directo y cultivo bacteriológico y para micobacterias negativos y PCR para VSH-2 reactiva. Recibió tratamiento con aciclovir 10 mg/kg cada 8 hs durante 14 días con resolución de todos los síntomas y posterior profilaxis con aciclovir 500 mg cada 12hs, sin repetir episodios luego de 18 meses.

Discusión: Los virus *Herpes simplex* representan la segunda causa de meningitis aséptica de etiología viral, después de los enterovirus. En un estudio realizado en el Hospital Universitario de Helsinki sobre 665 pacientes con meningitis aséptica entre 1996 y 2006, 37 de ellos presentaron recurrencias. De ellos, el 84 % presentó como agente etiológico el VSH-2, definiéndose una prevalencia de 2.2/100000 habitantes. La MRL asociada a VSH-2 compromete frecuentemente a pacientes de sexo femenino de mediana edad. Si bien se ha asociado al déficit cuantitativo de la subclase-1 de inmunoglobulina G y a otros factores, la fisiopatología no ha sido dilucidada. La presentación clínica está caracterizada por un cuadro de meningitis aguda a LCR claro, describiéndose en baja proporción alucinaciones, parestesias, convulsiones, artralgias y disfunción urinaria. El compromiso genital por herpes previo o concomitante al cuadro neurológico es infrecuente. El diagnóstico se basa en la detección de ADN viral del HSV-2 en LCR, habitualmente entre el segundo y quinto día de síntomas. Las recurrencias suelen autolimitarse sin secuelas dentro de los 7 días. El número de recurrencias es variable según lo reportado en la literatura. La mayoría de los pacientes son tratados con aciclovir y/o valaciclovir, aunque no se han publicado estudios que demuestren su beneficio. Si bien se han descrito cursos de tratamiento profiláctico eficaz con ambas drogas, Aurelius y colaboradores compararon profilaxis con valaciclovir versus placebo en un estudio multicéntrico prospectivo, randomizado y doble ciego, sin hallar diferencias significativas. El adecuado diagnóstico etiológico de las MRL debe realizarse a fin de prevenir internaciones prolongadas y tratamientos empíricos inadecuados. El beneficio de la profilaxis antiviral no ha sido demostrado.

PE235 Actinomicosis abdominopélvica: un desafío diagnóstico

Poblete G¹, Sutton G¹, Couce R¹, López J¹, Saravia E¹, Piraino E¹, Siguelboim D², Begher S¹.

¹Sanatorio San José. CABA. Argentina, ²Patología Siguelboim. CABA. Argentina.

Introducción: La actinomicosis es una infección crónica producida por el género *Actinomyces* spp. El dispositivo intrauterino (DIU) es un factor de riesgo y aumenta con el tiempo de uso. La afectación abdominopélvica es una infección lenta y devastadora, que puede simular neoplasia, tuberculosis o nocardiosis. Describimos

un caso de actinomycosis abdominopélvica asociado a DIU, con compromiso genitourinario y microperforaciones en colon, sin reporte previo en Argentina. Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Mujer, 43 años. Antecedentes de enolismo, DIU desde hace 10 años, traumatismo reciente de miembro inferior izquierdo (MII). Cuadro febril subagudo asociado a dolor en MII. Laboratorio con leucocitosis con neutrofilia, anemia, eritrosedimentación, proteína C reactiva y plaquetas elevadas, y parámetros de desnutrición. Test de embarazo negativo. TAC de abdomen y pelvis con formación heterogénea en región anexial izquierda (58 x 120 mm) con extensión a fosa ilíaca en contacto con psoas, que realza con contraste y ectasia urétero pielo calicial izquierda, compatible con proceso inflamatorio/infeccioso. Ecografía transvaginal con región anexial izquierda de difícil evaluación, útero normal y DIU endocavitario, examen ginecológico sin patología. Tras cultivos (hemocultivos, urocultivo y punción de absceso) inició tratamiento antibiótico (ATB) con Piperacilina-Tazobactam (PTZ) + Vancomicina por sospecha de absceso del psoas versus tumor abscedado. Cultivos negativos, imagen control sin cambios y persistencia de fiebre. Requiere colocación de catéter doble J y anexectomía laparoscópica por tumor anexial izquierdo más laparotomía exploradora con resección de lesión retroperitoneal. Anatomía patológica (AP): salpingooforitis abscedada con presencia de *Actinomyces*. Tratamiento con PTZ. Evolucionó con abdomen agudo con hemicolectomía derecha por perforación cecal con peritonitis. Infección intraabdominal con tratamiento dirigido que requirió nuevas intervenciones con drenaje de abscesos y relaparotomía con hallazgo de perforaciones en colon sigmoides con cirugía de Hartmann. AP: microperforaciones colónicas. Tras 9 semanas de ATB endovenoso se rotó a amoxicilina vía oral por tiempo prolongado. La actinomycosis es una enfermedad indolente y progresiva, con signos y síntomas inespecíficos. Cuando se asocia a DIU se describen fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal y sangrado o flujo vaginal anormal. Si no se trata, la enfermedad puede avanzar con formación de abscesos, compromiso del tracto urinario, obstrucción intestinal, extensión a pared abdominal con fístula y/o diseminación a otros sitios. Se diagnostica comúnmente a través de un informe histológico, tras una cirugía posterior a un diagnóstico inicial erróneo. El tratamiento consiste en dosis altas y prolongadas de penicilina G o amoxicilina (4-6 semanas), seguida de penicilina V oral (6-12 meses). Cirugía según la extensión.

Conclusiones: La actinomycosis abdominopélvica constituye un desafío diagnóstico que debe considerarse en el abordaje inicial de las etiologías de lesiones inflamatorias crónicas pélvicas, en particular mujeres con antecedente de DIU.

PE236 Enfermedad asociada a *Clostridioides difficile* en el adulto mayor: principales comorbilidades, utilización de antimicrobianos e inhibidores de la bomba de protones

Beltramo C, Teglia O, Nogueras M.

Policlínico Pami I. Rosario. Santa Fe. Argentina.

La enfermedad asociada a *Clostridioides difficile* (EACD) ha irrumpido de manera abrupta con el nuevo siglo, convirtiéndose en la principal causa de diarrea relacionada a cuidados de salud en países desarrollados. La aparición de cepas hipervirulentas (NAP1/BI/027), el incremento de la población susceptible, las modificaciones en las técnicas diagnósticas y terapéuticas han hecho de esta enfermedad una nueva problemática de salud. Se propuso determinar las principales comorbilidades asociadas a EACD y el uso previo de antimicrobianos (AMB) e inhibidores de la bomba de protones (IBP). Se analizó el primer episodio de EACD en un hospital de la ciudad de Rosario con asistencia a pacientes mayores de 65 años ambulatorios e internados, por medio de un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, no intervencionista durante el período comprendido desde 1/1/2014 al 31/5/2018. Se estudiaron 313 muestras de heces no formes para la detección de toxinas (TcdA y TcdB) y antígeno (GDH) de *Clostridioides difficile*, mediante diagnóstico microbiológico directo (enzimoinmunoanálisis). Fueron de ellas 18 % (n:55) positivas, 82 % (n:45) correspondieron al primer episodio, 16 % (n:9) de recurrencias y 1 se desestimó por presentar otro diagnóstico etiológico. No hubo diferencia significativa en cuanto a sexo. El promedio de edad fue 85 años, siendo la comorbilidad más frecuente la enfermedad cardiovascular 37,7 % (n:17) seguido de demencia -enfermedad neurodegenerativa 35,5 % (n:16) y neoplasia 24,4 % (n:11). Fueron de adquisición nosocomial 82 % (n:37), asociado al ámbito hospitalario 15,5 % (n:7) y 2 % (n:1) de adquisición comunitaria. Previo al diagnóstico emplearon AMB el 95,5 % (n:43) de los pacientes, 60 % (n:27) de ellos realizó tres o más AMB, y fueron suspendidos en el 34,8 % (n:15) posterior al diagnóstico. Los más utilizados fueron piperacilina-tazobactam 55,5 % (n:25), vancomicina 40 % (n:18), ampicilina-sulbactam 35,5 % (n:16) y fluoroquinolonas 35,5 % (n:16). En el 82,2 % (n:37) se administró, también previo al diagnóstico, IBP siendo suspendido en el 27 % (n:10) luego del mismo. De los episodios estudiados, 46,7 % (n:21) fueron considerados presentaciones clínicas no severas, 37,8 % (n:17) severas y 15,5 % (n:7) fulminantes. El 67 % (n:30) realizó tratamiento con metronidazol vía oral, 18 % (n:8) vancomicina vía oral y 15 % (n:7) combinaron vancomicina vía oral y metronidazol vía endovenosa. Presentaron recurrencia 25 % (n:8) de los tratados. La mortalidad global fue de 29 % (n:13) durante el episodio y 53 % (n:24) mortalidad a los 30 días. La EACD si bien ha presentado modificaciones epidemiológicas continúa afectando de manera particular a los pacientes adultos mayores, con una alta mortalidad global. La inmunosenescencia, las pluricomorbilidades, el contacto frecuente con el ámbito sanitario, la polifarmacia AMB junto con el uso de IBP se infiere que contribuyen al desarrollo de la EACD. Resulta prioritario el control de estas variables.

PE237 Mortalidad de enfermos con tuberculosis en un hospital del área metropolitana de Buenos Aires. Período 2013-2018.

Borda ME, Lee KM, Pesce Loglio M, Romano J, Heres M, Torales G, Roldán V, Siciliani D, Zapata A, Lastra ME.

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una de las diez primeras causas de muerte a nivel mundial por infecciones con único agente. La meta de reducción de la mortalidad por TB para 2030 es del 90 %. Resulta imprescindible estudiar la misma en el Hospital que concentra una importante carga en la región del AMBA, posee una prevalencia de la coinfección TB/VIH que duplica el promedio nacional y registró en 2018 un aumento de muertes por TB.

Objetivos: estudiar la mortalidad por TB para determinar los motivos del incremento en los últimos años, -caracterizar a la población, - determinar las causas básicas de mortalidad, -evaluar las enfermedades concomitantes para identificar gravedad y criterios de reducibilidad, -analizar los años de vida potencialmente perdidos (AVPP).

Material y método: Estudio observacional, transversal de período, retrospectivo de enfermos de TB en seguimiento en el Hospital y que fallecieron entre el 01/01/2013 y el 31/12/2018 en el Hospital, otras instituciones o en domicilio. Se estudiaron variables cuantitativas mediante medidas de tendencia central y sus dispersiones, y cualitativas por frecuencias absolutas y porcentajes. Se analizaron los AVPP. Se aplicó el índice de comorbilidad de Charlson al inicio del diagnóstico para evaluar el riesgo de mortalidad a corto plazo.

Resultados: En el período 2013-2018 ingresaron al control 1571 casos de TB de los cuales fallecieron 69 (4.4 %); 3 en 2013 y 2014, 13 en 2015, 10 en 2016, 12 en 2017, 23 en 2018 y 5 sin datos. Hubo 45(65 %) varones. El 80 % fueron <60 años. Todos provenían del AMBA. Tuvieron presentación pulmonar 28(41 %), mixta 27(39 %) y extrapulmonar 14(20 %); 55(80 %) presentaban formas graves al momento del diagnóstico. En 55(80 %) se aisló *Mycobacterium tuberculosis*, 5 MDR. Fallecieron durante la internación 52(75 %) y 17(25 %) en domicilio. Presentaron al menos uno de los siguientes factores de riesgo: etilismo 27(39 %), tabaquis-

mo 35(51 %), abuso de drogas 17(25 %) y desnutrición 19(28 %). Entre los 53 pacientes en los que se pudo establecer la causa básica de muerte, fue por sida en 23(43 %), TB 20(38 %), cáncer 5(9 %), insuficiencia renal crónica y accidente cerebro vascular 2(4 %) c/u. y 1 sin causa determinada. Hubo un total de 2357 AVPP, con 2217 (94 %) en <60 años, resultando los grupos etarios con mayor afectación el de 30-34a 475(20 %), 35-39a 340(14,4 %) y 25-29a 315(13,4 %). El índice de Charlson de los 69 casos tuvo una media de 5±4.

Conclusiones: Fallecieron mayoritariamente varones jóvenes. La mortalidad por TB se incrementó en los últimos años relacionada con el aumento de la gravedad de los casos y con el diagnóstico tardío. El rescate bacteriológico fue alto. La TB/MDR fue baja para un centro de referencia. La asociación con VIH incrementó la gravedad de los casos. La mayoría no tenía buena adherencia al TARV y a los antifímicos. El alto número de AVPP responde a la población joven, económicamente activa. El Índice de Charlson elevado determinó un pronóstico de sobrevida a los 10 años del 21 %, que reflejó un grupo de alto riesgo de mortalidad.

PE238 Miasis intestinal por *Hermetia illucens* y *Eristalis tenax*

Gigena DD, Del Prete J, Andrada E, Kuyuk A, Orduna T.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: Las miasis gastrointestinales son infestaciones accidentales provocadas por la ingestión de comida o líquidos contaminados con larvas o huevos de moscas. Se presenta el primer caso reportado en Argentina de miasis gastrointestinal por larvas de dos géneros diferentes.

Caso clínico: Paciente masculino de 68 años de edad, soltero, jubilado, jardinero, domiciliado en Maquinista Savio, Provincia de Buenos Aires. Vive en casa de material sin agua potable, consume agua de pozo. Malas condiciones socioeconómicas y de aseo. Antecedentes de HTA, ascariadiazis a los 20 años y uretritis por *Trichomonas*. Consulta por dolor abdominal localizado en epigastrio y pirosis con sensación de cuerpo extraño. Se realiza laboratorio sin hallazgos patológicos y coproparasitológico seriado. Para facilitar la toma de la muestra el paciente ingiere una mezcla de laxantes y ajo luego de lo cual elimina por materia fecal larvas de *Hermetia illucens* y *Eristalis tenax* en abundante cantidad. Debido a que la muestra tenía escaso formol y abundante materia fecal y larvas se solicita nueva recolección de donde se aíslan larvas de *Hermetia illucens*. Se indica ivermectina y el paciente refiere mejoría con heces de características normales. En el coproparasitológico de control post tratamiento se aíslan escasas larvas más pequeñas y quistes de *Blastocystis hominis*.

Discusión: Las inadecuadas condiciones de higiene y la falta de agua potable se consideran la causa de la ingestión de las larvas. La eliminación en una primera instancia de larvas de *Eristalis tenax* se debería a que las mismas se localizan cerca de la apertura anal para facilitar la respiración. Es de importancia la identificación adecuada de larvas expulsadas en materia fecal para correlacionar con la posible epidemiología, realizar el tratamiento adecuado y generar pautas de prevención.

PE239 Infecciones de transmisión sexual en lesiones de la cavidad oral: virus papiloma humano, *Chlamydia trachomatis* y virus herpes simple

Tabla 1. Prevalencia de detección de los microorganismos estudiados según el sexo y el tipo de lesión.

		Total N=318 (100%)		HPV positivo n=109 (34%)			C. trachomatis positivo n=54 (16,9%)					HSV positivo n=10 (3%)						
		n	(%)	n	(%)	p value	OR	IC (95%)	n	(%)	p value	OR	IC (95%)	n	(%)	p value	OR	IC (95%)
Sexo	Masc.	149	46,9	50	45,9	0,89	1,06	(0,66-1,68)	27	50	0,71	0,85	(0,47-1,54)	1	10	0,02	1,73	(1,37-2,18)
	Fem.	169	53,1	59	54,1				27	50				9	90			
Lesión	B	137	43,1	39	35,8				27	50				8	80			
	DPM	96	30,2	34	31,2	0,07	1,58	(0,98-2,51)	18	33,3	0,32	0,71	(0,39-1,28)	1	10	0,02	0,34	(0,090-1,19)
	COCE	85	26,7	36	33				9	16,7				1	10			

B: lesión benigna, DPM: desorden potencialmente maligno, COCE: carcinoma oral de células escamosas.

Pranzetti M, Bucari M, Capello S, Capponi P, Gariotti M, Gauchat A, Italiano M, Mazzuferi F, Nisnovich G, Pasciutto N.

Sanatorio Nosti. Rafaela. Santa Fe. Argentina.

Las infecciones de transmisión sexual son posibles factores de riesgo para el cáncer oral, no obstante, su rol como agentes etiológicos del cáncer de cabeza y cuello es aún controversial y es necesario profundizar su estudio. Entre los patógenos que pueden infectar la mucosa oral encontramos virus papiloma humano (HPV), virus herpes simple (HSV) y *Chlamydia trachomatis* (Ct); una bacteria intracelular obligada causante de inflamación y displasia cervical, entre otras. El objetivo del trabajo fue evaluar la presencia de HPV, HSV y Ct en lesiones benignas, desórdenes potencialmente malignos y lesiones cancerosas de la cavidad oral. Se obtuvieron 318 muestras de cepillado de lesiones orales (149 pacientes masculinos y 169 femeninas) en el periodo marzo 2012- diciembre 2016. Las mismas fueron analizadas mediante PCR con cebadores específicos para la detección del ADN de cada uno de los patógenos. La genotipificación de HPV y la identificación del tipo de HSV fueron realizadas utilizando la técnica de RFLP con enzimas de restricción. Se estudiaron 137 lesiones benignas (B), 96 desórdenes potencialmente malignos (DPM) y 85 carcinomas orales de células escamosas (COCE). La prevalencia de HPV fue del 34 % (n = 109); los genotipos más frecuentes fueron el 6 de bajo riesgo y el 16 de alto riesgo, sin embargo, los de alto riesgo estuvieron en su mayoría en lesiones cancerosas y los de bajo riesgo en lesiones benignas. La prevalencia de Ct fue del 16 % (n = 54) y de HSV 3 % (n = 10), entre los cuales se identificaron 7 muestras con HSV- 1 y 3 con HSV 2. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre la presencia de HPV y Ct por sexo y tipo de lesión (p > 0.05), aunque la presencia de HSV estuvo asociada de manera significativa a ambas variables (p = 0.02). La coinfección más frecuente fue HPV- C.t (4 %), seguida de C.t- HSV (1.8 %) y en la mayoría de las coinfecciones el genotipo de HPV detectado fue de bajo riesgo. Una única paciente presentó triple infección en una lesión B con genotipos de HPV de bajo riesgo. Dada la semejanza morfológica del epitelio cervical y orofaríngeo, estos resultados preliminares nos permiten inferir que la evolución de las lesiones orales podría estar influenciada no solamente por los factores de riesgo convencionales (tabaco y alcohol), si no también, por el genotipo de HPV, así como por las coinfecciones de varios agentes patógenos. Existe evidencia bibliográfica de que la infección por Ct podría actuar de manera sinérgica, facilitando la infección por HPV, debido a

Tabla 2. Características de las 73 muestras HPV positivas genotipificadas

SEXO	LESION	GENOTIPO DE HPV	RIESGO	C. trachomatis	HSV	SEXO	LESION	GENOTIPO DE HPV	RIESGO	C. trachomatis	HSV
F	B	6	BR	-	-	F	DPM	84	BR	+	-
M	B	6 y 11	BR	-	-	F	DPM	16 y 53	AR	-	-
M	B	11	BR	-	-	F	DPM	31	AR	-	-
M	B	11	BR	-	-	F	DPM	53	AR	-	-
M	B	6	BR	-	-	F	DPM	16	AR	-	-
M	B	6 y 11	BR	+	-	M	DPM	11 y 16	AR	+	-
M	B	11	BR	-	-	F	DPM	16	AR	-	-
F	B	11	BR	-	-	F	DPM	16	AR	-	-
M	B	6 y 11	BR	-	-	F	DPM	16	AR	-	-
M	B	6	BR	-	-	F	DPM	31	AR	-	-
M	B	40	BR	-	-	F	DPM	31	AR	-	-
F	B	13	BR	+	-	M	COCE	11	BR	-	-
F	B	6	BR	-	-	M	COCE	11 y 6	BR	-	-
F	B	6 y 13	BR	+	+	M	COCE	6 y 11	BR	-	-
F	B	6	BR	+	-	M	COCE	6	BR	-	-
M	B	11	BR	-	-	M	COCE	11	BR	-	-
M	B	6	BR	-	-	M	COCE	6	BR	+	-
F	B	16	AR	-	-	M	COCE	6	BR	+	-
F	B	31	AR	-	-	M	COCE	11	BR	+	-
F	B	31	AR	-	-	M	COCE	6	BR	-	-
F	B	16	AR	-	-	F	COCE	11	BR	-	-
F	B	31	AR	-	-	M	COCE	6 y 11	BR	-	-
F	B	16 y 11	AR	+	-	F	COCE	6	BR	-	-
M	DPM	6 y 11	BR	-	-	M	COCE	11 y 6	BR	-	-
F	DPM	11	BR	-	-	M	COCE	16	AR	-	-
F	DPM	6	BR	-	-	M	COCE	6 y 16	AR	-	-
M	DPM	6 y 11	BR	-	-	F	COCE	33	AR	-	-
F	DPM	6	BR	-	-	M	COCE	16	AR	-	-
M	DPM	6	BR	-	-	F	COCE	16	AR	-	-
F	DPM	6	BR	-	-	F	COCE	16	AR	-	-
F	DPM	6	BR	-	-	F	COCE	16 y 53	AR	-	-
F	DPM	84	BR	-	-	M	COCE	31	AR	-	-
M	DPM	6	BR	-	-	F	COCE	53	AR	-	-
M	DPM	11	BR	-	-	M	COCE	16	AR	-	-
M	DPM	11	BR	-	-	F	COCE	6, 16 y 53	AR	-	-
F	DPM	11	BR	+	-						
F	DPM	11	BR	-	-						
M	DPM	6	BR	-	-						

B: lesión benigna, DPM: desorden potencialmente maligno; COCE: carcinoma oral de células escamosas; AR: alto riesgo, BR: bajo riesgo

Tabla 3. Características de las 10 muestras HSV positivas.

Tipo de HSV	SEXO	LESION	HPV	GENOTIPO	RIESGO	C. Trachomatis
1	F	B	-			+
1	F	B	-			+
1	F	B	-			-
1	F	B	-			-
1	F	B	-			-
2	F	B	+	6 y 13	BR	+
2	F	B	-			-
2	F	B	-			-
1	F	DPM	-			+
1	M	COCE	-			+

B: lesión benigna, DPM: desorden potencialmente maligno; COCE: carcinoma oral de células escamosas AR: alto riesgo, BR: bajo riesgo

Tabla 4. Coinfecciones detectadas en las lesiones orales

Sexo	Lesión	Riesgo del genotipo de HPV	Total		Coinfección HPV-C. trachomatis		Coinfección HPV-HSV		Coinfección C. trachomatis-HSV	
			n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Masc.	B	AR	149	46.9	6	46.2	0	0	1	16.7
			169	53.1	7	53.8	1*	100	5	83.3
Fem.	DPM	BR	96	30.2	4	30.8	0	0	1	16.7
	DPM	BR	85	26.7	3	23.1	0	0	1	16.7
	COCE	AR								
					2	15.4	0	0		
					9	69.2	1	100		
					2	15.4	0	0		

B: lesión benigna, DPM: desorden potencialmente maligno; COCE: carcinoma oral de células escamosas. AR: alto riesgo; BR: bajo riesgo; W/G: sin genotipificación. *Paciente femenina con triple infección (HPV, C. trachomatis y HSV).

la inflamación que produce. A su vez, la infección por HSV induciría la persistencia clamidial. En este estudio, se detectaron los tres agentes estudiados en todas las lesiones e independientemente del sexo de los pacientes; por lo tanto, deben tenerse en cuenta para fines de diagnóstico y de tratamiento y debe considerarse su importancia epidemiológica. Los presentes resultados nos revelan la importancia de valorar a los agentes infecciosos de transmisión sexual como factores pronósticos del cáncer bucal y los desórdenes potencialmente malignos y constituyen la primera contribución en un escenario poco estudiado en nuestra área.

PE240 Empiema pulmonar por *Trichomonas*. Reporte de un caso

Mazzitelli B, Pizarro S, Rossanigo C, Ghietto L, Brito R, Minguez A.
Unidad Asistencial Doctor César Milstein. Argentina.

Introducción: *Trichomonas* es un género de protozoos flagelados (4-6 flagelos) con membranas ondulantes. Existen tres especies que pueden parasitar al hombre, con su localización específica: *T. vaginalis* causante de la tricomoniasis urogenital, *T. hominis*, parte de la flora normal y *T. tenax* en cavidad oral de individuos con mala higiene de la misma, estas últimas por lo general, no patógenas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 17 años de edad, con APP de Sd. De Jeune, Distrofia de Duchenne, múltiples internaciones previas, traqueostomizado y gastrostomizado, es traído a la consulta por presentar fiebre de 38-39°C constatado por familiar, de 3 semanas de evolución, cumpliendo con múltiples tratamientos, sin mejoría clínica, a lo que se asocia mala mecánica ventilatoria con expectoración mucopurulenta de olor fétido. Examen Físico: SV: FC: 124lpm FR: 34rpm TA: 80/60mmhg T°:36.3°C SatO2:96 % con Fio40 %. Mala mecánica ventilatoria, abundantes roncus, con sibilancias inspiratorias y espiratorias en campo pulmonar izquierdo. Ausencia murmullo vesicular en campo pulmonar derecho. Exámenes Complementarios: RX Torax: Radioopacidad en campo pulmonar derecho completo. Laboratorio: leucocitos: 36.100 / mm3 (NC 21 %- NS 67 %- L 3 %- M 4 %), glucemia: 74 mg/dl, creatinina: 0.20mg/dl, urea: 24mg/dl, NA+: 133mEq/l, K+: 3.5mEq/l, Cl- : 98mEq/l, PCR: 118mg/l. Eco Pleural: Importante derrame pleural derecho, con tabiques y ecos internos. Se realiza toracocentesis con colocación de tubo de avenamiento pleural y campana, se drena abundante líquido purulento con olor fétido. Se recibe resultado de microbiología que informa flora anaerobia y parásitos protozoarios, móviles flagelados, compatibles con *Trichomonas* al examen directo en fresco.

Discusión: El género *Trichomonas* forma parte de la flora normal de la boca; su aislamiento como patógeno es un hecho muy infrecuente, lo cual se ha asociado a la presencia de factores de riesgo como mala higiene bucal, complejizados, con altas probabilidades de broncoaspiración, como en el caso presentado. En nuestro paciente se descartó la fistula intestino-pleura a través de ecografía y de la prueba de azul de metileno. *Trichomonas tenax* es la causa más común de infección pleuropulmonar, siendo el mecanismo que podría explicar su presencia en el tracto respiratorio inferior, la aspiración de saliva junto con anaerobios desde la cavidad bucal, pudiendo desarrollar así la neumonía, con posterior empiema.

Conclusión: El género *Trichomonas* se encuentra presente en el cuerpo no solo como flora normal, sino también como patógeno. A pesar de la rara presencia de este parásito en tracto respiratorio inferior, es importante tenerla en cuenta ante pacientes altamente invadidos. Si bien la tipificación de la especie no cambia conducta con respecto al tratamiento, se debe plantear la posibilidad de realizarla, debido a que cada especie es específica de una región corporal definida, esto podría tener implicancias médico-legal. Palabras claves: *Trichomonas*, Empiema pulmonar.

PE241 Infecciones posbiopsia transrectal. Experiencia en un centro tras diferentes intervenciones de prevención de infección

Giorgio PG, Efrón E, Martínez J, Verbanaz S, Eusebio M, Pinoni V, Bustos A, Giuffré C, Azario A, Frávega A, Hernandez A, Nolzco A, Jordán R.

Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

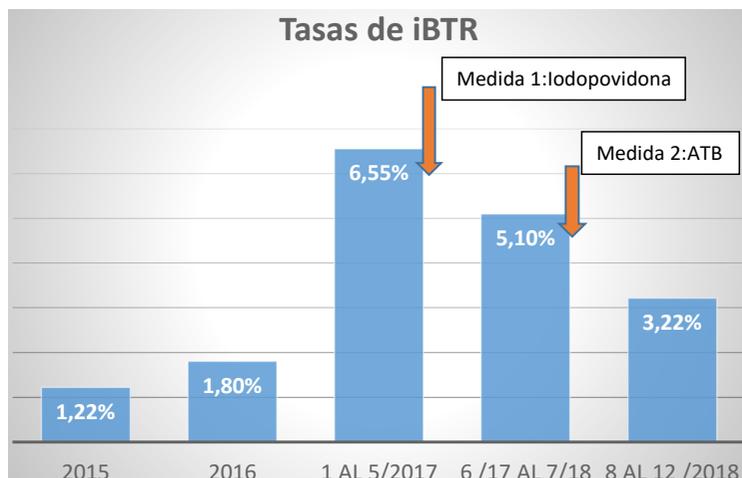
Introducción: Las tasas de infección posbiopsia transrectal (iBTR) han aumentado en las últimas décadas (hasta en un 10 % en el mundo) así como la resistencia antibiótica (atb), especialmente a quinolonas. Existen diversas acciones para disminuir su incidencia. En vista de un incremento de las mismas en el primer semestre del 2017, se revisó la evidencia científica sobre la eficacia de diferentes estrategias y se propusieron medidas que fueron adoptadas progresivamente por Urología: 1) limpieza rectal con iodopovidona, 2) cambio en la profilaxis atb, pasando de la administración universal de quinolonas a la administración de atb dirigido si el urocultivo (UC) era positivo, aminoglucósidos o ceftriaxona si el UC era negativo, o quinolonas si el paciente era de bajo riesgo de resistencia a las mismas.

Objetivos: Primario: estimar la frecuencia de iBTR en el período de estudio y la variación entre los períodos previo a medida 1, post medida 1 y post medida 2. Secundarios: analizar la prevalencia de los distintos microorganismos. Y evaluar la sensibilidad atb de los mismos.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico. Población: Pacientes ≥ 18 años, con antecedentes de BTR en las semanas previas a la hospitalización por infección relacionada al procedimiento, desde 1/1/ 2015 hasta 31 /12/ 2018. Se definió como iBTR a los episodios de Bacteriemia (BAC), Infección Urinaria (ITU), Orquiepididimitis (OE), Prostatitis, Absceso prostático o Shock séptico. Se analizaron los cultivos según criterios de CLSI. Las variables categóricas se informan como frecuencia y/o porcentaje.

Resultados: De un total de 773 BTR en 773 pacientes en 4 años, se internaron 25 pacientes con los criterios de iBTR (3,2 %). Fueron BAC el 28 %, ITU 56 %, OE 12 % y prostatitis 4 %. En el 88 % se identificaron enterobacterias (*E. Coli* 95 %), 12 % fueron cultivos negativos. Resistencia a CIP 36 %, AMP 68 %, AMS 45 %, CFZ 13 %, PTZ 4,5 %, CTX 4,5 %, TMS 31 %, carbapenem 0 %, GEN 0 %. No se detectaron mecanismos de resistencia con BLEE, solo uno con AMPc. La incidencia de iBTR antes de implementar la medida 1 fue 1,22 % en 2015, 1,8 % en 2016 y 6,5 % entre enero y mayo de 2017. Tras implementarse la medida 1 fue 5.1 % entre junio de 2017 y julio de 2018. Luego de la medida 2 cayó a 3,2 % entre agosto y diciembre de 2018.

Conclusiones: Experimentamos en nuestro centro un aumento en las iBTR en el 2017, con elevada proporción debida a microorganismos resistentes a quinolonas. La intervención del Servicio de Infectología y la adopción consensuada con el Servicio de Urología de medidas sucesivas redujo la incidencia de dichos eventos en un 50 %. Continuamos la vigilancia de estas infecciones teniendo como objetivo próximo la reducción de las tasas a los valores históricos.



PE242 Endoftalmítis por *Escherichia coli* BLEE secundaria a urosepsis

Del Rio F, Stelzer M, Gianello M, Melgin S, Rechimont A.

Policlínico PAMI II. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La endoftalmítis endógena es una patología extremadamente infrecuente y con elevada morbilidad. A continuación, presentamos un caso con mala evolución pese a terapéutica adecuada.

Caso clínico: Paciente de 74 años, con antecedentes de diabetes, hipertensión, obesidad, infecciones urinarias recurrentes y glaucoma que curso internación por urosepsis a *Escherichia coli* BLEE complicada con endoftalmítis hematogena izquierda, con mala evolución pese a tratamiento antibiótico endovenoso (Meropenem) e intravitreo (Gentamicina) dirigido y que requirió tratamiento quirúrgico para resolución de la misma (exeresis oftálmica). Exámenes complementarios: Laboratorio ingreso: Leucocitos 25900 k/ μ L, Hematocrito 38,3mg %, Hemoglobina 12,4mg/dl, Plaquetas 187000 k/ μ L, Creatinina 2.82mg/dl, Glicemia 400mg/dl, VES 80. Hemocultivos (2/2): Se obtuvo desarrollo de *Escherichia coli* BLEE (sensible: Aminoglucósidos, Piperacilina+Tazobactam y Carbapenems). Urocultivo: Se obtuvo desarrollo de *Escherichia coli* BLEE (mismo perfil de resistencia). Cultivo globo ocular: Se obtuvo desarrollo de *Escherichia coli* BLEE (mismo perfil de resistencia). Serologías (VIH, VHB, VHC, VDRL, CMV y Toxoplasmosis): Negativas. Ecocardiograma transesofágico: Negativo. Resonancia magnética de órbitas: Exoftalmia de ojo izquierdo con alteración del contenido del globo ocular y su anatomía habitual.

Discusión: La endoftalmítis se refiere a la infección bacteriana o micótica dentro del ojo, incluida la participación de los humores vítreos y / o acuosos. La mayoría de los casos son exógenos, resultantes de la inoculación de organismos externos, los casos restantes son endógenos (2-8 %), resultantes de la siembra en el ojo. La diseminación se observa comúnmente en inmunocomprometidos, sobre todo diabéticos mal controlados. La endoftalmítis bacteriana aguda es una afección que amenaza la visión y se debe tratar como una emergencia. El resultado clínico depende tanto de la virulencia del organismo infectante como de la velocidad con la que se inicia la terapia apropiada.

Las fuentes de bacteriemia más frecuentes incluyen endocarditis, infecciones del tracto urinario, abscesos abdominales y meningitis. Cuando *Escherichia coli* es la responsable de la infección ocular, la infección urinaria es la fuente principal. Los pacientes con endoftalmítis bacteriana endógena pueden presentar síntomas de su bacteriemia o solo manifestar dolor ocular y disminución de la visión. El diagnóstico se establece mediante hallazgos clínicos compatibles en el contexto de hemocultivos positivos (75 %), o por cultivos intraoculares positivos. El tratamiento de la endoftalmítis endógena incluye antibióticos intravitreo y sistémicos. La duración de los antibióticos sistémicos se debe determinar por la necesidad de tratar la fuente subyacente. La vitrectomía más la inyección de antibióticos intravitreos está indicada, debido a la naturaleza virulenta de la mayoría de los patógenos involucrados.

Conclusión: Presentamos dicho caso por ser infrecuente, con el objetivo de remarcar la necesidad de un diagnóstico temprano de dicha patología, para instaurar un tratamiento rápido y adecuado para evitar complicaciones oculares graves. Palabras claves: Endoftalmítis hematogena, *Escherichia coli* BLEE, Multirresistencia ATB.

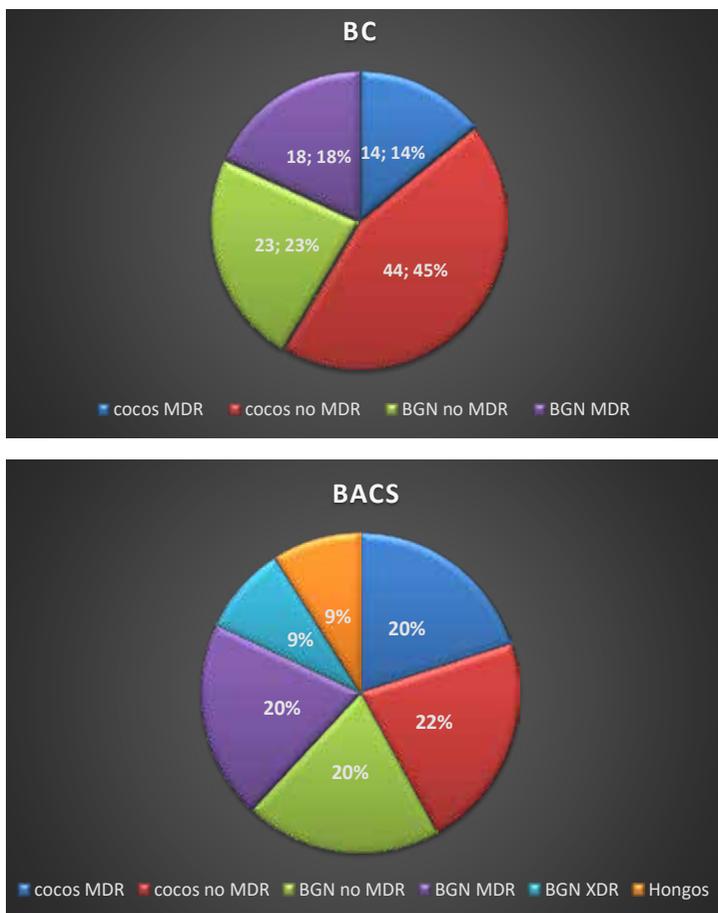


Figura 1. Distribución gérmenes en BC y BACS.

MDR: multi droga resistente. XDR: Extremadamente droga resistente. BGN: Bacilos gram negativos

Variable	Bacteriemia Comunitaria (BC) N 43 (100%)	Bacteriemia Asociada a los cuidados de la salud (BACS) N 45 (100%)	P	OR /IC 95%
Sexo masculino	26 (60,5)	26 (57,8)	NS	
Edad	69,97 años (DS 13,909)	63,36(DS 19,781)	NS	
Promedio internación	15,9 días	25,5 días	NS	
Días a la bacteriemia		14,46 días		
EPOC	8 (18,6)	9 (20)	NS	
Diabetes	4(9,3)	12(26,7)	0,031	2,86 (1,002-8, 20)
TOS	2(4,7)	3(6,7)	NS	
Oncológicos	7(16,3)	3(6,7)	NS	
Prótesis V	17 (39,5)	19 (42,2)	NS	
Catéter U	1 (2,7)	5 (11,1)	NS	
Internación 90	1 (2,3)	17 (37,8)	0,001	16,2 (2,25-116,83)
GCC	2 (4,7)	2 (4,4)	NS	
Urosepsis	15 (34,9)	5 (11,1)	0,007	4,29 (1,4 – 13,1)
EI	13 (30,2)	6 (13,3)	0,052	2,8 (0,96 – 8,28)
IPPB	3 (7,0)	5 (11,1)	NS	
Neumonía	10 (23,3)	5 (11,1)	NS	
Digestivo	4 (9,3)	0	0,036	1,1 (1,0 – 1,2)
IAC	0	15 (33,3)	0,011	0,5 (0,4-0,76)
Bacteriemia primaria	4(9,3)	10 (22,2)	NS	
Mortalidad	6 (14)	16 (34,6)	0,016	3,52 (1,22-10,16)

Tabla 1. Características basales de la población

Tabla 1 – Resultados de penescopia y PCR en la población en estudio

Penescopia	PCR-RT			TOTAL
	HR	LR	ND	
Positivo	101	16	24 (17%)	141
Dudoso	13 (6,5%)	3 (1,5%)	4	20
Negativo	163 (51%)	10 (3%)	147	320
Total	277	29	175	481

PE243 Análisis unicéntrico de bacteriemias en centro de tercer nivel

Soler Puy L, Montenegro R, Peña L, Calza Y, Bangher M.
ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina.

La presencia de bacterias en el torrente sanguíneo (bacteriemia) conforma un síndrome clínico grave, con elevada mortalidad. En la era de la multiresistencia a los antimicrobianos; el manejo de las bacteriemias representa un desafío respecto a la elección de antibióticos. Los gérmenes multiresistentes presentan mayor mortalidad que los gérmenes no multiresistentes. Por ello nos propusimos estudiar la frecuencia y distribución de las bacteriemias comunitarias (BC) y asociadas al cuidado de la salud (BACS) en un centro de tercer nivel. Analizar factores de riesgo; patógenas causales en cada grupo, perfil de sensibilidad antibiótica y mortalidad.

Material y métodos: Estudio Unicéntrico retrospectivo-prospectivo observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes internados en centro de tercer nivel desde 1/06/2016- 30/06/2017, con hemocultivos positivos (HP), adultos. Criterios de exclusión: HP con patógenos contaminantes (Estafilococos coagulasa negativos (SCN), *Corynebacterium* spp, *Bacillus* spp, *Propionibacterium acnes*). Sólo fueron relevantes SCN resistentes a oxacilina. -Pacientes con HP, derivados a otro centro. Variables: -Datos filiatorios, edad, sexo. -Comorbilidades: VIH, terapias con biológicos, corticoides, EPOC, diabetes mellitus, portadores de válvula protésica, prótesis ortopédicas, trasplantes de órganos sólidos, pacientes oncológicos, catéteres urinarios, internación en los últimos 90 días. -Fecha de HP, germen aislado y sensibilidad antibiótica (MDR, XDR PDR). -Categorización de bacteriemias BC (fuera del hospital o dentro de las primeras 48 horas de internación) y BACS (después de 48 horas de internación y aquellas que se produzcan en pacientes en hemodiálisis, o con internación de por lo menos 24 horas en los últimos 3 meses previos. -Bacteriemias secundarias (según origen de la infección) Urosepsis, infección de partes blandas (IPPB), neumonías, sistema nervioso central, digestivo, traumatológicos; bacteriemia primaria si no hubo foco. -Mortalidad intrahospitalaria. Análisis de prevalencia mediante porcentajes. Análisis del tipo de bacteriemias mediante estadística descriptiva convencional. Para análisis inferencial se utilizó prueba de Levene y de Student. Análisis univariado y regresión logística, test exacto de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo una $p < 0.05$. Se utilizó programa SPSS 21.0 para Windows. En el período estudiado se recolectaron datos de 88 HP. Las características basales de la población (N: 88) se observan en la tabla 1. En BC se observó un 44,45 % de cocos no MDR, en contraposición a BACS que los cocos no MDR representaron sólo 22 %. En relación a los BGN, en la comunidad se detectaron gérmenes no MDR y MDR en similar proporción (23,23 % y 18,18 % respectivamente). En BACS, disminución de cocos no MDR, con aparición de gérmenes XDR y hongos, y se mantuvo la misma proporción de BGN MDR. Ver gráfico 1. Según el origen, en BC, urosepsis fue la primera causa ($p = 0,007$), seguida por EI ($p=0,052$). En BACS, infección

asociada a catéter (IAC) y bacteriemias primarias fueron las predominantes, 33.3 y 22.2 % respectivamente (p=0.011). La mortalidad global fue de 25 %, en cada grupo representó un 14 y 36 % respectivamente. Los episodios de bacteriemias por BGN XDR representaron la mayor mortalidad (3/4) 75 % [p=0,019, OR: 10,10 (IC 95 %: 0,99-102)], no habiendo diferencias significativas entre cocos y bgn MDR y no MDR. Tabla 2.

Conclusión: El cambio en la epidemiología y sensibilidad antibiótica es evidente, hubo algunas variaciones en nuestro centro en cuanto a gérmenes en BC y BACS. El origen principal en BC fue urosepsis y endocarditis infecciosa, en BACS infecciones asociadas a catéteres. Gérmenes BGN XDR presentaron mayor mortalidad.

PE244 Perfil epidemiológico y clínico de sífilis asistidos en un Hospital Público Nacional del Gran Buenos Aires, partido de Morón

Roldán V, Jacobo M, Lee K, Golikow M, Kidd E, Laplumé D, Siciliani D, Weisz A, Gaitan A, Lopez A, Di Pilla D, Riveros F.

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. El Palomar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.



Formas clínicas	
Latente tardía	194
Latente temprana	24
Primaria	59
Secundaria	36
Desconocido	1

Edad	Media	De	Mediana	Min.-Máx.	Q1-Q3
Hombres	31,92	13,23	28	15-70	22-36
Mujeres	29,93	14,1	25	16-83	20-34

Mujeres	
Latente tardía	123
Latente temprana	14
Primaria	26
Secundaria	27
Desconocido	1

Varones	
Latente tardía	71
Latente temprana	10
Primaria	33
Secundaria	9

Introducción: A pesar de existir medidas profilácticas eficaces, como el uso del preservativo, y opciones terapéuticas eficaces y relativamente económicas, la sífilis sigue constituyendo un problema a escala mundial, con 12 millones de personas infectadas cada año (OMS). Según los datos del Ministerio de Salud de la Nación, la cantidad de casos de sífilis se ha triplicado entre los años 2011 y 2017. Mientras que en 2011 la tasa fue de 11.7 casos cada 100.000 habitantes, en 2017 se alcanzó una tasa de 35,2 casos por 100.000 habitantes. Es importante destacar que la mayoría de quienes contrajeron la patología son jóvenes de entre 17 y 30 años.

Método: Estudio descriptivo de los casos de sífilis atendidos en el servicio de Infectología durante el período 05/2018-01/2019. Se estudiaron las características clínicas y epidemiológicas obtenidas a partir de la historia clínica digital, lo que aseguró la accesibilidad y confiabilidad de los datos del seguimiento. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, formas clínicas, tratamiento de la pareja/contacto sexual, tratamiento completo/incompleto, localidad de residencia.

Resultados: De los 314 casos diagnosticados, predominó el sexo femenino (61 %), la mediana de edad en las mujeres fue de 25 años (IIC 20-34) y en los hombres, 28 años (IIC 22-36). El 70 % se diagnosticó en la fase asintomática (estadio latente temprano y tardío). En 42 casos, se determinó el diagnóstico de Sífilis mediante una prueba treponémica positiva con test no treponémico negativo (VDRL), lo que representó el 15 %. Se corroboró el tratamiento completo en el 61 % de todos los casos (192/314), el resto no registra nueva consulta en el servicio de infectología o en otro dentro del hospital. En embarazadas se constató el tratamiento de la pareja en el 38 % (18/47). Los 5 principales motivos de consulta al servicio en orden de frecuencia fueron: derivaciones de otros servicios (32 %), control prenatal (17 %), pacientes sintomáticos que acuden espontáneamente (14 %), pareja con sífilis (13 %), banco de sangre del hospital (8 %). La procedencia de los pacientes correspondió en su mayoría a los siguientes partidos: Merlo (20 %), La Matanza 17 % y Moreno 16 %.

Conclusiones: Se evidencia bajo registro de tratamiento del contacto sexual, que toma mayor relevancia en embarazadas en relación de la transmisión vertical. La incorporación del algoritmo inverso aumenta la sensibilidad del diagnóstico. Es llamativa la procedencia geográfica de los pacientes dado que no se trata de una patología compleja en su diagnóstico y tratamiento. Las derivaciones desde otro servicio (32 %) fueron en su mayoría provenientes de ginecología, urología y clínica médica. Se debe trabajar en el mejor registro de datos, y en la descentralización de la atención de adultos con sífilis como así también fortalecer el trabajo en red en la región.

PE245 Relación neutrófilos-linfocitos: marcador inflamatorio y pronóstico en grave de la comunidad

Chediack CV, Bocassi A, Luque M, Gómez N, Cunto E.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La neumonía grave de la comunidad (NGC) es una patología infecciosa cuyo diagnóstico y tratamiento apropiado resultan esenciales para reducir la morbi-mortalidad. Proteínas reactantes de fase aguda y citoquinas han sido utilizadas para valorar procesos inflamatorios, aunque tienen limitaciones: accesibilidad, costo e inmediatez en los resultados. La relación neutrófilos-linfocitos (RNL) es un cálculo a partir de dos parámetros del hemograma y ha sido propuesto como marcador para evaluar inflamación sistémica y pronóstico en numerosas patologías.

Objetivos: 1) investigar si RNL discrimina entre tipos de NMN y 2) evaluar la asociación entre RNL y pronóstico

Materiales y métodos: estudio descriptivo, período 24 meses, 209 pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), fueron agrupados en Grupo 1 (NGC bacteriana), Grupo 2 (tuberculosis pulmonar (TB)) y Grupo 3 (otras etiologías de NGC). Criterios de exclusión: menores de 17 años, reingreso a UTI. Variables analizadas: APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II), edad, sexo, pronóstico (evaluado como sobrevida vs. mortalidad), recuento de leucocitos (GB), neutrófilos (N) y linfocitos (L), cociente N/L (RNL). GB, N y L (contador hematológico Sysmex XN-1000). Se utilizó SPSS 25.0. Variables continuas (expresadas: \pm SD) y nominales se expresaron como frecuencia absoluta y relativa (%). Se aplicaron test paramétricos y no paramétricos. Correlación Pearson. Regresión logística para evaluar riesgo mortalidad utilizando valor de corte de RNL=15. Se consideró significativo $p \leq 0,05$.

Resultados: Se representan en Tabla 1. Se halló una correlación lineal y positiva entre APACHEII y RNL ($p < 0,001$). Regresión logística: Odds Ratio (OR):2,86 para valores de RNL>15,0. Respecto a la evolución (sobrevivientes (n = 125) vs. no sobrevivientes(n = 84)) APACHEII y RNL arrojaron $p < 0,001$.

Conclusiones: -En respuesta al 1er objetivo: RNL no alcanzó significancia estadística para diferenciar etiología de NGC. -Con respecto al 2do objetivo: hubo correlación altamente significativa: a mayor APACHE II mayor RNL. Sugerimos entonces que en el momento de ingreso a UTI este parámetro podría ser un marcador pronóstico adicional al APACHE II. Los pacientes con RNL >15 tienen 2,86 veces más probabilidad de morir que aquellos con RNL<15. La RNL es un parámetro fácil de calcular, simple de interpretar, no se requiere otra muestra de sangre, su resultado se obtiene dentro del hemograma y por lo tanto no implica costo adicional. -Limitaciones de este trabajo: no diferenciamos sépticos de no sépticos; la sepsis puede incrementar la adhesión de N al endotelio vascular y provocar un descenso de estos en sangre periférica.

PE246 Endocarditis infecciosa de válvula protésica tardía por *Trichosporon inkin*

Alvarado ME, Schamun D¹, Mariani V¹, Pfoh C², Boschetti C².

¹Instituto del Corazón, ²Hospital General de Agudos José M. Penna. CABA. Argentina

Introducción: El género *Trichosporon* spp incluye levaduras de distribución ubicua que suelen causar micosis superficiales y rara vez ocasionan infecciones invasivas. Las endocarditis fúngicas pueden verse en el 2-4 % de las endocarditis infecciosas (EI), a predominio de *Candida* y *Aspergillus* spp, con una mortalidad entre 50-80 %. En muchos casos se arriba al diagnóstico durante la autopsia

Resumen: Se describe el caso de un paciente de 60 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y reemplazo de válvula aórtica con prótesis biológica en agosto de 2017. Se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) de control en septiembre de 2018 con función valvular conservada y sin vegetaciones. En noviembre de 2018 comienza con fiebre persistente sin foco por lo cual consulta en varias oportunidades al servicio de emergencias, donde se le indicó hemocultivos y diferentes esquemas antibióticos. Luego de 3 semanas de persistencia del cuadro febril se internó por sospecha de EI protésica tardía. Al ingreso se realizó ETE que mostraba vegetación de 15 x 8 mm adherida a la valva coronariana derecha. Se repitieron los hemocultivos sin antibióticos y se inició ceftriaxona. Ante la persistencia de la fiebre se realizó resonancia de columna y tomografía de abdomen y pelvis sin evidencia de foco séptico a distancia. Los hemocultivos finalizaron negativos. Se repitió ETE el 27 de diciembre que informaba progresión del tamaño de la vegetación (23 x 9 mm) con prolapso hacia la aorta con un mecanismo obstructivo valvular. Ese día se derivó a un centro de cirugía cardiovascular para resolución del foco infeccioso. Ingresó febril, inestable hemodinámicamente, con requerimientos de oxígeno y oligoanúrico. Muestra sufusiones hemáticas subungueales en plantas y dedos de ambos pies. Se modificó el esquema antibiótico a vancomicina, ceftriaxona y ampicilina y se realizó cirugía de reemplazo de válvula aórtica de urgencia con homoinjerto. En el acto quirúrgico se evidenció válvula protésica totalmente infiltrada con vegetaciones adheridas a valvas coronarianas derecha e izquierda. Se retiró la válvula y se envió a cultivo para gérmenes comunes, PCR ribosoma 16S, cultivo para micobacterias, cultivo para hongos y anatomía patológica. El paciente cursó el postoperatorio con altas dosis drogas vasoactivas, oligoanúrico y con distress respiratorio. El 3 de enero de 2019 se informó desarrollo de elementos fúngicos en muestra de válvula por lo que se agregó anfotericina B desoxicolato. Evolucionó con franco deterioro del estado clínico: anasarca, requerimientos transfusionales, hipoalbuminemia y aumento de los requerimientos de drogas vasoactivas. El 6 de enero se recibió informe de PCR para ribosoma 16S negativo. Desarrolló en cultivos de hongos *Trichosporon inkin*, con tipificación confirmada por PCR. Se suspendió tratamiento antibiótico y se inició anfotericina liposomal. Finalmente comenzó con hipotensión refractaria y falla multiorgánica con el consecuente paro cardiorrespiratorio sin respuesta a las maniobras de reanimación el día 18 de enero,

Conclusión: El bajo umbral de sospecha de EI condiciona la evolución clínica. Las EI con cultivos negativos deben ser investigadas para diagnóstico de gérmenes atípicos, micobacterias, gérmenes fastidiosos y hongos. Los métodos microbiológicos sobre el tejido valvular resecado y en especial los métodos moleculares son de gran valor para identificar el agente etiológico. La identificación a nivel de especie fue determinante en la elección del tratamiento antifúngico dado que a diferencia de *T. inkin*, otras muestran resistencia a la anfotericina *in vitro*. Palabras clave: *Trichosporon*; aortic valve; endocarditis"

PE247 Relevamiento de sífilis en un centro de salud y atención comunitaria de la CABA

Zalaya NA, Alzola R, Beherns M, Burgos M, Crespo S, Galletto J, Liberatti C, Pecheny A, Rocculi M, Sued O, Veron D.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú. CABA. Argentina.

Introducción: La recategorización durante el 2018 de los centros de salud de la C.A.B.A. (Ce.S.A.C.) como Centros de Salud Nivel 1 les ha permitido ampliar la atención sobre la población que asiste según principios de prevención, diagnóstico y tratamiento. De acuerdo con esto, entre los cambios implementados, se ha intensificado el relevamiento de sífilis.

Objetivo: Comparar el volumen de pacientes testeados para sífilis en los años 2017-2018 del Ce.S.A.C. N° 33, establecer prevalencias (P) anuales y globales de enfermedad y comparar los resultados con la bibliografía.

Materiales y métodos: Se realizó estudio retrospectivo observacional sobre la base de datos de VDRL y Test treponémico de sífilis de un Ce.S.A.C. (períodos enero-septiembre 2017 versus enero-septiembre 2018). La población estudiada fue mayoritariamente adulta (más del 95 %), de ambos sexos, con o sin ETS que se atendió en el Ce.S.A.C. N° 33. Los ensayos de laboratorio se realizaron en el hospital de referencia mediante VDRL (Wiener), y las muestras reactivas fueron confirmadas con TP-sífilis de Abbott (técnica de CMIA). Material de consulta: Boletines de VIH-SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Análisis estadístico Stata 10.

Resultados: VDRL/ TP-sífilis 2018: 470/13 vs. 2017: 385/12; total 855/25, no se registraron falsos positivos. La P global fue de 2.92 % (IC95 % 1.79-4.05) y las anuales 2017: 3.12 % (IC95 % 1.38-4.85) y 2018: 2.76 % (IC95 % 1.27-4.20); p-valor de diferencia de proporciones =0.74.

Conclusiones: En el año 2018 se observó un incremento del 12 % en las solicitudes de VDRL respecto al 2017, pero no hubo diferencia significativa en los diagnósticos de sífilis. La P global fue de 2.92 % (IC 1.79-4.05), dato superior al reportado por el Boletín epidemiológico N°32 del 2015 (P= 0,74 %, IC95 %: 0,47-1,01). La no reducción de los casos parece indicar una falta de efectividad en las estrategias de prevención, situación similar a lo que ocurre con TBC y VIH en la CABA.



VDRL y de TP-Sífilis realizados por el Cesac 33 en los años 2017 y 2018- La columna de la derecha muestra los totales.

Variables	n		Significación
AÑO	2017	2018	
VDRL	385	470	p<0,000
TP-SÍFILIS	12	13	p=1
P(%)	3,12 (IC95 1.38-4.85)	2,77 (IC 95 1.27-4.20)	p=0,74
Pglobal (%)	2,92% (IC95 1.79-4.05)		

Número de test realizados con VDRL y pruebas treponémicas que confirmaron las VDRL reactivas. Prevalencias anuales y global. A la derecha se reporta la significación.

PE248 Análisis de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina en un centro especializado en adultos mayores de la Ciudad de Buenos Aires. Cohorte 2014-2018

Arriola S, Ruiz M, Zugasti N, Cusmano L, Reborá J, Terusi A, Viteri A, Ezcurra MC.

Unidad Asistencial Doctor César Milstein. Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) es una de las principales causas de bacteriemia en todo el mundo. Es un microorganismo importante tanto en las infecciones de la comunidad como en las infecciones nosocomiales. La resistencia a la meticilina es un problema cada vez mayor.

Objetivo: Describir la incidencia local, las características clínicas- epidemiológicas y microbiológicas, los factores de riesgo y la mortalidad asociada a los episodios de bacteriemia por *S. aureus* meticilino resistente (SAMR) en nuestro medio.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de bacteriemias por SAMR en pacientes mayores de 60 años. El período comprendido fue entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2018. Se excluyeron episodios de bacteriemia persistente, recaída o recurrencia. Se calculó la incidencia en la institución. Se incluyeron las siguientes características: edad, sexo, comorbilidades, lugar de adquisición de la infección, días de internación, complicaciones y perfil de sensibilidad a antimicrobianos. Se midió mortalidad a 30 días y factores de riesgo asociados. Para el análisis comparativo de datos se utilizó el test X² o test exacto de Fisher con un nivel de significancia del 5 % (p < 0,05).

Resultados: Se diagnosticaron 57 episodios de bacteriemia por SAMR en 47 pacientes. Se excluyeron 10 episodios según materiales y métodos. La incidencia global en la institución fue de 1.81%. La media de edad fue 74,95 años, 53 % fueron en hombres. 70,21 % fueron bacteriemias de inicio nosocomial. La media de días de internación fue de 19,57. Las comorbilidades más frecuentes fueron: insuficiencia cardíaca 31,91 %, diabetes mellitus 29,78 %. El score de Charlson promedio fue de 6. El foco de origen más frecuente fue la infección asociada a catéter venoso 57,5 % y bacteriemia primaria 17,5 %. 33 de los episodios se presentaron con fiebre y 5 con shock séptico. Dentro de las complicaciones: 10 casos de tromboflebitis supurada, 2 casos de impactos sépticos en fondo de ojo y un caso de endocarditis infecciosa. El tratamiento empírico inicial fue adecuado en 61,90 % de los casos. Todos los aislamientos fueron sensibles a vancomicina, linezolid y tigeciclina y de los 11 testeados a daptomicina, ésta fue sensible en el 100 %. La CIM de vancomicina varió de <0,5 mg/l a 1,5 mg/l. En 15/47 pacientes el SAMR tenía perfil de la comunidad y de ellos 9 fueron bacteriemias de inicio nosocomial. Los factores de riesgo asociados a mortalidad a 30 días fueron: enfermedad oncohematológica (p 0.028; OR 8.92 IC 95 % 0.94 -84.25); recuento plaquetario menor a 110.000/mm³ (p 0.0154; OR 12.38 IC 95 % 1.36 -112.10); y glucemia mayor a 120 mg/dl (p 0.0029; OR 8.66 IC 95 % 1.90 -39.44). La mortalidad por todas las causas a 30 días fue 42,55 %.

Conclusión: En pacientes ancianos la infección por SAMR suele ser de origen desconocido o asociada a catéteres y la adquisición a menudo relacionada con la atención médica. La mortalidad es alta. Se requieren mayores esfuerzos para determinar con precisión los factores de riesgo asociados a esta entidad. Las estrategias para prevenir y disminuir la incidencia de estas infecciones son muchas, principalmente el trabajo multidisciplinario enmarcado por un programa de prevención y control de infecciones efectivo.

PE249 Las infecciones de transmisión sexual no tienen edad. Descripción de casos de infecciones de transmisión sexual en pacientes mayores de 50 años

Aranda MJ, Saranitte JA, Roriguez LC, Montaldo FA, Bruno DV, Cabrini M, Rolón MJ, Perez H.
Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández. CABA. Argentina.

Introducción: El aumento de la expectativa de vida de la población general, el uso de drogas para la disfunción eréctil y la falta de uso habitual de medidas de barrera podría correlacionarse con el aumento de infecciones de transmisión sexual (ITS) en personas mayores a 50 años. Si bien se ha demostrado el aumento de las ITS a nivel global y a nivel nacional, hay escasos datos de la incidencia de las mismas en este subgrupo poblacional.

Objetivos: Describir la prevalencia de casos de ITS y las características sociodemográficas y clínicas de las personas mayores de 50 años atendidas en un servicio de infectología referente de VIH de un Hospital General de Agudos de CABA.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo corte transversal. Se recabaron los datos registrados en la historia clínica electrónica de la primera consulta de ITS de personas mayores a 50 años en el periodo 2017-2018. Se consideraron para el análisis las siguientes ITS: sífilis, uretritis, proctitis y VIH. Se evaluaron las historias clínicas que presentaban al menos una consulta de seguimiento a los 6 meses para infección por VIH y sífilis. Los datos fueron analizados mediante Epi-InfoTM versión: 7.2.

Resultados: De un total de 1389 casos de ITS durante el periodo de estudio, 148 (10,7 %) correspondieron a pacientes mayores de 50 años. En este subgrupo, la media de edad fue de 56 años (RIC: 53-61) y el 80,9 % fue de género masculino. En 52 casos tenían antecedente de infección por VIH. Las ITS diagnosticadas fueron: 79 sífilis, 55 nuevos diagnósticos de VIH, 13 uretritis y 1 proctitis. De los 79 casos de sífilis, 50 tuvieron tratamiento completo y control a los 6 meses siendo 34/50 (68 %) pacientes VIH positivos y adherentes al tratamiento antirretroviral (TARV) con carga viral indetectable al momento del diagnóstico de la sífilis. Se diagnosticaron 55 nuevos casos de VIH. De estos, 47 pacientes (85,5 %) iniciaron TARV, logrando indetectabilidad el 95,7 %, los 8 pacientes restantes no volvieron a la consulta a pesar del llamado activo. Hubo 13 casos de uretritis, de estos, 12 realizaron tratamiento y se documentó adecuada respuesta clínica en 10, los 3 restantes no tuvieron seguimiento en nuestro servicio. Finalmente, se diagnosticó y trató 1 caso de proctitis.

Conclusión: El presente trabajo describe una prevalencia de ITS en población adulta que debe considerarse para fomentar la prevención y detección precoz de las ITS como parte del abordaje integral de esta subpoblación. Se vio que aquellos que tenían antecedente de VIH y seguimiento activo en el servicio registraron una mayor tasa de seguimiento comparada con la población VIH negativa. A su vez los nuevos diagnósticos de VIH presentaron un alto porcentaje de inicio de TARV y respuesta virológica. Sería necesario implementar medidas que faciliten el acceso al seguimiento posterior, particularmente en pacientes VIH negativos.

PE250 *Streptococcus thoralensis*: ¿un patógeno emergente?

Viceconte R, Landaburu MF, Barberis F, Torres C, Vinante A, Morillas A, Mussio M, Fernandez G, Lopez Furst MJ, Puentes T.
Sanatorio Municipal Dr. Julio Méndez. CABA. Argentina.

Introducción: *S. thoralensis* es un microorganismo recientemente descrito que ha sido aislado de diferentes animales. Según la literatura, esta inusual especie de *Streptococcus* fue aislada de muestras humanas hace poco tiempo. Se ha encontrado a *S. thoralensis* como colonizante de la cavidad nasal y orofaríngea pero no hay descriptos muchos casos en la literatura mundial de infecciones en humanos.

Caso clínico: Paciente de 62 años, sexo masculino, con antecedentes de esquizofrenia. Refiere realización de varios procedimientos odontológicos meses previos a la consulta.

Ingresó al sanatorio por presentar fiebre de 38° C en varias oportunidades, de semanas de evolución, asociado a escalofríos y dolor lumbar de intensidad 8/10. Se realizaron 2 muestras de hemocultivos y urocultivo. TAC de columna: aplastamiento del cuerpo vertebral L2 con retropulsión de su muro posterior hacia el canal espinal. Laboratorio GB 8.400 mm³, VSG 26 mm/h, PCR 0.9 mg/L. Desarrollo de *S. thoralensis* en hemocultivos (1/2) y urocultivo. CIM vancomicina 0,25 ug/mL, penicilina 12 ug/mL, y ceftriaxona 32 ug/mL. La identificación de la especie y susceptibilidad se llevó a cabo manualmente y por el sistema automatizado VITEK® 2 Compact, bioMérieux. La concentración inhibitoria mínima (CIM) se realizó por E-test® strips (bioMérieux). Y los resultados se interpretaron según CLSI (2018). Se realizó ecocardiograma transesofágico, sin evidencia de vegetaciones. Se inició tratamiento con ampicilina, luego se indica vancomicina ajustado según sensibilidad, el cual realiza 4 semanas ante la sospecha de osteomielitis, previas a la cirugía de artroplastia de columna lumbar.

Discusión: *S. thoralensis* ha sido principalmente reportado como causa de infecciones en animales. El significado clínico como patógeno en humanos todavía no ha sido completamente dilucidado y se requieren más estudios de investigación. La identificación del mismo germen en diferentes muestras, orienta a pensar la patogenicidad de este microorganismo en nuestro caso. Se presenta el caso dado los escasos reportes de la literatura de infecciones en humanos por esta bacteria. Si este suceso representa una bacteriemia aislada y rara o una infección emergente se establecerá por nuevos casos posibles. Palabras clave: bacteriemia. *Streptococcus*. *S. thoralensis*

PE251 Mortalidad y factores de riesgos asociados en bacteriemias por *S. aureus* y *Stafilococo coagulasa negativo*

Malano D, Guidetto B, Díaz V, Salinas L, Kogan S, Altclas J.
Sanatorio de La Trinidad Mitre. CABA. Argentina.

Introducción: Las bacteriemias por cocos gram positivos en racimo (CGPR) son infecciones severas asociadas a alta morbimortalidad; tanto adquiridas en la comunidad como asociadas al cuidado de la salud (IACS). Dependiendo de su origen pueden dividirse en primaria o secundaria y complicada o no, en función de la presencia de foco infeccioso evidente. La bacteriemia por *S. aureus* (BSA) representa a más de la mitad de los eventos bacteriémicos. Mientras que la bacteriemia por *Stafilococo coagulasa negativo* (BSCN) ha emergido como una causa a jerarquizar considerando factores de riesgo del huésped. En base a lo señalado realizamos un estudio para comparar la mortalidad entre ambas.

Objetivo: Comparar la mortalidad entre BSA y BSCN. Analizar sus factores de riesgo: sitio de adquisición, fuente de origen, presencia de complicación, score de Pitt, y tratamiento empírico adecuado vs. inadecuado.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, comparativo, retrospectivo entre el 1-1-2016 y el 31-12-2018 en un centro de alta complejidad con 280 camas, de CABA. Se analizaron variables epidemiológicas, características del huésped, fuente de la bacteriemia, score de Pitt, tratamiento empírico y mortalidad cruda y relacionada a la bacteriemia.

Definiciones: Bacteriemia: 1 o más hemocultivos positivos para *S. aureus* y 2 hemocultivos positivos separados por al menos 15 minutos para SCN asociado a fiebre, leucocitosis o hipotensión. Bacteriemia complicada: infección severa, profunda, persistente o con mala evolución clínica. Mortalidad relacionada: muerte ≤ 30 días del inicio de la bacteriemia sin otra causa adjudicable.

Resultados: En un período de 3 años se registraron 115 episodios de bacteriemia por CGPR, se excluyó el 36.5 % (42) por falta de datos. Se analizaron 73 episodios ocurridos en 70 pacientes; 53 BSA (73 %) y 20 BSCN (27 %), 36 hombres (51.5 %) y 34 mujeres (48.5 %). Media de edad 63 años (rango 14-91). Las comorbilidades más frecuentes fueron DBT e inmunosupresión (>20 %). El 31.5 % de las bacteriemias fueron primarias y 68.5 % secundarias, siendo los focos más frecuentes piel y partes blandas, osteoarticular y pulmonar en el 75 % de BSA y 50 % infección asociada a catéter en BSCN. La mortalidad global fue 22 %; relacionada a bacteriemia por CGPR 11 %, 8 % para BSA y 3 % BSCN, $p < 0.05$. El 73 % de los episodios presentaron tratamiento empírico adecuado en las primeras 24 hs; 27 % recibió tratamiento inadecuado. La relación de esta variable con la mortalidad asociada a bacteriemia no fue significativa en ninguno de los grupos ($p < 0.05$). Haber presentado un score de Pitt ≥ 4 , mostró una mortalidad del 50 % para ambos. La bacteriemia complicada no aumentó el riesgo de muerte en ninguna de las 2 poblaciones. El 44 % de los eventos fueron de la comunidad, con mortalidad relacionada a la bacteriemia de 12,5 %. El 56 % fueron IACS (26 BSA y 15 BSCN), con mortalidad relacionada a la bacteriemia de 10 %.

Conclusión: Las BSA y BSCN no mostraron diferencias en cuanto a mortalidad. El tratamiento empírico adecuado en las primeras 24 hs no mostró aumento significativo de la sobrevida. El porcentaje de mortalidad de los eventos adquiridos en la comunidad y las IACS fueron similares.

PE252 Predictores clínicos para estimar riesgo de endocarditis en pacientes con bacteriemia por *Staphylococcus aureus*

Inwinkelried E, Arguello J, De la Parra G, Constanzo K.

Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: En bacteriemia por SAMR/SAMS, la mortalidad global es 20 a 30 %, según condición clínica del paciente, virulencia, cepa del germen. El riesgo de bacteriemia complicada con endocarditis infecciosa es 10 a 17 % sin factores de riesgo; en caso de presentarse, la probabilidad aumenta a 90 %. En la primera bacteriemia, se realiza de rutina la búsqueda de impactos sépticos con ecocardiograma transtorácico (ETT) pudiendo ver vegetaciones compatibles con endocarditis infecciosa (EI). Su uso es controversial por no existir claros criterios de inclusión-exclusión para el screening. Existen predictores clínicos de alto y bajo riesgo de EI en la primera bacteriemia por SA (con un coeficiente de RAZÓN DE PROBABILIDAD POSITIVA + DE 5). Predictores PLR +5: El PREVIA-VÁLVULA PROTÉSICA-MARCAPASO-CARDÍACO-EVENTO EMBÓLICO-DROGAS EV, serían de inclusión para el ETT. El objetivo principal fue objetivar la frecuencia de bacteriemia SAMR/SAMS, incidencia en EI; relación de predictores clínicos y vegetaciones.

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo descriptivo observacional, realizado en hospital, provincia de Buenos Aires. Desde marzo 2018 a febrero 2019. Se incluyeron pacientes internados, masculino/femenino a partir de 15 años de todas las salas, en contexto de primera bacteriemia por SA. Se colectaron datos filiatorios, hemocultivo, tipificación SA, antibiograma, predictores clínicos (si/no) PLR +5 (ya descriptos) y - 5 (hemodiálisis, CVC +, dispositivo implantable, osteomielitis/espondilodiscitis, fuente desconocida, cardiopatía congénita, inmunosupresión, tratamiento previo inadecuado). Se realizó ETT, se completó: positivo o negativo. Se excluyeron pacientes con 2da y 3er bacteriemia. Se utilizó sistema SPSS, siendo significativo $P = 0,05$ (chi cuadrado).

Resultados: La media de edad fue 48,5. El 60 % masculino. El foco probable fue piel y partes blandas 32,5 %. El 62,5 % de las bacteriemias fue intrahospitalaria. El 62,5 %: SAMR. Todas sensibles a vancomicina. Para las cepas SAMR el 72 % presento CIM de 1. En cepas SAMS el 66,6 % presento CIM de 0,5 de vancomicina. En 8 (20 %) se constató EI. 7 vegetaciones y 1 absceso de anillo. Siendo por SAMR el absceso y 4 vegetaciones. Las válvulas afectadas fueron: aórtica 42,9 %, tricúspide 28,6 %, mitral 14,3 % y mitro aórtica 14,3 %. Predictores clínicos: 2,5 % de los pacientes presentó El previa, 5 % marcapaso. El 5 % válvula protésica, 2,5 % cardiopatía congénita, 12,5 % hemodiálisis. Un 2,5 % dispositivo implantable, 22,5 % catéter positivo SA. El 7,5 % evento embólico, 17,5 % osteomielitis/espondilodiscitis. En un 30 % el tratamiento previo fue inadecuado. En 7,5 % no se constató foco probable.

El 50 % tuvo tratamiento empírico inadecuado. Predictores de alto riesgo y su relación con El fueron estadísticamente significativos: El previa (0,00) y evento embólico (0,02). Predictores clínicos menores y relación con El ninguno fue significativo.

Conclusión: Dentro de los predictores clínicos de alto riesgo, fueron significativos El previa y Evento embólico, como en la literatura, siendo criterios para el screening ETT. La válvula afectada en cuantía fue aórtica. Los predictores de bajo riesgo fueron no significativos para EI.

PE253 Sepsis a *Salmonella* (no typhi) en paciente diabética con foco enteral

Tomás JG, Gallo R, Mambrini P, Fernandez S, Abud C, Turpo M, Ale A, Yepes J, Garnier C.

Sanatorio Parque. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La mayoría de los casos de salmonelosis se presentan con un cuadro de gastroenteritis autolimitante. Sin embargo, también puede producir bacteriemia y sepsis con foco extraintestinal en un 5 % de los casos. Esta última presentación en general esta descrita en pacientes inmunocomprometidos, dentro de este grupo con menos frecuencia en pacientes con diabetes mellitus, por lo que nos pareció importante comentar este caso de sepsis severa a *Salmonella* no typhi con foco enteral.

Descripción del caso: Paciente de 54 años con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, obesidad mórbida, cardiopatía isquémica, que ingresó a UTI el 12/05/2019 por cuadro de dolor abdominal severo con shock séptico, falla multiorgánica, que evolucionó a coma requiriendo asistencia respiratoria mecánica y vasopresores. Se realizó laparotomía exploradora constatándose abundante líquido hemopurulento en cavidad. Se constató un abdomen prominente timpánico en íleo. Se relató múltiples consultas desde diez días antes en servicios de emergencia por diarrea y vómito y la ingesta previa de alimento consumido en un puesto ambulante. Estudios de laboratorio: Leucocitos 30000/mm³, procalcitonina 40ng/ul e hiperlactacidemia. Se tomó hemocultivos y se cultivó líquido abdominal extraído por laparotomía exploradora. Se detectó en las dos botellas de hemocultivos automatizados y en líquido abdominal *Salmonella* spp. (no typhi) mediante Vitek 2 y MALDI-TOF. En el estudio serológico se detectó *Salmonella* OSB, y la fórmula antigénica O 7,8: Hh. En pruebas de laboratorio la cepa presentó urea (-), fenilalanina (-), lisina (+), ornitina (+), citrato (+), indol (-), ONPG (-), dando *Salmonella enterica*. Se realizó antibiograma por Vitek2 resultando sensible a quinolonas y betalactámicos y aminoglucósidos. Se realizó tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam y amikacina. La paciente continuó en estado crítico severo iniciando hemodiálisis y falleció a los tres días del ingreso.

Discusión: Existe en la literatura evidencia de asociación de infección invasiva por *Salmonella* en pacientes inmunocomprometidos, incluyendo diabetes. Sin embargo, la presentación con peritonitis es inusual, salvo como peritonitis bacteriana espontánea en pacientes cirróticos. La paciente presentó un cuadro inusual con diarrea de evolución tórpida y peritonitis purulenta con shock séptico refractario y evolución mortal sin otros factores subyacentes salvo diabetes y obesidad. Palabras claves: sepsis, diabetes

PE254 Análisis descriptivo de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* en adultos asistidos en un hospital general de agudos

Gañete M, Playonero G, Espinosa L, Sablich J, Vergara V, Crespo J, Serra D, Santillan P, Zambrano M, Perez M, Perez Catalan S, Sampere C, Sztokhamer D, Di Libero E, Togneri A.
Hospital Interzonal de Agudos Evita, Lanús. Argentina.

Introducción: *Staphylococcus aureus* (SA) es un importante agente causal de una amplia gama de enfermedades infecciosas.

Objetivo: realizar la descripción clínico-microbiológica de las bacteriemias por SA (BSA) evaluadas durante 24 meses.

Material y Métodos: estudio prospectivo, observacional, que incluyó a todos los pacientes (Pa) adultos (>14 años) internados en un hospital general de agudos, asistidos por la Sala de Infectología, desde el 01/01/17 al 31/12/18, que presentaron al menos un hemocultivo (HC) positivo para SA durante su internación. Por cada episodio de BSA se completó una hoja de reporte de caso incluyendo datos demográficos, factores asociados a la BSA, origen de la infección, evolución clínica y perfil de resistencia (R) bacteriano. Para evaluar complicaciones a distancia en cada episodio se solicitó Ecocardiograma (ECO), fondo de ojo (FO) y ecografía abdominal (EA), y en las BSA Meticilino Resistente (SAMR) HC de control a las 48 hs. Se usó Statistix 7.0; se adoptó un valor de significancia $p < 0.05$ (DS). **Resultados:** Se evaluaron 103 BSA en 100 Pa, que representó el 15 % de las bacteriemias del período. Edad promedio de 56 años (16-94), 69 % varones, 31 % mujeres. Se registraron comorbilidades en 68 Pa (66 %): DBT 27 %, obesidad 7 %, VIH 7 %, HTA 6 %, TBQ 4 %, etilismo 3 %, insuficiencia renal terminal 3 %, consumo de drogas 3 %. SA meticilino sensible (SAMS) causó el 63 % (65) de las BSA: 38 % presentó R al menos a un ATM no β -lactámico (%): FQ (4); TMS (1); ERY (27); CLI (3); GEN (19); sin R a RIF, DAP, ni LNZ. CIM50 y CIM90 de VAN=1 (rango: 0,5-1g/l). De las 65 bacteriemias por SAMS, hubo 46 (71 %) asociadas al cuidado de la salud (ACS): 28 bacteriemias primarias (BAP), 13 asociadas a catéter de hemodiálisis (CHD), 4 infecciones de piel y partes blandas (IPPB), y 1 marcapasos; y 19 adquiridas en la comunidad (ACO): 15 BAP y 4 IPPB. SAMR causó el 37 % (38) de las BSA: 51 % tuvo R acompañante al menos a un ATM (%): FQ (22), ERY (20), CLI (16). GEN (27), RIF (7); sin R a TMS, DAP, ni LNZ. CIM50 y CIM90 de VAN =1 (rango 1-2 g/l). De las 38 por SAMR, 20 fueron ACS (52 %): 12 BAP, 5 CHD, 2 prótesis de cadera (PC) y 1 IPPB; y 18 fueron ACO: 16 BAP y 2 PC. En 66 % de las BSAMR se realizaron HC de control, resultandos positivos el 28 %. Mediante ECO (64 TT y 4 TE) se constató la presencia de vegetaciones en 4 Pa; por los resultados de 55 FO y 72 EA no se detectaron complicaciones a distancia. La mortalidad global fue del 18 % y se encontró asociación entre mayor mortalidad y mayor edad ($p < 0.05$) y SAMS vs. SAMR (21.5 vs. 10.5 %). En las BSA hubo mayor prevalencia de casos ACS sin DS entre SAMR y SAMS. El foco de infección prevalente de BSA fue la BAP, sin DS de acuerdo al origen.

Conclusiones: Nuestra serie nos permitió observar una mayor tasa de bacteriemias por SAMS y ACS. El principal foco de infección fue la BAP. En SAMR, la mitad tuvo R acompañante al menos a un ATM, y en SAMS 38 % presentó R al menos a un ATM no β -lactámico. La mortalidad fue cercana al 20 %, encontrándose fuerte asociación con mayor edad y con SAMS. A pesar de tratarse de un hospital de alta complejidad, es aún dificultoso realizar estudios para seguimiento en estos pacientes.

PE255 Osteomielitis por *Mycobacterium houstonense*: seguimiento 4 años

Chattás AL, Montero M, Levalle J, Gomez L, Di Salvo F, Rodriguez P, Garbasz C, Alonso R, Braunsteni B.
Hospital General de Agudos Dr. I. Pirovano. CABA. Argentina.

Introducción: Paciente con osteomielitis y compromiso de partes blandas a *Mycobacterium houstonense* secundario a fractura expuesta de húmero. Para su tratamiento se recomienda antibióticos combinados que incluya aminoglucósidos, beta lactámicos, quinolonas y sulfamicinas pudiéndose considerar la asociación con linezolid por 6 meses luego de un adecuado debridamiento. La importancia de presentar el caso radica en los pocos reportes de este tipo de infección y localización

Caso Clínico: Femenino de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos previos, inmunocompetente, ingresa por politraumatismo por caída de 9 metros de altura sobre área parquizada, produciéndole contusión pulmonar, fractura inestable de pelvis, fractura expuesta de húmero izquierdo y fractura de apófisis transversas de L3 a L5 no desplazada. A su ingreso se realizó toilette quirúrgica de fractura expuesta de húmero y estabilización de fractura pélvica con tutor externo supraacetabular. Evoluciona con débito purulento por herida quirúrgica, que requirió toilette quirúrgicas, aislándose *Mycobacterium houstonense* por técnica Maldi- Tof /PRA. Inicia tratamiento dirigido con 4 drogas linezolid, trimetoprima sulfametoxazol, ciprofloxacina, amikacina total 9 meses. Requirió estabilización con osteosíntesis e injerto autólogo de cresta iliaca y peroné.

Discusión: La paciente se encuentra en control hace 4 años, con tomas de muestras óseas y tejido, luego de completar tratamiento, al momento de cirugía para estabilización de fractura con resultados de cultivos para gérmenes comunes y micobacterias negativos. El objetivo de esta presentación es destacar dada la baja frecuencia de infección ósea por este germen en inmunocompetente, su buena evolución con el tratamiento instaurado



PE256 Sepsis intrauterina por *Listeria monocytogenes*

Macchiavello A, Quintana G, Bertola M, Gilmore B, Bardi L, Malvido J.
Clínica Modelo de Morón. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La listeriosis humana es una enfermedad infrecuente en inmunocompetentes cuya incidencia en la mujer gestante es de 12 cada 100.000 embarazos,

siendo la mayoría casos esporádicos, con algunos brotes epidémicos. Se asocia con la transmisión alimenticia, generando en los últimos tiempos, preocupación por la seguridad agroalimentaria. Durante el embarazo se presenta como síndrome pseudogripal que puede ser fatal para el feto o neonato. El objetivo de este reporte es concientizar al profesional sobre la importancia de fomentar hábitos de alimentación segura durante el embarazo a fin de evitar malformaciones o muertes asociadas a la ingesta de alimentos contaminados.

Resumen: Mujer primigesta de 25 años de edad cursando embarazo de 24,6 semanas sin antecedentes epidemiológicos. Concorre a la guardia por presentar fiebre (40°C), pirogenemia y dolor lumbar de 12 hs de evolución. Al examen físico presenta TA 100/60 mmHg, temperatura de 37,8 °C y puño percusión bilateral positiva. Ecografía obstétrica sin particularidades con actividad cardíaca fetal conservada. Se toman hemocultivos y urocultivo. Se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona por sospecha de pielonefritis. Pocas horas después se desencadena parto pretérmino y se diagnóstica muerte fetal intrauterina. Se realiza parto vaginal de feto masculino con evidencia de exantema pápulo-pustuloso diseminado. Se toman cultivo de membranas, placenta y sangre de cordón umbilical. En todas las muestras remitidas se obtiene desarrollo de *Listeria monocytogenes*, interpretándose cuadro como parto prematuro de mortinato secundario a sepsis por listeriosis. Con la certeza diagnóstica, al interrogatorio dirigido, la paciente menciona gastroenteritis posterior al consumo de helado una semana previa al episodio. Se rota tratamiento a ampicilina evolucionando la paciente en forma favorable.



Conclusión: La listeriosis es una enfermedad infrecuente transmitida por alimentos, que se desarrolla principalmente en huéspedes inmunocomprometidos. Las embarazadas tienen un riesgo 18 veces mayor que la población general, debido a la alteración de la inmunidad celular típica del embarazo y al tropismo placentario de *L. monocytogenes*. Por su amplia distribución en el medio ambiente y en la ganadería, por su largo período de incubación (3 a 70 días, lo que dificulta la encuesta epidemiológica y la toma de muestras de alimentos), por su supervivencia y crecimiento a temperaturas de refrigeración y por su influencia en la gestación causando abortos, corioamnionitis, parto prematuros y mortinatos en el segundo y tercer trimestre, es que la listeriosis constituye un reto para la salud pública.

PE257 Absceso cerebral por *Actinomyces* en paciente inmunocompetente

Cardone R, Orlando J.

Hospital Santa Isabel de Hungría. Guaymallén, Mendoza. Argentina.

Introducción: La actinomicosis es una infección supurativa crónica causada por bacterias del género *Actinomyces*. Estos microorganismos forman parte de la flora normal de la cavidad oral y el tracto gastrointestinal y urogenital. Se trata de una infección infrecuente, siendo la afectación del sistema nervioso central excepcional.

Caso Clínico: Mujer 71 años antecedentes de cáncer espinocelular en miembro inferior derecho, tabaquista crónica actual. Consulta por presentar paresia de hemicuerpo derecho de 36 horas de evolución. No refería fiebre ni equivalentes febriles, no síndrome consuntivo. Evaluado por consultorio neurología solicita tomografía de cerebro (TAC): lesión nodular con centro hipodenso, frontal izquierdo, edema vasogénico, se complementa estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) de alto campo con contraste: lesión anular con realce en anillo y centro líquido a nivel frontal izquierdo mide 18x14x21 mm, presenta restricción de la difusión, edema vasogénico que produce efecto de masa, línea media conservada, se platea diagnóstico diferencial de tumor metastásico, tumor primario o absceso cerebral. Serología viral VIH, HVB, HVC, VDRL negativas. Neurocirujano realiza biopsia cerebral esterotáxica, aspira y se obtiene material purulento. Se envía muestra para anatomía patológica y bacteriología. Inicia terapia antibiótica (ATB) empírica con ceftriaxona, metronidazol y vancomicina.

Se descartaron focos sépticos odontógenos, rinoscopia- otoscopia normal. TAC tórax: enfisema centrolobulillar, TAC abdomen y pelvis: normal. Cultivos y tinciones bacteriología: negativos. A los siete días se recibe informe anatomía patológica: exudado fibrinoleucocitario- colonias bacteriana vinculables con *Actinomyces*. Continúa con ceftriaxona 2 g/12hr ev, durante cuatro semanas. La RMN control: persiste colección heterogénea con restricción de la difusión y realce en anillo post contraste, con reducción de tamaño comparada a estudio previo. Se rota ATB vía oral a amoxicilina, actualmente 4 meses de seguimiento. Presenta recuperación total de foco neurológico. Última RMN alto campo control: reducción significativa del tamaño de la colección heterogénea, observándose una pequeña cavidad con realce en anillo y reducción de edema vasogénico.

Conclusión: Presentamos este caso ya que la actinomicosis es una infección bacteriana grave y muy poco habitual. La afectación del sistema nervioso central sucede entre un 3-10 % de las actinomicosis sistémicas. La vía de acceso puede ser por diseminación directa desde foco contiguo o por diseminación hematogénea, generalmente a partir de un foco pulmonar. La infección del sistema nervioso central puede tener distintas formas de presentación, la más habitual es el absceso cerebral único (67 %). Se consideran factores de riesgo para la infección por *Actinomyces* la mala higiene bucal, la ingesta de alcohol, la afectación pulmonar previa (especialmente en grandes fumadores), antecedentes de extracciones dentarias recientes, cirugía del tracto digestivo, traumatismos y la presencia de malformaciones cardíacas. Solamente fuimos capaces de identificar el tabaquismo como factor de riesgo en nuestro paciente. El diagnóstico microbiológico es difícil ya que las muestras de tejido generalmente contienen pocos gránulos de azufre y los cultivos son negativos en hasta un 70 % de los casos. Debido a la ausencia de series publicadas, el tratamiento óptimo aún no está bien definido, consiste en el drenaje quirúrgico y el tratamiento con antibióticos durante un período prolongado (entre 6 a 12 meses), la penicilina sigue siendo el fármaco de elección.

PE258 Mediastinitis posesternotomía "precoz": una entidad de difícil diagnóstico (1998-2018)

Fernandez Osés PA¹, Sanchez Thomas D¹, Viruel M², Pennini M², Piccinini F¹, Vrancic M¹, Camporrotondo M¹, Navia D¹, Nacinovich F¹.

¹ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina. ²ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina.

Introducción: La infección del sitio quirúrgico (ISQ) asociada a esternotomía mediana es una complicación infrecuente de la cirugía cardiovascular. Entre ellas, la mediastinitis posesternotomía (MPE) es una de las más graves, siendo su incidencia de 1-4 % y con una mortalidad de 14-47 %. Aunque suele manifestarse en la mayoría de los casos entre los 15 y 30 días después de la cirugía, un pequeño grupo puede hacerlo en forma precoz (<7 días) representando un verdadero desafío diagnóstico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, sobre una base de datos realizada a tal fin, en la cual se completaron en forma prospectiva todos los casos de MPE ocurridos entre 6/1988 y 12/2018. Se analizaron las cirugías de revascularización miocárdica (CRM), de reemplazo valvular (CRV), combinadas (CRM+CRV) y trasplante cardíaco. Todos los pacientes fueron evaluados y tratados por el mismo equipo quirúrgico e infectológico.

Resultados: Un total de 191 episodios de mediastinitis fueron incluidos. De estas 41 (21,46 %) correspondieron a la de aparición temprana. Edad: 68 años (media; DS + 16,5); 31 hombres (75,6 %). BMI: 27,35 (DS: + 4,96). DBT 16 (39 %), IRC 5 (12,2 %). Antecedentes de cirugía cardíaca previa 6 (14,64 %). Tipo de cirugía: CRM: 19 (46,34 %) reemplazo valvular 8 (19,5 %), combinada 10 (24,4 %), trasplante cardíaco 2,43 %. Cirugía de urgencia 31,7 %. En 78 % se utilizó bomba de circulación extracorpórea. Clínica: fiebre: 78 %; secreción por la herida: 25 (61 %), Eritema 6 (14,6 %), inestabilidad esternal 9 (21 %) y sepsis: 18 (44 %). Microbiología: punción subxifoidea en 35/41 ptes (33/35: 94,28 % positivas); HMC 27 positivos (65,8 %); CGP 18 (44 %; *S. aureus* 55,5 %), BGN 18 (44 %). Tratamiento quirúrgico: 33 pacientes toilette mediastinal (100 % en 1 tiempo). Evolución. Mortalidad hospitalaria: 8 (19,5 %).

Comentarios: Las manifestaciones clínicas de la MPE precoz suelen ser poco floridas siendo la fiebre el síntoma más frecuente, en general interpretada como de origen no infeccioso. El diagnóstico de la MPE requiere una alta sospecha clínica, en particular en estos estadios tempranos. Mediante métodos sencillos como la punción subxifoidea (con un elevado rédito diagnóstico) y los HC, es posible implementar el tratamiento adecuado. La limpieza, desbridamiento y drenaje en un tiempo es una modalidad que ofrece resultados razonables, acortando los tiempos de internación y con una mortalidad similar a la observada con otras estrategias.

PE259 Nocardiosis cutánea secundaria a inoculación de opioides en una paciente inmunosuprimida

Azar V, Bourlot I, Juarez J.

Hospital Centenario Gualeguaychú. Entre Ríos. Argentina.

Introducción: La Nocardiosis es una entidad infrecuente, de presentación localizada o diseminada, causada por un actinomiceto aerobio, saprófito ambiental, del género *Nocardia*. Existen más de 20 especies, de las cuales *N. brasiliensis* es la implicada con mayor frecuencia en la enfermedad cutánea y linfocutánea, mientras que *N. asteroides* causa el 80 % de las formas sistémicas o invasivas no cutáneas. La inmunosupresión celular constituye un factor de riesgo establecido. Presentamos el caso de una paciente inmunosuprimida, con nocardiosis cutánea secundaria a inoculación de aplicaciones subcutáneas de opioides, en contexto de abuso y dependencia de dicha sustancia.

Caso Clínico: Paciente femenina de 57 años de edad, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, artropatía hemofílica, enfermedad de Raynaud y síndrome de Cushing, automedicada con dexametasona intramuscular y nalbufina subcutánea desde hace 3 meses por dolores crónicos. Concurrió a la consulta por presentar síntomas y signos compatibles con celulitis en antebrazo derecho de dos semanas de evolución. Ante la sospecha clínica inicial de infección estafilocócica, fue tratada de forma empírica con Trimetoprima-Sulfametoxazol. Evoluciona con disminución de signos de flogosis y con salida espontánea de material purulento abundante en múltiples zonas de dicha región. Se toma muestra de la secreción para cultivo de gérmenes comunes y un par de hemocultivos. La paciente sufre depresión respiratoria y óbito por abuso de dicha sustancia. Posteriormente se identificó por Tinción de Gram de todas las muestras de dicha secreción, bacilos Gram positivos filamentosos. Ante la sospecha de *Nocardia* se realizó Tinción de Ziehl-Neelsen, observándose bacilos parcialmente ácido-alcohol resistentes. En el cultivo en agar sangre desarrollaron colonias con morfología compatible con *Nocardia*. Se derivó la muestra para tipificación por MALDI-TOF y se aisló *Nocardia brasiliensis*. Se realizó finalmente antibiograma, resultando sensible a Trimetoprima-Sulfametoxazol, Amikacina y Ciprofloxacina. Los hemocultivos finalmente fueron negativos.

Conclusión: La nocardiosis cutánea representa un diagnóstico diferencial respecto a infecciones piógenas estafilocócicas o estreptocócicas, sobre todo en pacientes inmunosuprimidos. La corticoterapia prolongada a altas dosis constituye un importante factor de riesgo tanto para infecciones diseminadas como localizadas. La inoculación directa constituye la vía de entrada más habitual de estas últimas formas. Dadas las dificultades del microorganismo de crecer en los medios de cultivo, es importante alertar al microbiólogo acerca de la sospecha clínica, con el objetivo de potenciar al máximo las probabilidades de identificación y adecuar finalmente el tratamiento antibiótico.

PE260 Meningitis a líquido cefalorraquídeo claro como única manifestación de Leptospirosis

Azar V, Bourlot I, Argento C.

Hospital Centenario Gualeguaychú. Entre Ríos. Argentina.

Introducción: La leptospirosis es una de las zoonosis de distribución mundial más amplia, por la diversidad de hospedadores y factores ambientales que posibilitan la transmisión interespecies. Argentina constituye un país endémico, siendo las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Entre Ríos las que presentan la mayor tasa de notificación. Se presenta habitualmente en tres formas clínicas: el síndrome febril agudo inespecífico, la leptospirosis icterica o Síndrome de Weil, con diversos grados de compromiso sistémico y el síndrome pulmonar hemorrágico grave. Si bien el compromiso meníngeo es un evento que ocurre con cierta frecuencia, la afectación neurológica pura no es un hallazgo habitual y es una etiología no muy tenida en cuenta en el abordaje inicial del síndrome meníngeo. Describimos el caso de un paciente con meningitis a líquido cefalorraquídeo claro como única manifestación de leptospirosis.

Descripción del caso: Paciente de 21 años de edad, sin comorbilidades conocidas, que concurre a guardia por presentar fiebre, vómitos y cefalea de 4 días de evolución. Al examen físico, se constata fiebre de 39,5° y rigidez de nuca. El resto de los hallazgos clínicos y de laboratorio era normales. Ante la sospecha de meningoencefalitis se realizó punción lumbar y se tomaron dos muestras para hemocultivos. El líquido cefalorraquídeo (LCR) fue de aspecto límpido, cristal de roca, con 640 elementos/mm³ a predominio neutrofílico, glucosa de 60 mg/dl y proteínas de 73 mg/dl. Se enviaron muestras de LCR para cultivo de gérmenes comunes y PCR para Enterovirus, Herpes simple y Virus Varicela Zóster, todos los cuales resultaron negativos. Debido al antecedente epidemiológico de contacto con roedores, se solicitó serología y cultivo de LCR para leptospirosis. El paciente cumplió 5 días de tratamiento con Ceftriaxona por vía endovenosa con buena respuesta clínica, por lo que fue dado de alta. Posteriormente, se recibe resultado de ELISA IgM y MAT positivo para Leptospirosis (serovar Copenhageni/Icterohaemorrhagiae título 1/6400, serovar Canicola 1/1600, serovar Wolffi/Sejroe 1/200, serovar Pyrogenes 1/50). El cultivo de LCR resultó negativo. Representantes de la Dirección de Epidemiología de la provincia visitaron el domicilio del paciente, donde constataron rastros y cuevas de roedores en la vivienda y ocho perros en malas condiciones sanitarias. A estos últimos se les tomaron muestras para análisis serológico para leptospirosis que resultaron positivos en 5 de ellos, encontrando similitud de serovares a las diagnosticadas en el paciente. Adicionalmente, se tomaron medidas de prevención y control de foco.

Discusión: La leptospirosis debe constituir un diagnóstico diferencial en pacientes con meningitis a líquido cefalorraquídeo claro ya que en áreas endémicas una proporción significativa de estos casos puedan deberse a esta etiología.

PE261 Diagnóstico del virus del papiloma humano en hombres: comparación entre PCR y penescopia

Urquiza D, Bonisconti F, Filippi U, Sánchez AG, Caeiro JP, Alvarez Garzon J, Alvarellos T.
Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: El virus del papiloma humano (HPV) se transmite por vía sexual y puede provocar tanto cáncer cervical intraepitelial de alto grado e invasivo en mujeres, como neoplasias penianas y anales en hombres. La infección en estos últimos es generalmente subclínica dando como resultados portadores asintomáticos que serán reservorio y transmisores del virus. La penescopia ha sido uno de los métodos de elección para el diagnóstico de HPV, pero actualmente la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ha cobrado relevancia por su sensibilidad y especificidad. El objetivo de nuestro trabajo fue comparar dos técnicas utilizadas para el diagnóstico de HPV y determinar la importancia de detectarlo en hombres asintomáticos.

Pacientes y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de cohortes que incluyó 481 pacientes masculinos mayores de 18 años con pedido de penescopia y PCR para HPV (edad: 32±10 años; rango: 18-78 años) que asistieron al servicio de urología de nuestro nosocomio entre diciembre 2010 y Julio de 2018. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos de estudio: pacientes sin sospecha de HPV (n = 54, 11,2 %) y con sospecha de HPV (n = 427, 88,8 %). Dentro de este último grupo, el 58 % (n = 246) presentaba verruga genital, el 34 % (n = 146) no tenía lesión visible, pero su pareja estaba infectada con HPV y el 8 % (n = 35) tenía otro tipo de lesión. La penescopia fue llevada a cabo acorde al protocolo del servicio de urología. La PCR en hisopados (n = 479) y biopsias genitales (n = 2) se realizó según los lineamientos establecidos por el fabricante, con la posibilidad de informar resultados positivos de alto (HR) y bajo riesgo (LR).

Resultado: Los resultados obtenidos mostraron 141 penescopias positivas (PP), 20 dudosas (PD) y 320 negativas (PN); mientras que la PCR arrojó 306 positivos (277 HR y 29 LR) y 175 no detectables (tabla 1). En el 83 % de los casos, ambas técnicas coincidieron en un resultado positivo. En el 80 % de las PD y en el 54 % de las PN se detectó la presencia del ADN del virus. De los pacientes sin sospecha de HPV: 25/54 tuvieron PCR positiva y 8/54 penescopia positiva; de los pacientes con sospecha: 281/427 fueron positivos por PCR y 133/427 por penescopia.

Conclusión: En la población en estudio se pudo observar un alto porcentaje de pacientes infectados con HPV. La PCR fue capaz de detectar el ADN viral mientras que la penescopia no permitió llegar a un resultado concluyente. Por lo tanto, consideramos que la PCR deber ser incorporada en el diagnóstico de HPV en hombres ya que la penescopia ha demostrado ser insuficiente como única técnica diagnóstica. Además, nuestros resultados resaltan la importancia de realizar estos estudios en pacientes sin lesiones aparentes originadas por el virus.

Tabla 1 – Resultados de penescopia y PCR en la población en estudio

Penescopia	PCR-RT			TOTAL
	HR	LR	ND	
Positivo	101	16	24 (17%)	141
Dudoso	13 (6,5%)	3 (1,5%)	4	20
Negativo	163 (51%)	10 (3%)	147	320
Total	277	29	175	481

PE262 Endocarditis infecciosa de válvula nativa por *Proteus mirabilis*: una rara entidad

Vinicoff G, Aguirre MF, Alonso Torres J, Mesplet F, Diaz N, Andino Di Masi S, Terusi A, Viteri A, Cusmano L, Reborá JM, Cabrera R, Ezcurra MC.
Unidad Asistencial Doctor César Milstein. Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) de válvula nativa por bacilos gram negativos (BGN) es infrecuente con una incidencia variable en la literatura con tasas entre 1,3 y 10 %. En general, la infección es adquirida en la comunidad y se desarrolla en pacientes con antecedentes de uso de drogas endovenosas. La infección de dispositivos intracardíacos por BGN, como válvulas protésicas, marcapasos y cardiodesfibriladores (MCP/CDI), es aún más inusual. En Argentina, los microorganismos más frecuentemente aislados dentro del grupo de BGN no HACEK son *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* y *Morganella morganii*. Presentamos un caso de endocarditis de válvula aórtica nativa por *Proteus mirabilis* en un paciente con marcapasos.

Caso clínico: Paciente masculino de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes, fue internado por bloqueo auriculoventricular completo con necesidad de colocación de marcapasos de urgencia. En día 10 POP, intercurrió con bacteriemia asociada a catéter por *Proteus mirabilis* por lo que realizó tratamiento con cefazolina dirigido a aislamiento. Por persistencia de bacteriemia en múltiples muestras de hemocultivos controles, se solicitó ecocardiograma transesofágico donde se evidenció vegetación de 0,6 cm x 0,3 cm en válvula aórtica, sin compromiso del marcapasos. Se descartaron fenómenos embólicos a distancia. No requirió tratamiento quirúrgico cardiovascular completando tratamiento médico dirigido por 6 semanas, con buena evolución clínica.

Discusión: La EI por BGN es una entidad infrecuente. Los factores de riesgo descriptos incluyen el uso de drogas intravenosas y las enfermedades hepáticas en fase terminal con una alta morbimortalidad. A pesar de esto, en la última década se reportaron casos de EI asociada a los cuidados de la salud, en pacientes sin factores predisponentes o en inmunocompetentes. Generalmente se dividen en dos grupos según etiología: bacterias del grupo HACEK y grupo no HACEK, siendo este último grupo representado por *Escherichia coli* y *Pseudomonas aeruginosa* principalmente. La EI por *Proteus mirabilis* es muy infrecuente, con reportes de 10 casos en la literatura, afectando personas sin distinción de género entre la quinta y sexta década de la vida. En la mayoría de los casos la afección valvular fue mitral, aunque puede tener afección mural o de dispositivos cardíacos. La infección urinaria previa y la presencia de cálculos renales serían los factores de riesgo identificados. Al igual que la EI por otros BGN, la EI por *Proteus mirabilis* está asociada a los cuidados de la salud por lo que podría ser prevenible, aunque queda aún por dilucidar el tratamiento médico y quirúrgico óptimo.

PE263 Comparación de scores de riesgo para predecir mortalidad en la cirugía de endocarditis infecciosa izquierda: sub estudio del registro EIRA 3

Burgos L, Nacinovich F, Casabe H, Fernandez P, Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Kazelian L, Spennato M, Zylbersztejn H, Gagliardi J, Varini S.
ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina.

Introducción: La estratificación de riesgo tiene un rol importante en la toma de decisiones para la cirugía en la endocarditis infecciosa (EI). Dado el resultado heterogéneo de estos pacientes, un sistema de puntuación de pronóstico preciso, podría ser útil en este escenario. Diferentes sistemas de puntuación utilizados ampliamente en la cirugía cardíaca como el EuroSCORE, y otros creados específicamente para esta población como el PALSUSE, De Feo-Cotrufo y Costa, pero ninguno de ellos ha sido valorado en nuestro medio.

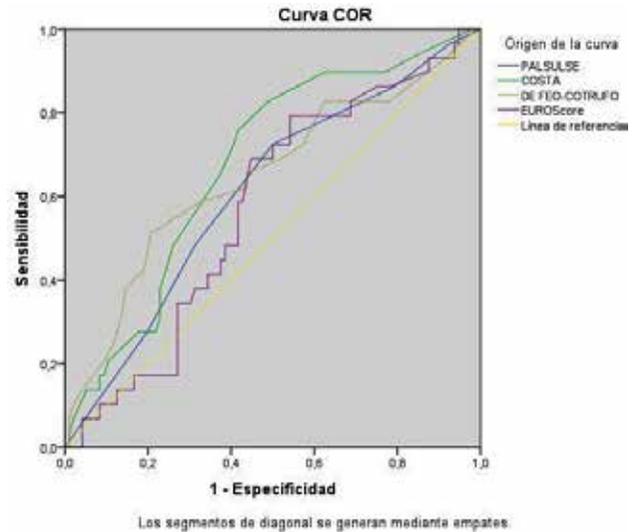
Objetivos: Comparar la capacidad predictiva de las puntuaciones de riesgo EuroSCORE, PALSUSE, De Feo-Cotrufo y Costa para predecir el riesgo de mortalidad intrahospitalaria de la cirugía cardíaca en la endocarditis infecciosa izquierda.

Métodos: Se realizó un estudio observacional multicéntrico prospectivo de pacientes con IE definida según los criterios de Duke modificados, desde septiembre

de 2013 hasta marzo de 2016, en 48 centros de 13 provincias argentinas. Calculamos la curva AUC-ROC para evaluar el valor predictivo, los scores se compararon con el método de DeLong et al Se evaluaron los cuatro scores: EuroSCORE, PALSUSE (prótesis, edad ≥ 70 , gran destrucción intracardiaca, estafilococo, cirugía de urgencia, sexo femenino, EuroSCORE ≥ 10), Costa [edad, gran destrucción intracardiaca, insuficiencia cardiaca (IC) CF IV, sepsis, arritmias, trastornos de conducción y gran vegetación móvil], y De Feo-Cotrufo (edad, gran destrucción intracardiaca, asistencia ventilatoria mecánica, IC CF IV, insuficiencia renal, hemocultivos positivos).

Resultados: De un total de 398 pacientes con EI izquierda, 173 (43,5 %) fueron finalmente operados. La edad media fue de 57+/- 18 años y el 76,3 % eran hombres. La mortalidad intrahospitalaria fue del 24,3 %. El área bajo la curva ROC para el EuroSCORE fue de 0,57 (IC 95 %: 0,46-0,68), para el De Feo-Cotrufo score fue de 0,64 (IC 95 %: 0,53-0,76), Costa score 0,68 (IC 95 %: 0,57-0,78) y para PALSUSE fue de 0,61 (IC 95 %: 0,49-0,72). La comparación de las áreas bajo las curvas ROC mostró un rendimiento predictivo superior estadísticamente significativo del score Costa. La calibración se evaluó mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow; con una adecuada calibración en las 3 puntuaciones específicas ($P > 0.05$).

Conclusión: Las puntuaciones de riesgo específicas tuvieron un mejor desempeño pronóstico que el score de riesgo quirúrgico clásico. Teniendo estos una moderada discriminación de la mortalidad intrahospitalaria de la cirugía cardiaca en la endocarditis infecciosa izquierda. Siendo el puntaje de Costa el que presentó mayor capacidad para predecir mortalidad quirúrgica en comparación con los otros scores.



PE264 Amenorrea secundaria a tuberculosis genital

Cárdenas G, Porteiro N, Gil Zbinden G, Campitelli A.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una infección crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), de transmisión inhalatoria, siendo la localización pulmonar la más frecuente. La TB extrapulmonar ocurre por diseminación hematogena del MTB y puede comprometer distintos órganos. El tracto genital constituye una localización rara de TB.

Resumen clínico, exámenes complementarios y Discusión: Paciente de 30 años, oriunda de Bolivia, nuligesta, que presenta amenorrea asociada a registros febriles intermitentes, sudoración nocturna y pérdida de peso de dos años de evolución, sin síntomas respiratorios. Examen físico sin particularidades. Estudios complementarios: Serologías para VIH, hepatitis virales B y C: no-reactivas. Valor de eritrosedimentación globular: 8 mm/ml. Ecografía transvaginal: útero de ecoestructura heterogénea. Cavidad endometrial ocupada por contenido líquido anecoico de 6,5 mm de diámetro en topografía del sector corporal alto, y con contenido particulado de 9,4 mm de diámetro hacia el sector caudal. Anexo izquierdo aumentado de tamaño, con dos imágenes líquidas anecoicas de 30 x 24 mm y 20 x 14,4 mm. Tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis con contraste: engrosamiento pleuroapical bilateral. Imágenes parcheadas en árbol en ambos lóbulos superiores. Formación quística con áreas sólidas en relación a la fosa ovárica izquierda, heterogeneidad del útero, tanto del cuerpo, cuello y fundus, con engrosamiento endometrial. Reacción de Mantoux: 0mm. Histopatología de endometrio: inflamación granulomatosa crónica. Presencia de BAAR con tinción de Ziehl-Neelsen. Se inicia tratamiento antifímico con drogas de primera línea, con restablecimiento del ciclo menstrual al mes de iniciado el mismo. Se realiza seguimiento ecográfico ginecológico, con resolución completa de las lesiones de endometrio, cérvix uterino y ovarios. Se completan 12 meses de tratamiento (2HREZ/10HR).

Si bien la TB pulmonar continúa siendo un problema de salud pública, el compromiso genital es frecuentemente subestimado, lo que explica su diagnóstico tardío. La TB genital representa entre el 6 al 10 % de las localizaciones extrapulmonares; siempre es secundaria, y sigue una propagación hematogena desde un foco tuberculoso primario, con una afectación inicial de las trompas de Falopio, desde donde la infección avanza hacia los otros órganos genitales: endometrio (50 %), ovarios (20 %), cuello uterino (5 %), y área vulvo-vaginal (8 %). El diagnóstico de certeza se logra con la detección de MTB, ya sea mediante examen microscópico directo o en el cultivo de muestras patológicas. También el examen histopatológico de las biopsias genitales es clave para confirmar el diagnóstico.

Conclusiones: La TB genital es una entidad infrecuente, que debe ser sospechada en mujeres con amenorrea asociada a síntomas de repercusión sistémica y con epidemiología para la infección; y debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial de procesos malignos genitales, enfermedad inflamatoria pélvica y fibrosis uterina. La importancia del diagnóstico radica en las consecuencias en la fertilidad a futuro, ya que se encuentra comprometida la funcionalidad del aparato reproductor femenino.

PE265 Endocarditis infecciosa (EI) asociada a marcapasos por *Klebsiella pneumoniae* KPC

Fernandez Osés PA¹, Merkt M², Pennini M², Chapman I¹, Scazzuso F¹, Nacinovich F¹.

¹ICBA Instituto Cardiovascular de Buenos Aires. CABA. Argentina. ²Laboratorio Stambouljan.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino 74 a. Antecedentes de HTA, dislipemia, ex tabaquista de 45 p/y y con miocardiopatía dilatada isquémico-necrótica con función ventricular severamente deteriorada. Colocación de CDI como prevención secundaria en el 2012; recambio del generador en 2017. Derivado de otro centro por decúbito del dispositivo posterior a traumatismo por caída de su propia altura, con exteriorización del catéter y generador y HMC negativos. Durante dicha internación cumplió tratamiento antibiótico con TMS + AMS. Al momento de la consulta presentaba secreción purulenta por la herida del generador del CDI, afebril, sin otro dato positivo al examen físico. Se suspende tto ATB; a las 36 Hs del ingreso se toman HMC x 3 los cuales fueron negativos. ETE: válvula aórtica trivalva, con fibroesclerosis de sus valvas y apertura conservada. Se observa en valva coronariana derecha en su cara ventricular de aspecto fibrilar muy móvil con insuficiencia de grado leve. Insuficiencia mitral leve. Jet central. Se observa catéter de marcapasos en cavidades derechas detectándose, en el catéter ventricular cercano a la válvula tricúspide en su trayecto auricular, imagen pegada al catéter con movimiento anárquico que correspondería a vegetación. Se realizó extracción del dispositivo con vainas telescópicas, persistiendo aproximadamente 4 cm de catéter ventricular remanente. En el cultivo del catéter extraído desarrolla una *Klebsiella pneumoniae* ss. *Pneumoniae* cepa fenotípicamente compatible con carbapenemasa tipo KPC. Inicia tratamiento antibiótico

con Fosfomicina + Gentamicina y a las 72 hs se rota (por deterioro de la función renal) a Ceftazidima-avibactam 2,5 g cada 8 hs. A los 10 días de la extracción se realiza implante de dispositivo CDI DDDR Saint Jude sin complicaciones. Completó 6 semanas de tratamiento antibiótico parenteral con ceftazidima-avibactam como monoterapia, evolucionando en forma favorable sin recaída de la infección a 45 días de finalizado el tratamiento.

Comentarios: La EI asociada a MCP es una entidad cuya incidencia ha ido en aumento en relación a la cada vez más frecuente indicación de estos dispositivos. Si bien mayormente los cocos Gram positivos, en especial *S. aureus*, son los responsables de estas infecciones, las producidas por BGN representan un porcentaje no despreciable y cada vez más frecuente. Al desafío propio de esta patología se suma el problema global de la multirresistencia. Frente a esto es indispensable el abordaje multidisciplinario que incluya la remoción completa del sistema y el uso de ATB que alcancen concentraciones adecuadas. En este sentido, ceftazidima-avibactam es una alternativa atractiva por su actividad contra enterobacterias productoras de carbapenemasa tipo KPC y su perfil de seguridad. Su empleo como monoterapia o asociada está en discusión, pero en estos escenarios con el foco removido resultó en una opción eficaz.

PE266 Endocarditis infecciosas en el adulto mayor, un desafío diagnóstico y terapéutico

Mesplet F, Alonso Torres J, Vinicoff G, Aguirre Ríos M, Andino S, Diaz N, Arriola S, Ruiz M, Cusmano L, Rébora J, Terusi A, Viteri A, Ezcurra MC.
Unidad Asistencial Doctor César Milstein. Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) es una patología poco frecuente con alta morbimortalidad, de curso clínico variable y compromiso sistémico, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinario. Se han producido cambios importantes en la epidemiología y microbiología de las EI, especialmente por el aumento de pacientes de edad avanzada. El objetivo del estudio es describir las características clínicas, microbiológicas, ecocardiográfica, y evolutivas de los pacientes con EI.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes internados en un centro de adultos mayores con diagnóstico de EI definida o posible según los criterios de Duke modificados, entre febrero de 2017 y febrero 2019. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, presentación clínica, aislamiento microbiológico, características ecocardiográficas y evolución a 30 días.

Resultados: Se registraron 15 pacientes. La EI fue definida en 14 (93,33 %) pacientes, de las cuales 3 (20 %) fueron asociadas al cuidado de la salud. La mediana de edad fue de 74 años (rango 57-88), 60 % de sexo femenino. El diagnóstico de EI se realizó durante el primer mes de inicio de los síntomas en 10 de los pacientes. El síntoma más frecuente fue fiebre en el 93,33 %, la mitad presentó embolias sépticas (esplénicas, cerebrales y espondilodiscitis) previo al diagnóstico de EI. La media de eritrosedimentación fue 65 mm (rango 5-130).

La válvula cardíaca más afectada fue la aórtica (11/15) de los cuales 3 fueron con compromiso bivalvular (aórtico y mitral). De los 15 episodios, 12 fueron sobre válvula nativa. La principal complicación hallada fue el absceso perivalvular (20 %). El germen aislado con mayor frecuencia fue el *Streptococcus* spp (9/15) seguido del *Staphylococcus* spp (2/15).

El tratamiento empírico inicial fue el adecuado en 10 de los casos. En 12 pacientes se indicó cirugía cardiovascular (CCV) de urgencia, de los cuales 4 no fueron intervenidos quirúrgicamente y presentaron buena evolución. La mortalidad global a los 30 días fue del 13,33 %.

Conclusión: En nuestra cohorte la EI de válvula aórtica se presenta en un elevado porcentaje de pacientes. El *Streptococcus* spp, es el germen causal más frecuente y la mortalidad observada es menor a la esperada. La naturaleza diversa y la evolución de esta patología hacen que siga siendo un reto diagnóstico y terapéutico, por lo que se necesita una estrategia integral adaptada a los adultos mayores.

PE267 Revisión de los casos de micosis pulmonares en un hospital de patología respiratoria durante el período 2012-2018

Castellaro P, Alonso V, García G, Tártara S, Monzani V, Courreges S.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: Las micosis pulmonares son infecciones poco frecuentes que se asocian a ciertos factores predisponentes del huésped. Se analizaron la incidencia, factores de riesgo, clínica, diagnóstico y tratamiento de las micosis respiratorias en un centro especializado.

Metodología: Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados con micosis pulmonares (a excepción de *Pneumocystis jirovecii*) desde el año 2012 al 2018 en un hospital con un promedio anual de 983 internaciones y 43.175 consultas externas. Se relevaron resultados de: esputo, lavado bronquial (LB), lavado bronquioalveolar (BAL), biopsia pulmonar, Escarificación de lesiones cutáneas y hemocultivos (HC). El diagnóstico se realizó mediante exámenes directos en fresco, coloraciones de Giemsa y Grocott y cultivos. Presencia de anticuerpos para *Aspergillus fumigatus*, flavus y niger e *Histoplasma capsulatum* por la técnica de Inmunodifusión Doble (IDD). Presencia de antigenemia para *Cryptococcus* y Anatomía Patológica.

Resultados: Se encontraron 34 pacientes con micosis pulmonares (4.8 casos promedio anuales). 15 % (5) Histoplasmosis pulmonares en contexto de VIH de reciente diagnóstico; 6 % (2) criptococosis pulmonares (1 VIH/sida; 1 Oncohematológico); 3 % (1) paracoccidiodomicosis (de zona endémica); 3 % (1) scedosporiosis (paciente con bronquiectasias (BQ) y tratado con corticoides) y 73 % (25) aspergilosis. Estas últimas asociadas a: TB previa con cavidades secueles (15), EPOC (7), BQ y pulmón secuelar (7), entre otros factores de riesgo. Las formas clínicas de aspergilosis halladas: 20 % (5) Aspergilosis Broncopulmonar alérgica (APBA); 28 % (7) aspergilomas; 32 % (8) formas pulmonares crónicas (FPC); 20 % (5) formas mixtas.

Los síntomas más frecuentes descriptos fueron: fiebre, hemoptisis, disnea y expectoración. El tiempo de evolución promedio de los síntomas fue de 2 meses en histoplasmosis y 4 meses en aspergilosis. Los patrones radiológicos el intersticio nodulillar en Histoplasmosis, y cavidades ocupadas y bronquiectasias en aspergilosis.

Métodos diagnósticos: • 5 casos histoplasmosis: BAL=2, BP=2, HC=2 y escarificación en piel= 1. La serología de histoplasma fue negativa en todos los casos y el promedio de CD4 de 105 cel/mm³. • 2 casos criptococosis: BAL más antigenemia=1, BP=1. • 1 caso de paracoccidiodomicosis por escarificación de lesiones mucocutáneas. • 25 casos de aspergilosis: Espudo=17; BAL=3, BP= 5. La serología fue positiva en el 76 % de los casos y la especie más encontrada fumigatus seguido por flavus. • 1 caso de *Scedosporium boydii* en cultivo de esputo. Tratamiento: • Antimicóticos parenterales en 12 pacientes (35 %). • Antimicóticos Orales: fluconazol en las criptococosis e itraconazol en el resto. En los casos de ABPA se usó itraconazol asociado a corticoides orales. • Cirugía: 5 aspergilomas. • Embolización: 2 Aspergilosis por hemoptisis severa. Evolución: requirieron internación el 62 %. La mayoría de las ABPA y las FPC de Aspergilosis se trataron ambulatoriamente. Evolucionaron desfavorablemente el 20 % de las Aspergilosis (5 óbitos) y 20 % de las histoplasmosis (1 óbito).

Conclusión: La incidencia de micosis pulmonares encontradas fue de 4.8 casos promedio anuales. La Aspergilosis pulmonar en su forma crónica y el Aspergiloma fueron las micosis predominantes en nuestro centro (73 %) y el principal factor de riesgo hallado el daño estructural previo del pulmón. La histoplasmosis pulmonar fue exclusiva de los VIH+ con evolución subaguda y formas diseminadas. El diagnóstico de otras micosis pulmonares como Criptococosis y Paracoccidiodomicosis fue muy poco frecuente. El 80 % de los casos tratados evolucionaron favorablemente.

PE268 Fiebre de origen desconocido como forma de presentación de proctitis como forma de presentación de linfogranuloma venéreo. Reporte de un caso

Eusebio MJ, Martínez JV, Navarro Gutiérrez K, Giorgio P, Pinoni MV, Efron ED, Verbanaz S, Jordan R.
Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El linfogranuloma venéreo (LGV) es una enfermedad de transmisión sexual producida por las serovariedades L1, L2 (L2b) y L3 de *Chlamydia trachomatis* (CT) y caracterizada por la presencia de úlcera genital y adenopatías inguinales. Otras serovariedades (D-K), se asocian a infecciones urogenitales y anorrectales. LGV es endémico en ciertas áreas de África, Asia, áreas tropicales de Sudamérica y el Caribe, sin embargo, se ha observado un incremento de los casos países desarrollados (Europa occidental, Norteamérica) desde 2003 y en Buenos Aires más recientemente, afectando a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y con frecuencia infectados con VIH-1. Si bien la mayoría se presenta con úlcera genital y adenopatías un pequeño porcentaje de casos lo hace de manera atípica. Presentamos un caso de LGV en forma de proctitis con fiebre de origen desconocido (FOD).

Caso clínico: 47 años, sexo masculino; con antecedentes de coinfección por VIH-1/HCV bajo tratamiento ARV; consumo de cocaína; HSH. Se interna por fiebre con episodios de pirogenemia de 2 semanas de evolución. Laboratorio: Hematocrito: 45%; Leucocitos: 9400 cel./mm³ (PMN: 55%, Linfocitos: 33%) plaquetas: 230.000 /mm³, Glucemia: 89 mg/dl., Creatinina: 0,76 mg/dl, uremia: 27 mg/dl, TGO: 69 UI/mm³, TGP: 68 UI/mm³; CV VIH: 1020 copias/mm³; CD4: 447 cel. /mm³. VDRL: (-); Hemocultivos: (-); hemocultivos BACTEC: (-); ecocardiograma transesofágico: sin vegetaciones; TC y 18-FDG PET/ TC: adenopatías retroperitoneales aisladas y esplenomegalia. Ante la persistencia de fiebre inicia tratamiento empírico con ceftriaxona. Punción aspiración de médula ósea sin alteraciones; exámenes microbiológicos negativos. Evoluciona febril persistente a los 25 días y agrega tenesmo y exudado rectal. Tacto rectal: formación polilobulada heterogénea y parcheada en recto. VCC: mucosa rectal sobrelevada con fondo ulcerado; se toma biopsia. La PCR de biopsia rectal fue (+) para *Chlamydia trachomatis*. Inicia doxiciclina; evoluciona afebril con desaparición de adenopatías retroperitoneales y esplenomegalia en la TC. Completa 3 semanas de tratamiento con doxiciclina. Una nueva VCC no evidenció lesiones.

Conclusiones: el compromiso aislado de recto por LGV se presenta clásicamente con urgencia rectal, diarrea, tenesmo y exudado mucopurulento, pudiendo evolucionar a formas severas con engrosamiento de la pared rectal y masas endoluminales que produzcan obstrucción simulando neoplasias. Otros diagnósticos diferenciales incluyen otras causas infecciosas, enfermedad inflamatoria intestinal o isquemias. La presentación de LGV con FOD ha sido reportada únicamente en una oportunidad. Como mostramos en nuestro caso el LGV puede manifestarse como FOD antes de la aparición de los síntomas clásicos, por lo tanto en HSH, VIH positivos que se presentes con FOD debemos tener en cuenta este diagnóstico diferencial como potencial causa del mismo debido a que puede cursar con escasa o nula sintomatología rectal que puede retrasar el diagnóstico aumentando el riesgo de complicaciones.

PE269 Artritis séptica por *Streptococcus sobrinus*: a propósito de un caso

Zunino LV, Pezzini S, Gilles N.
Sanatorio Diagnóstico. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La artritis séptica (AS) es un evento de baja prevalencia, pero de alta morbilidad. Se estima una incidencia de 10 casos por 100.000. La vía de infección es la hematogénea; solo en el 50-70 % de los casos se obtienen hemocultivos positivos. La etiología más comúnmente aislada es *Staphylococcus aureus*, seguido por los estreptococos hemolíticos; los Viridans son menos frecuentes. *Streptococcus sobrinus* (S.S) forma parte de la subclasificación Mutans, de los estreptococos del grupo viridans (SGV), son habitantes normales de la mucosa oral. A pesar de considerarse patógenos de poca virulencia, son causa de diversos procesos patológicos (6-8 % de los episodios de bacteriemias significativas). Los motivos de la presentación del siguiente caso clínico se basan en la baja frecuencia de su aislamiento tanto en hemocultivos como en cultivo de líquido articular; dado que no se encontraron referencias bibliográficas al respecto.

Presentación de caso: Masculino de 50 años, con antecedentes de HTA, DBT tipo II, Insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, Hepatitis por Virus B; consulta por dolor articular en rodilla derecha, asociado a impotencia funcional, edema, eritema y aumento de temperatura de una semana de evolución acompañado de fiebre. Examen físico: T° 38 °C, FC 100, FR 16, TA normotenso. Cuidad bucal en mal estado. Rodilla derecha con eritema, edema y dolor a la palpación, tecla positiva. Resto del examen físico sin particularidades.

Laboratorio: Gb 15300; Hb 9.7 g %; VCM 94.4; Plaquetas 260000; PCR +++; VSG 90 mm 1°h; Glucemia 1.66 g/l; CPK 110 UI/l. Se solicita hemocultivos x 2: Positivo a SS y Arthrocentesis: físico químico más de 50000 leucocitos, sin cristales, glucosa 30mg/dl, Cultivo positivo a SS; se comenzó con tratamiento antibiótico empírico (Vancomicina + Ceftriaxona), que luego se rota a Ampicilina, con buena respuesta clínica. Se realizó ecocardiograma doppler que informó sin valvulopatías ni vegetaciones.

Discusión: La AS se caracteriza por eritema, aumento local de la temperatura, edema e impotencia funcional. Su diagnóstico se basa en las alteraciones del líquido articular y cultivo positivo. El aislamiento de SS tanto en hemocultivos como en líquido articular confirmó el germen causal y la vía hematogénea de diseminación, evento que no se produce frecuentemente. La tipificación de la bacteria hace pensar en la cavidad oral como foco infeccioso primario. No se encontraron reportes de caso que evidencien la infección intraarticular por *S. sobrinus*. Sin embargo, existen publicaciones que demuestran a otros *Streptococcus* de la familia *Viridans* como agentes causales infrecuentes, de artritis sépticas; especialmente en pacientes con caries dentales.

Conclusión: Se destaca en este caso clínico, la presencia de una bacteriemia e infección articular asociadas a una etiología poco frecuente, obteniendo documentación del mismo germen, tanto a nivel hematogéneo como intraarticular. Cabe resaltar que, siendo una infección potencialmente grave, presentó un buen espectro de sensibilidad antibiótica, permitiendo una adecuada evolución sin secuelas articulares. Palabras claves: Artritis Séptica; *Streptococcus sobrinus*.

PE270 Fenómeno de Lucio: reporte de un caso

Peñaflor LT, Kriger S, Valdez Y, Gaona C, Rajha J, Tomasella F.
Hospital Zonal General Agudos Prof Dr Ramón Carrillo. Ciudadela. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa causada por un bacilo intracelular *Mycobacterium leprae* confinado a los seres humanos, armadillos y ciertos lugares como el musgo esfagnáceo. Es predominante en el sexo masculino en una relación de 2:1 y casi exclusiva de países en vías de desarrollo afectando áreas de Asia, África, Latinoamérica y el Pacífico. Está vinculada a la pobreza y la vida rural. Sus manifestaciones clínicas se localizan principalmente en la piel, el sistema nervioso periférico, vías respiratorias altas, ojos y testículos. Las vías de transmisión aún son dudosas, aunque puede asociarse a la vía respiratoria. El espectro clínico del paciente determina el pronóstico, complicaciones, estados reactivos y la intensidad de tratamiento antibiótico. El fenómeno de Lucio

es una reacción de la forma lepromatosa frecuente en pacientes no tratados. Se observan úlceras de bordes definidos en miembros inferiores, aunque pueden generalizarse, en cuyo caso, son comunes las infecciones secundarias, bacteriemia séptica y muerte.

Caso clínico: Paciente de 30 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos que inició un mes previo a la consulta, con flictenas en ambos miembros inferiores. Éstas, al eclosionar, liberaron contenido seroso y dejaron úlceras de bordes eritematosos. Se observaron ciertos caracteres faciales: alteraciones en la pigmentación de la piel en algunas áreas, caída de la cola de las cejas y "fascie leonina". Negó sensación febril. Ingresó por servicio de emergencias desde donde se solicitaron interconsultas con dermatología y reumatología con posterior pase a sala de clínica médica para seguimiento, estudio y tratamiento. Se asumió, en primera instancia, un síndrome vasculítico asociado a colagenopatía, por lo que solicitaron estudios inmunológicos/clínicos. Se tomaron muestras para biopsia de piel y estudio histopatológicos que arrojaron cambios histológicos compatibles con vasculitis leucocitoclástica. Se realizaron eco Doppler vascular en ambos miembros inferiores sin resultados positivos. Por los datos recogidos al examen físico se solicita triple BAAR el cual resulto positivo. Se inicio tratamiento con clofazimina, dapsona y rifampicina. En el transcurso de la internación, presento registro febril con repercusión hemodinámica, por lo que se indicó realización de hemocultivos por dos, urocultivo y toma de muestras de úlceras para cultivo de gérmenes comunes, con posterior antibioticoterapia y pase a sala de cuidados intensivos. En este servicio permanece con requerimientos de drogas inotrópicas y asistencia mecánica respiratoria, con posterior fallecimiento por shock séptico.

Hematócrito 39 % Blancos 25.000/mm³ (N 84 %/L 13 %/ E 2 %). Plaquetas 442.000/mm³ Glucemia 1.53g/l Urea 0.62g/l Creatinina 1.08mg/dl pH 7,43/PO2 36mmHg/PCO2 24mmHg/ 15mmo/L SO2 73 % (0,21 %)/ C3 92 %, C4 7 %, prueba de Coombs negativa. El fenómeno de Lucio es una complicación tardía de la lepra lepromatosa. Son bien conocidas la elevada mortalidad ante la demora en el diagnóstico lo que resalta la importancia en su precocidad pudiendo evitar desde estigmas sociales hasta un costo aún mayor.

PE271 Encefalomiелitis por virus varicela zoster: presentación de un caso atípico

Peñaflor LT, Kriger S, Valdez Y, Gaona C, Rajha J.

Hospital Zonal General Agudos Prof Dr Ramón Carrillo. Ciudadela. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El virus varicela zoster (vzv) es un virus neurotrófico que pertenece a la familia de los herpesvirus y es el agente causal de dos entidades diferentes: la varicela que aparece durante la primoinfección y ocurre habitualmente en la infancia, y el herpes zoster en el que el virus permanece latente en los ganglios de las raíces dorsales hasta su reactivación, que ocurre más frecuentemente por encima de los 50 años o en estado de inmunodepresión. Se manifiesta frecuentemente con un exantema unilateral vesicular en un dermatoma, asociado a dolor agudo y lancinante en la zona. Raramente esta reactivación puede producirse sin el rash cutáneo típico. En casos más raros aún pueden desarrollarse complicaciones neurológicas como la meningoencefalitis o mielitis.

Caso clínico: Paciente de 51 años, tabaquista y etilolista crónico, desnutrición leve. Comienza dos semanas previas al ingreso con adormecimiento y debilidad de los 4 miembros con trastornos esfinterianos, sin lesiones dermatológicas previas. Ingresó a sala de internación con cuadro de paresia simétrica grado 1/5, nivel sensitivo no evaluable por barrera idiomática, pares craneales normales, sin signos meníngeos, resto del examen s/p. Tac de cerebro: sin evidencia de lesiones. Laboratorio: hcto 33, leucocitos 11900, ves 27 y PCR negativa, proteínas totales 7.5, albumina 3.8, glucemia, función renal e ionograma normales, serología para VDRL, VIH y hepatitis B y C negativas. Fan 1/80 moteado fino, anti ADN negativo. Resonancia de columna y cerebro: múltiples imágenes focales hiperintensas en secuencias T2 ubicadas de manera parcheada a nivel de la médula cervical, predominando en cordones posteriores y laterales, hipercaptantes en c3 y c4, así como también en tronco cerebral. Se realiza punción lumbar: LCR: hiperproteínoorraquia sin pleocitosis. Cultivos bacteriológicos y micológicos negativos. Bandas oligoclonales: tipo 1 policlonal. Viroológico en LCR: PCR para varicela zoster positivo. Se asume el cuadro como encefalomiелitis por varicela zoster, se realiza pulsos de metilprednisolona y aciclovir por 14 días, con mejoría parcial del cuadro.

Conclusión: La infección por virus varicela zoster es relativamente frecuente, manifestándose generalmente con las lesiones cutáneas típicas. Es muy poco común su presentación con complicaciones neurológicas, sobre todo teniendo en cuenta que la mielitis se presenta en el 0.3 % de los casos. Presentamos este caso por su infrecuencia de manifestación y por la dificultad para arribar al diagnóstico, al cual llegamos a través de estudios por imágenes y la biología molecular. Destacamos la importancia de la PCR para el diagnóstico, que nos permitió instaurar un tratamiento adecuado y así mejorar el pronóstico de la enfermedad.

PE272 Endocarditis infecciosa por *Scedosporium* sp. en un paciente inmunocompetente

Stanek VC, Veiga F, D' Angelo M, Visus M, Greco G, Barcán L.

Hospital Italiano de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los hongos son responsables del 2 % de las Endocarditis Infecciosas (EI) siendo *Candida* sp. y *Aspergillus* sp. los géneros más frecuentes. *Scedosporium* sp. es un hongo filamentoso reconocido como patógeno emergente en humanos con dos especies descritas con diferencias en su epidemiología, morfología y sensibilidad a antifúngicos: *S. apiospermum* y *S. prolificans*. Se lo ha asociado a infecciones de piel y partes blandas, osteoarticulares, pulmonares, queratitis, endoftalmis, del SNC y endocarditis. Las infecciones diseminadas se observan principalmente en pacientes inmunosuprimidos y las localizadas en inmunocompetentes (IC) aunque estas últimas son sumamente infrecuentes. Presentamos un caso de EI por *Scedosporium* sp. en un paciente IC, siendo el primero reportado en nuestro país.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 75 años, con antecedente de EI nativa de válvula aórtica en 2009 por *Streptococcus* grupo *viridans*, y cirugía de Bentall de Bono con válvula aórtica biológica, reemplazo del cayado aórtico, y cirugía de revascularización miocárdica en 2014, que ingresa en enero 2019 para cinecoronariografía programada con colocación de 2 stents. Intercurre con fiebre, interpretada como secundaria a foco respiratorio y recibe tratamiento antibiótico. Por persistencia de la fiebre y hemóptisis se solicitan cultivos de sangre, orina y esputo, siendo los dos primeros negativos y en el último se aísla microbiota habitual. En angiotomografía de tórax se evidencian imágenes compatibles con vegetaciones en la prótesis aórtica y absceso periaórtico, por lo que es intervenido quirúrgicamente. Se realiza reemplazo valvular aórtico y mitral (por biológicas), reemplazo de aorta ascendente y reparación de fibrosa mitro-aórtica con parche de pericardio bovino. Recibe tratamiento empírico con vancomicina, cefazolina y gentamicina. En el examen micológico directo de las válvulas y de las vegetaciones se observan filamentosos tabicados. Se inicia anfotericina (AMB) liposomal. Los cultivos micológicos luego de 14 días de incubación fueron identificados por macro y micromorfología como *Scedosporium* sp. Se realiza una PCR panfúngica (Centro de Referencia) que es positiva, detectándose luego por secuenciación ADN de *Scedosporium* sp. Debido a la probable resistencia intrínseca de este género a la AMB, se suma voriconazol al tratamiento. El paciente intercorre con hemotórax súbito izquierdo, y burbujas aéreas con formación de nivel líquido y en íntimo contacto con la aorta ascendente. Se sospecha dehiscencia protésica por progresión de la EI. El paciente fallece luego de 29 días de internación. Se enviaron cultivos a Centro de Referencia para confirmación de especie y ensayos de sensibilidad a antifúngicos.

Discusión: Se presenta el caso por la extrema infrecuencia del mismo. Las infecciones diseminadas o graves por *Scedosporium* sp. suelen tener mal pronóstico y una alta tasa de mortalidad, en gran parte por la alta tasa de resistencia que presenta a los antifúngicos disponibles. La EIP por este microorganismo es sumamente rara y no hay pautas establecidas para su tratamiento. El éxito del mismo depende principalmente de su diagnóstico temprano, así como del tratamiento médico y quirúrgico combinado precoz.

PE273 Colitis fulminante por *Clostridioides difficile* en paciente adulto joven de la comunidad

Aparicio M, Flores V, Gualpa F, Tuculet B.
Hospital Artémides Zatti. Río Negro. Argentina.

Introducción: La enfermedad por *Clostridioides difficile* tiene diferentes formas de presentación: diarrea sin colitis, acuosa o mucosa, colitis sin pseudomembranas, con pseudomembranas y fulminante. Los factores que determinan el desarrollo de la enfermedad están dados por el grado de enfermedad subyacente, la disrupción de la flora entérica normal, adquisición de toxinas de *Clostridioides difficile*, concentración de anticuerpos séricos antitoxina A y exposición a antibióticos. Resumen: paciente de 18 años de edad sin antecedentes personales patológicos, que había recibido clindamicina vía oral por Acné facial. Ingresó a internación por cuadro de diarrea acuosa luego sanguinolenta de dos meses de evolución con compromiso de su estado general, anémico con Hemoglobina de 9 gr/dl e hipalbuminemia de 2,7 gr/dl. Se solicitó coprocultivo e inicia tratamiento con ciprofloxacina 500 mg cada 12hs vía oral. Ante la falta de respuesta al tratamiento y coprocultivo negativo, se realiza colonoscopia donde se constata colitis macroscópicamente presuntiva de colitis ulcerosa además se solicita estudio de materia fecal para *Clostridioides difficile* con resultado de GDH, toxina A y B positivas. Inicia tratamiento para ambas patologías con mesalazina 500mg cada 6hs, hidrocortisona 100mg cada 6hs, metronidazol 500mg cada 8hs vía oral, transfusiones de sangre y plasma. Permanece clínicamente estable con mejoría subjetiva durante 9 días aproximadamente. Al décimo día presenta cuadro de peritonitis generalizada requiriendo cirugía de urgencia, se realiza colectomía total, evoluciona con fallo multiorgánico sin respuesta al tratamiento. Fallece a las 72hs.

Informes de estudios solicitados: Anticuerpos anti *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) 4 (positivo mayor a 25), Anticuerpos anti citoplasmático de neutrófilos (ANCA) negativo, Factor antinuclear (FAN) negativo, Inmunoglobulina A 245 Anti Transglutaminasa IgA 2 e IgG 5 (normales). Anatomía patológica de la biopsia de la colonoscopia informa enfermedad inflamatoria intestinal y de la pieza quirúrgica aún pendiente.

Conclusión: Consideramos de relevancia la presentación de un cuadro de colitis fulminante por *Clostridioides difficile* en paciente joven de la comunidad, la importancia de sospechar y solicitar estudios para dicho germen tanto por la especificidad del tratamiento como por las medidas de control de infección.

PE274 Epidemiología, características clínicas, hallazgos de laboratorio y manejo terapéutico de la enfermedad invasiva por *Salmonella*

Rapetti GC, Aguilera A, Schamún M, Falco A.
Hospital Público Materno Infantil. Salta. Argentina.

Introducción: La infección por *Salmonella* es frecuente, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. El reservorio de las serovariedades Tiph y Paratyphi A, B y C es exclusivamente humano y se transmiten a través de agua y alimentos contaminados con heces humanas. Los casos predominan a finales de verano y principios de otoño. La manifestación clínica más frecuente de la infección por *Salmonella* es la gastroenteritis aguda, pero en ocasiones puede producir enfermedad invasiva. En nuestro hospital, desde el año 2015 se observó un aumento progresivo de pacientes con bacteriemias por *Salmonella* con 60 casos diagnosticados en el año 2018.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas, de laboratorio, la resistencia antibiótica y el manejo antibiótico de los pacientes con enfermedad invasiva por *Salmonella*.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante el análisis de historias clínicas de pacientes con bacteriemia por *Salmonella* atendidos en nuestro hospital entre enero de 2017 y febrero de 2019. Población: pacientes entre 2 días y 62 años de edad con hemocultivos positivos para *Salmonella*. Variables: edad, sexo, procedencia, características clínicas y de laboratorio, resistencia antibiótica, manejo terapéutico, días de internación, tratamiento antimicrobiano y complicaciones. El análisis se realizó con Epi Info TM 7.2.2.6.

Resultados: Durante el periodo analizado se diagnosticaron 90 casos de bacteriemias por *Salmonella*. El 51 % (50) de sexo masculino. Media de edad: 9,8 años (RIQ 3,8 a 13,21) mínima de 2 días y máxima de 62 años. Todos se presentaron con fiebre con un promedio de días de síntomas previos al diagnóstico de 7 (RIQ de 4 a 9) y un máximo de 30 días. Otras manifestaciones clínicas: diarrea 68,8 % (62), náuseas y/o vómitos 56,7 % (51), dolor abdominal 57,7 % (52), cefalea 19 % (17), astenia 14,4 % (13), escalofríos 9 % (8), signos de deshidratación 20 % (18) y estreñimiento 4,4 % (4). Al 66 % (59) de los pacientes atendidos se solicitó coprocultivo de los cuales 42 (71 %) resultó positivo. Urocultivo positivo en 2 %. En 68 pacientes se realizó reacción de Widal que resultó positiva (>= 1/160) en 48,8 % (44) para el Antígeno B. El promedio de días de fiebre previa en los pacientes con Widal positiva era de 8,5 días versus una media 4,7 días de fiebre en los que la reacción fue negativa o < 1/160 (dif -3,8 días IC 95 % -5,1 a -2,4, p=000).

Resultados de laboratorio: promedio de recuento de glóbulos blancos de 7695/mm³, media de neutrófilos segmentados de 67 %, valor medio de GOT 184 U/L y 118 U/L para GPT. El promedio de proteína C reactiva, 151 mg/l. Las *Salmonellas* aisladas se tipificaron como Paratyphi B. El 100 % sensibles a ceftriaxona y TMP/SMX, el 98 % (88) sensible a ampicilina y un 18 % (16) con sensibilidad intermedia a ciprofloxacina. El 84,4 % (76) de los pacientes requirió hospitalización con un promedio de días de internación de 8,9 días. El 84 % (74) recibió Ceftriaxona. El promedio de días con persistencia de fiebre luego del inicio del tratamiento específico fue de 4,3 días con un máximo de 15 días. Promedio de días de tratamiento antibiótico: 11,7 días. El 20 % (18) de pacientes tuvieron complicaciones (colecistitis, perforación intestinal, shock séptico) siendo la más frecuente la hepatitis.

Conclusiones: Durante estos últimos años los casos de enfermedad invasiva por *Salmonella* se presentan con una frecuencia en aumento en nuestro medio por lo que se debe incluir esta patología entre los diagnósticos diferenciales ante una paciente con fiebre de varios días de evolución, especialmente cuando se acompaña de algún síntoma gastrointestinal como dolor abdominal, diarrea y/o vómitos y en este contexto dar relevancia a la toma de hemocultivos.

PE275 Síndrome nefrótico secundario a legionelosis

Suárez Stanganelli LV, Aschero F, Osuna C, Cantero M, Gramajo B, Ceballos B, Farinella M.
Hospital Interzonal de Ezeiza Dr. Alberto Antranik Eurnekian. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Se presenta un caso de síndrome nefrótico en un paciente que cursó neumonía grave de la comunidad por *Legionella* sp. Paciente de sexo masculino de 18 años que ingresó al servicio de emergencias por presentar disnea CF IV, fiebre de 3 días de evolución; antecedentes de tabaquismo, consumo ocasional de marihuana, alergia a la penicilina, sin otros antecedentes patológicos de relevancia. Al examen físico presentaba crepitantes en ambos campos pulmonares, cianosis distal. Se realizó rutina de laboratorio con leucocitosis (GB 18.700), Insuficiencia renal aguda (Cr: 2.0, Urea: 112), resto de los valores dentro de parámetros normales. Se realizó Rx de tórax que evidenció infiltrados intersticiales bilaterales. Se realizaron Hemocultivos (2) e inició tratamiento antibiótico. Se interpretó el cuadro como neumonía bilateral con insuficiencia renal aguda probablemente secundaria a cuadro de sepsis. Inició tratamiento antibiótico con imipenem, claritromicina y oseltamivir. Se solicitaron serologías. El paciente evolucionó tórpidamente por lo que se realizó intubación orotraqueal y ARM en el servicio de Terapia Intensiva. El paciente evoluciona con deterioro la función renal a pesar de la buena evolución del cuadro respiratorio y pasado el cuadro de sepsis, alcanzando luego de 3 días valores máximos de creatinina de 3,27 y Urea 156. El 10/09 se realizó extubación exitosa y pasó a piso de Clínica médica, presentando edemas en 4 miembros y edema de pared. Se realizó laboratorio control que informó Leucocitos 10.300 x10³/UI, Creatinina 1,96 mg/dl, Urea 70 ,mg/dl, TAG 104 mg/dl, proteínas totales 5,1 mg/dl, albúmina 2,8 gr/dl; orina de 24 Hs: diuresis 1640 ml, Microalbuminuria: 760 mg, Proteinuria 2,01. Con estos resultados se interpretó cuadro como síndrome nefrótico. El 20/09 se recibió informe de serologías IgG e IgM *Legionella pneumophila* positivas, IgG e IGM *Chlamydomphila pneumoniae* negativas, IgG e IGM *Mycoplasma pneumoniae* negativas, IgG e IgM *Leptospira interrogans* negativas. Se reinterpretó el cuadro como Síndrome Nefrótico y neumonía bilateral secundarios a Legionelosis. Continuó tratamiento con Levofloxacina 750 mg/día por 14 días. Por buena evolución clínica, con normalización de valores de laboratorio se decide alta hospitalaria luego de 10 días de internación. El síndrome Nefrótico por Legionelosis es una entidad muy poco frecuente. No es raro que los casos de neumonía por *Legionella* sp cursen con alteración de la función renal, no así con desarrollo de síndrome nefrótico. Si bien se considera a la *Legionella pneumophila* como probable causa infecciosa dentro de los diagnósticos diferenciales de síndrome pulmón riñón, no hemos podido encontrar la frecuencia de su asociación con síndrome nefrótico específicamente, pudiéndose considerar como causa asociada al mismo.

PE276 Del intestino al corazón: miopericarditis secundaria a *Campylobacter jejuni*

Lahitte M, Rinaudo M, Flynn L, Nannini E.
Sanatorio Británico. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La miopericarditis (MP) es un proceso inflamatorio que ocurre en respuesta a diferentes causas. La etiología viral es la más común, entre ellos, enterovirus. Puede aparecer durante o posterior a una noxa infecciosa, por invasión directa, producción de toxinas, o mediada inmunológicamente. La evolución suele ser la recuperación, pero puede derivar en muerte súbita y, en el 5-10 % de los casos, en miocardiopatía dilatada. Se reporta un caso de MP relacionado a infección gastrointestinal concomitante por *Campylobacter jejuni*.

Caso clínico y discusión: Varón de 18 años con antecedentes de asma, obesidad e insulinoresistencia, es hospitalizado por 10 días de dolor precordial, de intensidad 9/10, que empeoraba con el decúbito y mejoraba con la sedestación en trípode. Además, presentaba deposiciones diarreas y cólicos abdominales de 7 ds de evolución. Al exámen: ritmo cardiaco regular, R1 y R2 netos, sin soplos ni frote pericárdico; abdomen levemente distendido con ruidos hidroaereos aumentados. Laboratorio: aumento de enzimas musculares, CPK: 1389 U/l – TGO: 120 UI/l, LDH: 728 UI/l, y Troponina T: 2,45 ng/mL. ECG: ritmo sinusal, PR: 140 seg, QT: 40 seg, y supradesnivel del segmento ST en cara anterior e inferior de 0,5 mm e inversión de la onda T en cara lateral. Ecocardiograma transtorácico: FE del 70 %, AI de dimensiones conservadas, y VI con hipocontractibilidad apical y de región inferobasal. RNM cardíaca: compatible con miopericarditis aguda con realce tardío subepicárdico y tocamiento pericárdico. Estudios serológicos para VIH, VHB, VHC, VDRL y Chagas fueron no reactivos. En el exámen de materia fecal se observaron abundantes leucocitos. El coprocultivo sembrado en medios convencionales, Agar Sangre, Agar CLDE, Agar SS, Mac Conkey Sorbitol, Caldo selenito y Agar Skirrow, mostró en este último y luego de 48 horas de incubación a 42°C, desarrollo de colonias cremosas, en forma de huevo frito, con proyecciones en la estría de siembra; en el Gram se tiñeron bacilos Gram-negativos curvos identificados como *C. jejuni*. Se indicó tratamiento sintomático y azitromicina 500 mg/día vía oral por 5 días con mejoría del cuadro gastrointestinal. El paciente fue recuperando su función cardíaca en meses hasta su normalidad, corroborado con RNM cardíaca. La MP relacionada a infecciones bacterianas es infrecuente, siendo la salmonelosis y shigelosis los patógenos más usuales. El compromiso cardíaco secundario a la infección por *C. jejuni* puede ser variable, incluyendo pericarditis, miocarditis, MP y endocarditis; la bacteriemia ocurre en <1 % de los casos. El mecanismo de esta MP se desconoce, aunque se plantea que puede ser por invasión bacteriana directa, por toxinas bacterianas, por complejos inmunes circulantes o por efecto de células T citotóxicas.

Conclusión: La MP por *C. jejuni* es una complicación extraintestinal rara pero relevante en pacientes inmunocompetentes con gastroenteritis aguda, y debe ser considerada en la evaluación de estos pacientes. Más estudios son necesarios para establecer la patogenia de la MP por *C. jejuni* y el eventual beneficio del tratamiento antibiótico. Palabras claves: miopericarditis bacteriana. *Campylobacter jejuni*.

PE277 Evaluación de indicadores hospitalarios en pacientes con diagnóstico de tuberculosis en salas de internación de un hospital de infecciosas

Costa NI, Marino R, Sardina N, del Préstamo C, Palmero D, Quinteros M.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La búsqueda de la mejora continua en la calidad de atención de los pacientes lleva a definir indicadores dinámicos que permiten modificar los procesos para alcanzar este objetivo en hospitales monovalentes y específicamente en TB- ya que en Argentina, se observa una incidencia creciente desde 2012. **Objetivo:** Evaluar indicadores hospitalarios de salas de internación de tuberculosis (TB) y tuberculosis multirresistente (TBM) en relación a la internación general del hospital y los antibiogramas observados en los distintos períodos.

Materiales y métodos: Los años seleccionados para el estudio se dividieron en dos períodos: (2013-2015 y 2016-2018). Se utilizaron los registros del movimiento hospitalario de internación y específicamente los datos de las unidades de internación de pacientes con TB. Se consideró: pacientes internados (T. Int), promedio de permanencia (Pr./P.), giro cama (G.C.) y % de mortalidad. Se analizaron los antibiogramas presentes en los casos de cultivos positivos. En el análisis estadístico se usaron los softwares MH, Excel.

Resultados: Tablas. Datos estadísticos e indicadores hospitalarios en la internación total del hospital vs. las salas con pacientes con diagnóstico de TB

Conclusiones: El hospital ha mantenido un número de egresos de pacientes similar a lo largo de los seis años. Los egresos por TB aumentaron en 200 casos y el tiempo de permanencia

Períodos	Antibiotipos TB+			
	Cultivos totales	S	Mo-R / Pol-R	MR
2013 - 2015	453	365	36	35
2016 - 2018	583	492	63	28

Período	Total del hospital				Internación de pacientes con diagnóstico de TB			
	Datos Estadísticos	Indicadores Hospitalarios			Datos Estadísticos	Indicadores hospitalarios Pacientes TB +		
		Total de internación	Giro Cama	Promedio de permanencia		% Mortalidad	Total de internación	Giro Cama
2013-2015	15.918	13.4	16.77	7.8	1315 (8,2%)	7.11	40.38	3.49
2016-2018	19939	12.5	17.17	7.5	1524 (10,5%)	7.56	30.46	4.49

bajo 10 días, lo cual permitió admitir más pacientes. Se observa una diferencia significativa ($P < 0.01$) en los indicadores hospitalarios en las dos poblaciones evaluadas. Aumentaron las internaciones por TB dada la vulnerabilidad y los indicadores socioeconómicos de la población que se atiende. La mortalidad es menor que el resto de los pacientes y menor el tiempo de internación que en el primer trienio, que muestra la mejora en un manejo más eficiente para afrontar la crisis de la TB que impacta en la salud pública en el país. Con respecto a los antibiotipos observados en *M. tuberculosis*, es notable el aumento de los mono-R y los poli-R en el segundo período lo cual se ve reflejado en los cambios de terapéutica.

PE278 Endocarditis por grupo *Bacillus cereus* asociada a implante de válvula aórtica transcater (TAVI)

Delgado G, Tudanca V, Padovani A, Tosello C, Vay C, Stecher D.

Hospital Interzonal General de Agudos General José de San Martín. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El género *Bacillus* está formado por bacilos Gram positivos aerobios y anaerobios facultativos esporulados, cuya taxonomía ha sido revisada profundamente en las últimas décadas. Con excepción de *B. anthracis* (un patógeno primario del hombre), el resto de las especies son patógenos oportunistas humanos que han sido descritos como agente de varias infecciones, incluso de forma excepcional en la endocarditis. En la actualidad el grupo de *Bacillus cereus* (GBC) está integrado por 9 especies diferentes. Reportamos el caso de un paciente con antecedente de reemplazo de válvula aórtica por vía transcater (TAVI) y endocarditis infecciosa de válvula protésica por GBC.

Caso clínico: Varón, 76 años. Antecedentes de HTA, DBT, ex TBQ, enfermedad coronaria con CRM, arteriopatía periférica, ACV. Estenosis aórtica severa que requirió recambio valvular aórtico con TAVI. Consultó por cuadro de 7 días de evolución, caracterizado por astenia, adinamia, dolor precordial, episodios de hipotensión y registros sub febriles. A su ingreso: normotenso, sub febril, lucido, sin hallazgos al examen físico. Se realizó laboratorio que evidencia hiponatremia y deterioro de la función renal con ClCr 42. En hemocultivos se obtuvo desarrollo de GBC (MALDI -TOF). Sensible a Imipenem, cefazolina, vancomicina, ceftriaxona, gentamicina, ciprofloxacina. Inicia tratamiento con meropenem y vancomicina. En día 2 de tratamiento antibiótico, presentó síndrome coronario agudo con elevación del ST, que requirió angioplastia con balón. Se realizó ecocardiograma transesofágico que evidenció prótesis con apertura disminuida, *leak leve*, imagen hipoecogénica con movimiento anárquico adherida a la válvula protésica de 16 x 0,4 mm compatible con vegetación. Evolucionó posteriormente con paro cardiorrespiratorio y falleció.

Discusión: La especie *Bacillus cereus* sensu stricto, está frecuentemente asociada a intoxicación gastrointestinal en contexto de consumo de alimentos almidonados (arroz); y a infecciones graves y fatales, como endoftalmitis, neumonía, meningitis, encefalitis y abscesos cerebrales; especialmente en pacientes inmunodeprimidos y neonatos. Es causante de bacteriemia nosocomial secundaria a contaminación de líquidos o equipos de infusión, infecciones asociadas a catéteres e infecciones de sitio quirúrgico. En raros casos comunicados de endocarditis estuvieron asociados a uso de drogas vía intravenosa, enfermedad cardíaca reumática, válvulas cardíacas protésicas, marcapasos o inmunodeficiencia. Afecta más frecuentemente hombres, entre 41 a 60 años. La válvula mitral es la más comúnmente afectada. En la mayoría de los casos es secundaria a un episodio de bacteriemia. Tiene una mortalidad mayor en recién nacidos y pacientes con válvula protésica. La endocarditis por *B. cereus* asociada a válvula protésica requiere tratamiento quirúrgico y terapia antimicrobiana. En este caso no hemos aun identificado la especie dado que es necesario la secuenciación de genoma. Comunicamos este caso por no haber encontrado en la literatura ningún reporte de endocarditis infecciosa por GBC asociado a TAVI.

PE279 Trasplante de materia fecal para tratamiento de diarrea asociada a *Clostridium difficile* en huéspedes inmunocomprometidos: reporte de dos casos

MartinezJV¹, Eusebio MJ¹, Prieto R², Giorgio P¹, Pinoni MV¹, Efron ED¹, Verbanaz S¹, Jordan R¹.

¹Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La diarrea asociada a *Clostridium difficile* (DADC) es la de la principal causa de diarrea en el ámbito hospitalaria y los tratamientos recomendados se asocian con altas tasas de recurrencias. A pesar de tratamiento adecuado algunos casos evolucionan a formas refractarias frente a las cuales no existen tratamientos estandarizados. El Trasplante de microbiota fecal (TMF) está recomendado para estas formas clínicas en el que ha demostrado una alta tasa de eficacia. Sin embargo, existe poca experiencia en la utilización del TMF en huéspedes inmunocomprometidos (HIC). Presentamos dos casos de DADC en HIC exitosamente tratados con TMF. Caso1: 78 años, sexo femenino, con diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón estadio IV con metástasis múltiples tratada con Erlotinib con mala respuesta al tratamiento. Presentó diarrea recurrente por *Clostridium difficile* a pesar de tratamiento antibiótico adecuado con vancomicina (VAN) en dosis convencionales, tratamientos combinados con metronidazol y VAN en tratamientos prolongados y en "pulsos". Ante la mala respuesta a los tratamientos antibióticos y por presentar >2 recurrencias en un período de 8 semanas se propone realizar TMF, que se lleva a cabo el 17/10/18 (1 infusión de 400 ml filtrado de MF fresca) a través de video-colonoscopia. Evolucionó favorablemente sin recurrencias hasta marzo 2019 actualidad. Caso 2: 32 años, sexo masculino, con diagnóstico de sida, TBC diseminada con compromiso intestinal en tratamiento antiTBC. Internado por UTI por DADC grave, refractaria al tratamiento con terapia combinada (VAN vía oral /metronidazol IV). El 05/11/18 se realiza TMF con muestra de banco (100 ml de por sonda nasoyeyunal); evoluciona con progresiva mejoría sin presentar recaídas hasta marzo 2019.

Conclusiones: el TMF ha sido utilizado en HIC, al igual que en la población general para tratamiento de formas refractarias o recurrentes de DADC. Las poblaciones de HIC han incluido trasplante de células progenitoras hematopoyéticas, trasplante de órganos sólidos, receptores de quimioterapia, corticoides, SIDA, etc.). Recientes estudios observacionales sobre seguridad y eficacia del TMF en HIC no han demostrado un aumento en el riesgo de complicaciones a corto plazo, tal como ocurrió en nuestros casos que evolucionaron favorablemente con un único TMF y sin recurrencias a las 8 semanas. Consideramos que el TMF es un procedimiento eficaz y seguro en esta población, sin embargo, faltan datos acerca de la seguridad a largo plazo.

PE280 Caracterización epidemiológica de infecciones por bacterias Gram negativas resistentes a carbapenémicos en un hospital de tercer nivel de Colombia, durante el año 2018

Berrio Medina I¹, Pazos J², Medina E², Cuervo C².

¹Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez. Medellín. Colombia. ²Inkomati Usuthu Catchment Management Agency (UCMA). Sudáfrica.

Introducción: Los bacilos Gram-negativos productores de carbapenemasas, son una causa común de brotes, infecciones adquiridas en la comunidad y de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), generando pocas opciones terapéuticas y una alta mortalidad.

Objetivo: Este trabajo tuvo como objetivo determinar las diferentes características epidemiológicas de los pacientes con bacterias Gram negativas resistentes a carbapenémicos durante el año 2018 en un hospital de tercer nivel en Colombia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo con 57 pacientes hospitalizados con infecciones por bacilos Gram negativos resistentes a carbapenémicos durante el año 2018 en Colombia y se revisaron sus historias clínicas en SAP y los datos de laboratorio en Winlab y Copérnico. Fueron evaluados para carbapenemasas usando el Hisopado rectal como prueba de tamizaje en el agar CHROMID® CARBA SMART y el test CARBA NP. Como prueba confirmatoria se utilizó la prueba molecular CARBAXPERT.

Resultados: En el estudio se observó una media de edad de 56 años, El 77 % de los pacientes eran de sexo masculino, un 67 % residían en zona urbana, el 24 % de los casos se presentaron en cuidados intensivos, la mortalidad cruda fue del 37 %. El microorganismo más frecuentemente aislado positivo para carbapenemasas fue *Klebsiella pneumoniae* en un 47 % (26/57), seguido de *Enterobacter cloacae* en un 15,8 % (9/57). La infección urinaria fue la más frecuente presentándose en un 23 % de los casos. La tamización previa al ingreso, para búsqueda de colonización por bacterias productoras de carbapenemasas por hisopado rectal por la prueba CARBA NP se le realizó al 90,2 % de los pacientes estudiados (52/57); Esta prueba fue positiva para el 78,8 % (41/52). Sólo al 75,4 % (43/57) de las bacterias clasificadas inicialmente como resistentes a carbapenémicos, por criterio médico, se les realizó la prueba confirmatoria por biología molecular CARBA XPERT (GenXPert). De estas el 79 % (34/43) fueron positivas por la prueba. Al clasificar el tipo de carbapenemasa se halló: KPC 79,4 % (27/34), VIM-KPC en un 8,8 % (3/34), VIM 8,8 % (3/34) y NDM 2,9 % (1/34). De los 43 pacientes a los cuales se les realizó la prueba CARBA XPERT, al 20,9 % (9/43) no se les detectó ningún fenotipo de carbapenemasa, lo que sugiere otro mecanismo de resistencia diferente al enzimático. Al analizar el uso previo de antibióticos se encontró que habían usado meropenem el 45,6 % (26/57), piperacilina/tazobactam el 28 % (16/57), cefepime el 24,5 % (14/57) y ciprofloxacina el 15,7 % (9/57).

Conclusión: Las características epidemiológicas de infecciones por bacterias productoras de carbapenemasas en el hospital de tercer nivel evaluado en Colombia, son similares a las descritas en la literatura, pero es importante resaltar que en el 78 % de los casos se demostró colonización previa por bacterias productoras de carbapenemasas.

PE281 Gastritis flegmonosa como causa de abdomen agudo en adolescente inmunocompetes

Etchegoyen M, Mayo S, Selliar G, Cornet L, Cabrera B, Rodriguez P.

Hospital Interzonal General de Agudos Luisa Cravenna de Gandulfo. Lomas de Zamora. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La gastritis flegmonosa es una patología infrecuente, de etiología infecciosa que compromete las paredes del estómago en forma rápida y progresiva. Se presenta el caso de un paciente evaluado en nuestra institución.

Descripción del caso: Paciente de 19 años, sano, ingresó con dolor abdominal agudo, leucocitosis e insuficiencia renal. Con diagnóstico de abdomen agudo se realizó laparotomía evidenciándose peritonitis generalizada, engrosamiento de la pared gástrica, se tomó biopsia, apendicectomía y lavado de cavidad. Se envió líquido peritoneal (LP) a cultivo. Se inició ampicilina sulbactam. Cultivo LP: negativo. Directo: cocos gram + en cadena. A los 12 días intercorre con fiebre. Se realizó TC abdomen: cámara gástrica con pared prominente y burbujas aéreas asociadas. TC tórax: impactos pulmonares múltiples. Hemocultivos 2:2 SAMR. Se indicó vancomicina. VEDA: estómago con lesión ulcerada con compromiso de curvatura mayor y cara anterior de cuerpo y antro con secreción purulenta y denudamiento hasta plano muscular. Biopsia gástrica de ingreso: mucosa y pared gástrica con intenso proceso inflamatorio agudo. Necrosis y edema a nivel de submucosa y pared muscular, abscesos glandulares. Compatible con gastritis flegmonosa. Evolucionó febril con secreción purulenta por herida, TC: perforación gástrica en comunicación con herida mediana y colección subfrénica. Se colocó drenaje percutáneo y se envió material a cultivo. Se adicionó piperacilina tazobactam y fluconazol (FCZ). Cultivo LP: *Klebsiella oxytoca* BLEE/ EVR/ *Candida* spp, se rotó esquema a imipenem, linezolid, continuando con FCZ. Por continuar febril y con secreción purulenta por herida, se efectuó gastrectomía total y esofagostomía con yeyunostomía con hallazgo de proceso plástico gástrico y desgarro de cara anterior hasta cardias. Pasa a UTI en ARM con inotrópicos. En contexto de traqueostomía, intercorre con paro cardiorespiratorio y óbito.

Discusión: El objetivo es la revisión del tema, por infrecuencia y alta mortalidad. Cerca del 50 % de los casos se asocian a inmunosupresión o factores de riesgo: terapia corticoidea, cirugía previa, procedimientos endoscópicos, neoplasias, desnutrición o coinfecciones. Su fisiopatología no es clara, el agente causal en más del 50 % es *Streptococcus* spp y en menor medida *Staphylococcus* spp, *Escherichia coli* y polimicrobianos. Aunque en nuestro caso no se obtuvo rescate microbiológico inicial, en el directo se observaron cocos+ en cadena, que podría haber sido algún miembro de la familia *Streptococcus*. El diagnóstico se realiza por TC, VEDA y anatomía patológica con diagnósticos diferenciales de MALT, tumor del estroma y leiomioma. Su tratamiento es controvertido, hallándose reportes con resolución sólo con terapia antimicrobiana hasta conductas más radicales como gastrectomía en pacientes con evolución tórpida. Su mortalidad oscila entre 27-50 % según la extensión del compromiso. La forma difusa se asocia con mayor mortalidad, como en nuestro paciente.

Conclusión: Se remarca la necesidad de alta sospecha clínica en pacientes con abdomen agudo, hallazgos sugestivos en TC y VEDA para un diagnóstico y terapéutica precoz que permita mejorar la sobrevida.

PE282 Infecciones asociadas a implantes espinales en un hospital general

Cornet L, Pujato N, Altamirano S, Valiño A, Carrion N, Soloaga R, Margari A.

Hospital Naval Cirujano Dr. Pedro Mallo. CABA. Argentina.

Introducción: La colocación de implantes espinales (IE) es un procedimiento cada vez más utilizado ya que mejora la calidad de vida de los pacientes con canal lumbar estrecho, escoliosis u otra patología de la columna. La infección del sitio quirúrgico (ISQ) es una complicación temida debido a que prolonga la estadía hospitalaria, aumenta la probabilidad de desarrollar nuevas infecciones nosocomiales, el número intervenciones quirúrgicas y aumenta la morbimortalidad. El tratamiento, además del debridamiento quirúrgico, incluye antibioterapia prolongada, lo que resulta todo un desafío debido a tolerancia, efectos adversos y altos costos.

Objetivos: Describir las características clínicas, aislamientos microbiológicos, tratamiento y evolución de los episodios de ISQ asociada a IE.

Material y métodos: Estudio descriptivo, observacional. Se incluyeron pacientes con infección asociada a IE, en seguimiento por el servicio de Infectología de un Hospital General, diagnosticadas en el período comprendido entre enero 2015- diciembre 2018. Se clasificaron según el tiempo de ocurrencia con respecto a la cirugía de origen en precoces, a las infecciones producidas < 1 mes, y tardías a las > 1 mes.

Resultados: De las 322 artrodesis espinales realizadas en el período estudiado se diagnosticaron 33 episodios de ISQ (10.2 %). La edad media de los pacientes fue de 58 años (41-85), siendo el 54 % mujeres. Las comorbilidades encontradas fueron: edad mayor 70 años 8 pacientes (24 %), obesidad 5 (15 %) y diabetes 5 (15 %), cáncer 1 (3 %), y tratamiento corticoideo 1 (3 %). La localización lumbar/lumbosacra fue la más frecuente (78 %). El 90 % (30) fueron de presentación precoz. La secreción por la herida quirúrgica se encontró en el 95 % de los casos de presentación precoz. El 95 % tuvieron eritrosedimentación (ERS) y PCR basal elevada. En los cultivos se aisló en 20 (60 %) *Staphylococcus* sp de los cuales 12 (60 %) *S.aureus* y 8 (40 %) *Staphylococcus coagulasa* negativos, 2 (6 %) *Enterococcus* sp, 5 (15 %) bacilos gram negativos (*K. pneumoniae*, *E. coli*, *E. cloacae*, *P. aeruginosa*), 2(6 %) *Corynebacterium* sp, 1(3 %) tuvo cultivos negativos. Solo en un 12 % hubo aislamiento de gérmenes multirresistentes (MR). El 72,7 % requirió un único debridamiento quirúrgico para controlar la infección, 18 % (6) requirió 2, y 9 % (3) 3 intervenciones. En ningún caso se retiró el implante. El 54,5 % (18) de los pacientes que completaron el tratamiento la evolución fue favorable, el 21 % (7) se encuentran aún en tratamiento, 2 (6 %) fallecieron durante el mismo, 2 pacientes presentaron recaída, de los cuales uno recayó luego del año de suspensión del antibiótico, y en 4 pacientes se desconoce la evolución. La duración del tratamiento osciló entre 5-12 meses.

Conclusión: La ISQ asociada a IE fueron causadas principalmente por *Staphylococcus* sp. y de presentación precoz. La secreción por la herida quirúrgica y el aumento en los valores de ERS y PCR fueron las características comunes a todos los episodios, por lo que una vigilancia adecuada postquirúrgica es vital para el diagnóstico temprano. Un adecuado debridamiento quirúrgico y tratamiento antibiótico prolongado fueron suficientes para la resolución del cuadro.

PE283 Efectividad de la terapia empírica inicial con betalactámicos vs. terapia combinada de betalactámicos más macrólidos para la neumonía adquirida en la comunidad que requiere hospitalización

Cisneros V, Iopardo GD, Luchetti P.

FUNCEI Fundación del Centro de Estudios Infectológicos. Argentina.

Introducción: La elección del tratamiento antibiótico empírico inicial para pacientes con neumonía aguda de la comunidad (NAC) que requieren internación continua siendo controversial. Para la elección del tratamiento empírico inicial se deben tener en cuenta la epidemiología del lugar y los factores relacionados con el paciente. Aún existe controversia acerca del beneficio de realizar tratamiento empírico inicial con betalactámicos o con tratamiento combinado que incluya un betalactámico junto con macrólidos o fluoroquinolonas.

Objetivos: comparar la mortalidad a 14 días en pacientes hospitalizados por NAC que recibieron betalactámicos vs. aquellos que recibieron terapia combinada incluyendo un betalactámico más un macrólido.

Materiales y métodos: El estudio NACREC1 fue un estudio de vigilancia epidemiológica activa, prospectivo, de base poblacional cuyo objetivo fue estimar la incidencia de la NAC en adultos en tres ciudades de América del Sur, General Roca en Argentina, Rivera en Uruguay y Concepción en Paraguay. La vigilancia de la NAC se realizó entre el 2 de enero de 2012 y el 31 de marzo de 2015 en Rivera y Concepción y desde el 2 de enero de 2012 al 31 de diciembre de 2016 en la ciudad de General Roca en Argentina. Los participantes eran elegibles para ser incluidos en el estudio si: Tenían 18 años o más de edad, residían en el área de estudio, presentaban evidencia de infección aguda de las vías respiratorias inferiores (menor a 7 días de duración) con al menos dos de los siguientes: disnea, taquipnea, hallazgos auscultatorios consistentes con neumonía, fiebre (>38 °C), hipotermia (<35 °C), hipoxemia (saturación de O2 <90 % de aire de respiración o PaO2 < 60 mm Hg), recuento de leucocitos > 10.000 células / mm3 o >15 % de neutrófilos inmaduros (bandas) independientemente del recuento de glóbulos blancos, presentaron neumonía radiológicamente confirmada definida como infiltrado pulmonar nuevo o progresivo en la radiografía de tórax o tomografía computarizada compatible con neumonía. Para validar cada episodio de NAC, las radiografías de tórax y tomografías computarizadas fueron digitalizadas y leídas por dos miembros del equipo de investigación. Cuando los investigadores estaban en desacuerdo, se consultó a un grupo de expertos. Las fotografías digitales de todas las radiografías de tórax se almacenaron en la base de datos del estudio. Los métodos diagnósticos y la elección del tratamiento antibiótico de los episodios de NAC fueron prescriptos por los médicos generalistas y no por el equipo de investigación.

Resultados: De enero de 2012 a diciembre de 2016, 2700 pacientes se enrolaron en el estudio, de los cuales 1897 fueron hospitalizados, 1444 en la sala general (76,3 %) y 448 en la UCI (23,7 %); 956 recibieron MB, 771 BM y 163 pacientes recibieron otros regímenes. En la población total de pacientes hospitalizados, la mortalidad a los 14 días fue del 16.6 % para aquellos con MB y del 18 % para aquellos con BM (p = 0.52). Para los pacientes hospitalizados en la UCI, la mortalidad a los 14 días en aquellos tratados con MB fue del 13,2 % y 11,2 % para los tratados con BM (p = 0,30). El régimen antibiótico más frecuentemente prescripto en los sujetos hospitalizados fue un betalactámico sin macrólido (50.5 %) y luego un betalactámico con un macrólido (40.7 %).

Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con NAC

Características	Total	Grupo de edad (años)		
		18-49	50-64	≥ 65
Participantes (%)	2.700	653 (24.2)	594 (22)	1.453 (53.8)
Edad (años), mediana (IQR)	66 (50-79)	36 (28-43)	58 (54-61)	78 (72-84)
Genero				
Masculino (%)	1.069 (46.4)	237 (42.5)	242 (47.6)	590 (47.7)
Femenino (%)	1.233 (53.6)	320 (57.5)	266 (52.4)	647 (52.3)
Signos Clínicos				
Tos (%)	2.156 (93.6)	521 (93.5)	481 (94.7)	1.154 (93.3)
Disnea, taquipnea o hipoxemia (%)	1.759 (76.4)	383 (68.8)	387 (76.2)	989 (80.0)
Fiebre o hipotermia (%)	1.498 (65.0)	451 (81.0)	345 (67.9)	702 (56.8)

IQR: rango intercuartil, 25-75%

Tabla 2. Mortalidad a 14 días según régimen de tratamiento antibiótico empírico

	Mortalidad a 14 días	
	Betalactámico (MB)	Betalactámico + macrólido (BM)
Total de hospitalizados (N = 1.897)	159 (16.6%)	138 (18%)
Hospitalizados UCI (N = 448)	79 (34.8%)	56 (33%)
Hospitalizados sala general (N = 1.449)	80 (13.2%)	82 (11.2%)

Tabla 3. Regímenes antibióticos empíricos

	Tratamiento antibiótico empírico			
	Betalactámico	Betalactámico + macrólido	Quinolonas	Otros
Total de hospitalizados (N = 1891)	956 (50.5%)	771 (40.7%)	47 (2.5%)	116 (6.3%)
Hospitalizados UCI (N = 448)	162 (36.2%)	239 (53.4%)	16 (3.6%)	30 (6.7%)

Discusión: El presente estudio muestra, como en un estudio del mundo real, pacientes hospitalizados con NAC en sala general o en la UCI, la mortalidad a los 14 días fue similar para los que recibieron monoterapia con betalactámicos o terapia combinada con betalactámico más macrólido. El presente estudio, observacional, de mundo real, y con un tamaño de muestra considerable no mostró beneficios en pacientes hospitalizados por NAC en sala general ni en aquellos admitidos a UCI.

PE284 Características epidemiológicas, clínicas y etiológicas de 81 episodios de endocarditis infecciosa en un hospital universitario de Argentina

Mendez GA, Villamandos S, Niveyro C, Villalba Apestegui PA, Salvatierra KA.
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas. Argentina.

Introducción: Endocarditis infecciosa (EI) es una patología grave que requiere hospitalización y tratamiento antibiótico (ATB) endovenoso por varias semanas. La incidencia anual que varía entre 1.5 a 11.6 casos/100.000 habitantes. Su diagnóstico requiere elevada sospecha clínica. Se describen las principales características clínicas, epidemiológicas y etiología de la EI en un hospital universitario de Argentina.

Materiales y métodos: Pacientes internados con diagnóstico de EI definitivo entre junio 2010 a septiembre 2018. Se analizaron características epidemiológicas, clínicas y evolución de todos los pacientes. Los criterios modificados de Duke fueron utilizados para el diagnóstico de EI. Análisis estadístico con programa XLSTAT versión 2014.

Resultados: 81 casos de EI definida (49 hombres, 60.4 %). Edad media 46.1 años. Enfermedad cardíaca previa: enfermedad valvular nativa 30.8 % (n = 25) siendo la insuficiencia aórtica la más frecuente 64 %. Comorbilidades no cardíacas: insuficiencia renal crónica (13.5 %) y neoplasias (11.1 %). El 50.6 % antecedentes de hospitalización previa, 87.8 % entre 1 a 3 meses previo al diagnóstico de EI. Clínica: fiebre 80.2 %, insuficiencia cardíaca 39.5 %, esplenomegalia 22.2 %, petequias 16 % y shock séptico al ingreso 13.5 %. Embolias: 30.8 %, localizaciones: bazo 50 % y sistema nervioso central 33.3 %. Se realizó ecocardiograma transesofágico (ETE) en 77.7 % y ecocardiograma transtorácico (ETT) 85.1 % de los casos. Afección válvula Ao 60.5 %, tamaño mediano de rango 11 (0.8-25) x mediana de rango 17 (0.5-27) mm. Compromiso valvular mitral en 21.1 %, mediana de rango 2 (0.75-34) x mediana de rango 34 (0.9-49) mm. Hemocultivos (HC) positivos en 82.7 %: *Staphylococcus aureus* 32.8 %, *Streptococcus* sp. 26.8 % y *Enterococcus* sp. 17.9 %. Hemocultivos (HC) negativos 17.2 %, el 64.2 % recibió ATB previo a la toma de HC. Tratamiento ATB empírico adecuado 62.9 % de los pacientes. En los pacientes con ATB: persistencia de fiebre 37.2 % (47.3 % duración menor a 7 días), bacteriemia continua 47 % (83 % duración menor a 7 días). Indicación quirúrgica 51.8 %, de ellos recibieron tratamiento quirúrgico 66.6 %. Motivo principal: insuficiencia valvular 52.3 %. Hallazgos intraoperatorios sugestivos EI 78.5 %. Anatomía patológica con alteraciones sugestivas 57.1 %; en igual porcentaje los cultivos de material quirúrgico tuvieron desarrollo bacteriano. Mortalidad global 40.7 %. Análisis univariado, factores de riesgo asociados a mayor mortalidad: internación con shock séptico (p < 0.02), desarrollo de nueva insuficiencia renal (p < 0.009), uso de inotrópicos (p < 0.0001) y requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (p < 0.0001).

Conclusiones: IE es una enfermedad con elevada mortalidad a pesar de los avances en su diagnóstico y tratamiento. Nuestra población tenía menos de 50 años de media. El shock séptico, ARM, uso de inotrópicos y de hemodiálisis se asociaron a mayor mortalidad. La mortalidad fue del 40.7 %, mayor a la reportada en otras series (15 a 26 %). Las causas que podrían explicar esta situación son diagnóstico tardío, elevada proporción de complicaciones, así como la predominancia de *Staphylococcus* sp. como principal agente etiológico.

PE285 Características clínico epidemiológicas de las infecciones por mycobacterias atípicas relacionadas a procedimientos estéticos

Cuevas Ojeda AM, Frassone N, Jakob E, Sadino G, Marianelli L.
Clínica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba. Argentina.

Introducción: En la actualidad, el anhelo de alcanzar ciertos estereotipos de belleza ha hecho que el aspecto físico sea una de las principales preocupaciones de la sociedad, lo que se ha traducido en un aumento de prácticas estéticas quirúrgicas o mínimamente invasivas como la mesoterapia, la liposucción y la colocación de prótesis mamarias. Con el uso frecuente de estas técnicas, la aparición de infecciones en la piel y tejidos blandos han aumentado. objetivo: describir las características clínico epidemiológicas de las infecciones por micobacterias atípicas relacionadas a procedimientos estéticos.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, que se realizará durante el periodo comprendido entre enero del 2002 a diciembre del 2017, asistidos en la Clínica Universitaria Reina Fabiola. Se incluyeron los pacientes con los siguientes criterios: aislamiento de Mycobacterias atípicas en sitio donde se realizó un procedimiento invasivo estético. Los datos serán recolectados en una planilla con las siguientes variables: sexo, edad, localización de la infección, tipo de procedimiento, tipificación de bacterias, antibiograma y tratamiento empírico.

Resultados: Se incluyeron 14 pacientes que cumplieron criterios de inclusión, el 100 % mujeres, con un promedio de 37.3 años, con edades comprendidas entre 22 y 67 años. De los procedimientos estéticos realizados el 71.43 % corresponden a implantes mamarios, el 21.43 % a mesoterapia y sólo el 7.14 % a lipotransferencia. Las zonas afectadas fueron mamas (71.4 %; n = 10), abdomen (14.2 %; n = 2), miembros inferiores (7.1 %; n = 1) y glúteos (7.1 %; n = 1). En el 57.1 % (n = 8)



de las pacientes se aislaron *M. fortuitum*, en el 21.4 % (n = 3) *M. chelonae*, y en menor porcentaje se identificaron *M. abscessus* (7.1 %; n = 1), *M. mageritense* (7.1 %; n = 1) y *M. smegmatis* (7.1 %; n = 1); en ningún caso hubo aislamientos de MAC y *M. kansasii*. En las pruebas de sensibilidad a antimicrobianos mostraron resistencia a los siguientes grupos: Tetraciclinas 71.4 % (n = 10), Macrólidos 64.2 % (n = 9), Aminoglucósidos 57.1 % (n = 8), B-lactámicos 57.1 % (n = 8), trimetoprim/sulfametoxazol 28.5 % (n = 4), fluoroquinolonas 21.4 % (n = 4), rifampicina 7.1 % (n = 1) y oxazolidinonas 7.1 % (n = 1). En 4 pacientes no se encontraron datos acerca del grupo de antimicrobiano utilizado para el tratamiento empírico (n = 10), en el resto el 40 % (n = 4) usaron fluoroquinolonas, 20 % (n = 2) B-lactámicos y macrólidos, 10 % (n = 1) aminoglucósidos, 10 % (n = 1) rifampicina y 10 % (n = 1) Tetraciclinas. El 100 % de los casos con esquemas conocidos (n = 10) sufrieron cambios: 30 % (n = 3) utilizaron tratamientos combinados con 4 antibióticos, 30 % (n = 3) combinaron 3 antibióticos, y 40 % (n = 4) utilizaron solo 2 antibióticos.

Conclusiones: Predominio en mujeres jóvenes. La localización más frecuente fue la mamaria. La Mycobacteria más frecuentemente aislada fue el *M. fortuitum*. Las familias de antimicrobianos que mostraron mayor resistencia fueron Tetraciclinas y Macrólidos. La familia de antimicrobianos más usadas en tratamiento empírico fueron Fluoroquinolonas, B-lactámicos y macrólidos.

PE286 Estudio epidemiológico de bacteriemias por *Staphylococcus aureus* en un hospital de agudos polivalente

Martinez Rios MB, Vernazzi M, Scala G, Cabral M.
Hospital Central de Mendoza. Mendoza. Argentina.

Introducción: El *Staphylococcus aureus* (SA) es el principal responsable de las bacteriemias en numerosas áreas geográficas. Las cepas resistentes (SAMR) en pacientes hospitalizados son graves y habitualmente asociadas a dispositivos médicos invasivos y ya no se limitan al ámbito hospitalario, con un aumento en la comunidad. Por lo cual es necesario realizar una actualización para facilitar un tratamiento clínico adecuado.

Objetivos. Determinar la incidencia de bacteriemia a SA, durante un periodo de 6 años, el origen y foco de las mismas, comorbilidades, procedimientos invasivos y mortalidad

Material y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional, desde el Año 2013 al 2018, en un Hospital de agudos. Análisis estadístico: test de Chi-cuadrado, análisis univariado y multivariado. Valores de p inferiores a 0.05 se consideran significativos.

Resultados: Total de bacteriemias: 2129 a SA 287. Edad: Mediana:55 años, 58 %sexo masculino. Incidencia total de SA: 13.5 % (SAMS: 69 % y SAMR:31 %). Según su origen: comunidad: 22 %SAMS, 9 %SAMR, IH: 37 %SAMS, 19 % SAMR y ACS:10 %SAMS y 3 %SAMR. SAMS comunidad: focos infecciosos: 20 % respiratorio,14 %urinario,14 % piel y partes blandas (PPB),9 %. Endocarditis infecciosa (EI), 8 % primarias, 6 % meníngeo y 28 % otros. Comórbidas: 43 % diabetes (DBT), 18 % insuficiencia renal crónica (IRC), entre otras. SAMR comunidad: focos infecciosos: 36 % PPB, 28 % respiratorio, 4 % urinario, 4 % primarias, 4 % EI y 4 % otros. Comórbidas: 40 % DBT, 8 % IRC, entre otras. SAMS IH y ACS: focos infecciosos: 42 %infección asociada a catéter vascular ,11 %respiratorio,10 % PPB, 7 %primarias,3 %urinario, 3 %herida quirúrgica y 24 %otros. Comórbidas: 32 % IRC, 31 % DBT,24 % HD. Procedimientos invasivos: 58 % catéter central (CVC), 46 % sonda vesical (SV), 17 % asistencia respiratoria mecánica (ARM), 17 % cirugías. SAMR: IH y ACS: focos infecciosos:28 % catéter central, 19 %primarias, 12 % respiratorio, 11 % PPB, 5 % urinario, 3 % herida quirúrgica y 19 % otros. Comórbidas: 31,25 % IRC, 23 % DBT, 21 % HD, entre otras. Factores de riesgo expuestos: 45 % SV, 39 % catéter central, 17 %cirugías y 9 % ARM. Promedio de días de internación previos: SAMS: 18 días. SAMR: 21 días. Tratamiento empírico inicial: 64 % adecuados. Bacteriemias persistentes :6 %. 40 % DBT, 20 % IRC. Focos infecciosos: 40 % EI, 13 % catéter endovascular. Mortalidad 31 % RR: 1.19 (IC 95 % 0.831.70). RRR: 15.90 %. Sensibilidad antibiótica del SA: resistencia a cefoxitina 31 %, clindamicina 22 %, ciprofloxacina 17 % y gentamicina 11 %.

Conclusión: La incidencia de bacteriemia por SA se condice con los trabajos realizados en Argentina. Más de los dos tercios fueron IH y ACS. Siendo el foco principal los CVC, en su mayoría Quinton en pacientes en HD, con tiempo prologado de permanencia de catéteres y retardo en la realización de FAV. Demostrando ser un problema desde punto de vista de control de infecciones. En la comunidad el SAMR el foco predominante fue PPB. No hubo variaciones en el tiempo del SAMR de la comunidad. No se encontró diferencia significativa en las variables estudiadas en el SA de la comunidad e IH y el desarrollo de bacteriemia. Principales comórbidas fueron para ambos grupos: DBT e IRC. La mortalidad, se relacionada con la descrita en la literatura del 20-40 %.

PE287 Estigma por identidad de género y problemas de salud en mujeres transgénero recientemente diagnosticadas con VIH: el modelo sindémico SAVAGE

Aristegui I¹, Glynn TR², Radusky P¹, Zalazar V¹, Frola C¹, Cardozo N¹, Duarte M¹, Fabian S¹, Gun A¹, Cahn P¹, Carrico AW², Sued O¹.

¹Fundación Huésped. Argentina. ²Department of Public Health Sciences, University of Miami Miller School of Medicine. EEUU

Introducción: Aunque algunas mejoras se lograron desde la implementación de la Ley de Identidad de Género en 2012, las mujeres transgénero (MT) continúan sufriendo marginación y una gran carga de enfermedad. Según el modelo sindémico, diferentes problemas de salud y condiciones psico-sociales -como abuso de sustancias, violencia y VIH/sida (SAVA, por sus siglas en inglés) actúan de forma sinérgica reforzando la alta prevalencia de VIH en esta población. Asimismo, el estrés que las MT crónicamente viven debido a su identidad de género, o estrés de minorías de género, se asocia con una pobre salud física y psicológica. Los objetivos del estudio fueron: 1) describir las experiencias coexistentes de estrés de minorías de género, salud mental, abuso de sustancias y violencia en MT recién diagnosticadas de VIH en un estudio clínico y 2) examinar la relación entre el estrés de minorías por identidad de género y las condiciones sindémicas asociadas al riesgo de VIH.

Metodología: Un total de 61 MT diagnosticadas con VIH completaron cuestionarios psico-sociales al comienzo del tratamiento. Se obtuvieron las prevalencias de las variables de interés y se ejecutaron una serie de regresiones para examinar la mejor relación entre las dos formas de estrés de minorías por identidad de género (externa e internalizada) y las condiciones sindémicas psico-sociales.

Resultados: Ninguna participante tenía carga viral indetectable (>200 copias/mL) y el 51 % tenían <350 CD4 (20 % de la muestra <200 CD4). Las MT presentaron múltiples formas de discriminación y estrés de minorías por identidad de género de manera frecuente [en servicios de salud (46 %), vivienda (30 %); en lugares de trabajo sexual (44 %); y con la policía (18 %)] y marginación socio-económica [secundario incompleto (61 %); vivienda inestable (53 %); historial de detención (31 %); historial de trabajo sexual (93 %); trabajo sexual actual (77 %)]. La mayoría experimentó múltiples condiciones psicosociales sindémicas incluyendo: depresión (51 %), ideación suicida (12 %), uso problemático de alcohol (53 %), uso problemático de drogas (20 %) y violencia (48 %). Utilizando el modelo *bootstrapped path* se observó un efecto significativo indirecto del estigma experimentando sobre el número de condiciones sindémicas mediado por el estigma internalizado (b = .10, SE = .04, 95 % CI .01, .16).

Conclusiones: Los problemas de salud mental, el abuso de sustancias y la violencia ya han sido descritos como problemas de salud que actúan sinérgicamente sobre el riesgo de VIH, sin embargo, es necesario agregar el estrés de minorías por identidad de género como un factor clave de la epidemia de VIH entre las MT.

Para avanzar hacia una mayor equidad en salud para las MT, es importante diseñar intervenciones multinivel que apunten a esta particular sindemia compuesta por abuso de sustancias, violencia, VIH/sida, estrés por identidad de género y problemas emocionales - modelo "SAVAGE", por sus siglas en inglés, Substance Abuse, Violence, AIDS/VIH, Gender minority stress, and Emotional disorders.

PE288 *Strongyloides stercoralis* en trasplantados renales de un hospital público del NOA

Nuñez JM, Villafañe S, Seu F, Costilla Campero G.
Hospital Ángel C. Padilla. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: *Strongyloides stercoralis* (SS) es un geohelmintho de distribución alta en países de clima tropical y subtropical, endémica en el noroeste argentino. Una vez que ingresa en el hombre puede permanecer por décadas luego de la infección inicial. En trasplantados e inmunodeprimidos en general, puede reactivarse y ocasionar cuadro de hiperinfección, con una elevada morbimortalidad.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de todos los casos registrados con diagnóstico de estrogiloidiasis en los pacientes trasplantados renales de un hospital público de Tucumán entre julio 2012 y diciembre de 2018. Se recogió características demográficas (edad, sexo, domicilio), tipo trasplante, tratamiento inmunosupresor, síntomas, tratamiento, evolución, meses posteriores al trasplante y eosinofilia al momento del diagnóstico.

Resultados: En 111 trasplantes renales se diagnosticó 4 casos de estrogiloidiasis, con una prevalencia de 3,6 %. El 75 % en mujeres con edad media de 46 años, todos residentes en áreas periurbana/rural del interior de Tucumán. El 100 % con síntomas digestivos (diarrea y dolor abdominal). Ningún caso con eosinofilia en el momento del diagnóstico. En el 50 % de pacientes, el diagnóstico se hizo por la visualización de larvas en el examen de aspirado duodenal (50 %). Un paciente (25 %) presentó cuadro de hiperinfección, en el primer trimestre post trasplante con hallazgo de abundantes larvas de SS en el examen de aspirado traqueal, con sepsis y falla multiorgánica, con aislamiento en hemocultivos de *Klebsiella pneumoniae* (KPC) que falleció a las 24 hs del ingreso. Se realizó tratamiento con Ivermectina en los cuatro pacientes (100 %).

Conclusiones: La incidencia de SS (3,6 %) en este grupo de pacientes es baja comparada a otras poblaciones de zonas endémicas (2 a 50 %), pero similar a la reportada en otra publicación de pacientes trasplantados de Brasil (2,4 %). Para la confirmación del mismo, se pueden realizar diferentes métodos complementarios de diagnóstico (ex. directo, parasitológico seriado, coprocultivo, serología, etc.). Se destaca que en el presente trabajo se realizó el 50 % de los diagnósticos con el examen directo del aspirado duodenal, que es una medida poco utilizada en la práctica clínica habitual. Es conocida la letalidad de este parásito en inmunodeprimidos, y en nuestra población se observó lo mismo. Por este motivo es importante mantener un alto nivel de sospecha, especialmente en zonas endémicas, para realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

PE289 Neumonía en pacientes neurológicos en terapia intensiva

Altamirano S, Rodríguez J, Carrion M, Bravo M, Pujato N, Barrientos A, Cocozzella D, Margari A.
Hospital Naval Central "Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones respiratorias en pacientes internados en terapia Intensiva (UTI), son una importante causa de morbimortalidad a pesar de las medidas de prevención y antibioticoterapia. La patología neurológica habitualmente asociada a trastornos deglutorios, deterioro del sensorio y vinculación al respirador suelen ser factores determinantes en su desarrollo. Si bien se desconocen los mecanismos que vinculan *S. aureus* con la enfermedad neurológica, diversos estudios describen esta asociación.

Objetivos: Describir la ocurrencia de neumonía en pacientes neurológicos en la UTI de un Hospital de Agudos. Definir y comparar los principales microorganismos causales en pacientes neurológicos y no neurológicos en relación a la permanencia en UTI.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. Se incluyeron los episodios de neumonía con cultivo positivo en muestras respiratorias (aspirado traqueal y minibal), de pacientes que ingresaron a UTI desde enero del 2017 a diciembre del 2018. Se seleccionaron las ocurridas en pacientes con algún evento neurológico agudo y se categorizaron según los días de internación, en tempranas (≤ 96 hs) y tardías (>96 hs). Se confeccionó una planilla Excel donde se recopiló: edad, sexo, tipo de patología neurológica, días de internación y germen aislado. Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico SPSS 23.

Resultados: Se estudiaron 87 episodios de neumonía, de los cuáles 37 (42 %) correspondieron a pacientes neurológicos. El 62,2 % (23) fueron varones y la media de edad fue 52 años (15-88). Las enfermedades neurológicas identificadas fueron: 11(29,7 %) HSA, 9(24,3 %) TEC, 7(18,9 %) Hematoma intracerebral, 6(16,2 %) tumor de SNC, 3(8,1 %) ACV isquémico y 1(2,7 %) encefalopatía hipóxica. De los 37 episodios en pacientes neurológicos, 20 (54 %) fueron por *S. aureus*, siendo en el 65 % meticilino sensible. Le siguieron en frecuencia *A. baumannii* (13,5 %) y *K. pneumoniae* (10,8 %). De los 50 episodios en pacientes sin patología neurológica 39 (78 %) fueron causados por bacilos gram negativos, de los cuales 25 (64 %) fueron *K. pneumoniae*. En esta población *S. aureus* solo representó un 16 % (12/50). La presencia de *S. aureus* en muestras respiratorias de pacientes neurológicos fue significativamente mayor ($p=0.04$). En los pacientes neurológicos, *S. aureus* fue el agente etiológico en el 70 % de las neumonías tempranas, en cambio en las tardías representó el 40 %, predominado los bacilos gram negativos.

Conclusión: Al igual que algunas publicaciones, en nuestro estudio, se observó que *S. aureus* es el microorganismo más frecuente causal de las neumonías en pacientes neurológicos, sobre todo en las tempranas. Debemos considerarlo al momento de la elección del tratamiento empírico en esta población en nuestro centro. Se necesitan más estudios que establezcan el porqué de esta asociación.

PE290 Efecto de la terapia combinada con estatinas y aspirina en eventos embólicos en pacientes con endocarditis infecciosa: sub estudio del registro EIRA 3

Burgos L, Nacinovich F, Casabe H, Fernandez P, Avellana P, García Aurelio M, Swieszkowski S, Kazelian L, Spennato M, Zylbersztejn H, Gagliardi J, Varini S.
En representación de los investigadores del Estudio EIRA-3

Introducción: Las embolias periféricas (EP) sintomáticas son una complicación frecuente en pacientes con endocarditis infecciosa (EI) y suelen contribuir a la morbilidad y mortalidad de esta enfermedad. Estudios en modelos animales y pocos estudios clínicos demostraron que la inhibición plaquetaria con aspirina y el tratamiento con estatinas puede influir en una menor tasa de eventos embólicos en individuos que reciben estas drogas previo al desarrollo de la EI.

Objetivo: Evaluar el impacto del tratamiento previo con aspirina y estatinas (TAS) y el desarrollo de EP con EI.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional y multicéntrico de pacientes con EI definida según los criterios de Duke modificados. Los pacientes se agruparon según hayan recibido o no TAS combinado antes de la EI. El punto final primario fue un evento embólico sintomático que haya

ocurrido antes o durante la hospitalización. Se utilizó una regresión logística multivariada para evaluar el impacto de la TAS en el riesgo de EP. **Resultados:** Entre septiembre/2013 hasta marzo/2016, en 48 centros de 13 provincias argentinas, se incluyeron 502 pacientes. La edad media fue de $60,7 \pm 19,3$ años y el 69,9 % eran hombres. Setenta y seis pacientes (15 %) recibieron TAS previamente. El punto final primario ocurrió 35,7 % ($n = 179$) (EP antes de la hospitalización 46 %, durante 14 %, ambos 40 %); 17 (22,4 %) desarrollaron una EP en el grupo TAS en comparación con 162 (38 %) que no recibieron dicho tratamiento ($p = 0,009$). Los pacientes que recibieron TAS eran más propensos a ser mayores, tenían enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular periférica, fibrilación auricular, accidente cerebrovascular, diabetes, disfunción ventricular izquierda, dispositivo intracardiaco (marcapasos o prótesis valvular). En el análisis univariado, TAS (OR 0,46 IC95 % 0,26-0,83), edad, insuficiencia cardíaca, prótesis valvular, vegetación mitral y tricuspídeas, cáncer, enfermedad vascular periférica e infección por estafilococos se asociaron con EP. En el análisis multivariado, sin embargo, el TAS no fue un factor de protección independiente contra EP (OR 0,82; IC95 % 0,42-1,59). **Conclusión:** La combinación de TAS no se asoció de forma independiente con una reducción del riesgo de EP sintomático. Se necesitan más estudios prospectivos y aleatorios para evaluar los beneficios de la TAS.

PE291 Aspergilosis en pacientes con influenza: una nueva amenaza

Palacio B, Riera F, Marino M, Romero F, Carballo J, Bergallo C.
Sanatorio Allende Nueva Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: El riesgo de sobreinfección pulmonar en pacientes con Influenza es una situación grave y de elevada mortalidad. Una revisión reciente en Europa estimó que un 19 % de los pacientes ingresados por gripe desarrollaron aspergilosis invasiva pulmonar (AIP) con una mortalidad de 51 %. Las infecciones virales como Influenza podrían aumentar el riesgo de IAP al romper con la barrera de la mucosa bronquial, facilitando la invasión por *Aspergillus*, irrumpir con los mecanismos naturales de clearance mucociliar, inducir linfopenia y neutropenia y otros efectos inmunomoduladores como la inducción de la interleucina 10. En la serie mencionada, los factores de riesgo descritos fueron: internación en unidades de cuidados intensivos (UCI), hemodiálisis, ventilación mecánica asistida, tratamientos antibióticos de amplio espectro, diabetes, sepsis severas, etc. El diagnóstico de AIP se basa en la combinación de hallazgos clínicos, radiológicos y microbiológicos. La sensibilidad del dosaje galactomananos en muestras de lavado bronquioalveolares es mayor que el cultivo para el diagnóstico de AIP. Se presenta el caso de un paciente de 48 años con antecedentes de obesidad e hipertensión arterial que ingresa, derivado de otra institución, por neumonía grave de la comunidad con SDRA y fallo multiorgánico. 7 días previos, el paciente había referido malestar y leves síntomas respiratorios altos, mialgias y posterior desmejoramiento general. Se realizó diagnóstico de influenza A por PCR en hisopado faríngeo. Laboratorio: procalcitonina 16,6 ng/ml, Hb: 10,7 g/dl, GB 7890 cél/mm³ (N 72 %). El paciente recibe tratamiento antibiótico (meropenem + TMP-SMX + oseltamivir + vancomicina + claritromicina). Debido a su falta completa de mejoría analítica, radiológica y clínica, se solicita dosaje de galactomananos en mini BAL 3.2 (valor negativo <0,5). Se inicia anfotericina B liposomal ajustada a peso. A pesar de antimicrobianos de amplio espectro y soporte vital complejo, el paciente fallece por paro cardiorrespiratorio a las 72 horas de ingreso. **Conclusión:** la AIP debe pensarse en pacientes e UCI con gripe grave que no mejoran, incluso en los primeros días de internación. Debido a su elevada mortalidad, debemos sospechar esta complicación de forma precoz y, por lo tanto, llevar a cabo aquellos procedimientos diagnósticos pertinentes y decidir el rápido inicio de una terapia eficaz.



PE292 Infección de sitio quirúrgico de hernioplastia inguinal por *Gordonia* sp

Giorgio PL¹, Heine A¹, Sujemecki A¹, Visic L¹, Prieto M², Efrón E¹, Martínez J¹, Verbanaz S¹, Eusebio M¹, Pinoni V¹, Jordán R¹.
¹Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: Las especies de *Gordonia*, pertenecientes a la familia Gordoniaceae, orden Corynebacteriales de la clase *Actinobacteria* son bacilos grampositivos aeróbicos, no móviles, parcialmente ácido alcohol resistente que son frecuentemente aisladas del suelo y el agua. Las especies del género *Gordonia* son considerados patógenos oportunistas emergentes y pueden causar una variedad de infecciones principalmente en huéspedes inmunocomprometidos. También se han descrito infecciones asociadas a cuidados de la salud. Se presenta un caso de una infección de sitio quirúrgico profunda tras una hernioplastia inguinal, situación hasta ahora no reportada en la literatura.

Caso: Varón de 50 años de edad a quien se le realiza hernioplastia inguinal izquierda laparoscópica. Al día 14° posoperatorio presenta fiebre. Evolucionó a las 48 hs con secreción serosa por herida umbilical. TC: región inguinal derecha, imagen profunda de densidad intermedia de 70 x 30 x 25 mm. GB 12600 cel/mm³. El paciente se niega al drenaje de la colección recibe clindamicina por 12 días. Persiste febril al día 28° posquirúrgico, con imagen con aumento de tamaño. Se interna y se drenan 20 cc de material purulento bajo ecografía. Inició PTZ y vancomicina. Directo de microbiología: bacilo Gram positivo tinción de Kinyoun positiva. Cultivo en placa de agar sangre: desarrollo de colonias pequeñas de lento crecimiento que a los 3-4 días desarrolla pigmento intracelular naranja. El aislamiento no presenta micelio aéreo, es catalasa positiva, oxidasa negativa, con metabolismo oxidativo y coloración de ZN: negativo. El aislamiento fue derivado al INEI-ANLIS Malbrán para su identificación final por métodos moleculares. Se indica TMS por sospecha de *Nocardia* sp. (el antibiograma presuntivo por método de difusión muestra sensibilidad a TMS, CIP, AMP, AMK) y se suspende PTZ. Al día 8° de TMS persiste con febrícula y leucocitosis. Ecografía: colección en fosa iliaca derecha de 63 x 24 x 47 mm. TC: en relación al músculo oblicuo homolateral der., persistencia de la colección, se extiende hacia el TCS con alteración de la grasa circundante y hacia el canal inguinal homolateral (63 x 36 mm). Se coloca drenaje percutáneo y drena 30 ml de líquido purulento. Directo: Bacilo GRAM positivo. Se agrega CIP. Se retira drenaje al 10° día. Informe ANLIS: *Gordonia* sp. confirmada por espectrometría de masa MALDI-TOF, con CIM TMS: 0,032 ug/ml (sensible) y CIM CIP: 0,004 ug/ml (sensible); de acuerdo a la guía CLSI M24-A2. Continúa con TMS más CIP. Ecografía control: colección disminuye de tamaño. Se suspende TMS a los 60 días por intolerancia y continúa con CIP que se suspende a los 72 días del drenaje. Imagen de control sin colecciones. A la fecha no hay indicios de recaída de la infección por *Gordonia* sp.

Conclusiones: Las especies de *Gordonia* están distribuidas de manera ubicua en el medio ambiente. Aunque la infección en humanos es rara, se han descrito infecciones de la comunidad (otitis externa, celulitis, absceso de mama, neumonía, nódulos pulmonares, empiema) e infecciones asociadas al cuidado de la salud (bacteriemias, infecciones asociadas a catéteres, a implantes ortopédicos, infección de cirugía cardíaca y shunt ventrículo-peritoneal). *Gordonia* muchas

veces puede confundirse con micobacterias de rápido crecimiento o con un BGP coryneforme y ser desestimado, por lo que debe considerarse su identificación. No existen recomendaciones para el tratamiento de las infecciones por *Gordonia* sp. El mismo debe individualizarse con la sensibilidad *in vitro*, aunque, ante la sospecha, ciertos antibióticos suelen ser universalmente sensibles como CIP, IMP y AMK. La duración del tratamiento no está clara y debe basarse en la respuesta clínica al tratamiento.

PE293 Características epidemiológicas y microbiológicas de las infecciones urinarias no complicadas

Foia E, Finello M, Peñaranda G, Suasnabar D, Ellena León M, Saad E, Hernández D, Cometto M, Vázquez S, Amuchastegui T, Albertini R, Dominella F, Panchuk Sanz A.
Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: Las infecciones del tracto urinario no complicadas (ITU-NoC) se presentan en mujeres sanas, sin historia de anomalía estructural o funcional de las vías urinarias.

La mayoría de las mismas son tratadas empíricamente, los espectros de susceptibilidad antimicrobiana de los microorganismos causantes (MO) han sufrido cambios en los últimos años, existiendo escasa bibliografía actualizada al respecto en nuestro medio, para poder determinar si los tratamientos son indicados serían los correctos.

Objetivos: Determinar los MO de las ITU-NoC y su perfil de susceptibilidad antimicrobiana en mujeres adultas. Analizar las características microbiológicas de las ITU-NoC en mujeres menores de 50 años y en las de 50 años o más.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio analítico prospectivo en 2 centros hospitalarios de tercer nivel de la ciudad de Córdoba, entre el 06/11/2016 y el 31/10/2017.

Se identificaron los urocultivos positivos y a partir de ello se revisaron las historias clínicas electrónicas de los pacientes y en caso de faltar información, se realizó una comunicación telefónica con los mismos. Se incluyeron los episodios de infecciones urinarias en mujeres de 18 o más años de edad, sin factores de riesgo asociados a infecciones urinarias complicadas. Se excluyeron los episodios de bacteriuria asintomática.

Resultados: Se identificaron 610 episodios de ITU-NoC, de los cuales el 37,4 % se dieron en menores de 50 años. El 73,3 % fueron cistitis y 26,7 % pielonefritis. De las mujeres con cistitis, 59,1 % tenían 50 años o más ($p=0.003$), y de aquellas con pielonefritis, 76,5 % correspondían a este grupo etario ($p=0.003$). En el 91,4 % de las ITU se aisló *Escherichia coli*. Dentro del resto de los aislamientos, los más frecuentes fueron *Staphylococcus coagulasa negativo* (4,2 %) y *Klebsiella pneumoniae* (2 %). Al comparar ambos grupos etarios no se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de gérmenes aislados.

Respecto a *E. coli*, tuvo una baja resistencia a los siguientes antibióticos: ciprofloxacina (18,4 %), amoxicilina-ácido clavulánico (12,8 %), cefalexina (5,5 %), ceftriaxona (4,4 %) y nitrofurantoína (1,8 %). Se observó una resistencia elevada a ampicilina, trimetoprima-sulfametoxazol y ampicilina-sulbactam. El perfil de susceptibilidad microbiana fue similar en ambos grupos.

Conclusiones: La mayoría de las ITU-NoC se dieron en pacientes de 50 años o más, siendo más frecuente también la pielonefritis en este grupo. El MO más frecuentemente aislado fue *E. coli*, concordando con la epidemiología global. Éste presentó una resistencia menor al 20 % a ciprofloxacina, amoxicilina-clavulánico, cefalexina, ceftriaxona y nitrofurantoína. El tipo de MO y los espectros de susceptibilidad antimicrobiana fueron similares en ambos grupos etarios.

PE294 Infecciones por enterobacterias resistentes a carbapenemes multiespecies

De Gregorio S, Tudanca V, Paravano L, Padovani A, Repetto S, Foccoli M, Nastro M, Rodriguez C, Vay C, Famiglietti A, Stecher D.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La persistente emergencia de enterobacterias multirresistentes ha reducido dramáticamente la disponibilidad de antimicrobianos útiles para su tratamiento.

La transmisión de resistencia se debe a extensión clonal o transmisión genética horizontal a través de elementos genéticos móviles, éste último sería el responsable del aislamiento de varias especies multirresistentes en una misma muestra.

Objetivos: Comparar datos demográficos, clínicos y microbiológicos de infecciones polimicrobianas causadas por enterobacterias resistentes a carbapenemes (e-RC) con aislamiento de más de una especie de e-RC (e-RC Me) versus una sola especie de e-RC (e-RC Mo).

Diseño: Estudio descriptivo, retrospectivo, de casos y controles.

Materiales y métodos: Se incluyeron pacientes internados en un hospital de CABA desde 1 de enero 2010 al 31 de diciembre 2018, con infecciones polimicrobianas: con aislamiento de múltiples e-RC (e-RC Me) e infecciones con aislamiento de una sola e-RC (e-RC Mo) con otras enterobacterias sensibles a carbapenemes. Se analizaron: edad, sexo, comorbilidades, estadía hospitalaria previa a la infección por e-RC, uso previo de antibióticos, foco de infección, especies aisladas y sobrevida a los 30 y 60 días. Se calculó la incidencia de e-RC Me y e-RC Mo con respecto al total de episodios de infecciones por e-RC. Se compararon las variables consignadas entre ambos grupos. Estudio microbiológico: identificación por espectrometría de masas (MALDI-TOF MS Biotyper software 3,1 Bruker, Daltonics, Bremen, Germany) y la sensibilidad antimicrobiana por Phoenix 100 (BD)®. La presencia de carbapenemasa de tipo KPC se confirmó por métodos fenotípicos y moleculares. Foco infeccioso definido de acuerdo a los criterios del CDC. Estadística: prueba de Chi2 y el ODD radio (OD). Valor significativo $p \leq 0,05$. Programa estadístico EPIDAT 3.1 (Sergas).

Resultados: De los 334 episodios con desarrollo de e-RC: e-RC Me: 5 % (17/334) y e-RC Mo: 12 % (41/334). No hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a: sexo, edad, comorbilidades, días de internación y uso de antibióticos previos. La infección del sitio quirúrgico (ISQ) fue la más frecuente predominando en e-RC Me (94 %) vs. e-RC Mo (61 %) (OR: 10,24 IC95 (1,23-84) $p=0,01$). El origen abdominal fue 44 % en e-RC Me y 48 % en e-RC Mo. Predominaron *Klebsiella* spp 37 % (16/43) en e-RC Me y 82 % (34/41) en e-RC Mo y *Enterobacter* spp 28 % (12/43) en e-RC Me y 12 % (5/41) en e-RC Mo. En los episodios e-RC Me además se aisló *S. marcescens*, *E. coli*, *Morganella morganii* y *Citrobacter* spp y en e-RC Mo *E. coli*. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad a los 30 días: 7/17 vs. 17/41 (OR: 0,98 IC 0,31 a 3,11) $p=0,98$ ni a los 60 días: 10/17 vs. 17/41 (OR: 2,35 IC95 0,73-7,4) $p=0,15$.

Conclusiones: En nuestro estudio el grupo con aislamientos de enterobacterias resistentes a carbapenemes multiespecie tuvo una incidencia significativa en las infecciones del sitio quirúrgico. Asimismo, presentó el desarrollo de mayor variedad de especies e-RC en las muestras analizadas. La mortalidad fue elevada en ambos grupos de infección no habiendo diferencias estadísticamente significativas.

PE295 Aislamientos *klebsiella pneumoniae* productoras de carbapenemasas (kpc) en una clínica privada de CABA

Iannantuono MV, Godoy E, Tula MC, Alvarez M, Cattaneo A, Montone MS, Hojman M.
Clínica de los Virreyes. CABA. Argentina.

Introducción: La prevalencia de las infecciones producidas por KPC está en aumento, generando una alta morbimortalidad y costos en salud. Es importante conocer además la sensibilidad de la flora nosocomial para poder tomar conductas epidemiológicas y terapéuticas efectivas.

Objetivos: Determinar sitios de aislamiento y perfil de resistencia de KPC una institución de salud privada de CABA

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los aislamientos microbiológicos obtenidos en los pacientes internados en nuestra institución en el año 2018, recolectados a través de registros en Bacteriología. Como métodos de sensibilidad se utilizaron discos de difusión Oxoid® y E-test para CIM a meropenem y a cefazidima/avibactam.

Resultados: Se recolectaron 194 aislamientos microbiológicos KPC: materiales respiratorios 57, hemocultivos 51, urocultivos 40, abdominales 17, osteoarticulares 15, piel y partes blandas, 9, del sistema nervioso central 5. En 54 (27,8 %) casos fueron hallazgos polimicrobianos: material respiratorio 38,6 %, hemocultivos 9,8 %, urocultivos 12,5 %, abdominales 35,3 %, osteoarticulares 73,3 %, piel y partes blandas 55,5 % y SNC 0 %. % de resistencias totales: gentamicina 58,7, amikacina 45,5, tigeciclina 7,6, fosfomicina 34,4, colistin 61,1, minociclina 38,8, ciprofloxacina 90,9, TMS 88,7 y nitrofurantoína 93,1 % (sólo probado en urocultivos). CUADRO 1: Se realizó CIM a meropenem en 58 aislamientos: 19 (32,7 %) fueron = o >8 mcg/MI. CUADRO 2: Se realizó CIM a cefazidima/avibactam en 5 aislamientos, 1 hemocultivo, 1 material respiratorio y 3 osteoarticulares: en todos los casos fue <1,5mcg/mL. Se probó sinergia colistin/rifampicina en cepas R a colistin en 7 aislamientos: 2 hemocultivos, 2 materiales respiratorios, 1 urocultivo, 1 osteoarticular, 1 abdominal. Todos fueron positivos

Conclusiones: Tigeciclina y fosfomicina son los antibióticos que conservan mayor sensibilidad. Llama la atención la alta resistencia al colistin. El meropenem aún podría usarse en tratamiento combinado. La sinergia colistin-rifampicina y ceftazidima/avibactam, a pesar de haberse realizado en pocos aislamientos podrían considerarse alternativas terapéuticas.

PE296 Algunos bichos no tienen límite. La capacidad de *Streptococcus anginosus* de atravesar planos tisulares.

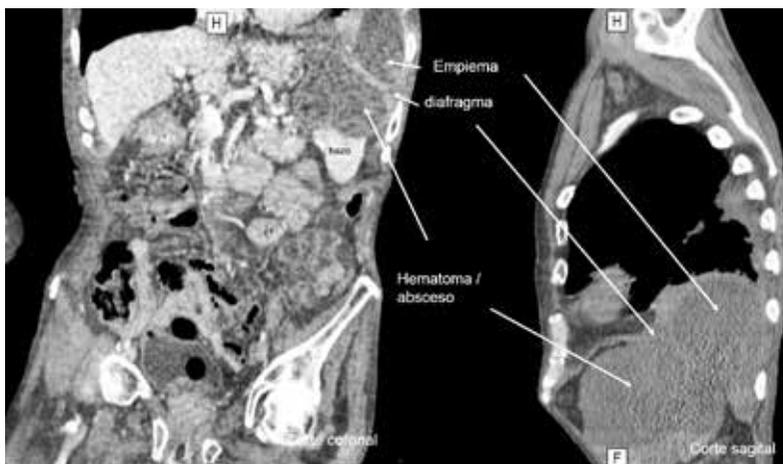
Radisic MV, Ibáñez L, Rotryng F, Schejtman A.
Sanatorio Finochietto. CABA. Argentina.

Introducción: Pocos microorganismos productores de infección pulmonar tienen la capacidad de atravesar las superficies pleurales (produciendo invasión de la pared torácica, mediastino o invasión abdominal). *Actinomyces*, *Nocardia*, *Blastomyces*, *Mycobacterium tuberculosis* y mucorales tienen esta capacidad. Los integrantes del grupo *Streptococcus anginosus* (SAG) también pueden presentar este comportamiento.

Descripción del caso: Hombre de 74 años internado por hemorragia digestiva alta por úlceras duodenales. Antecedentes: alcoholismo, deterioro cognitivo moderado, caídas frecuentes (secuelas de fracturas costales izquierdas múltiples), diabetes tipo II, tabaquismo y enfermedad vascular periférica. Al ingreso, radiografía de tórax anormal, con opacidad homogénea basal izquierda, y leucocitosis marcada. El paciente había presentado fiebre con tos productiva pocas semanas antes de su ingreso, que fue tratada con un curso corto de levofloxacina.

TAC de tórax-abdomen: (figura) sugestiva de empiema pleural izquierdo. Se observó una gran lesión esplénica compatible con hematoma/absceso. El empiema se confirmó con cirugía videotoracoscópica, en la que se halló también un absceso pulmonar del LII. En el drenaje percutáneo de la lesión esplénica se obtuvo un líquido achocolatado. En ambos líquidos creció *S. intermedius* (tipificación por VITEK® 2 Compact) sensible a penicilina. Los hemocultivos fueron negativos. El ecocardiograma transesofágico no mostró vegetaciones. El paciente resolvió el cuadro infeccioso con los drenajes descriptos y tratamiento con ampicilina por 6 semanas (2 semanas EV + 4 semanas VO).

Discusión: En ausencia de infección endovascular, la secuencia fue interpretada como una infección de inicio pulmonar (absceso) que progresa a empiema, para luego cruzar el diafragma e invadir el bazo. Un hematoma esplénico preexistente pudo haber sido un factor anatómico que facilitara la infección. El grupo *Streptococcus anginosus* (SAG) (que comprende *S. anginosus*, *S. constellatus* y *S. intermedius*) es parte de la microbiota normal de orofaringe, y los tractos urogenital/gastrointestinal. *S. intermedius* es más común en la placa dental. El grupo SAG es notable por su potencial para causar invasiones supurativas. Son responsables del 13-50 % de todos los casos de absceso pulmonar-empiema torácico. Sus múltiples factores de virulencia (muchos de los cuales son moduladores de la respuesta del huésped) pueden explicar su comportamiento agresivo y su particular capacidad de atravesar planos tisulares.



PE297 Linfogranuloma venéreo como causa de síndrome febril prolongado

Pérez CF¹, Maldonado P¹, Fraga A¹, Vacchino M², Galarza P².
¹Policlínico del Docente - OSPLAD. CABA. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina

Introducción: En agosto del 2018 el Ministerio de Salud de la Nación emitió una alerta epidemiológica por la detección de 33 casos de linfogranuloma venéreo en Argentina, remarcando que hasta el año 2017 no se habían registrado casos confirmados en nuestro país. Se presenta el caso de un paciente atendido en institución privada en enero de 2018 por síndrome febril prolongado sin diagnóstico luego de varias consultas y estudios ambulatorios.

Caso clínico: masculino de 29 años de edad que ingresa para estudio de síndrome febril de 45 días de evolución y adenopatías inguinales bilaterales. Refiere

al interrogatorio dirigido sexo con hombres en ocasiones sin protección, deposiciones de características blandas, 2- 3 por día, ocasionalmente con moco, sin tenesmo, niega antecedentes de ETS. Al examen se constata adenopatías inguinales bilaterales móviles, levemente dolorosas sin tumefacción. Niega síntomas a nivel anogenital. Estudios complementarios: Leucocitos: 7220 N68/E2/L23/M7, Hematocrito 35 %, plaquetas 353000, hepatograma normal, LDH 301U/L, gammaglobulinas 3.55 g/dl, VSG 115mm, PCR 11.8, B2 microglobulina 2356 mg/dl. Hemocultivos negativos. Serologías VIH, HCV, HVB, VDRL, CMV y Chagas no reactivos. HVA, VEB IgG reactivos. Ecografía: bazo 165 mm, adenopatía preaórtica. Ecocardiograma transtorácico: sin particularidades. Tomografía: bazo homogéneo aumentado de tamaño. Ecografía inguinal: adenopatías de aspecto inflamatorio, derecha de 56 por 29mm e izquierda de 37 por 24mm. Endoscopia digestiva: gastritis crónica y rectitis erosiva. Biopsia de intestino: colitis inespecífica. PCR para Chlamydia negativa. Biopsia de adenopatía inguinal: linfadenitis. PCR + Chlamydia trachomatis, biovariedad LGV, genotipo L2 (12/01/18). Con el hallazgo endoscópico se indica monodosis de ceftriaxona, 7 días de ciprofloxacina, metronidazol y con el resultado de PCR, doxiciclina por 21 días. Durante el seguimiento el paciente evolucionó favorablemente, con normalización de todos los parámetros laboratoriales.

Discusión: este paciente se presentó en el estadio secundario de la enfermedad con síndrome febril y adenopatías inguinales bilaterales no supurativas, constatándose proctitis erosiva en endoscopia. La ausencia de síntomas típicos como bubones inguinales fluctuantes, frecuentemente fistulizados y proctocolitis orientaron en primer lugar a descartar síndromes linfoproliferativos, mononucleosisiformes, además de las enfermedades de transmisión sexual. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante PCR en biopsia de ganglio inguinal realizada en laboratorio de referencia.

Conclusiones: se presenta el caso con el objetivo de alertar sobre esta enfermedad poco estudiada en nuestro medio que se manifestó como síndrome febril con adenopatías inguinales y que fue diagnosticada mediante biopsia y estudio por PCR por lo que puede pasar subdiagnosticada y sin tratamiento adecuado para el paciente y contactos. Se destaca la necesidad de tener que realizar en muchas ocasiones estudios invasivos y de contar con laboratorios de referencia para estudio de las muestras. Palabras clave: enfermedad de transmisión sexual, linfogranuloma venéreo, proctocolitis.

PE298 Microorganismos productores de infecciones graves de la comunidad prevalentes en una Unidad de Terapia Intensiva de adultos

Cabrera Maciel MDP, Cecchin C, Farhat A, Avila E, Caram M, Flores S.
Hospital Escuela Eva Perón. Santa Fe. Argentina.

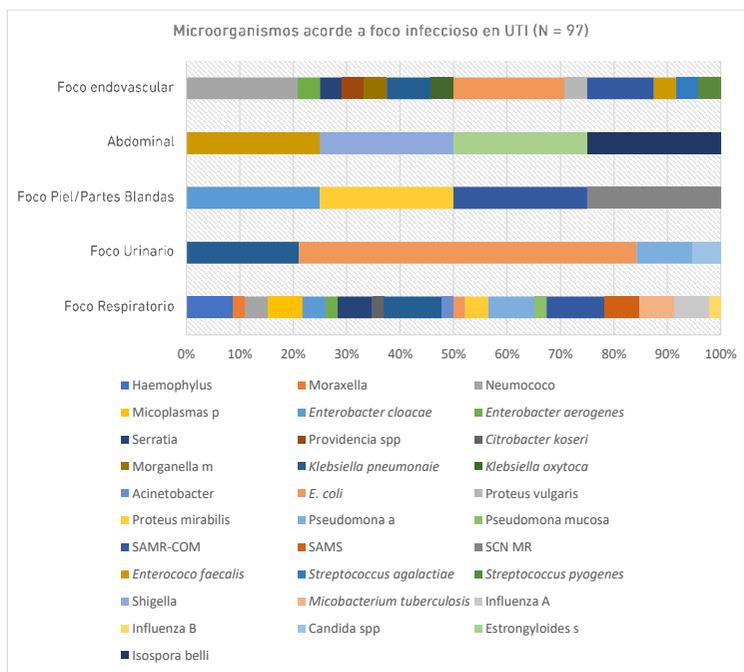
Introducción: Las infecciones graves son en muchas series más del 50 % de las admisiones en estas Unidades de Terapia Intensiva (UTI), casi la mitad, se adquieren en la comunidad. La mayoría son infecciones respiratorias, luego urinarias e intraabdominales; dentro de los microorganismos (MO) más frecuentes se encuentran bacilos gran negativos (BGN) como *Escherichia coli* (*E. coli*) y dentro de cocos positivos, *Staphylococcus aureus*. La mortalidad por estas infecciones es elevada, mayor al 30 % acorde a diferentes estudios. En este contexto, se planteó realizar un estudio de los MO prevalentes productores de infecciones graves de la comunidad en una UTI polivalente de adultos, para el mismo se plantearon los siguientes

Objetivos: Conocer la prevalencia de microorganismos aislados en infecciones de la comunidad que requieren internación en terapia intensiva; Conocer la distribución de microorganismos acorde a tipo de infección de la comunidad que requieren UTI y Conocer la mortalidad de pacientes con infecciones de la comunidad con documentación microbiológica en UTI

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal por lapso de 26 meses desde año 2016 hasta el año 2019 inclusive en pacientes que ingresaron a UTI de adultos de un hospital polivalente. Se incluyeron pacientes con infecciones de la comunidad, con documentación microbiológica del foco infeccioso, cuyo motivo de ingreso a UTI fue la infección. Se excluyeron aquellos pacientes sin cultivos de foco infeccioso o sin rescate microbiológico, que estuvieron en UTI menos de 24 hs. y aquellos que fueron trasladados a otra institución y que se desconocía evolución. Las variables bajo estudio fueron: tipo de infección, necesidad de asistencia ventilatoria mecánica (ARM), mortalidad, microorganismo (MO), MO acorde a foco infeccioso. Los datos se volcaron en base de datos Excel confeccionada para tal fin.

Resultados: Se estudiaron 97 rescate de MO de pacientes que ingresaron a UTI cursando infecciones graves entre octubre 2016 y enero 2019. 47 % de los MO fueron rescatados de infecciones respiratorias graves, 25 % de infecciones endovasculares, 20 % de infecciones urinarias (ITU), 4 % infecciones de piel y partes blandas (IPPBL) y 4 % abdominales/ginecológicas. 93 % fueron bacterias, 4 % virus, 2 % parásitos y 1 % hongos. Con respecto a las infecciones respiratorias, los MO más frecuentes fueron: 11 % de SAMR-COM (*Staphylococcus metilino resistente de la comunidad*) y 11 % de KPN (*Klebsiella pneumoniae*), 9 % PAE (*Pseudomona aeruginosa*) y 9 % *Haemphylus influenzae*, aunque es de destacar 9 % influenza A y B a predominio de A y 6 % de *Micobacterium tuberculosis* en UTI. El 21 % de las infecciones endovasculares fueron por Neumococo y 21 % por *Escherichia coli* (*E. coli*), SAMR-COM en un 12,5 %. Los bacilos gran negativos (BGN) fueron los más frecuentes en ITU, 63 % *E. coli* y 16 % KPN. En las IPPBL 50 % fueron por SAMR-COM y SNC MR (*Staphylococcus coagulasa negativo metilino resistente*) y 50 % *Proteus mirabilis* y *Enterobacter cloacae*. En las abdominales/ginecológicas 50 % fueron parasitarias por *Strongyloides estercoralis* e *Isospora belli* en un paciente con sida y 50 % bacterianas por *Shigella flexneri* y *Enterococo faecalis*. En 49 % los pacientes requirieron ARM y la mortalidad fue 39 %.

Conclusiones: Las infecciones respiratorias son las más frecuentes en UTI, entre los MO predominan SAMR-COM y KPN, e infecciones por Influenza A/B. El foco endovascular sigue en frecuencia, con infecciones invasivas por Neumococo, inmunoprevenible. Tuberculosis constituye un desafío terapéutico y en control de infecciones en UTI, los parásitos en grupos especiales. En ITU, *E. coli* es el prevalente. El soporte e inicio de tratamiento ATB adecuado mejorara morbimortalidad.



PE299 Fenómeno de Lucio en un paciente con lepra lepromatosa en un hospital de Buenos Aires

Serio EDA¹, Sabato S¹, Favier P¹, Torres D¹, Raffo C¹, Emma Y¹, Vannelli M¹, Moreno M¹, Martins Tenorio M¹, Soto I², Macchi A¹.

¹Hospital Municipal de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete. Pablo Nogués. Prov. de Buenos Aires. Argentina. ²Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer. Buenos Aires. Argentina

Introducción: El fenómeno de Lucio (FL) es una variante de reacción tipo 2 y a veces fatal que ocurre en la Lepra Lepromatosa (LL). Se caracteriza por una vasculitis necrotizante de la piel, que se acompaña de compromiso sistémico.

Caso clínico: paciente masculino de 42 años de edad, oriundo del Chaco, con domicilio actual en la provincia de Buenos Aires. No presentaba antecedentes patológicos conocidos, aunque refería presentar lesiones cutáneas de más de 3 años de evolución. Consultó en nuestra institución por progresión de las mismas con aparición en los últimos días de placas purpúricas, dolorosas en miembros superiores e inferiores que evolucionaban a la ulceración. Al examen físico se observaban lesiones nodulares generalizadas (a predominio de pabellones auriculares), madarosis, alopecia de las cejas, facies leonina, pliegues cutáneos infiltrados y manos suculentas. Además, presentaba placas purpúricas dolorosas en miembros superiores e inferiores con ulceración y necrosis. El análisis bacteriológico mostró BAAR +++ y el estudio histopatológico evidenció vasculopatía capilar trombosa y dermatitis granulomatosa constituida por histiocitos espumosos. Se interpretó como LL con FL. Inició tratamiento con dapsona, clofazimina, rifampicina (esquema multibacilar OMS) e hidrocortisona 300 mg/día. Evolucionó con elevación de las transaminasas hepáticas (TGO: 1102 U/l, TGP: 892 U/l) y anemia (disminución del hematocrito de 29 % a 21 % en tres días). Las serologías para hepatitis virales fueron negativas. Presentó ANCA negativo, ANA negativo, VDRL 1 dils, FTA-Abs negativa, y discreta hipocomplementemia. Dicho cuadro fue interpretado como probable toxicidad por dapsona y hepatitis aguda secundaria a compromiso específico, o mediada por inmunocomplejos, por lo que se suspendió el tratamiento multidroga y se inició metilprednisolona 0,5 g/día IV por 3 días, tras lo cual presentó normalización de transaminasas hepáticas y hematocrito estable. El paciente continuó su internación en centro de referencia con tratamiento alternativo (rifampicina, minociclina y clofazimina) más prednisona a 1 mg/kg/día.

Discusión: En Argentina, la lepra se caracteriza por una moderada endemicidad focalizada en el NEA, NOA y área central, aunque muchos casos se notifican en áreas no endémicas, como la provincia de Buenos Aires, debido a la concentración de migrantes internos y externos. El FL, consiste en una vasculitis necrotizante provocada por la invasión endotelial de *M. leprae*, que se manifiesta clínicamente por placas hemorrágicas azuladas o violáceas que se siguen de ulceraciones necróticas y puede acompañarse de compromiso sistémico. La afectación hepática es frecuente en la LL y puede ser directa o indirecta, ya sea por fenómenos inflamatorios inducidos por la infiltración micobacteriana o mediada por fenómenos inmunes, para su diagnóstico diferencial es necesaria la biopsia hepática. El caso presentado es un diagnóstico tardío de LL en contexto de una leproreacción tipo 2 inusual, el Fenómeno de Lucio. Es fundamental el diagnóstico temprano y tratamiento precoz, para evitar formas potencialmente fatales y discapacidades futuras. Palabras clave: Lepra lepromatosa, fenómeno de Lucio, hepatitis por *M. leprae*.

PE300 Meningitis de etiología poco habitual en paciente inmunocompetente

Vera L, Lerman Tenenbaum D, Taborro A, Villalva JM.

Hospital Escuela Eva Perón. Santa Fe. Argentina.

La meningitis secundaria a *Listeria monocytogenes* suele afectar a pacientes de edad avanzada, neonatos, inmunodeprimidos y embarazadas. Es poco frecuente el compromiso en pacientes jóvenes sin estas condiciones predisponentes (1). Presentamos el caso de una paciente inmunocompetente con meningitis secundaria a *Listeria monocytogenes* y realizamos una breve revisión de la literatura al respecto.

PE301 La combinación daptomicina más ceftarolina como terapia de salvataje en bacteriemia persistente por *Staphylococcus aureus*: reporte de 3 casos

Martin YS, Kuljis G, Defilippo C, Stepanik D, García N, Edat L, Zitto T.

Sanatorio de La Trinidad Palermo. CABA. Argentina.

Introducción: La bacteriemia persistente por *Staphylococcus aureus*, tanto sensible (SAMS) como resistente (SAMR) a la meticilina es un problema creciente asociado a elevada morbimortalidad. Las cefalosporinas de primera generación y los glucopeptidos son los antibióticos de elección para el tratamiento de estas infecciones respectivamente. Se consideró como definición de bacteriemia persistente a la detección de hemocultivo (HC) positivo a los 7 días del episodio inicial, a pesar de la instauración del tratamiento antibiótico adecuado (IDSA, 2011). El objetivo de este trabajo es describir una serie de casos con bacteriemia persistente por *S. aureus* cuya erradicación se obtuvo con la combinación daptomicina más ceftarolina.

Casos Clínicos: Ver tabla

Discusión: La bacteriemia persistente por *S. aureus* representa un desafío en la práctica cotidiana ya que no existe tratamiento "gold standard". En estos casos, se recomienda el control de la fuente de infección y considerar un cambio de terapéutica utilizando combinaciones con daptomicina a dosis elevadas y betalactámicos con actividad anti estafilocócica. Existe evidencia a favor del uso con ceftarolina debido a una doble sinergia: incrementa la actividad bactericida de daptomicina y del péptido cathelicidina LL37 del sistema inmune innato del huésped, y puede incluso atenuar la virulencia del patógeno. En nuestra serie de casos el tiempo promedio de bacteriemia fue 11 días, con negativización de los hemocultivos en todos los casos a las 48 hs luego de realizar el cambio de tratamiento. El foco de infección fue resuelto y todos los aislamientos fueron sensibles a daptomicina al momento de asociar ceftarolina. La terapéutica ceftarolina más daptomicina en dosis elevadas fue efectiva en todos nuestros casos de bacteriemia persistente por SAMS y SAMR.

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Antec Patológicos	Internación reciente con intervención quirúrgica.	Leucemia mioeloides crónica, diabetes no insulino dependiente, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, estenosis aórtica moderada. Internación reciente por síndrome urémico.	Ninguno. Cursando embarazo gemelar 10 semanas.
Motivo Ingreso	Pancreatitis	Fiebre	Shock séptico piel y partes blandas.
Puerta de Entrada	Tromboflebitis	Catéter semipermanente.	Forúnculo glúteo derecho.
Origen	Nosocomial	Nosocomial	Comunidad
Germen	SAMR R oxa cip	SAMS + E faecium S linezolid daptomicina	SAMR
Días de bacteriemia	16	7	11
Tratamiento inicial	Vancomicina	Linezolid Daptomicina	Vancomicina
Tratamiento combinado	Ceftarolina Daptomicina	Ceftarolina Daptomicina	Ceftarolina Daptomicina
ETE	Sp	Vegetación en aurícula derecha	Sp
Fondo de ojo, ecografía abdominal	Sp	Sp	Sp
Complicaciones Endovasculares	Osteomielitis vertebral L4-L5.	Endocarditis infecciosa de cavidades derechas.	Embolias sépticas pulmonares, colección pre sacra y trombosis vena glútea derecha hasta ilíaca interna.

PE302 Osteomielitis vertebral por *Haemophilus parainfluenzae*: reporte de un caso

Kuljis GS, Martin Y, Zanella M, Lazaro S, Stepanik D, García N, Edat L, Zitto T.
Sanatorio de La Trinidad Palermo. CABA. Argentina.

Introducción: Las osteomielitis vertebrales son infecciones focales severas que se originan fundamentalmente por tres mecanismos: extensión desde un foco contiguo, diseminación hematógena de un foco a distancia e inoculación directa en traumatismos o cirugías. A pesar de que la gran mayoría de los casos corresponden a infecciones por *Staphylococcus aureus*, se han descrito también una gran variedad de microorganismos atribuidos a esta patología. Reportamos un caso de osteomielitis vertebral por *Haemophilus parainfluenzae* en una paciente inmunocompetente.

Descripción del caso: Paciente femenina de 42 años de edad, sin antecedentes patológicos, alergia menor a penicilina y a diclofenac, de profesión veterinaria. Consulta por dolor a nivel cervical e impotencia funcional de 7 días de evolución, asociado a registros febriles. Al interrogatorio dirigido refirió viaje a Colombia dos meses previos donde tomó antibióticos durante 3 días (cefalexina) por cuadro de odontalgia. Negó procedimientos posteriores. En la consulta se realizó laboratorio con leucocitosis (15400/ul, a predominio de polimorfonucleares), y elevación de ESD (60mm) y PCR (28 mg/l). Se realizó RMN con gadolinio que informó imagen compatible con osteomielitis vertebral a nivel de C6-C7. Se internó para estudio y tratamiento donde se tomaron HC para gérmenes comunes, hongos y micobacterias; se solicitaron serologías para Brucelosis, VIH que fueron negativas. PPD negativa. Ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones. Se realizó toilette quirúrgica y se envió muestra para cultivo y análisis de genoma bacteriano. Posterior a la toilette quirúrgica, se inició tratamiento empírico con cefepime y vancomicina. A las 48h se obtuvo el resultado de PCR ARN 16s positiva para *H. parainfluenzae*. Con este resultado se solicitaron cultivos con medios especiales, desarrollando el mismo microorganismo siendo multisensible. Se realizó ETE sin vegetaciones. Se rotó esquema terapéutico a ceftriaxona completando 2 semanas y luego egresó con tratamiento oral con levofloxacina más rifampicina. Evolucionó afebril, sin leucocitosis, con remisión del dolor. En el laboratorio normalizó PCR (2.6 mg/l), persistiendo con ESD elevada (56 mm) a las 4 semanas de tratamiento.

Discusión: *H. parainfluenzae* es un cocobacilo pleomórfico gram negativo del grupo HACEK. Coloniza frecuentemente la cavidad oral y el tracto respiratorio. Es un patógeno poco habitual, aunque ha sido reportado como causante de endocarditis infecciosa, neumonía, meningitis y casos aislados de uretritis no gonocócica. La osteomielitis vertebral causada por este microorganismo es extremadamente infrecuente, con sólo 5 casos reportados en la literatura hasta el momento. Se jerarquiza la realización de PCR ARN 16s en el estudio diagnóstico apoyado en técnicas moleculares para la identificación temprana de gérmenes inusuales y de crecimiento dificultoso.

PE303 Endocarditis por *Bartonella henselae*: presentación de un caso y una revisión de la literatura

Kuljis GS, Martin Y, Cardone F, Guazzone A, Grancelli H, Stepanik D, Zanella M, Zitto T.
Sanatorio de La Trinidad Palermo. CABA. Argentina.

Introducción: *Bartonella* spp son bacilos gram negativos aerobios, difíciles de aislar con los métodos habituales. Nuevas técnicas de biología molecular han permitido reconocer que estos microorganismos son causa de diversas enfermedades, entre ellas endocarditis con hemocultivo negativo (EHN). En el presente trabajo se describe un caso de endocarditis infecciosa (EI) por *B. henselae*.

Caso clínico: Paciente de 62 años, con antecedentes de estenosis aórtica severa, insuficiencia renal crónica probable causa inmunológica y púrpura trombocitopénica recibiendo inmunosupresores (corticoides y ciclofosfamida). Al ingreso refirió cuadro de sudoración nocturna de 1 mes de evolución. Examen físico: soplo holosistólico y resto normal. ETT patológico y ETE informó marcada desestructuración valvular aórtica con múltiples imágenes hiperrefringentes, móviles, la de mayor tamaño 18*15 mm, asociado a estenosis e insuficiencia valvular severa y válvula mitral con insuficiencia moderada con probable proceso de perforación de la valva anterior. En TAC cerebral hipodensidad cortico-subcortical frontal derecha. Las TAC de tórax, abdomen y pelvis descartaron fenómenos embólicos. No se obtuvo desarrollo bacteriano en los hemocultivos (el tiempo de incubación se prolongó 1 mes). Las serologías de *C. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *Brucella* ssp y *C. burnetti* fueron negativas. *B. henselae* IgM negativa e IgG 1/320. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, vancomicina y doxiciclina. Durante su evolución presentó insuficiencia cardíaca refractaria con requerimiento de reemplazo valvular aórtico y mitral con prótesis mecánica. En el tejido valvular se identificó *B. henselae* mediante PCR para el fragmento 16S del ARN bacteriano. Se optimizó el tratamiento antibiótico asociando gentamicina y ceftriaxona durante 14 días más doxiciclina, por tiempo prolongado.

Discusión: La incidencia de EHN varía entre 3-30% de todos los casos de EI, y el género *Bartonella* spp estuvo implicado en el 3-10% de los casos. Aunque la principal causa es la administración previa de antibióticos, se debe tener en cuenta las causadas por zoonosis transmitidas por vectores artrópodos. La EI por *Bartonella* spp presenta un curso subagudo con síntomas inespecíficos principalmente en pacientes con enfermedad valvular cardíaca con el antecedente de contacto con gatos o picaduras de sus pulgas. La serología es útil para el diagnóstico, pero es habitual encontrar reacciones cruzadas con *C. burnetti* o *C. pneumoniae*, por lo que la PCR del tejido valvular es fundamental para el diagnóstico. No existe una pauta de tratamiento estandarizado y se debe adaptar a cada especie y a la situación clínica e inmunológica del paciente. La sospecha de infección por *B. henselae* debe ser considerada en todos los pacientes con EHN, en particular en aquellos con valvulopatía previa. Se jerarquiza a las nuevas técnicas de biología molecular (PCR 16S del ARN bacteriano) que han permitido confirmar el diagnóstico etiológico en esta entidad. El tratamiento médico óptimo es desconocido, aunque el empleo de gentamicina junto a ceftriaxona durante 2 semanas se asoció a un mejor pronóstico. El tratamiento quirúrgico es requerido en la mayoría de los casos.

PE304 Osteomielitis crónica por *Nocardia brasiliensis* asociada a material de osteosíntesis

Zubeldía Brenner L, Camporro J, Montalvo E, Savino L, Tossello C, Vay C, Famiglietti A, Stecher D.
Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La nocardiosis es una infección infrecuente. Se considera oportunista, aunque hasta 33 % de los pacientes pueden ser inmunocompetentes. En la mayoría de los casos, la vía de infección es inhalatoria, siendo el pulmón el órgano más afectado. Las infecciones osteoarticulares por este germen son poco frecuentes y se asocian a lesiones traumáticas, siendo las localizaciones más reportadas columna vertebral, cráneo, sacro, fémur y tibia. El tratamiento consiste en debridamiento quirúrgico y antibioterapia.

Caso clínico: Mujer, 54 años. Antecedentes: Cáncer de mama derecha (cuadrantectomía y tamoxifeno). Fractura expuesta de tibia y peroné, radio y cubito

derechos (en accidente de tránsito), por lo que se realizó reducción y osteosíntesis con clavo endomedular de tibia y placa y tornillos en peroné. Consulta tres meses post cirugía, por secreción purulenta y exposición de tornillo en tercio inferior de peroné. Afebril. Examen físico: dehiscencia en tercio inferior de herida quirúrgica, exposición de material. Laboratorio: VSG 58 mm/hr, leucocitos 6380/mm³ (fórmula conservada), VIH negativo. Radiografía de tórax normal. Se realizó toilette y retiro de tornillo expuesto. De las muestras obtenidas desarrolló en cultivo de fibrosis *Nocardia brasiliensis* identificado por Matrix-assisted laser desorption/ionization–time of flight (MALDI-TOF), sensible a ampicilina-sulbactam, ceftriaxona, gentamicina, amikacina, minociclina, ciprofloxacina, trimetoprima-sulfametoxazol, resistente a imipenem y ampicilina. Realiza tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol (15 mg/kg/día de trimetoprima), por tres meses. Al finalizar el tratamiento, presenta dehiscencia de la herida quirúrgica, realizándose nueva intervención: retiro de cerrojos de tibia, tornillos y placas de osteosíntesis de peroné. En las nuevas muestras del material quirúrgico no hubo desarrollo microbiológico.

Discusión: *Nocardia* spp es un bacilo gram positivo, aerobio estricto de crecimiento lento, ácido alcohol resistente, no capsulado ni esporulado, perteneciente al grupo de los actinomicetos. Es saprófito ambiental ubicuo de distribución mundial en materia orgánica y agua. No es parte de la flora comensal de hombres ni animales. Se encuentra en climas tropicales o subtropicales. Si bien se considera una infección oportunista que afecta más frecuentemente a los pacientes inmunocomprometidos, un tercio de los pacientes son inmunocompetentes. La mayoría de las infecciones se adquieren por inhalación y un número pequeño por la introducción traumática percutánea. Las especies más frecuentes son *N. asteroides* en infecciones diseminadas y *N. brasiliensis* en infecciones cutáneas primarias y micetomas.

Conclusion: Presentamos el caso de una paciente con una patología frecuente, como la osteomielitis, provocada por un agente inusual, la *N. brasiliensis*. Hemos encontrado solo un caso como éste descrito en la literatura. Es importante sospechar esta etiología en infecciones secundarias a traumatismos abiertos en zonas endémicas y en estos casos alertar al laboratorio de microbiología para el adecuado procesamiento de la muestra.

PE305 Síndrome hemofagocítico y tuberculosis diseminada

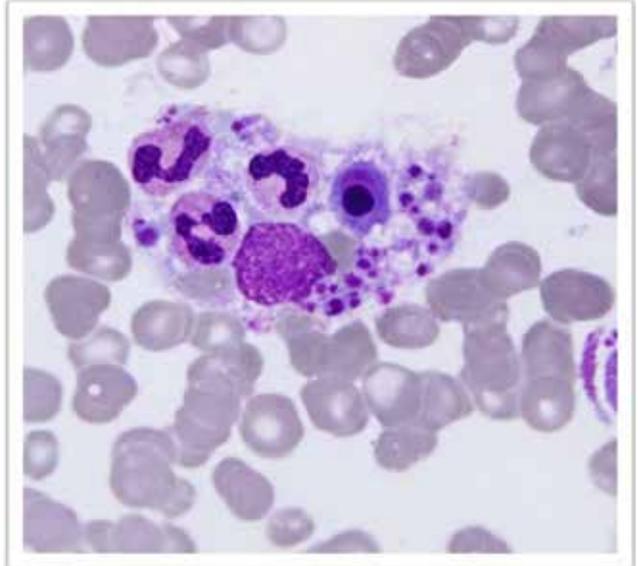
Spinelli N, Ambroselli P, Díaz L, Echegoyen A, Fantoni N, Garbarino L, Krywezenia L, Scala S, Solari M, Suárez J, Tonin D, Villegas V.

Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El síndrome hemofagocítico (SH) es una enfermedad infrecuente caracterizada por proliferación benigna de histiocitos con fagocitosis de plaquetas, eritrocitos y leucocitos, así como de precursores hemáticos. Presenta fiebre, hepatoesplenomegalia y citopenias, hallándose hemofagocitosis en órganos hematopoyéticos. El SH puede ser primario o secundario. En los secundarios la asociación con *M. tuberculosis* es infrecuente. Se presenta el caso de una paciente donde el SH fue el desencadenante fatal en tuberculosis (TB) diseminada.

Descripción de caso: Mujer de 26 años febril de 30 días de evolución, tos con expectoración y síndrome de repercusión general remitida desde Unidad Penitenciaria. Antecedentes familiares y personales: madre con lupus, aborto espontáneo y TB pulmonar 6 años atrás con tratamiento completo. Al examen físico: T° 38,3 °C; esplenomegalia; hipoventilación generalizada y roncus; máculas hiperpigmentadas en brazos y piernas con nódulos subcutáneos indoloros. En la analítica: leucocitos 3350/mm³; hemoglobina 7,1 g/dl; plaquetas 86000/mm³; ERS 60 mm/h; PCR 48 mg/dl; triglicéridos 274 mg/dl; ferritina >2000 ng/ml. Estudios serológicos para hepatitis B, C y VIH fueron negativos. Anticuerpos para celiaquía, perfil inmunológico y reumatológico negativos. Hemocultivos negativos. Radiografía de tórax normal y tomografía torácica informó pequeña consolidación pulmonar con broncograma aéreo en lóbulo medio e infiltrados en lóbulos superiores. Adenomegalias mediastinales de 18 mm. Muestras de esputo (3) para micobacterias negativas. Prueba de tuberculina anérgica. Biopsias de lesiones cutáneas: PCR para TB negativa y anatomía patológica (AP): paniculitis septal. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar (BAL) y envío de muestras para cultivo. A las 3 semanas de hospitalizada presentó adenomegalias dolorosas cervicales. Se realizó exéresis ganglionar para cultivo y AP. Por mala evolución clínica con hipotensión, pancitopenia e hiperbilirrubinemia se realizó biopsia de médula ósea e ingresa a Unidad de Cuidados Críticos iniciando tratamiento empírico con vancomicina, piperacilina-tazobactam y tuberculostáticos empíricos. Hematología informó biopsia de médula ósea compatible con SH. Diagnósticos diferenciales: TB, lupus, esclerodermia, enfermedad de Still del adulto, neoplasia. Progresa con shock séptico, coagulación intravascular diseminada evolucionando al óbito en los días siguientes. Posteriormente se recibe informe de BAL: PCR *M. tuberculosis* positiva; AP de médula ósea con granulomas de pequeño tamaño sin necrosis con Ziehl-Neelsen positiva. Confirmándose TB en cultivo en medios líquidos.

Discusión: Este caso demuestra la importancia de la sospecha clínica para el diagnóstico precoz del SH, dada su rápida evolución y elevada mortalidad. Según reporte de casos, el SH secundario a TB presenta una mortalidad del 50 %, mejorando este pronóstico con el tratamiento tuberculostático y la terapia inmunomoduladora. Por lo anteriormente expuesto es trascendental sospechar esta entidad ante pacientes con diagnóstico probable o confirmado de TB que presentan mala evolución clínica.



PE306 Piomiositis por *S. pneumoniae*

Capalbo MS, Garbarino C, Odzack A, Arcondo F, Armenteros C, Zylberman M.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción: La piomiositis (infección bacteriana del músculo estriado) por *S. pneumoniae* es poco frecuente. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente con piomiositis en el contexto de enfermedad de alta carga neumocócica.

Objetivo Presentar un caso clínico de piomiositis por germen infrecuente.

Caso Clínico: Varón de 66 años; hipertenso, monorreno (donante vivo), consulta por dolor 10/10 e impotencia funcional en miembro superior e inferior derecho de 48 hs de evolución, cefalea Holo craneana y equivalentes febriles. Examen físico: febril, lúcido, marcada rigidez de nuca, impotencia funcional en brazo

y pierna derecha, motilidad distal y reflejos osteotendinosos conservados. Dolor exquisito a la palpación de hombro derecho y cadera derecha, sin flogosis. Laboratorio: GB 17300/mm³. VIH (-). TC de encéfalo: normal. Punción lumbar: glucosa 77 mg/dl, proteínas 1,08 g/L, leucocitos 1215/mm³ (predominio PMN), directo: diplococos gram+. Hemocultivos 2/2 y cultivo de LCR con rescate de *S. pneumoniae*. Inicia tratamiento con dexametasona y ceftriaxona. Ecocardiograma transesofágico; descarta endocarditis. Dosaje de inmunoglobulinas plasmáticas normal. Rx hombro derecho y cadera sin lesiones. Evoluciona afebril durante 8 días, con dolor continuo que cede parcialmente con AINEs. Hemocultivos a las 96 hs (-). TAC con contraste EV de hombro y pelvis: densidad heterogénea en músculos subescapular y supraespinoso derecho que realza con contraste; en músculo iliaco colección de 3x3 cm, de aspecto líquido. Con sospecha de piomiositis, se punza guiado por ecografía músculo iliaco y colección pre humeral, obteniéndose material de aspecto purulento: Directo con leucocitos y cultivo negativo. Por persistencia de fiebre se realiza drenaje quirúrgico de la colección pre humeral y exploración de la fosa subescapular, sin rescate bacteriológico. RNM hombro derecho (post quirúrgica): signos de bursitis subacromio-subdeltoidea, desgarramiento del manguito rotador con defecto tendinoso completo a nivel del supraespinoso, persistencia de colección heterogénea en sitio quirúrgico de hombro derecho, señal ósea normal. Requiere una segunda exploración quirúrgica con nuevo drenaje. Evoluciona afebril, con mejoría de la motilidad con asistencia kinesio-motora.

Conclusión: Los agentes involucrados más frecuentemente en la piomiositis son el *Staphylococcus aureus* en el 90 % junto con *Streptococcus* grupo A, y con menor frecuencia *Streptococcus pneumoniae* (1 %) y BGN. La diseminación suele ser hematogénea, a punto de partida de foco respiratorio y meníngeo. Casi 2/3 de los pacientes presentan factores de riesgo (edad avanzada, asplenia, diabetes o cáncer). De curso insidioso, el diagnóstico suele demorar de 2-3 semanas. La TC con contraste es el método más útil para detectar colecciones y para guiar la punción. El tratamiento consiste en antibioticoterapia y drenaje percutáneo o intervención quirúrgica de la lesión.

PE307 Botulismo por herida a propósito de un caso

Cervigni C¹, Vera Blanch M¹, Perrin C¹, Bellantic M¹, Gill D¹, Guardatti M¹, Farace M².

¹Hospital Privado de Rosario. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: El botulismo es una enfermedad paralizante mediada por toxinas producidas por *Clostridium botulinum*. El botulismo por herida, se relaciona con una herida contaminada con esporas que producen toxinas (A o B); mayor frecuencia en adictos a drogas endovenosas. Las toxinas inhiben la liberación de acetilcolina en la unión presináptica, provocando una parálisis flácida descendente. La mayoría de los casos se han reportado en California, asociado a la inyección de heroína contaminada con esporas. Nos resulta interesante presentar dicho caso por ser una forma infrecuente de botulismo.

Descripción del caso: Paciente de 45 años que consulta a emergencias por cuadro de 6 días de ptosis parpebral, visión borrosa, disfagia, debilidad de músculos del cuello, luego generalizada e inestabilidad en la marcha. Resonancia magnética normal y líquido cefalorraquídeo normal. Examen físico: lúcido, vigil, orientado en tiempo y espacio. Ptosis parpebral bilateral, con fatigabilidad. Movimientos oculares externos sin paresia. Nistagmus horizontal. Sialorrea, disartria moderada. Debilidad de los extensores del cuello con caída de la cabeza. Diparesia braquial 4/5. Fuerza de miembros inferiores conservada. Reflejos osteotendinosos ++ simétricos. Laboratorio de rutina normal. Neurología plantea el diagnóstico de síndrome miasténiforme. Prueba diagnóstica con piridostigmina 60 mg, sin respuesta. Electromiografía con patrón no compatible con miastenia gravis. Anticuerpos anti-Musk y antireceptor de acetilcolina negativos. Progresión a cuadriparesia 4/5 e insuficiencia respiratoria, se vincula a asistencia ventilatoria mecánica. Realiza pulso de corticoides, gammaglobulina y plasmaféresis. Antecedente de viaje 20 días antes a Puerto Madryn, con caída y aparente puerta de entrada cutánea en antebrazo izquierdo asociado a infección de piel y partes blandas por lo cual recibió tratamiento antibiótico. Infectología solicita la prueba biológica de inoculación de suero del paciente en ratones por vía intraperitoneal que resulta negativa. Ecografía de antebrazo: cuerpo extraño de 20 mm en cara anterior de muñeca izquierda. Desbridamiento quirúrgico con toma de muestra de tejido para microbiología, anatomía patológica y prueba biológica donde se detecta la presencia de toxina botulínica tipo A. Cultivo micológico *Alternaria* spp, completa 7 días con voriconazol. Realiza 10 días de penicilina, no realizando el pasaje de antitoxina debido al tiempo de evolución del cuadro clínico. Se encuentra traqueostomizado, en plan de weaning, con recuperación parcial de la fuerza muscular de las extremidades.

Discusión: El botulismo tiene un diagnóstico diferencial limitado, con enfermedades como miastenia gravis, síndrome de Guillain Barré y síndrome de Eaton Lambert. Nos planteamos si el pasaje de antitoxina hubiese cambiado la evolución clínica del cuadro según el tiempo de evolución. El tratamiento consiste en desbridamiento precoz y agresivo junto con el pasaje de antitoxina y antibioticoterapia.

Conclusión: Enfermedad poco frecuente que constituye un desafío diagnóstico por su elevada mortalidad. Palabras claves: Botulismo. Herida. Antitoxina. Desbridamiento.

7 - Infecciones generales en pediatría, infecciones perinatales

PE308 Manifestaciones clínicas de la hantaviriosis cardiopulmonar en niños y adolescentes

Morales JCD¹, Gonzalez Ayala S¹, Agosti MR¹, Uriarte V¹, Padula P².

¹Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: El síndrome cardiopulmonar por hantavirus (SCPH) es una enfermedad emergente en América (1993). Los primeros casos en la Provincia de Buenos Aires se identificaron en 1997 y retrospectivamente desde 1994. Es infrecuente en niños; el primer caso pediátrico se registró en Olavarría en 1997.

Objetivo. Presentar los datos epidemiológicos descriptivos.

Material y métodos. Estudio longitudinal prospectivo observacional directo de 25 niños, 2 – 15 años, internados en un Hospital de alta complejidad, durante el período julio 1998 - diciembre 2018. El diagnóstico de SCPH fue confirmado por técnicas de IgM / IgG ELISA / RT-PCR para hantavirus realizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas Dr. Carlos G. Malbrán-ANLIS, Buenos Aires.

Caso sospechoso. Persona con fiebre >38 °C, sin etiología definida, acompañado de alguno de los siguientes síntomas: mialgias, escalofríos, astenia, cefalea o dolor abdominal y que en las seis semanas previas al inicio de los síntomas pudo estar expuesto al contacto con roedores silvestres. La sospecha debe ser mayor si se encuentra: trombocitopenia, recuento leucocitario con desviación a la izquierda, hemoconcentración y radiografía de tórax con infiltrado intersticial.

Resultados: La distribución / grupo de edad (años) fue: 0-4, 1 (4 %); 5-9, 8 (32 %); 10-15, 16 (64 %). La distribución por género fue asimétrica, 56 % (n = 14) masculino. La sintomatología inicial que motivó la primera consulta con el síndrome febril fue: distrés, 13 (n = 52 %); exantema petequial, 2 (8 %); diarrea acuosa y faringoamigdalitis, 2 (8 %); y, n = 1 (4 %) de cada uno con encefalitis, síndrome renal, dolor abdominal y exantema petequial, dolor abdominal y faringoamigdalitis petequial, dolor abdominal y diarrea acuosa, faringoamigdalitis, dolor abdominal, diarrea acuosa. Las formas clínicas observadas fueron: SCPH completo, 84 % (n = 21); enfermedad menor (neumonía atípica febril +/- diarrea), 8 % (n = 2), encefalitis 4 % (n = 1), síndrome renal 4 % (n = 1). La letalidad global fue del 20 % y alcanzó el 31,25% en el grupo de 10-15 años, en el que se registraron la totalidad de los decesos (n = 5). Dos pacientes fueron reinternados con distrés después de dos días y fallecieron. El motivo de internación inicial fue síndrome infeccioso inespecífico, sin foco, y el único dato anormal de los exámenes complementarios de rutina fue plaquetopenia.

Comentario: La distribución por género difiere de lo observado en los adultos. Se destaca la importancia de la cuidadosa y completa anamnesis, teniendo en cuenta la variedad de las manifestaciones clínicas iniciales que se presentan con la fiebre. El SCPH debe ser considerado entre los diagnósticos diferenciales de neumonía grave adquirida en la comunidad, particularmente en los niños / adolescentes que residen o han desarrollado actividades laborales / recreativas en áreas rurales / semirurales o de transición urbano-rural.

PE309 Meningitis por enterovirus en contexto de brote

Rapetti GC, Falco I, Schamún M, Aguilera A.

Hospital Público Materno Infantil. Salta. Argentina.

Introducción: La meningitis por enterovirus se presenta bruscamente con síntomas meníngeos, fiebre, pleocitosis de LCR con cultivos bacteriológicos negativos. Cursa en brotes epidémicos, especialmente en los meses de verano y otoño. En la mayoría de los casos evoluciona en forma favorable, sin complicaciones.

Objetivo: Describir aspectos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio de pacientes con meningitis por enterovirus que se presentaron en el contexto de un brote.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de pacientes con meningitis que consultaron en nuestro hospital entre enero y mayo de 2018. La población estuvo constituida por niños entre 1 mes y 14 años que cumplían con la definición de caso sospechoso y confirmado de meningitis por enterovirus. Las variables estudiadas fueron: semanas epidemiológicas de presentación del caso, edad, sexo, características citoquímicas y microbiológicas del LCR, tiempo entre el inicio de síntomas y la punción lumbar, días de internación, tratamiento antimicrobiano. El análisis se realizó con Epi InfoTM 7.2.2.6.

Resultados: Los primeros casos se registraron en la semana epidemiológica 2 con una curva en ascenso que coincidió con el inicio de las clases en la semana 10 con el máximo registro de 15 casos en la 19. En este período se denunciaron 118 pacientes con meningitis de los cuales 105 fueron asumidos como virales por enterovirus. La media de edad fue de 6,4 años, 63 % fueron niños en edad escolar. El 94,2 % de los pacientes tuvieron recuentos celulares menores a 500 cel/mm³. Se internaron 100 pacientes (95 %) con un promedio de días de internación de 3,5 días. En 38 (36 %) no se realizó estudio para enterovirus, de las 67 muestras enviadas para PCR, 32 resultaron positivas (30 %). En la tabla se comparan las características epidemiológicas, clínicas y de laboratorio de cada grupo, sin encontrarse diferencias significativas entre ellos. Se tipificó el enterovirus aislado como ECHOVIRUS 6. El 58 % de los niños recibió antibióticos por un promedio de 2,6 días y 18 pacientes recibieron aciclovir con una media de 4,5 días. Todos los pacientes tuvieron buena evolución.

Conclusión: Se expone brote de meningitis por enterovirus en nuestra provincia coincidente con el inicio escolar lo que podría explicar el patrón de transmisión de la misma. La descripción de las características clínicas y de laboratorio en estos pacientes favorecen la identificación precoz de casos sospechosos de meningitis por enterovirus permitiendo disminuir el uso de antimicrobianos y acortar la estancia hospitalaria.

Características (Media/IC95%)	Total (105)	Enterovirus + (31)	Enterovirus - (74)	PCR no realizadas (36)	Valor p (ANOVA)
Edad (años)	6,4 (4,1-7,9)	7,2 (4,9-9)	6,4 (3,3-10,7)	5,8 (3,8-7,4)	0,31
Días entre inicio síntomas y punción	1,4	1,3	1,5	1,6	0,71
Proteínoorraquia (g/l)	0,44 (0,3-0,6)	0,46 (0,3-0,6)	0,47 (0,3-0,5)	0,39 (0,3-0,5)	0,44
Glucorraquia (mg/dl)	61,7 (54-71)	61,7 (55-68)	63 (53-75)	60 (54-71)	0,65
Rec. de G. Blancos (x1000)	11,3 (8,6-12,9)	11,5 (9,2-15,6)	10,8 (7,7-12,5)	11,7 (8,6-12,9)	0,61
Proteína C reactiva (mg/l)	27,4 (10,7-37,9)	27,9 (10-38,5)	25,5 (9-37,9)	28,4 (13-36,1)	0,83
Días internación	3,4	3,4	4,2	2,6	0,09
Días de antibiótico	1,6	1,8	1,7	1,2	0,41
Días de antivirales	0,8	0,69	1,26	0,59	0,2

PE310 Mortalidad de la infecciones invasivas por estreptococo del grupo A: perfil epidemiológico en Argentina. Años 2007-2016 y 2018.

Pesce M, Stimbaum C, Fandiño ME, Varela T.

Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Argentina.

Antecedentes: La incidencia de la infección invasiva (II) por estreptococo del grupo A (SGA) muestra un incremento global, registrándose un aumento de casos en invierno e inicios de la primavera. Durante 2018, en la semana epidemiológica (SE) 36 se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 4 casos de II por SGA en un mismo efector de salud, a partir de lo cual se instaura la vigilancia del evento a nivel nacional. El objetivo de este estudio es caracterizar el perfil de mortalidad registrado a partir de los datos de vigilancia en 2018 en comparación con los registros de la mortalidad (RM) para años previos.

Métodos: Estudio descriptivo. Se analizaron los casos fallecidos registrados durante la vigilancia del evento entre las SE19 y 40 de 2018 y se compararon con los RM de los años 2007 al 2016. Se consideraron casos notificados confirmados de infección invasiva por SGA fallecidos y se compararon con las defunciones registradas mediante los códigos CIE10 (A400/A409/A491/B950/B954/B955/G002/J020/J030/J154/J202/M002).

Resultados: Durante el periodo analizado se registraron 112 casos. 10 corresponden a la vigilancia instalada en 2018, equivalente al promedio anual. La estacionalidad se muestra desplazada a la derecha 10 semanas respecto de los RM de los años previos. En los casos reportados en 2018: no se observaron diferencias significativas en distribución etárea, la presentación clínica más frecuente fue la sepsis, el 70 % de las personas murió en menos de 5 días del inicio de síntomas y no tienen nexo epidemiológico entre ellos.

Conclusiones: El perfil epidemiológico de la mortalidad por II de 2018 hasta la fecha es similar a los registros previos de mortalidad por certificados de defunción. Sin embargo, los casos reportados en pocas semanas llegaron al número habitual por año. Palabras clave: Mortalidad- Infecciones estreptocócicas-Vigilancia epidemiológica

PE311 Toxoplasmosis congénita en un embarazo gemelar: reporte de caso

Brizuela ME, Molina A, De Risio K, Mariano J, Cañete G.

Hospital Zonal General de Agudos Dr. Isidoro Iriarte. Quilmes. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La toxoplasmosis es una infección producida por el protozoo *Toxoplasma gondii*. Su incidencia durante el embarazo va de 0,5 a 10 casos por cada 1.000 embarazadas susceptibles según el país o región. La frecuencia y la gravedad del compromiso fetal se asocian con el momento de adquisición de la infección durante la gestación. Es poco frecuente en embarazos gemelares y los datos actuales se refieren a reportes o series de casos. Presentamos el caso de gemelas con toxoplasmosis congénita con compromiso cerebral y ocular.

Descripción del caso: mujer de 20 años de edad, nulípara, cursando embarazo gemelar monoamniótico, monocorial. Las serologías del primer trimestre de la gestación (14 semanas) fueron negativas para toxoplasmosis, Chagas, sífilis, hepatitis B y C, VIH. En el control serológico del tercer trimestre de embarazo (33 semanas) presentó IgG positiva para toxoplasmosis, el resto de las serologías fueron negativas. Se solicitó IgM toxoplasmosis positiva y test de avidéz <20 % con lo que se confirmó la primoinfección por *Toxoplasma gondii*. Inició tratamiento con espiramicina 1 gramo cada 8 horas vía oral hasta el final del embarazo. Nacen por cesárea gemelas, sexo femenino, 38 semanas de edad gestacional (EG) con diagnóstico presuntivo de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) y toxoplasmosis congénita. Permanecieron internadas durante 22 días, tiempo durante el cual se realizaron los estudios complementarios y se inició tratamiento con pirimetamina 1mg/kg cada 24 horas vía oral, sulfadiazina 50mg/kg cada 12 horas vía oral, ácido fólico 10 mg vía oral y metilprednisona 1mg/kg/día vía oral. Se otorgó el alta hospitalaria con seguimiento conjunto por los servicios de neonatología (alto riesgo), oftalmología e infectología.

Discusión: la toxoplasmosis congénita es una infección cuya expresión clínica es variable, desde formas asintomáticas hasta devastadoras. Es fundamental la prevención de la primoinfección durante embarazos susceptibles. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno junto con el manejo interdisciplinario y la rehabilitación permiten reducir la morbilidad asociada. Palabras clave: *Toxoplasma gondii*, toxoplasmosis congénita, gemelas

Variable	Recién nacida 1	Recién nacida 2
EG/ peso al nacer/ Apgar	38 sem/ 2160 gr/ 9- 10	38 sem/ 2060 gr/ 9- 10
Laboratorio general	GB 6610/mm3 Hb 16g/dL Plaquetas 195.000/mm3 FAL 685 U/L GOT 42 U/L GPT 19 U/L BT 6,2 mg/dL BD 0,7 mg/dL Líquido cefalorraquídeo: 12 cél/mm3 glucosa 43 mg/dL proteínas 1,60 mg/dL VDRL no reactiva CMV IgM no reactiva CMV IgG no reactiva Toxoplasmosis IgM reactiva IgG reactiva	GB 7500/ mm3 Hb 18,2g/dL Plaquetas 213.000/mm3 FAL 192 U/L GOT 56 U/L GPT 11 U/L BT 2,99 mg/dL BD 0,26 mg/dL Líquido cefalorraquídeo: 48 células/mm3 glucosa 33 mg/dL proteínas 0,58 mg/dL VDRL no reactiva CMV IgM no reactiva CMV IgG no reactiva Toxoplasmosis IgM reactiva IgG reactiva
Otoemisiones acústicas (OEA)	Pasa ambas oídos	Pasa ambos oídos
Ecografía cerebral	Calcificaciones en parénquima cerebral	Aumento de la ecogenicidad del parénquima cerebral con visualización de calcificaciones en el mismo. Redondeamiento de astas frontales y calcificaciones.
Fondo de ojos	Turbidez vítrea, foco de coriorretinitis	Focos de coriorretinitis, turbidez de vítreo, sin sinequias.

PE312 Evaluación del perfil de seguridad de la vacuna contra sarampión, rubéola y parotiditis administrada durante la Campaña Nacional de Seguimiento 2018

Rapaport S, Stecher D, Rancaño C, Elbert G, López Yunes M, Neyro M, Katz N, Juárez MV, Pasinovich M, Lucconi V, Iglesias M, Cañete J, Zigrino T, Mele D, Alvarez S, Monti A, Iriarte G, Saralegui M, Torrilla P, Biscayart C.

Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: Durante octubre y noviembre de 2018 se llevó a cabo la Campaña Nacional de Seguimiento (CNS) contra sarampión y rubéola en todo el país con el propósito de mantener la eliminación del sarampión, la rubéola y síndrome de rubéola congénito en Argentina. La población objetivo fue: niños de 13 meses a 4 años inclusive, independientemente de las dosis recibidas previamente. Se administró vacuna triple viral (TV) monodosis. Uno de los componentes claves de la campaña fue la vigilancia de la seguridad de la vacuna a través de la notificación y análisis de los eventos supuestamente atribuibles a vacunación o inmunización (ESAVI), en contexto también de la vigilancia de Enfermedad Febril Exantemática (EFE). En Argentina, el sistema de vigilancia de ESAVI es pasivo. La Comisión Nacional de Seguridad de las Vacunas, un comité consultivo independiente, recibe las notificaciones de los ESAVI y realiza el análisis y clasificación de los casos.

Objetivo: Evaluar el perfil de seguridad de la vacunación con TV durante la CNS 2018.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de ESAVI asociados con TV correspondientes a la CNS. Los ESAVI fueron notificados a través de la plataforma SISA o por envío de fichas, se analizaron y clasificaron de acuerdo con la clasificación de la OMS de 2012. Las tasas se calcularon por 100.000 dosis aplicadas (d.a.).

Resultados: Durante la CNS se aplicaron 2.502.701 dosis de TV, la cobertura nacional global fue de 89 %. Se notificaron 142 ESAVI, correspondiendo a una tasa de 5,7 cada 100.000 d.a. Los errores programáticos fueron los eventos más frecuentes (37 %). 40 (28 %) eventos se clasificaron como relacionados a la vacuna. De ellos, el 53 % fue leve, 38 % moderado y 10 % grave. De los graves, 2 pacientes presentaron reacciones alérgicas que requirieron hospitalización y 2 presentaron púrpura trombocitopénica. Todos se recuperaron completamente. Se registró un ESAVI fatal que se clasificó como coincidente. Santa Fe, Córdoba y la Ciudad de Buenos Aires fueron las jurisdicciones con mayor número de casos reportados (39, 26 y 11 respectivamente) y Tierra del Fuego la que tuvo la tasa de notificación más elevada (50,9/100.000 d.a.). Siete provincias no informaron ningún evento.

Conclusión: La vacuna TV aplicada en la CNS mostró un perfil de seguridad adecuado y similar al reportado en la literatura. La mayoría de los ESAVI fueron errores programáticos, para lo cual es necesario fortalecer la capacitación del personal de salud periódicamente. Es esencial promover la notificación de ESAVI para tomar decisiones basadas en evidencia y difundir los resultados para mantener la confianza en las estrategias de vacunación.

PE313 Enfermedad invasiva por *Pasteurella canis*, una entidad poco frecuente

López Yunes M, Medlej N, Carrizo D, Hidalgo J, Rozenblum P, Rey G.
Sanatorio San Justo. La Matanza. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La *Pasteurella*, es un cocobacilo, anaerobio facultativo, Gram negativo, en forma de bastón, que puede ser patógeno en múltiples especies de mamíferos, aves o reptiles. Habitan en la cavidad oral y tracto gastrointestinal de diversos animales. En los seres humanos, la mayoría de las infecciones producida por este género bacteriano están representadas por *Pasteurella multocida*, aunque también, con menor frecuencia, pueden afectar al hombre *Pasteurella canis* (PC) y *Pasteurella stomatis*. El cuadro clínico más común es la infección de piel y tejidos blandos posterior a una mordedura animal, seguido por infecciones del tracto respiratorio, que afecta en la mayoría de los casos a individuos inmunocomprometidos. Se presenta a continuación un caso de bacteriemia por *Pasteurella canis*, aislada y cultivada en sangre en un lactante.

Descripción del caso: Paciente masculino, de 7 meses de edad, con esquema de vacunación completo y antecedente de haber cursado cuadro de varicela 15 días previos, se interna por cuadro de bronquiolitis. El examen de laboratorio como dato positivo presentó: leucocitosis con leve aumento de neutrófilos, anemia y plaquetopenia con discreto aumento de proteína c reactiva. A las 48 hs, evoluciona con desmejora y se diagnostica una neumonía izquierda. Se toma muestra para hemocultivos por dos y se medica con ampicilina. Al cuarto día de su ingreso se observa una tumoración en miembro inferior derecho (MMII) compatible con absceso, (ecografía de partes blandas MMII derecho: "coleción líquida particulada de 21x14 mm en tercio superior de cara interna pierna derecha"), es evaluado por traumatología, quienes realizan drenaje de la colección líquida, la cual se envía a cultivo. Hemocultivos por dos: positivos para *Pasteurella canis*. Cultivo de absceso MMII derecho: *Pasteurella canis*. Estudios de imágenes complementarios: Centellograma óseo: "no se observan focos de concentración aumentada del trazador en rodilla derecha que sugieran compromiso óseo séptico". Ecocardiograma sin vegetaciones. El paciente fue tratado inicialmente con ampicilina, a las 24 hs y luego del aislamiento del bacilo gram negativo (BGN) en hemocultivos por dos se decide medicar con piperacilina-tazobactam. Recibe este esquema durante 8 días, momento en que se informa la tipificación de hemocultivos y cultivo de absceso de MMII derecho, para PC, por lo cual se rota esquema antibiótico a ampicilina-sulbactam, recibiendo 14 días totales de tratamiento endovenoso, con evolución clínica favorable. Debido al microorganismo aislado, se interroga específicamente acerca del contacto con mascotas (gatos o perros) y la madre refirió que el perro que tenían en su hogar había lamido las lesiones por varicela que el niño había presentado 15 días antes.

Discusión: Nos resulta importante la presentación de este caso clínico ya que la enfermedad invasiva por PC en niños es infrecuente, resultando una entidad difícil de pensar como diagnóstico diferencial de bacteriemias por bgn sin contar con el dato del contacto con animales domésticos. La infección en torrente circulatorio no es comúnmente reportada y ocurre por diseminación a partir de un foco infeccioso, ya sea por herida por mordedura o en algunos casos sin que exista un foco aparente. En nuestro caso se reporta una historia de contacto con animales, pero en la mayoría se desconoce la fuente de la bacteriemia. Para las infecciones sistémicas se recomienda usar β -lactámicos con inhibidores de betalactamasas o cefalosporinas de tercera generación. Es importante la relevancia que tiene el interrogatorio como herramienta principal para obtener la información necesaria en cuanto los antecedentes, las costumbres y el medio, para poder llegar a un diagnóstico orientador.

PE314 Características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de la infección por influenza B 2018 en niños hospitalizados en un centro de alta complejidad

Voto CJ, Blatesky Lohff E¹, Gonzalez S², Borgnia D¹, Fernandez F¹, Bologna R², Mangano A¹, Ruvinsky S².
¹Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina, ²Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina

Introducción: Las infecciones por virus influenza B son causa frecuente de infección respiratoria baja, su prevalencia se ha incrementado en los últimos años. Son causa de morbimortalidad en población pediátrica.

Objetivos: Describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas en niños hospitalizados con diagnóstico confirmado de Infección por influenza B.
Material y Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes (p.) con diagnóstico confirmado de influenza B por inmunofluorescencia indirecta (IFI) o reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (RT-PCR) admitidos en un hospital de tercer nivel. Período de estudio: 1/1/2018 al 31/12/2018. Se analizaron variables demográficas y clínicas. Se realizó subtipificación viral para la clasificación de los linajes. Análisis estadístico STATA 11.0.

Resultados: Un total de 369 p. tuvieron infección por virus influenza (INF), 49.5 % (183) fueron INF A y 50.4 % (186) INF B. La tasa de incidencia anual según total de egresos hospitalarios por INF B fue 66/10.000. Se observó circulación viral de INF B entre la semana epidemiológica (SE) 3 a 52 (enero a diciembre) con mayor concentración de casos entre SE 22- 45 y de INF A entre la SE 23 a 50 (junio a diciembre) con mayor circulación entre la SE 23- 49. De los pacientes analizados con INF B, 45 (24 %) fueron identificados por IFI y 141 (76 %) por RT-PCR. Se subtipificaron 169/186 muestras siendo 82 % (139) Yamagata y 18 % (30) Victoria. La mediana de edad fue de 58.5 meses (RIC: 21-96 m) siendo 108 p. (58 %) de sexo masculino. Tenían enfermedad de base 128 p. (69 %): inmunocompromiso 43 p. (33.5 %), enfermedad neurológica 18 p. (14 %), cardiopatías congénitas 7 p. (5.4 %) y 4 p. (3 %) enfermedad pulmonar crónica. Las formas clínicas de presentación fueron: fiebre y catarro de vía aérea superior en 121 p., infección respiratoria aguda baja en 54p. y neumonía consolidante en 11p. Otras manifestaciones asociadas fueron: gastroenteritis 30p., trastornos hematológicos 25 p., 15 de ellos con leucopenia, hepatitis 16p., exantema 11p, miositis y meningoencefalitis en 1p. respectivamente. En 27/186 p. (19 %) se observó coinfección viral: 10p. virus sincicial respiratorio, 9 p. adenovirus, 5p. parainfluenza 3 y 3 p. influenza A. Presentaron coinfección bacteriana 19/186 p. (10 %): 11 p. bacilos gram negativos, 4 p. *Stafilococo aureus*, 1 p. *Streptococo pneumoniae* y 1 p. *Bordetella pertussis*. La infección fue intrahospitalaria en 37 p. (20 %). Hubo 56 p (30 %) con requerimiento de oxígeno suplementario, la mediana de días fue de 5.5 (RIC 3-10). Requiritieron internación en unidad de terapia intensiva (UTI) 21 p (11 %), la mediana de días en UTI fue de 6.5 días (RIC: 1-19). La mediana

de días totales de internación fue de 9 días (RIC 5-17). La mediana de uso de oseltamivir fue de 5 días. Recibieron antibiótico 121 p. (65 %), la mediana fue de 6 días (RIC 2-10 días). Falleció 1 p. relacionado con la infección, la tasa de letalidad fue de 0.53 %.

Conclusiones: Se observó cocirculación de ambos linajes del virus Influenza B desde enero a diciembre del año 2018. No se observó mismatch con la vacuna antigripal estacional. La infección fue frecuente en niños en edad preescolar y con enfermedad de base.

PE315 Reemergencia de la sífilis congénita (SC) en una Maternidad Pública de la ciudad de Rosario.

Leguizamón MG, Andreussi L, Puig G, Bobatto A, Cesolari J, Contreras F, Abalos E.
Maternidad Martín. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La SC es un relevante problema de la salud pública en Argentina en un contexto de aumento de la problemática de las ITS en general. La SC es el resultado de la diseminación hematológica del *Treponema pallidum* de la gestante no tratada o inadecuadamente tratada, al producto de la concepción por vía transplacentaria. El pronóstico de los niños infectados por sífilis durante la vida intrauterina se ha estimado dentro de una tasa de eventos negativos del 50 al 80 %, que incluyen aborto, muerte fetal, bajo peso al nacer, prematuridad o infección neonatal.

Objetivo: Cuantificar la prevalencia de la sífilis materna y la incidencia de la sífilis congénita en la población atendida en la Maternidad durante el período 2012/2018.

Material y Métodos: Estudio descriptivo basado en una revisión de Historias clínicas. Las variables analizadas fueron N de embarazadas con lúes gestacional, recién nacidos con sífilis congénita (SC), edad de las pacientes, tasa de transmisión vertical (TV) y la tasa de incidencia de SC por 1000 nacidos vivos

Resultados: (Ver tabla adjunta).

Conclusiones: Si bien la prevalencia de sífilis gestacional permaneció estable en los últimos años, se triplicaron las incidencias de SC y la tasa de TV en la Maternidad. Nuevos estudios son necesarios para evaluar los factores de riesgo, entre los que destacan un nuevo contexto de las relaciones sexuales y/o la influencia de las adicciones. La evidencia de SC pone de manifiesto aspectos deficitarios del Sistema de salud referente, como fallas en la pesquisa, acceso tardío a la consulta y demoras en el tratamiento.

Resultados

Año	N partos	N embarazadas sífilis gestacional	%	Edad media ptes con sífilis gestacional	N casos de SC	Tasa de T Vertical (%)	Tasa de incidencia por 1000
2012	4657	50	1,1	23	6	12,0	1,20
2103	4731	59	1,2	26	5	8,4	1,05
2014	4170	49	1,2	30	4	8,0	0,95
2015	4290	55	1,3	18	9	14,5	2,09
2016	4587	45	1,0	21	14	31,1	3,05
2017	4447	44	1,0	18	14	34,0	3,14
2018	3824	44	1,2	22	14	31,8	3,66

PE316 Análisis de una intervención de política de salud pública para prevenir sífilis congénita en tres Hospitales de Tucumán

Rea MC, Olea M.
Hospital del Niño Jesús. S.M. de Tucumán. Argentina. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: La sífilis congénita (SC) es un importante problema de salud pública a nivel mundial pero primordialmente en Latinoamérica. Para prevenirla, la mayoría de países latinoamericanos desarrollaron intervenciones de política de salud pública. En Argentina, existe el programa de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual (ITS). A partir de su aplicación en la provincia de Tucumán, el presente trabajo tuvo el siguiente objetivo: analizar los efectos del programa de VIH/sida e ITS implementado en instituciones públicas y relacionar la evolución epidemiológica de la sífilis congénita en tres maternidades de Tucumán con la aplicación de esta intervención.

Método: Se realizó un estudio descriptivo observacional, desde el año 2011 al 2014, 4 años después de la aplicación del programa (2010). Se extrajo a partir de los registros de organismos oficiales de salud, el número de nacidos vivos (RNV) y el número de RNV con SC, tanto de la provincia de Tucumán como de las maternidades. Se solicitó del permiso de cada hospital y del asentimiento verbal de los referentes del programa de salud de cada institución, para la realización de una entrevista sobre su percepción de la intervención a través de preguntas prefijadas. Los RNV con SC se mostraron de forma numérica y en tasas en función del tiempo, mediante tablas y gráficos, a partir de los cuales se realizaron las observaciones y comparaciones con la bibliografía. Por otro lado, las entrevistas fueron grabadas para posteriormente transcribirse y analizarse.

Resultados: En Tucumán, el número de recién nacidos vivos con sífilis congénita aumentó de 79 (2011) hasta 138 (2014). En la maternidad N.º 1, los casos de SC aumentaron hacia 2012 y 2013, para luego descender en 2014. Entretanto en la maternidad N.º 2, el número de RNV con SC se incrementó progresivamente con los años hasta 2014 y en la maternidad No3, el registro se mantuvo prácticamente constante. Se observó que más de la mitad de los casos anuales de SC provinciales en 2011 pertenecen a la maternidad No1. Mientras que, en 2014, los casos de SC institucionales hallados sumados corresponden a más de las dos terceras partes provinciales. En cuanto a las entrevistas, los referentes plantearon dificultades, relacionadas al recurso humano y a la eficiencia de los controles prenatales, o más bien a la falta de ellos, con los que las pacientes frecuentemente llegaron al parto y/o cesárea.

Conclusión: En la provincia de Tucumán, los casos de SC se incrementaron, alejándose cada vez más de la meta trazada para 2015. Esta patología debe concebirse actualmente como una de las problemáticas de salud pública derivadas del impacto de determinantes sociales, inequidades en salud y desigualdades sociales, por lo que requiere del fortalecimiento de dicho programa de forma articulada con el primer nivel de atención, principalmente. De esta forma se ofrecería la oportunidad de maximizar los recursos existentes y disminuir la morbimortalidad en infantes. Palabras clave: Sífilis Congénita - Programas Nacionales de Salud - Prevención de Enfermedades - Maternidades.

PE317 Bacteriemia en pacientes pediátricos hematooncológicos con neutropenia febril entre 2016 y 2018 en un Hospital de Niños de la Ciudad de Buenos Aires

Velasco Malberti MC, Dondoglio P, Pasinovich M, Juárez X, Echave C, Delgado M, Mateucci E, Meregalli C, Pereda R, Varela A, Kuzawka M, Cancellara A.
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones invasivas representan una importante causa de morbimortalidad en los pacientes neutropénicos. Debido a la variación en el tiempo de la epidemiología, es importante conocer las características locales para realizar un tratamiento empírico (TEI) adecuado.

Objetivos: Describir la epidemiología, clínica y laboratorio de los casos de bacteriemia en pacientes pediátricos con enfermedad hematooncológica (EHO) y neutropenia febril (NF) en seguimiento por el Servicio de Infectología.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con EHO y NF con bacteriemia o fungemia desde 01/01/16 a 31/12/2018 seguidos por Infectología de un hospital pediátrico de tercer nivel. Se analizó: epidemiología, focos de infección, evolución clínica, laboratorio, aislamiento microbiológico, tratamiento antimicrobiano y complicaciones. Análisis estadístico: EPlinfo@versión7.2.

Resultados: De los 377 eventos de NF se identificaron 61 episodios de bacteriemia o fungemia en 45 pacientes. Mediana de edad 84 meses (10-204). Las EHO más frecuentes fueron: LLA B 33 %, LLA B recaída 19,7 % y tumor sólido 20 %. 55 episodios con recuento de neutrófilos <100/mm³, y mediana de las plaquetas de 15.000/mm³ (1.000-300.000), 31 de los 53 eventos con quimioterapia previa presentaron la infección en <7 días. Se identificó foco de infección en 56 episodios: infección asociada a catéter (IAC) en 32, mucositis en 15, abdominal en 10, neumonía (NMN) en 9, piel y partes blandas en 5 e infección urinaria (ITU) en 2. 15 episodios tuvieron más de un foco al ingreso. Aislamientos microbiológicos: enterobacterias 22, *Staphylococcus coagulasa negativo* (SCN) 10, *Streptococcus* sp: 9, Bacilos gram negativos (BGN) no fermentadores 7, *Staphylococcus aureus* 7, *Cándida* sp 3, *Haemophilus parainfluenzae* 2 y *Enterococo faecium* 1. (Tabla 1). La enterobacteria más frecuente fue *Escherichia coli* (N = 12). 6 de las 22 enterobacterias y 1 de las 6 *Pseudomona aeruginosa*, portaban beta-lactamasas de espectro extendido. Solo un BGN fue productor de carbapenemasas. El TEI fue el adecuado en el 75,4 %. La media de días de fiebre fue 3 (DS 2,3), mediana de días de neutropenia 7 (1-42) y de bacteriemia o fungemia 3 (1-19). El 37,7 % presentó sepsis severa al ingreso. En > 90 % de los episodios no hubo complicaciones. El 18 % requirió internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y 4 pacientes fallecieron. La mediana de días de internación fue 14 (5-48). La presencia de cocos gram positivos (CGP) asoció con un riesgo mayor de IAC OR 3,8 (IC 95 % 1,3-11,2), p = 0,02. No hubo diferencias significativas respecto al aislamiento microbiológico y la ocurrencia de sepsis severa, internación prolongada o en UTI.

Conclusiones: • La incidencia de bacteriemias en NF coincide con lo publicado (16 %). • El foco de infección más frecuente fue la IAC (55 %) sin prevalencia significativa de ningún germen, aunque la presencia de CGP se asoció a mayor riesgo de IAC. • El germen más comúnmente hallado fue *Escherichia coli* pero no hubo predominio significativo entre CGP y BGN. • Ningún germen se asoció a mayor riesgo de complicaciones, internación en UTI o muerte. Palabras Claves: bacteriemia - fungemia - neutropenia.

BGN (31)	Enterobacterias(22)	<i>Escherichia coli</i> (10) <i>Escherichia coli</i> BLEE (1) <i>Escherichiacallicarbenemasa</i> (1) <i>Enterobactercloacae</i> (2) <i>Enterobactercloacae</i> BLEE (1) <i>Enterobacteraerogenes</i> BLEE (2) <i>Klebsiellapneumoniae</i> (3) <i>Klebsiellapneumoniae</i> BLEE (2)
	BGNFN(7)	<i>Pseudomonasaeruginosa</i> (5) <i>Pseudomonasaeruginosa</i> BLEE (1) <i>Stenotrophomonamaltophilia</i> (1)
	<i>Haemophilusparainfluenzae</i> (2)	
CGP(27)	<i>Staphylococcus aureus</i> (7)	SAMS (5) SAMR (2)
	SCN MR (10)	<i>Staphylococcusepidermidis</i> (9) <i>Staphylococcus</i> hominis (1)
	<i>Streptococcus</i> (9)	<i>Streptococcus viridans</i> (5) <i>Streptococcus pneumoniae</i> (2) <i>Streptococcus dysgalactiae</i> (1)
	<i>Enterococcusfaecium</i> (EVR) (1)	
Hongos (3)	<i>Candida</i> (3)	<i>Candidaparapsilosis</i> (2) <i>Candidatropicalis</i> (1)

BGN : bacilo gran negativo; CGP: coco gran positivo ; BGNFN : bacilo gran negativo no fermentador; SCN MR: *Staphylococcus coagulasa negativo meticilino resistente*; EVR : enterococo vancomicina resistente; BLEE: betalactamasa de espectro extendido; SAMR: *Staphylococcus aureus meticilino resistente*; SAMS: *Staphylococcus aureus meticilino sensible*

PE318 Sífilis en la gestante

Mattarollo NP¹, Bernstein JC¹, Stagnaro JP¹, González JM¹, Faiad E¹, Amato H¹, González Ayala SE¹.
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Introducción: El cuidado de la salud de la gestante, la prevención de infecciones que pueden poner en riesgo su vida y / o afectar al producto de la concepción deben ser pilares de la atención primaria de la salud. Las falencias observadas en la práctica cotidiana motivaron el desarrollo de un Programa de Extensión Universitario con Compromiso Social, el Voluntariado para la Prevención en la Gestante de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Su desarrollo está centrado en la realización de los estudios serológicos y la vacunación.

Objetivo: Evaluar la realización de la serología para sífilis en las embarazadas.

Material y método: Fueron encuestadas 386 gestantes, con edades comprendidas entre los 12 y 47 años, en algunos Centros de Atención Primaria de los Municipios de Berisso (n = 3), Ensenada (n = 3) y Florencio Varela (n = 1) durante el año 2018. La población estudiada fue 127, 109 y 150, respectivamente en cada Municipio. Se utilizó para el tamizaje una prueba no treponémica (VDRL) y como confirmatoria FTAbs.

Resultados: Las embarazadas evaluadas cursaban el primer trimestre, 62,9 % (n = 243); segundo, 30,6 % (n = 118) y el tercero, 6,5 % (n = 25). El 88,9 % eran argentinas (n = 343) y el resto de otros países (Bolivia, Chile, Paraguay y Perú). El grupo de edad fue 15-47 años y el 72 % tenía entre 15-29 años. El 75 % había cursado estudios secundarios (incompleto/completo) y solo el 17 % tenía trabajo. El 40 % cursaba la primera gesta. Presentaron VDRL reactiva 22 (5,5 %). La detección se realizó en 15, 5 y 2 mujeres en el primero, segundo y tercer trimestre, respectivamente. El 100 % completó el tratamiento. Solamente fueron estudiadas 11 parejas que resultaron reactivas y realizaron el tratamiento. No se cumplió con la normativa de reiterar el estudio serológico en cada trimestre por problemas de accesibilidad.

Comentario: El porcentaje de positividad en la prueba no treponémica es elevado comparada con la del país, 3,2 % en el año 2017. El acceso a la pareja es un punto crítico y la problemática es similar en diferentes áreas y contextos. Por lo tanto, se destaca la necesidad de: a- desarrollar eficazmente las acciones programáticas de educación para la salud focalizada en la educación sexual y reproductiva. b- Garantizar la provisión de insumos para el estudio serológico. c- Asegurar la capacitación del personal de salud que asiste a las gestantes. d- Diseñar material gráfico sobre la importancia de los controles en la gestante y su pareja, para ser ubicado en las salas de espera y consultorios con el fin de inducir la demanda. e- Reforzar los equipos de atención de la salud (asistentes sociales, promotores, etc.) para facilitar el acceso a la pareja. Palabras claves: Sífilis, Prevención en la gestante.

PE319 Toxoplasmosis congénita en Tigre

Ferrucci GS, Bruno S, Perez K, Perez V, Soqueff K.
Hospital Materno Infantil Dr Florencio Escardó. Tigre. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La toxoplasmosis congénita (TC), ocurre cuando la primoinfección se produce durante la gestación. La retinocoroiditis ocurre en un 60 %, especialmente después de la 30 semana de gestación. Existe afectación del hueso temporal y oído interno. En nuestro hospital la serología materna se controla durante el embarazo y en el recién nacido. Los pacientes TC + son seguidos en Infectología. Oftalmología y Fonoaudiología del hospital.

Objetivos: 1. Estudiar los pacientes con TC. 2. Detectar las complicaciones oftalmológicas y auditivas.

Material y métodos: Trabajo retrospectivo, observacional, descriptivo. Periodo estudiado 1/1/2017 a 31/12/2018. Ingresaron en el estudio los pacientes nacidos de madres con serología para toxoplasmosis IgM +, IgG+ y baja avidéz. Recién nacidos con IgM+ y IgG + para toxoplasmosis y los que persistían con IgG + después

del 7 mes de vida. Se obtuvo información del tratamiento realizado por la madre. Los controles Oftalmológicos se realizaron desde el nacimiento, trimestral y según sintomatología. Fonoaudiología realizó OEA y potenciales auditivos, a los 3, 6 y 12 meses. Infectología indicó los tratamientos con pirimetamina+ sulfadiazina, con o sin corticoides, según la indicación oftalmológica. La medicación magistral se administró en la farmacia del hospital.

Resultados: En el periodo estudiado hubo 8 pacientes. 2017: 5; 2018: 3. Hombres 6. Fueron 7 RNT y uno RNPT. No controlaron el embarazo 6/8. De las madres que controlaron, presentaron seroconversión en el tercer trimestre del embarazo. Tomaron espiramicina menos de 15 días previos al parto. Las serologías de nacimiento de los pacientes IgM positivas 6/8. Los 2 restantes tuvieron toxoplasmosis detectada post nacimiento. Todos realizaron ecografía cerebral, uno presentó alteraciones. Afectación ocular uno unilateral, bilateral 4 y sin compromiso 3. Dos presentaron hipoacusia leve bilateral y otro unilateral. A todos los pacientes se les indicó tratamiento que completaron 6. En los tratados la evolución fue favorable.

Conclusión: La TC requiere tratamiento y controles, porque las secuelas en la visión, la audición y el desarrollo cognitivo, pueden aparecer en cualquier momento de la vida, produciendo discapacidad. En nuestros pacientes la medicación resultó adecuada y no observamos reactivaciones. Nuestras debilidades la medicación magistral y el cumplimiento en los controles. Nuestro desafío controlar el desarrollo neurocognitivo y madurativo de estos niños.

PE320 Perfil epidemiológico de embarazadas con diagnóstico de sífilis que concurren al Hospital Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, en el período comprendido entre 2010-2017

Soto A, Dip V, Gramajo A, Fonts A, Villa M, Perez Valoy S, Barrionuevo B, Gonzalez E, Lagori M, Otero V, Carabajal J, Molina C, Romero R, Fara A, Valdez S.
Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: Entre las principales causas de enfermedad en el mundo, son de gran repercusión las infecciones de transmisión sexual, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias. Una de ellas es la sífilis que puede afectar a la mujer embarazada y transmitirse al feto.

Objetivos General: Describir las características epidemiológicas de las mujeres con diagnóstico de sífilis en el embarazo o periparto y de sus recién nacidos, cuyos partos han concurrido en el Hospital Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, en el periodo 2010- 2017.

Objetivos específicos: Describir la prevalencia y características epidemiológicas de pacientes embarazadas con sífilis y de sus recién nacidos.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en las embarazadas con diagnóstico de Sífilis durante el embarazo o periparto, cuyos partos concurren en el Hospital Pte. Dr. Nicolás Avellaneda, en el período comprendido entre los años 2010 a 2017.

Resultados: Entre los años 2010 a 2017, nacieron en nuestra maternidad 29.854 neonatos. Las madres que presentaron diagnóstico de sífilis durante su embarazo o periparto, fueron 228, esto es 7,6 %. Al estudiar la edad cronológica se observa un promedio de edad de la población de 24.8 años. Con un rango etario menor de los 20 años de 12,3 % y menor de los 18 años el 18,6 %. En cuanto al nivel de educación, se observó que terminó la escuela primaria el 31 %, no la terminó el 15 %. La secundaria 14 % y un 3 % de ellas cursaron algún año del nivel terciario sin llegar a completarlo. Mientras que un 2 % fue calificado analfabetas. En referencia a su ocupación, sólo el 6,3 % manifestó ser asalariada (empleada), el 90, 5 % se calificó en ama de casa y sin datos un 3,5 %. El 36 % de las embarazadas iniciaron su CPN en el 1 ° T, el 19 % lo hizo en el 2°T, mientras que, en el 3 ° T, lo hizo el 9 %. Se observó un alto porcentaje de embarazadas sin CPN; 35,13 %, lo que obligó a hacer diagnóstico y tratamiento en el período periparto; lo que resulta en un 45 % de diagnóstico y tratamiento tardío. El diagnóstico se realizó por el antecedente materno de tratamiento incompleto en el 4,91 %, sin tratamiento al momento del parto: 72,3 %, por reinfección en el 4,4 % o porque la pareja materna no realizó tratamiento 5,3 %. Las pruebas de VDRL de RN resultaron positivas en el 73 % de los casos, mientras que en el 22,7 % fueron negativas y no se le realizó a un mínimo porcentaje (4,3 %). Fueron sintomáticos el 6,5 %, y en su mayoría, el 93,5 % no presentaron síntomas. De las PL que se realizaron, el 26,9 % fueron traumáticas. Con examen citoquímico normal el 42,6 %, patológico solo un 3,04 % y sin datos ya que no se les realizó PL, el 24,3 %. La VDRL en el LCR fueron negativas en el 67 %, 1 % fueron positivas, un 32 % no se les realizó.

Conclusión: La tasa de prevalencia de embarazadas con diagnóstico de sífilis en nuestro hospital fue de 7,6%. Estos resultados resaltan la importancia de concientizar a nivel poblacional sobre esta enfermedad de transmisión sexual, haciendo hincapié en embarazadas, en lo relevante que es la atención del control prenatal óptimo, ya que permite un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno, como así también, mejorar su calidad de vida y la de su hijo recién nacido.

PE321 Absceso pulmonar neonatal por *Candida albicans*: forma poco frecuente de presentación

De Bernardi MS, Caccavo J, Maruco A, Rodriguez Brieschke M.
Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina.

Introducción: La incidencia de candidiasis invasoras (CI) en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) ha aumentado considerablemente en las últimas décadas, debido al aumento en la supervivencia de los recién nacidos (RN) prematuros y de muy bajo peso de nacimiento, asociado a cambios en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Constituye una causa importante de morbilidad y mortalidad siendo de un 20 % a pesar del tratamiento adecuado y hasta un 60 % de ellos desarrollan secuelas neurológicas significativas. Los principales órganos blanco son el tracto genitourinario, globo ocular, sistema nervioso central, hígado, bazo y corazón.

Descripción del caso: RN pretérmino con peso adecuado para la edad gestacional (34 semanas, 1530 gramos). Embarazo controlado. Parto vaginal con ruptura prematura de membranas. Serologías maternas negativas. Es derivado de otra institución para recuperación de peso, con vía percutánea y radiografía (rx) de tórax normal. A los 14 días, con signos de sepsis y posterior paro cardiorrespiratorio, por sospecha de sepsis neonatal tardía, se realizan hemocultivos (Hc) x 2, cultivo de punta de catéter con Hc acompañante, urocultivo y cultivo de LCR y se inicia tratamiento empírico con vancomicina, meropenem y anfotericina b desoxicolato. Se realizó Rx de tórax que evidenció imágenes quísticas en ambos pulmones. Hc x 3, punta de catéter y urocultivo: *Candida albicans* sensible a fluconazol. Hc de control negativos. TAC de tórax: Se evidencia imagen compatible con absceso pulmonar derecho. En busca de focos profundos, se realizó ecocardiograma, ecografía abdominal y fondo de ojo, normales. Con el resultado de los cultivos a las 48 hs se suspendió antibióticos, continuando con antifúngico.

Completó 7 semanas de tratamiento, con buena evolución y con resolución de la imagen pulmonar, con seguimiento de 1 año.



Discusión: Los avances en el cuidado de los RN prematuros han condicionado un aumento de la incidencia de la CI. Por ello, *Candida* spp. se ha convertido en un importante agente causal de infecciones neonatales, con cifras relevantes de morbilidad y mortalidad asociadas, especialmente en aquellos RN con pesos inferiores a 1000 o 1500g. La presentación clínica de la candidiasis es, generalmente, similar a la de una sepsis bacteriana de instauración lenta, de comienzo insidioso. También existen signos y síntomas derivados de afectación de diversos órganos, principalmente riñón y SNC. También se han descrito artritis, osteomielitis, endocarditis, peritonitis, endoftalmitis y afectación cutánea y pulmonar. Se debe sospechar CI en todo prematuro con los factores de riesgo señalados, séptico y con deterioro clínico progresivo, a pesar del tratamiento con antibióticos. La duración óptima de la terapia varía de acuerdo al cuadro clínico, con un mínimo de 14 días de antifúngicos sistémicos después de la esterilización del lugar de la infección (especialmente sangre). Mientras que en aquellos pacientes con infecciones focales complicadas o difíciles de erradicar como el caso presentado, el tratamiento deberá prolongarse más de 4 semanas o hasta que pueda asegurarse una resolución completa del foco de la infección por pruebas de imagen o resección quirúrgica. Si bien es una forma rara de presentación el absceso pulmonar por *Candida* spp, nos parece importante considerarla cuando no tenemos otra causa que lo justifique ya que el abordaje terapéutico y la duración del tratamiento antifúngico debe ser por períodos prolongados, de acuerdo a la evolución clínica y al control con imágenes para finalizar el mismo. Dado el impacto de esta patología es importante contar con un diagnóstico y tratamiento precoz que disminuya la morbimortalidad, mejorando el pronóstico de vida.

PE322 Chagas congénito: presentación de un *hydrops fetalis* con calcificaciones cerebrales

Caccavo JC, De Bernardi M, Sobrino F, Rodriguez Brieschke MT, Ruiz O'Neil M.
Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina.

Introducción: El Chagas congénito es una de las infecciones neonatales más frecuentes en Argentina. La transmisión vertical de la madre al niño se produce durante el embarazo, con cifras variables según el área geográfica y datos que oscilan entre 0,13 % y 17 %. La OPS estimó una transmisión vertical global para América Latina del 1,33 %. En nuestro hospital es de 13,8 %. Más de la mitad de los niños con enfermedad de Chagas congénita son asintomáticos. En los sintomáticos la clínica es variable; el bajo peso y la hepatoesplenomegalia son las manifestaciones más frecuentes; también puede afectar el miocardio, pero en menor frecuencia. El compromiso neurológico con calcificaciones cerebrales es infrecuente. No existen datos estadísticos en relación con la incidencia del compromiso del SNC con calcificaciones en la enfermedad congénita. Se presenta un RN con *hydrops fetalis* y compromiso neurológico con calcificaciones cerebrales.

Caso clínico: Recién nacido pretérmino, con alto peso para la edad gestacional (29 semanas/1700 gr), apgar 1/3/7. Diagnóstico de *hydrops fetalis* durante el embarazo. Producto de un embarazo con escasos controles, madre con serología para Chagas por 2 métodos (HA1 y CMIA) positiva. Resto de serologías negativas. Presenta asfisia perinatal, por lo que requiere asistencia respiratoria mecánica en sala de partos. Presenta edema en miembros superiores e inferiores, ascitis y por ecografía cerebral se constata dilatación ventricular y derrame pericárdico leve. Dado el antecedente materno se solicita parasitemia para Chagas al neonato. Al obtenerse resultado positivo, se inicia tratamiento con benznidazol alcanzando una dosis de 7 mg/kg por 60 días. Se realizaron 2 parasitemias intratratamiento que resultaron negativas. Para evaluación de secuelas neurológicas (hipoxia), se solicita Tomografía axial computada de cerebro en donde se observan calcificaciones. Dado el hallazgo y con serología negativa materna para toxoplasmosis se decide descartar citomegalovirus, se solicita viruria, la cual fue negativa, descartando infección congénita por CMV. Presenta buena evolución clínica por lo que es dado de alta con seguimiento infectológico.

Conclusiones: El compromiso del SNC con calcificaciones cerebrales por la enfermedad de Chagas es infrecuente, pero debe considerarse en los niños con infección congénita. La enfermedad de Chagas debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de *hydrops fetalis* y de calcificaciones cerebrales en los RN. Los niños que nacen infectados tienen una curación cercana al 100 % si el tratamiento se establece dentro del primer año de vida, por lo cual es fundamental fortalecer la pesquisa en la embarazada y el recién nacido.

PE323 Sepsis neonatal precoz por *Streptococcus pneumoniae*: serie de casos

De Bernardi MS, Caccavo J, Ormazabal C, Rodriguez Brieschke M.
Hospital Donación Francisco Santojanni. CABA. Argentina.

Introducción: La sepsis neonatal precoz por *Streptococcus pneumoniae* (Sp) es un evento inusual (1 % al 11 %). Si bien las características clínicas son similares a otras infecciones neonatales, conlleva una alta tasa de morbilidad asociada, tanto fetal como materna, y la mortalidad es alta (14,3 % -60 %). Presentamos una serie de 4 casos durante 10 años de vigilancia epidemiológica en un Hospital General de Agudos. CASO 1: RNTAPEG. Embarazo no controlado, parto vaginal, LAC. Apgar 8/10. Oxígeno suplementario por taquipnea al nacimiento. A las 2 horas de vida, se sospecha de sepsis precoz, se tomaron hemocultivos (HC) y se medicó con ampicilina y gentamicina. Rx de tórax: patrón intersticial bilateral. A las 24 horas de vida evoluciona gravemente enfermo, requiriendo drogas inotrópicas y asistencia respiratoria mecánica. Hc desarrolló *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. Se agregó infección asociada a catéter por SAMR, se agregó al tratamiento vancomicina. Fallece a los 11 días de vida. CASO 2 RNPTAPEG. Embarazo no controlado. RPM de 48 horas. LAF. SDR Ingreso a ARM. Sospecha de sepsis precoz. Se realizan Hc x 2. Se inició ampicilina + gentamicina. Hc 1/2 *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. En el curso de su evolución presentó además bacteriemia por SAMR y *Enterococcus faecalis* sensible a ampicilina. Buena evolución clínica recibiendo 9 días de ampicilina y 14 días de vancomicina. Alta hospitalaria. CASO 3 RNTBPEG. Embarazo controlado. LAM. A las 48 horas cuadro de sepsis se toman Hc x 2, urocultivo y cultivo de LCR. Inicia ampicilina + cefotaxime. Presenta evolución tórpida. Hc y en LCR desarrolla *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. Presenta evolución desfavorable, con convulsiones e hipotonía, se realiza TAC de cerebro, evidenciándose abscesos cerebrales múltiples e hidrocefalia. Completa 6 semanas de tratamiento con ampicilina, con buena respuesta clínica. CASO 4 RNTAPEG. Embarazo no controlado. SDR y sospecha de sepsis precoz. Se realizan Hc, cultivo de LCR y rx de tórax. Se inició ampicilina + gentamicina. Rx de tórax con infiltrado intersticial bilateral. Hc: *Streptococcus pneumoniae* sensible a penicilina. La madre en el posparto con endometritis, cultivo endocervical *Streptococcus pneumoniae*

Caso	Diagnóstico neonatal	Embarazo	Inicio síntomas	Patología materna asociada	Evolución
1	TPA	Sin controles	Al nacimiento	Endometritis	Muerte
2	PreTPA	Controlado	Al nacimiento	RPM – Líquido amniótico fétido	Favorable
3	TBP	Controlado	48 horas	LAM	Abscesos cerebrales/Hidrocefalia
4	TPA	Sin controles	Al nacimiento	Endometritis con cultivo +	Favorable

Discusión: Sp es una causa de sepsis neonatal raramente reconocida. La mayoría se presenta de manera precoz (menos de 48 hs.), con características clínicas y de laboratorio muy similares a las producida por la infección SGB, pero con una evolución más severa, mortalidad del 20 al 60% y 13% de secuelas neurológicas. La infección neonatal, generalmente se adquiere a partir del tracto genital materno colonizado por Sp. Si bien la portación cérvico-vaginal materna es extremadamente infrecuente (0.03-0.75%), los neonatos presentan una alta tasa de invasión. Estos datos han despertado un punto de interés en cuanto a la consideración de profilaxis intraparto y estrategias similares a las utilizadas para la enfermedad estreptocócica grupo B. En nuestra serie, si bien no contamos con datos microbiológicos de todas las madres, el tracto genital materno podría haber sido la fuente de adquisición. Debido a la baja incidencia de sepsis neonatal por Sp y la baja prevalencia de la colonización vaginal materna, no parece justificada la detección sistemática en mujeres embarazadas, aunque tal vez debiera considerarse en mujeres con antecedentes de enfermedad invasiva debida a este microorganismo. Aún hay datos insuficientes para afirmar que la inmunización de embarazadas previene la infección en RN. La sospecha clínica ante un RN con sepsis precoz de instalación aguda, rápidamente progresiva y con gran repercusión clínica, es vital para la instauración del tratamiento adecuado y oportuno

PE324 Síndrome de Lemierre, una entidad olvidada

Medranda A, Pannunzio E, Tineo S, Sheeham G, Cazes C, Lopez E.
Hospital Infantil Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA. Argentina.

Introducción: El síndrome de Lemierre (SL) también llamado septicemia posanginal y necrobacilosis humana, se define como una infección orofaríngea, seguida de tromboflebitis séptica de la vena yugular interna y posterior diseminación hematogena de la infección. Describimos un caso de SL sus dificultades diagnósticas, terapéuticas y evolutivas. Descripción: Paciente de 10 años, con antecedentes de otitis media crónica supurada. Inició con cuadro de fiebre y dolor laterocervical derecho de 8 días de evolución. Al examen físico presentaba regular estado general, tumefacción laterocervical derecha dolorosa y eritema periauricular. En el laboratorio se constató leucocitosis (29300ml/mm³), plaquetopenia (23000ml/mm³) y proteína C reactiva elevada (244mg/dl). Tratamiento con ceftriaxona con hemocultivos negativos. Se derivó a nuestro centro en mal estado general, con alteración del sensorio, dificultad respiratoria y sepsis, por lo que requirió ventilación mecánica. Se rotó antibiótico a meropenem vancomicina. Ante el compromiso neurológico y sospecha de mastoiditis se realizó tomografía axial computada (TC): Imagen hipodensa temporal derecha: compatible con isquemia, otomastoiditis derecha, trombosis de seno sigmoideo, neumomediastino, derrame pleural laminar izquierdo. Además, se realizó angio resonancia por trombosis descrita en TC: Ausencia de señal de flujo en el seno lateral y sigmoideo que se extiende a la vena yugular interna: lesión cerebral corresponda a infarto venoso. En ecografía doppler se evidenció trombosis de la vena yugular. Por persistencia del dolor y edema latero-cervical derecho se realizó drenaje quirúrgico, sin aislamiento microbiológico del material purulento. Se asumió SL secundario a infección otica crónica por lo que se adecuó el esquema antibiótico (ceftazidima, metronidazol, amikacina), y se indicó anticoagulación (el estudio de trombofilia fue normal). En ecografía abdominal se evidenciaron abscesos hepáticos de pequeño tamaño y derrame pleural laminar que no requirieron conducta quirúrgica. Se realizó mastoidectomía y timpanoplastia con resección de colesteatoma. La paciente evolucionó favorablemente con recanalización parcial de la trombosis. Cumplió 6 semanas de antibiótico endovenoso y 3 meses de anticoagulación.



Comentarios: El SL es una enfermedad poco frecuente que afecta a pacientes sanos que presentan antecedente: infección nasofaríngea o del piso de la boca, otitis media aguda, mastoiditis, endometritis purulenta postparto, apendicitis e infecciones urinarias. Son frecuentes la progresión por contigüidad y las embolias sépticas similar a nuestro caso. La principal etiología bacteriana asociada es el *Fusobacterium necrophorum* cuyo aislamiento es dificultoso. El tratamiento se basa en la antibióticoterapia prolongada. La cirugía está indicada en el drenaje y limpieza de colecciones purulentas. El uso de anticoagulantes también ha sido propuesto basándose en que esta medida favorecería la degradación del trombo y eliminaría el origen de la bacteriemia persistente, aunque faltan ensayos clínicos y resultados con respecto a su beneficio.

PE325 Osteítis de calota por secundarismo sífilítico

Escarrá F¹, Pfister P¹, Achilli G¹, Carrasco F¹, Genero F¹, Touzon MS², Mora CA¹, del Castillo M¹.

¹FLENI Fundación para la Lucha contra las Enfermedades Neurológicas de la Infancia. Argentina. ²ANLIS Dr. Carlos Malbrán. CABA. Argentina.

Introducción: La sífilis es causada por el *Treponema pallidum*. El compromiso óseo se observa predominantemente en la sífilis terciaria y en la sífilis congénita, aunque se han descrito casos durante la sífilis secundaria. Los huesos más afectados son el cráneo, el esternón y la tibia.

Descripción: Varón de 16 años, previamente sano, consultó por cefalea frontal derecha, pulsátil, de 2 meses de evolución, asociado a tumoración progresiva en los últimos 15 días en la región frontal derecha, dolorosa a la palpación, y exantema maculopapular eritematoso-asalmonado, evanescente, a predominio en cara anterior del tronco y miembros superiores, no pruriginoso, no confluyente. En labio superior presentaba cicatriz hipotrófica que refería secundaria a lesión sobre elevada, luego ulcerada, indolora, aparecida 3 meses atrás y que demoró 2 meses en resolver. El resto del examen físico era normal. En el laboratorio, como hallazgos positivos se obtuvo VSG 90 (Valor normal (VN) 0-12), PCR 17,6 (VN 0-5), VDRL positiva de 128 dils, FTA-Abs positiva. ELISA VIH negativa. En TC de cerebro se evidenció imagen de características permeativas en calota frontal derecha, con compromiso de tabla interna y externa, asociada a componente de partes blandas extracraneal adyacente, e imagen de similares características, pero de menor tamaño y sin componente de partes blandas en tabla externa de calota frontal izquierda. En RMN la lesión frontal derecha presentaba intenso realce tras la administración de contraste EV, y se asociaba a compromiso meníngeo manifestado por engrosamiento paquimeningeo a nivel de la convexidad. En el centellograma óseo se observaba captación patológica del trazador en las lesiones mencionadas, presentando la lesión frontal derecha comportamiento lítico central con reacción blástica periférica. La punción lumbar informó leucocitos 2/mm³, glucorraquia 59 mg/dl (glucemia 96 mg/dl), proteinorraquia 46,25 mg/dl (VN hasta 40 mg/dl), VDRL en LCR negativa, FTA Abs en LCR positiva. La biopsia de calota informó proceso inflamatorio reagudizado, sin células neoplásicas. En cultivo de biopsia de calota y partes blandas adyacentes se obtuvo desarrollo de *Cutibacterium acnes* sensible a penicilina y cefotaxim. Con el antecedente de VDRL y FTA Abs positivas se solicitó PCR para *Treponema pallidum* en hueso de

calota en Laboratorio Nacional de Referencia de ETS: positiva. Los CD4, dosaje de inmunoglobulinas y complemento fueron normales. Recibió como tratamiento combinado para la neurosífilis, la osteítis de calota y la osteomielitis por *Cutibacterium acnes* 14 días de penicilina EV, seguido por 14 días de ceftriaxona, y 60 días de doxiciclina. La TAC de cerebro a las 8 semanas de tratamiento no mostró mejoría significativa de la lesión osteolítica. La VDRL de control a las 12 semanas fue de 2 dils, se repitió ELISA VIH: negativo. El paciente negó inicio de relaciones sexuales, pero refirió contacto bucal (beso) con persona que tenía lesión oral activa y cursaba exantema afebril similares a los que luego presentó él. Se descarto sífilis congénita por VDRL materna negativa durante el embarazo y VDRL negativa de ambos padres 2 años atrás.

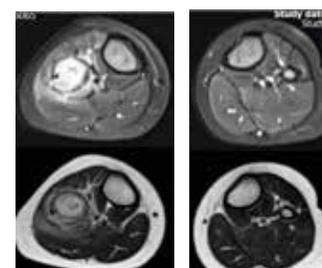
Discusión: En este caso, el paciente a pesar de haber tenido sólo contacto con mucosa oral infectada, presentó un cuadro claro de primoinfección seguido por la lesión osteolítica, que, si bien no es frecuente en el secundarismo sífilítico, debe tenerse en cuenta. Hay controversias respecto a la duración del tratamiento; en este caso se optó por 3 meses considerando el compromiso óseo y la coinfección bacteriana. No hay bibliografía sobre el seguimiento ni tiempo hasta la resolución de las lesiones líticas óseas por TC o RMN.

PE326 Osteomielitis tuberculosa de hueso largo, una rara enfermedad en pediatría

Brandolisio R, Iacono M, Gonzalez G, Colucci C, Morales A.

Hospital Provincial Neuquén Dr. Eduardo Castro Rendón. Neuquén. Argentina.

Las lesiones osteolíticas en niños suelen ser de diferentes orígenes: infecciones piógenas, tumorales, quísticas. Presentamos un caso de tuberculosis (TB) ósea, causa excepcional de lesión lítica en huesos largos. Revisamos la literatura focalizándonos en los diagnósticos diferenciales.



Niña de 23 meses con tumoración lateral de pierna derecha, sin flogosis, dolor a la palpación profunda, afebril, 3 meses de evolución, sin síntomas constitucionales. Luego de un trauma leve presentó lesión duro elástica con aumento progresivo de tamaño. Mejoría parcial en la deambulación, dolor en rodilla y cadera con AINEs. La radiografía de miembro inferior derecho mostraba lesión osteolítica diafisometafisaria proximal de peroné con radiopacidad de partes blandas adyacentes. Hemograma y resto de laboratorio normal, ESD 10mm. Por sospecha de lesión maligna se realiza RMN con contraste: lesión expansiva, asociada a triángulo de Codman, heterogénea, con gran tumefacción de tejidos blandos. Diagnóstico probable de tumor óseo sin descartar osteomielitis (OM). Se realiza biopsia. Cultivo para gérmenes comunes negativo, directo para BAAR negativo. PCR-RT detecta Complejo *Mycobacterium tuberculosis*. PPD de 0mm. La anatomía patológica describe granulomas caseosos y técnica de Ziehl Neelsen positiva focal. El cultivo positivo para TBC confirma el diagnóstico. Cumple tratamiento con 4 drogas por 2 meses y 7 meses con rifampicina e isoniacida. Epidemiología negativa. En pediatría, el dolor de las extremidades es causa frecuente de consulta y suele presentarse luego de un trauma, esto genera un retardo diagnóstico de patologías graves. Las causas más frecuentes de imágenes osteolíticas son: osteoma osteoide, quistes aneurismáticos, osteosarcoma y sarcoma de Ewing así como osteomielitis por Gram positivos. Las OM por TB que afecta huesos largos es excepcional. La TB osteoarticular (OA) no supera el 1 % de todos los casos. Solo 2.4 % de las TB OA son en menores de 15 años. La OM se observa solo en un 11 % de los niños con TB OA. La TB en Argentina ha ido en aumento. La forma extrapulmonar fue 14.1 % en 2016; TB OA 4 %, usualmente espinal y articular. El 10 % de los casos de TB notificados en el país son menores de 5 años. Una infección en hueso largo y en una edad tan precoz es excepcional. La RMN es el método por imágenes de elección. La técnica de difusión es una gran herramienta para diferenciar tumores malignos de otras lesiones como la necrosis caseosa. La espectroscopia mediante la detección de picos de lípidos y ácido láctico, acompaña el mismo diagnóstico. No siempre están disponibles. El cultivo para micobacterias confirma el diagnóstico, pero el crecimiento lento lleva al inicio de la terapia empírica. La PCR-RT permite abreviar el proceso y conocer la sensibilidad a rifampicina sin perder especificidad en comparación al cultivo.

Las secuelas en el desarrollo, crecimiento y funcionalidad ósea suelen ser secundarias a la necrosis avascular de las epífisis. La alta sospecha y la utilización de los nuevos métodos diagnósticos más ágiles son cruciales para evitar consecuencias a largo plazo.

PE327 Estudio de un caso por amebiasis cerebral

Simoni A¹, Valdez E¹, Calli Flores R¹, Bruno ME¹, Ramírez FA¹, Paz ME², Auad R².

¹Residencia de Epidemiología de Campo Aplicada a la Salud Pública -Si.Pro.Sa. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital del Niño Jesús. S.M. de Tucumán. Argentina.

Las meningoencefalitis por amebas de vida libre presentan dos formas clínicas diferentes: 1) Meningoencefalitis primaria (MEP) *Naegleria fowleri* es adquirido por exposición en aguas contaminadas de estanques, piscinas y lagos artificiales causando infección en el sistema nervioso central (SNC) en individuos inmunocompetentes; se caracteriza por un cuadro agudo y fulminante. 2) Encefalitis amebiana granulomatosa (EAG) causada por *Balamuthia mandrillaris* y varias especies de *Acanthamoeba*, son amebas de vida libre que se comportan como patógenos oportunistas y se presentan en individuos inmunocomprometidos. El parásito ingresa por vía inhalatoria, por el epitelio olfatorio, ulceraciones o injurias en la piel, diseminándose por vía hematológica y llegando al SNC. El curso de la enfermedad suele ser subaguda o crónica. En los últimos años ha aumentado la incidencia de esta patología en todo el mundo.

Descripción del Caso: El día 11/04/18 se notificó a la Dirección de Epidemiología un caso sospechoso de amebiasis cerebral correspondiente a una niña de siete años de edad. Presentaba como antecedentes patológicos previos erupciones granulomas anulares en la piel en brazo derecho desde el año 2016; displasia de cadera; retraso madurativo y episodios de convulsiones a los 3 años de edad. Ingresó el día 17/03/18 al hospital con un cuadro de dos meses de evolución, cefalea tóporo parietal bilateral de pocos minutos de duración, pero de gran intensidad, vómitos dificultad respiratoria, cianosis, frialdad en ambos miembros, picos de fiebre y tendencia al sueño. Evolucionó en estado moderado a malo, febril, palidez marcada presentó episodio de pausa respiratoria. Durante su internación continuó delicada a grave, tendencia al sueño, pupilas isocóricas reactivas, hemiparesia braquial derecha, Babinsky espontáneo lateral, respondiendo solo al dolor, apertura ocular fugaz, pupilas, tendencia a midriasis. Por TAC se concluyó que presentaba lesiones que impresionan origen tumoral en ambos hemisferios; se decidió plan quirúrgico y biopsia cerebral. De acuerdo al informe anatomopatológico, se observó trofozoitos compatibles con amebas invadiendo el tejido

nervioso; confirmándose meningoencefalitis por amebiasis. Se trató con Anfotericina B, y Miltefosina; no presentó respuesta al tratamiento. La paciente fallece al mes de su internación.

Discusión: Aunque esta patología tiene baja incidencia; epidemiología y características clínicas variables, las encefalitis amebianas deben tenerse en cuenta a la hora del diagnóstico diferencial ya que suelen ser subnotificadas por ser de curso indicioso. La condición de inmunosupresión; debilitamiento general y la falta de saneamiento básico del ambiente que rodeaba a la paciente probablemente hayan posibilitado la vía de entrada a través de una lesión cutánea crónica, siendo esta vía documentada en casos anteriores. Palabras clave: amebas de vida libre; meningoencefalitis primaria (MEP); encefalitis amebiana granulomatosa (EAG); amebiasis.

PE328 Internación por varicela complicada

García M, Morales J, Uriarte V, Vinuesa M, Bastons S, Maydana M, Sosa M, González Ayala S.

Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Prov. de Buenos Aires. 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: Presentar la frecuencia de las complicaciones y/o características del huésped que motivaron la internación.

Material y método: Estudio longitudinal prospectivo, observacional, directo de 2.694 niños ingresados por varicela con complicaciones en un Servicio especializado de un Hospital de alta Complejidad, período 1998-2018.

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); 8,4 % (7/83) en el año 2016 y de 22 % (13/59) y 25 % (7/28), respectivamente en 2017 y 2018. 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 (2015) y los tres siguientes (2016-2018), el total de internados fue 319 de los cuales el 4,1 % fueron inmunocomprometidos. La distribución por grupo de edad fue: 0-4 (n = 187); 5-9 (n = 111) y >10 (n = 21). La frecuencia de complicaciones/grupo de edad tuvo el mismo ordenamiento, pero no ocurrieron casos con sepsis, bacteriemia ni neumonía. No hubo casos de varicela de transmisión vertical ni letalidad. La media de casos internados/año en la era prevacunal fue 140 y en los primeros 4 años de vacunación descendió a 79,5. En el año 2018 se registró la menor frecuencia porcentual de internación por esta causa que fue de 7. 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. Con la incorporación de la vacuna al Calendario Nacional se observa una disminución del número de casos; pero, deben aumentarse las coberturas vacunales. Lo esperado es que continúe la reducción del número de casos.

PE329 Tuberculosis: "La gran simuladora"

Highton Esmeralda¹, Stagnaro María³, Isaguirre María José², Sarkis Claudia¹

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TB) es una enfermedad endémica en nuestro país. Las localizaciones extrapulmonares constituyen entre el 15 % y el 25 % de todas formas de TB. El compromiso óseo ocurre en 1-10 % de los pacientes con enfermedad extrapulmonar. La TB de la columna vertebral o mal de Pott es la forma de afectación osteoarticular más frecuente (50 % de los casos). Se localiza con mayor frecuencia en la región dorsal o lumbar alta y en un 75 % de los casos se complica con abscesos paravertebrales. Presentamos un paciente con absceso retroperitoneal secundario a una espondilodiscitis tuberculosa cuya manifestación inicial fue una tumoración abdominal. Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente de 13 años, previamente sano, consulta por tumoración abdominal de aparición aguda. Afebril. Sin síntomas asociados. Al ingreso se realiza hemograma, hepatograma y función renal normales, PCR 8 mg/dl, ESD 31mm/h. Radiografía de tórax: infiltrado ileofugal bilateral. Ecografía abdominal: masa abdominopelvíana retroperitoneal que mide 23 cm x 14.3 cm x 14.4 cm, se complementa con RMN: espondilodiscitis a nivel L3-L4. Se realiza punción aspiración con aguja fina de colección retroperitoneal, obteniéndose líquido blanquecino; se envía a cultivo, anatomía patológica (AP), biología molecular, citometría de flujo. Inicia tratamiento con ceftriaxona y clindamicina previa toma de hemocultivos. El cultivo del material drenado fue negativo para gérmenes comunes y hongos, BAAR directo negativo y la AP no concluyente. Se completan estudios: PPD 2UT negativa. Esputos para BAAR (x3) directos negativos. Catastro familiar: convivientes negativos. Serologías: VIH, brucelosis, *Bartonella henselae* e hidatidosis negativas. PCR <0.6 y ERS 15. Ante la falta de mejoría se repite RMN a los siete días con mayor compromiso vertebral por lo que se realiza nueva intervención. Se aspiran 2300 ml de líquido turbio. Se envía material a cultivo y para PCR directa de muestra para micobacterias, AP, y citogenética. El cultivo para gérmenes comunes, anaerobios y hongos fue negativo. Se descarta patología oncológica. AP: proceso inflamatorio crónico granulomatoso no necrotizante. PAS y Ziehl Nieslen negativo. Ante la progresión del cuadro sin diagnóstico etiológico se instaura tratamiento con isoniácida, rifampicina, pirazinamida, etambutol. Informan al día siguiente PCR positiva para complejo *Mycobacterium tuberculosis* en segunda muestra abdominal. Completa 14 días de tratamiento antibiótico endovenoso, luego continúa por vía oral con clindamicina más tuberculostáticos de forma ambulatoria encontrándose asintomático. Informan después de 20 días cultivo positivo de muestra abdominal para *Mycobacterium tuberculosis* (sensible a rifampicina, pirazinamida e isoniácida). **Conclusiones:** La espondilodiscitis tuberculosa con colección retroperitoneal es una forma de presentación infrecuente en niños. Su naturaleza crónica e insidiosa condiciona un cuadro clínico poco definido que suele llevar a un diagnóstico tardío. Es importante considerar la TB como agente causal en las espondilodiscitis. Palabras claves: *Mycobacterium tuberculosis*; enfermedad de Pott.

PE330 Brote de diarrea aguda por *Shigella flexneri* en un establecimiento de educación inicial en una ciudad de Tierra del Fuego

Benetucci A¹, Aguilera AE¹, Gorostegui FM¹, Guerra A², Vargas MF², Longoni S².

¹Ministerio de Salud de Tierra del Fuego A.I.A.S. Argentina. ²Hospital Regional Río Grande. Tierra del Fuego, Argentina

Introducción: Entre las SE 32 y 36 de 2017, se presentaron 16 casos de diarrea aguda por *S. flexneri* en la ciudad. Los afectados fueron niños que asistían en el turno tarde a un flamante jardín de infantes público en un barrio de menores recursos económicos.

Descripción: Los casos primarios tenían entre 4 y 6 años de edad y los casos secundarios entre 3 y 31 años. Del total, 11 fueron mujeres (68,7%). Los casos primarios fueron 9 niños asistentes a 3 salas de la mencionada institución educativa. Los casos secundarios fueron 6 convivientes de niños afectados de las diferentes salas: 2 adultos, de los cuales una mujer también era docente de la institución, y 4 menores. Asimismo, se presentó 1 caso ajeno a la institución, pero con relación temporal al brote y domicilio contiguo al de una de las familias afectadas. La tasa de ataque de casos primarios para el total de alumnos y docentes de las salas afectadas fue 13,5% y la tasa de ataque secundario entre los convivientes fue 18,2%. La forma de presentación fue diarrea aguda, dolor abdominal, fiebre y, en algunos casos, vómitos. Seis niños requirieron internación, uno de ellos en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. No se registraron fallecimientos. En los coprocultivos de los 16 casos afectados, procesados en el laboratorio del hospital regional, se obtuvo desarrollo de *Shigella flexneri*, resistente a ampicilina en 8 casos (50%), a TMP-SMX en 5 casos (31,2%). Todos los pacientes recibieron terapia antibiótica: ceftriaxona en los casos internados y TMP-SMX o azitromicina vía oral en los casos ambulatorios. Se tomaron muestras para cultivo en el establecimiento educativo tales como: superficies de baños, agua del tanque y de griferías, resultando negativas para *Shigella flexneri*. Los domicilios de los casos se encontraban entre los límites de la zona urbanizada y los asentamientos. La investigación de campo evidenció el déficit de instalaciones para el tratamiento de excretas en dichas viviendas. En el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) se completó el estudio por PCR Múltiple y electroforesis en campo pulsado (PFGE) con las enzimas NotI y XbaI según el protocolo PulseNet, de 8 aislamientos seleccionados (5 casos primarios de diferentes salas, 2 casos secundarios y el caso relacionado por domicilio). Todos los aislamientos investigados fueron confirmados como *S. flexneri* serotipo 2a por PCR Múltiple, se determinaron y se agruparon con similitud del 90 al 100% en 6 perfiles genéticos por PFGE con NotI. Un subtipo agrupó 3 aislamientos de 2 alumnos de distintas salas y el hermano de uno de ellos. La relación genética con la segunda enzima fue aún mayor del 96 al 100%.

Conclusiones: La investigación epidemiológica indica que probablemente el brote fue causado por contacto entre personas con fuente propagada. El factor determinante ambiental, la corta edad de los niños para realizar una correcta higiene y la concurrencia a clases de alumnos en período de incubación o al inicio del cuadro diarreico fue decisivo para originar y mantener el brote. El estudio de los aislamientos en el LNR determinó la relación genética de las cepas que permitió confirmar el nexo epidemiológico investigado. Palabras clave: *Shigella flexneri*, brote.

PE331 Diarreas virales en pediatría

Vidal ME, Ruiz F, Spoleti MJ.

Hospital De Niños Zona Norte. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: La enfermedad diarreica es una de las principales causas de morbimortalidad en niños en el ámbito mundial. Las medidas preventivas encaminadas al saneamiento del ambiente, la mejora de la higiene personal y, más recientemente, la elaboración de vacunas eficaces contra Rotavirus que permiten campañas de vacunación a gran escala, han mejorado el panorama en la lucha contra este padecimiento. En los últimos años, han aumentado las publicaciones científicas acerca de un patógeno en apariencia emergente: el Norovirus. Aunque las infecciones por Norovirus ocurren durante todo el año, se ha sugerido cierto predominio estacional durante los meses de invierno.

Objetivo: Determinar la prevalencia de virus gastrointestinales durante el año 2017 en niños menores de 5 años con diagnóstico de diarrea aguda atendidos en el Servicio de Bacteriología tanto ambulatorios como internados. Evaluar la distribución anual. Analizar estado de vacunación de todos los pacientes y su relación con el virus detectado.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, prospectivo de diarreas agudas en niños de 0 - 5 años durante el año 2017. La muestra de deposiciones diarreica se tomó una sola vez por paciente. Se detectó la presencia de Rotavirus, Adenovirus y Norovirus en materia fecal de 153 niños por medio técnicas inmunocromatográficas. Se estudió la distribución anual de la diarrea viral y de cada virus en particular. El estado de vacunación se evaluó utilizando el sistema de epicrisis informatizado del Hospital

Resultados: De los 153 pacientes estudiados el 25% (39) presentaron diarreas virales. El 46% (18) fueron rotavirus, el 41% (16) norovirus, el 13% (5) adenovirus. Las diarreas virales predominaron en los meses de mayo y noviembre. Rotavirus predominó en mayo y Norovirus en noviembre. El 66,7% (102) de los pacientes estaba vacunado, 89,2% (91) presentaba vacunación completa. El 55,5% (10) de los pacientes a los que se les detectó Rotavirus habían recibido alguna dosis de vacuna y el 39% (7) presentaba vacunación completa para la edad.

Conclusiones: En los países en donde los programas de vigilancia epidemiológica incluyen detección del Norovirus se ha evidenciado el verdadero impacto que este virus tiene y se ha registrado una incidencia cada vez mayor del mismo. Si bien cada vez se alcanzan mayores logros en la lucha contra la enfermedad diarreica en especial contra el Rotavirus debido a la implementación de la vacuna no debemos olvidar la amenaza latente que constituye el Norovirus.

PE332 Detección de patógenos respiratorios

Vidal ME, Spoleti MJ, Sciola G, Moses R, Ruiz F, Gorosito M.

Hospital De Niños Zona Norte. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son la principal causa de internación en niños menores de 5 años. En nuestro país son la tercera causa de muerte en menores de 1 año. El diagnóstico microbiológico es necesario para determinar la etiología de las IRA a fin de indicar el tratamiento adecuado. El objetivo de este trabajo fue determinar la etiología de las IRA en niños de 0 a 5 años internados en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica. Observar si existe relación patógeno - edad. Analizar la presencia de coinfecciones. Evaluar la evolución clínica del paciente. Se procesaron 50 muestras de aspirados nasofaríngeos. Para la detección de los patógenos respiratorios se utilizó el Panel Respiratorio FilmArray que permite realizar la detección simultánea de 20 patógenos respiratorios incluyendo RSV, FluA, FluA/H1, FluA/H1 2009, FluA/H3, FluB, AdV, PIV 1, 2, 3 y 4, HRV/enterovirus humanos, Coronavirus humano OC43, 229E, NL63 y HKU1, Metapneumovirus, *Bordetella pertussis*, *Mycoplasma pneumoniae* y *Chlamydophila pneumoniae*. Además, se cultivaron las secreciones nasofaríngeas para bús-

queda de bacterias y de otras especies de *Bordetella* spp no incluidas en el panel. De las 50 muestras procesadas el 94 % (n = 47) fueron positivas y de estas el 51 % (n = 24) presentaron coinfección. Se identificó etiología viral en el 76.5 % (n = 36) de los casos siendo los virus más frecuentes RSV (74.5 % n = 35) seguidos de rinovirus/enterovirus (57,5 % n = 27). Se identificaron también adenovirus (6 % n = 3) y metapneumovirus (4 % n = 2). El 40 % (19) de las coinfecciones fue rinovirus/enterovirus + RSV, dos de las cuales presentaron también infección bacteriana. Las infecciones por RSV se observaron en niños menores de 3 meses y las producidas por adenovirus en mayores de 3 años. Requiritieron asistencia respiratoria mecánica 8 niños (12 %). Todos los pacientes evolucionaron hacia la cura clínica. El Panel Respiratorio FilmArray permitió identificarla etiología de la mayoría de las IRA en pacientes internados en UTIP. Detectó patógenos respiratorios que no son estudiados en ensayos de rutina y un 51 % de coinfecciones. El 76.5 % de las IRA estudiadas fueron de etiología viral siendo los RSV fueron los virus más frecuentemente detectados. Solo el 12 % de los pacientes requirió cuidados de mayor complejidad y ninguno de ellos falleció.

PE333 Abdomen agudo quirúrgico: rescate microbiológico

Vidal ME, Spoletti MJ, Ruiz F, Arocha S.
Hospital De Niños Zona Norte. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes internados en Pediatría desde junio de 2015 a marzo de 2018 con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico. Establecer la relación con las siguientes variables: sexo; tipo de apendicitis; técnica quirúrgica utilizada; complicaciones; profilaxis antibiótica realizada; rescate microbiológico de los cultivos de líquido peritoneal; perfil de resistencia a antimicrobianos y días de tratamiento endovenoso (discriminando por cada tipo de apendicitis).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo que incluyó a cien niños de 30 días a 15 años internados con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico desde junio de 2015 y marzo de 2018. Se registraron las variables relacionadas al cuadro clínico descripto.

Resultados: De la muestra de 100 pacientes internados con diagnóstico de apendicitis el 73 % (73) fueron niños y el 27 % (27) niñas. El 47 % (47) tuvieron diagnóstico de peritonitis. El 74 % (74) fueron cirugías realizadas de forma laparoscópica. El 49 % (49) de los pacientes presentaron complicaciones. De estos el 43 % (21 pacientes) realizó profilaxis con aminopenicilinas+sulbactama (AMS), 40 % (20 pacientes) con metronidazol/gentamicina y el 17 % (8 pacientes) realizaron profilaxis con otros planes antibióticos. Del total de pacientes que presentaron complicaciones, 55 % (27 pacientes) la cirugía fue laparoscópica. Se observó que solo al 23 % (23) de los pacientes internados se le realizó cultivo. De los líquidos peritoneales cultivados el 78 % (18) presentaron rescate bacteriológico y el 22 % (5) tuvieron cultivo negativo. Los líquidos peritoneales que fueron positivos tuvieron la siguiente distribución bacteriana: en el 83 % (15) se obtuvo desarrollo de *Escherichia coli*, en el 17 % (3) restante se obtuvo desarrollo de *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterococcus faecalis* y *Enterococcus avium*. Del total de aislamientos de *Escherichia coli* el 60 % (9) presentaron el siguiente perfil de sensibilidad: ampicilina; aminopenicilinas + sulbactama; cefalotina; cefotaxime; ceftazidima; gentamicina; trimetoprima + sulfametoxazol + piperacilina + tazobactam. La media de los días de tratamiento antimicrobiano totales, administrados de forma endovenosa sin discriminar diagnóstico fue de 5,2 días. En los pacientes con diagnóstico de peritonitis la media de antibioticoterapia endovenosa fue de 6,9 días. En los pacientes con diagnóstico de apendicitis supurada fue de 3,05 días. La media de días de antibióticos endovenosos en pacientes con apendicitis gangrenosa fue de 4,9 días.

Conclusiones: Sería importante conocer los patrones de susceptibilidad a los antimicrobianos de las bacterias recuperadas en líquido peritoneal de pacientes apendicectomizados en nuestro Hospital para gestionar en forma adecuada el uso de antimicrobianos y ante la necesidad de instaurar un tratamiento empírico. Se debe tener un enfoque proactivo para el des escalamiento de antibióticos a fin de evitar la aparición de resistencias y reducir al mismo tiempo los costos, teniendo en cuenta además la importancia de optimizar recursos en Salud Pública.

PE334 Absceso esplénico, a propósito de un caso

D'hers R, Bonardo V, Fernie ML.
Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El absceso esplénico es una patología poco frecuente que conlleva una alta mortalidad, se presenta como síndrome febril prolongado (SFP) y esplenomegalia, generalmente secundario a una infección a distancia (principalmente endocarditis bacteriana). Dentro de las posibilidades terapéuticas se encuentran el tratamiento antibiótico, el drenaje percutáneo o esplenectomía.

Objetivo: Presentar un caso de absceso esplénico para alertar sobre su importancia por la alta morbimortalidad que este cuadro representa.

Descripción de caso: Paciente de 3 meses y 20 días con diagnóstico prenatal de Sme. de Down, enfermedad de Hirschprung corregida de manera quirúrgica y canal AV completo, es derivado de su ciudad de origen por fiebre de 10 días de evolución y líquido periesplénico. Al ingreso se realizó laboratorio: leucocitosis con desviación a la izquierda, reactantes de fase aguda aumentados, una PCR 6.6, hemocultivos, urocultivos, tomografía (TAC) abdominal en la cual se observa en bazo voluminosa colección líquida con realce periférico de 50 x 45 mm. Adyacente otra pequeña de similares características, compatibles con absceso esplénico. Se inició tratamiento con meropenem y anfotericina, esta última suspendida luego de 48 hs con cultivos negativos. Se realizó drenaje de absceso esplénico mediante cirugía laparoscópica, se rescató de cultivo de drenaje *E. coli* BLEE sensible a carbapenemes, gentamicina y trimetoprima sulfametoxazol; por lo que realizó tratamiento con carbapenemes 22 días totales. TAC de control disminución de dicha colección. Al alta continuó con antibioticoterapia VO con TMS por 15 semanas pos el drenaje.

Conclusión: Importante en SF en paciente con antecedentes relevantes continuar búsqueda de foco a pesar de estudios iniciales negativos. Recordar la importancia de la morbimortalidad asociada en esta patología. Considerar la importancia del manejo interdisciplinario con equipo de cirugía para el abordaje terapéutico de esta patología.

PE335 Infecciones perinatales: seroprevalencias detectadas en los trienios 2011-2013 y 2016-2018

Bernan ML, Vaquero L, Montes P, Lozano J.
Hospital Interzonal General de Agudos San Roque. La Plata. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El control serológico en la gestante de patologías de transmisión vertical, tiene como objetivo realizar un diagnóstico precoz y permitir la intervención médica oportuna. Dentro de las patologías prevalentes se estudian serológicamente a las gestantes para sífilis, toxoplasmosis y hepatitis B, entre otras, a fin de evitar ó minimizar el riesgo de daño al producto de la concepción.

Objetivo: Evaluar las tasas de infección por sífilis, toxoplasmosis aguda y hepatitis B en las gestantes y productos de la concepción. Las mismas son evaluadas durante dos trienios separados por un período libre de 5 años.

Material y Métodos: Estudio epidemiológico retrospectivo, observacional y descriptivo realizado sobre 10.696 gestantes estudiadas durante los trienios 2011-2013 y 2016-2018. Las gestantes fueron estudiadas con VDRL y pruebas treponémicas para sífilis, ELISA IgG, IgM y test de avidéz para definir toxoplasmosis aguda y HBsAg-HBcAc para hepatitis B. Fueron evaluadas 5988 gestantes durante el periodo enero2011-diciembre2013 y 4708 de enero2016- diciembre 2018. Se analizaron y compararon las tasas de infección halladas en ambos períodos. Los recién nacidos se evaluaron para sífilis y toxoplasmosis congénita según las guías de diagnóstico y tratamiento del Ministerio de Salud. A los RN de madres con hepatitis B se le indicó al nacimiento inmunoglobulina más vacuna según protocolo. Los datos fueron analizados con una prueba t de Student, con programa estadístico Sigma Stat 3.5. Se consideró $p < 0,05$ como valor significativo.

Resultados: Las tasas de hepatitis B fueron de 0,2 % de partos realizados en ambos períodos. Las tasas de toxoplasmosis aguda en el primer trienio fueron de 0,1 % y en el segundo de 0,6 % de partos realizados. Todas las gestantes con diagnóstico de toxoplasmosis aguda recibieron tratamiento durante el embarazo y no tuvimos RN diagnosticados con criterios de toxoplasmosis congénita. En relación a sífilis materna se evidenció un incremento de 7 a 31 casos por 1000 partos realizados entre ambos trienios, correlacionada con un incremento de sífilis congénita de 1,5 a 7,4 casos por 1000 partos. Al evaluar las tasas de sífilis congénita / sífilis materna se detectó un incremento de 2 % entre ambos trienios (22 % y 24 %)

Conclusiones: A- La evaluación en las tasas comparativas de ambos trienios evidenció un aumento significativo, en la tasa de sífilis y toxoplasmosis aguda en gestantes, mientras que la tasa de hepatitis B no evidenció modificaciones. B- No se diagnosticaron casos de toxoplasmosis congénita. C- Hay un incremento significativo de la sífilis materna y de los RN con sífilis congénita sobre el número total de partos en el último trienio, pero los RN con criterios clínicos y/o serológicos en relación a la tasa de sífilis materna, aumentó un 2 % entre el primer al segundo trienio (22 % a 24 %). Esto evidencia no sólo el incremento de la tasa global de sífilis materna, sino que el diagnóstico y el tratamiento de la gestante son tardíos e inoportunos.

PE336 Screenig molecular de parvovirus humanos en la pesquisa de enfermedades congénitas aplicadas a mujeres embarazadas sintomáticas y niños

Colazo Salbetti MB¹, Pedranti MS¹, Barbero P², Molisani P¹, Lazzari M¹, Olivera N¹, Isa MB³, Bertoldi A⁴, Moreno L³, Adamo MP¹.

¹Instituto de Virología "Dr. J. M. Vanella", Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Argentina, ²Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Argentina.

³Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina. ⁴Clinica Universitaria Reina Fabiola. Córdoba. Argentina.

Introducción. El virus B19 (B19V) y el bocavirus humano 1 (HBoV1) son parvovirus patógenos humanos prevalentes en todo el mundo, responsables de un espectro diverso y aún no completamente establecido de manifestaciones clínicas. B19V puede transmitirse verticalmente de la madre al feto durante el embarazo, con consecuencias para la vida pre y post natal. Su participación en patologías en este grupo de riesgo no está completamente caracterizada, pudiendo estar subdiagnosticada en la práctica clínica. HBoV1 se asocia con infección respiratoria aguda, pero persiste en diferentes tejidos y pueden ocurrir reinfecciones asintomáticas. Además, debido a su detección en suero, se puede hipotetizar la transmisión de la madre al feto durante el embarazo.

Objetivo. Realizar un screening molecular de B19V y HBoV1 en pacientes con manifestaciones clínicas atribuibles a la infección parvoviral adquirida durante el embarazo (sin etiología confirmada previamente).

Metodología. El diseño del estudio fue retrospectivo, observacional. Se incluyeron muestras de suero de mujeres embarazadas sintomáticas, pacientes neonatales y pediátricos con patologías originadas durante la gestación. Se extrajeron los ácidos nucleicos mediante columnas comerciales y la presencia de los agentes se determinó por PCR. Las muestras positivas fueron genotipificadas.

Resultados. Se analizaron 106 muestras de suero, 61 de mujeres embarazadas y 45 de neonatos y pacientes pediátricos. Ninguna fue positiva para HBoV1, mientras que B19V se detectó en 37/106 (34.9 %, IC 95 % 26.5 - 44.4) de las muestras estudiadas. En el grupo de mujeres embarazadas, 28/61 (45.9 %, IC 95 % 34.0 - 58.3) fueron B19V-positivas, dos de ellas tenían anemia fetal seguida de hidrops y muerte fetal, tres asociadas con antecedentes de aborto recurrente y un caso de aborto espontáneo. B19V también se detectó en casos de exantema febril materno, polihidramnios, oligohidramnios y ascitis fetal. En el grupo de neonatos y pacientes pediátricos, 9/45 (20.0 %, IC 95 % 10.9 - 33.8) fueron positivos para B19V, asociados a hidrops fetal, síndrome TORCH y alteraciones cardíacas. Las secuencias de nucleótidos analizadas confirmaron la identidad del genotipo B19V 1.

Conclusiones. No se encontraron evidencias sobre la presencia de HBoV1 en la sangre materna y la posible transmisión al feto. Por otro lado, B19V se detectó con una alta frecuencia en las patologías estudiadas, lo que indica la importancia del diagnóstico molecular tanto en la madre como en el niño. Ya que se puede aplicar una terapia intrauterina dependiendo de la gravedad de la patología, se justifican nuevos estudios que contribuyan a caracterizar mejor los aspectos clínicos, la patogénesis y, en particular, la detección temprana, considerando la disponibilidad futura del tratamiento antiviral.

8 - Inmunocomprometidos no VIH y trasplantes

PE337 Infección diseminada bacteriémica por *Nocardia farcinica*

Fernández A, Andres P, Rodriguez A, Madsen E, Nagel C.
Fundación Favaloro para la Investigación y la Docencia Médica. Argentina.

Introducción: La infección por especies de *Nocardia* spp. (NOC) suele ocurrir en pacientes con defectos en la inmunidad celular; el trasplante de órgano sólido (TXT) es la condición asociada más frecuente. El compromiso pulmonar es lo más habitual y suele presentar tropismo por sistema nervioso central (SNC). La bacteriemia es poco frecuente, puede asociarse a infección con cuerpos extraños. La identificación de NOC ya no es posible con pruebas bioquímicas convencionales. La PCR y secuenciación del rRNA 16S es rápida y confiable. Otra posibilidad más sencilla en un laboratorio clínico es el uso de MALDI-TOF.

Descripción: Paciente de 69 años con antecedentes de enfermedad renal crónica. En mayo de 2017 se realizó TXT renal. Recibió inducción con timoglobulina y esquema de inmunosupresión (IS) estándar con tacrolimus, micofenolato y deltisona. El 2/2/18 sufrió una caída con traumatismo encefalocraneano y de cadera derecha. Ingresó el 18/2 con tos productiva, astenia, adinamia y fiebre. La TAC de tórax evidenció consolidación cavitada y múltiples nódulos en pulmón derecho. El 21/2 se realizó BAL con biopsia transbronquial (búsqueda de gérmenes comunes, hongos, micobacterias, virus) y se tomaron dos hemocultivos automatizados Bact-Alert (bioMérieux®). Se observó hematoma en muslo derecho. Ese día se positivizaron los hemocultivos con bacilos Gram positivos finos difteromorfos y lo mismo mostró la coloración de Gram del BAL. En ambos materiales la coloración de Kinyoun los evidenció como ácido resistentes. Fueron identificados como *Nocardia farcinica* (NF) por MALDI-TOF. Se rescató también de la punción del hematoma. Recibió tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol (TMS), imipenem (IMP) y amicacina. Los valores de CIM (mg/l) para IMP y TMS con el método epsilométrico fueron respectivamente 0,5 y 2 (sensibles). Se descartó compromiso de SNC con RMN de encéfalo y punción de líquido cefalorraquídeo (sin hallazgos patológicos ni rescate microbiológico). Por hallazgo de colecciones suprayacentes a ambas caderas por TAC, se realizó punción y drenaje y se recuperó NF. Se interpretó como nocardiosis diseminada bacteriémica con compromiso pulmonar y celulitis con miositis. El 28/2 continuó sólo con TMS (15 mg/k día) y se redujo la IS. Evolucionó con múltiples complicaciones infectológicas sin recaída de la nocardiosis: reactivación de CMV, viremia por virus BK, diarrea clostridial, neumonía bacteriémica por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa y candidemia sin foco. Resolvió satisfactoriamente. Egresó con TMS a la misma dosis hasta completar 6 meses a partir del último aislamiento.

Discusión: La infección por NF apareció 9 meses post TXT, en coincidencia con la mayoría de los casos en la literatura (5 u 8 meses o más). La identificación obtuvo un buen score con Maldit-Tof. Si bien hay un patrón de sensibilidad antibiótica asociado a NF (alto % de sensibilidad a TMS y linezolid, variable a IMP), es conveniente testearla por variaciones intra-especie. En hemocultivos desarrolló dentro del tiempo normal de incubación sin dificultades en el crecimiento. La coexistencia de múltiples oportunistas en periodo pos TXT tardío refleja un estado neto de gran inmunosupresión que justificaría la forma diseminada con bacteriemia y localizaciones poco frecuentes. La evolución favorable estaría asociada a la precocidad en el diagnóstico e inicio del tratamiento junto con la disminución de inmunosupresión.

PE338 Mucormicosis rinosinusal en paciente diabética. Reporte de dos casos

Moreno MM, Rojas Ríos A, Penco S, Carrizo S.
Hospital Rawson. Córdoba. Argentina.

Introducción: El término mucormicosis se aplica a cualquier infección micótica producida por el orden Mucorales. La mucormicosis rinosinusal (MRS) es poco frecuente, afecta principalmente a diabéticos e inmunodeprimidos, con compromiso de nariz y senos paranasales, pudiendo progresar a órbita y cerebro. La supervivencia en diabéticos oscila entre un 60 % y 90 %.

Caso clínico 1: Paciente femenina, 54 años, APP: DM2. Consulta por edema hemifacial, dolor y tumoración indurada en malar derecho de 20 días. Recibe tratamiento (Tto.) antibiótico sin mejoría. Ex físico: edema y eritema en zona malar y maxilar derecha, tumoración indurada dolorosa en malar, de 3 cm de diámetro, tumefacción de mucosa gingival en 2do molar derecho, abomba al paladar. Tto. con clindamicina. Servicio maxilofacial indica extracción dentaria y continuar con igual Tto. TAC maxilofacial/cuello: seno maxilar derecho ocupado, tumoración a nivel de partes blandas de malar, paranasal, con edema hasta región infraorbitaria. Se realiza punción y toma de muestra. Anatomía patológica: inflamación crónica granulomatosa, áreas de necrosis, compatible con mucormicosis. Se realiza anfotericina B y debridamiento.

Caso clínico 2: Paciente femenina, 28 años, APP: DM reciente diagnóstico (Dx). Presenta dolor en zona malar/maxilar izquierda y edema. TAC maxilofacial/cuello: absceso periodontoideo. Realiza Tto. antibiótico sin respuesta. Se intenta drenaje, sin extracción de material. Es derivada a esta institución. Ex físico: edema indurado en hemicara izquierda con afección de párpados y orbita, centro hipercrómico, sin crepitación, intenso dolor. Ex. Oftalmológico: OI: pupila fija, amaurosis, falta de movimiento ocular. Edema bpalpebral. FO: opacidad vítrea. No se visualiza retina, endoftalmitis. Inicia Tto. con vancomicina/ PTZ/Amikacina/Anfotericina B. Pasa a UTI. Servicio maxilofacial: drenaje por absceso odontogénico/fascitis necrotizante, probable mucormicosis. Se realiza enucleación y debridamiento de región malar. Microbiología: desarrollo de hongos filamentosos, con micelio cenocítico con estructuras compatibles con hongos del orden Mucorales de tejido blando y nervio intraorbitario. Evoluciona con extensión de necrosis, se amplía incisión quirúrgica. Se agrega al Tto. posaconazol.

Discusión: La MRS es poco frecuente, debe sospecharse en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos, con clínica compatible. La enfermedad puede ser aguda fulminante, de progresión rápida por diseminación vascular, teniendo la demora del Dx graves consecuencias, con una mortalidad de entre 60-80 %. Infección crónica es aquella en que los signos/síntomas perduran más de 4 semanas. Los pacientes suelen presentar síntomas locales con evolución indolente lenta, que lleva a un mal Dx o a su retraso. El Tto. consiste en altas dosis de anfotericina B, toilette quirúrgico y medidas para revertir el compromiso inmunológico. La sospecha y el Dx temprano, seguidos de Tto. Adecuado y toilet quirúrgico mejoran el pronóstico y disminuyen la mortalidad.

Conclusión: Pacientes con DM con MRS crónica, con demora en Dx por falta inicial de sospecha clínica a pesar de contar ambas pacientes con factor de riesgo predisponente.

PE339 Fenómenos inmunológicos vinculados a reactivación por virus de Epstein-Barr en un paciente postrasplante de médula ósea. Reporte de caso

Baraldo Trillo S, D'angelo G, Iglesias D, Ruiz C, González G, Rosselot S, Gómez S.

Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica. La Plata. Argentina.

Introducción: El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es uno de los pilares del tratamiento de enfermedades malignas y no malignas, incluidas las autoinmunes. El desarrollo de fenómenos inmunológicos distintos a enfermedad injerto contra huésped (EICH) es infrecuente y poco diagnosticado.

Objetivo: Describir fenómenos inmunológicos, no asociados a EICH, vinculados a reactivación del virus de Epstein-Barr (VEB) en un paciente trasplantado de médula ósea.

Descripción: Niña de 2 años de edad con diagnóstico de síndrome de Kostmann, posTCPH alogénico no relacionado; realizado en una unidad de trasplante de Médula Ósea de un hospital público de la ciudad de La Plata. La consulta se genera 5 meses posteriores al TCPH por presentar irritabilidad con rechazo al alimento y deposiciones desligadas. La niña demuestra llanto inconsolable, oftalmoplejía y debilidad muscular con arreflexia bilateral. El laboratorio evidencia plaquetopenia, con estudio de médula ósea normal. Pancultivos negativos. El citoquímico de LCR demuestra disociación albumino-citológica y la PCR en materia fecal es positiva para *Campylobacter jejuni*. Ante sospecha de síndrome de Guillain-Barré, variante Miller-Fisher, inicia tratamiento con gammaglobulina (IVIgG). La RNM de cerebro y columna con gadolinio, los potenciales evocados visuales y el electroencefalograma son normales. Luego de 3 semanas presenta evolución clínica estable. Se realiza nueva punción lumbar con dosaje de anticuerpos antigangliosidos (gq1b: negativos) y anti-NMDA (anti GABAB-R positivo) e inicia empíricamente pulsos de metilprednisolona con sospecha de encefalitis autoinmune, sin mejoría clínica. Concomitantemente presenta anemia hemolítica asociado a aumento exponencial en carga de VEB. Los autoanticuerpos plaquetarios y la prueba de Coombs directa son positivos (IgG caliente pan-aglutinina sin especificidad); sugestivo de síndrome de Evans. Por sospecha de síndrome de Evans + polineuropatía vinculados a VEB y ante la falta de respuesta a la IVIgG, inicia tratamiento con rituximab, desarrollando una mejoría inmediata del componente hemolítico. Al mes se observa respuesta plaquetaria favorable y mejoría neurológica progresiva.

Discusión: Los fenómenos inmunológicos son eventos clínicamente significativos en los pacientes pos-TCPH. En estos pacientes existe alto riesgo de desarrollar infecciones virales o reactivarlas. Es importante estar alerta a estas complicaciones dado que son de difícil diagnóstico, y además plausibles de generar importante morbimortalidad. Palabras clave: Trasplante de Médula Ósea; Virus de Epstein-Barr; Fenómenos inmunológicos

PE340 Aneurisma micótico como complicación de trasplante hepático

Ribeiro Lomes N, Lomes NR, Mondolfo AO, Guedes LV, Almeida VB, Guimaraes VM, Monteiro MM, Silva CA, Hartz M, Terra MPR, Farias JLR, Mucare M, Barros LMG, Neves DB, Salzedas AA, Gonzales AM, Pimentel CFMG.

Hospital de Transplantes Euryclides de Jesus Zerbini. São Paulo. Brasil.

El aneurisma micótico es una alteración estructural que ocurre por el crecimiento de microorganismos en el interior de su pared. Su ubicación puede ser un sitio previamente saludable, en aneurismas ya existentes o después de contacto directo (trauma, cirugía). Su manejo consiste en antibioticoterapia y corrección quirúrgica temprana, por el riesgo de complicaciones de gran mortalidad. La ocurrencia de esta enfermedad en el período postrasplante hepático es rara, y tiene presentación clínica variada, tales como colestasis, hemorragia digestiva alta, dolor abdominal inespecífico o incluso su rotura con inestabilidad hemodinámica. Por sus síntomas inespecíficos, el diagnóstico tardío después de la complicación es común. El conocimiento de la enfermedad y la sospecha temprana afectan directamente el pronóstico.

Varón, 46 años, portador de cirrosis alcohólica, descompensada en ascitis refractaria, sometido a trasplante hepático. El donante cadavérico tenía 45 años y su causa de muerte encefálica fue causada por accidente cerebrovascular hemorrágico. Utilizaba antibioticoterapia por episodios de fiebre con cultivos negativos. Utilizada inmunosupresión estándar con metilprednisolona en pulsoterapia en el período intraoperatorio, con lenta disminución. Cuando estable, introducido tacrolimo y micofenolato sódico. En el 8° día postrasplante presentó fiebre y ascenso de la proteína C reactiva y leucocitos, cuando optado por empezar antibioticoterapia empírica de largo espectro (vancomicina y meropenem). Cultivos de esta fecha negativos. En el 13.º día refirió dolor abdominal leve. La tomografía computarizada sin contraste identificó dilatación discreta de los conductos biliares y la ecografía del día antes no identificó colecciones perihepáticas o alteración vascular. El 14.º día presentó inestabilidad hemodinámica y aumento del volumen abdominal, cuando fue considerada la sospecha de choque hemorrágico y llevado a laparotomía exploratoria de urgencia, donde fue identificado rotura de la anastomosis de la arteria hepática. Pero, por la grave inestabilidad, falleció inmediatamente al fin de la intervención quirúrgica. Resultado de pruebas posteriores confirmaron el hallazgo de *Candida albicans* en la pared arterial, bien como en cultivos de sangre.

Datos de la literatura demuestran raros casos de aneurisma micótico postrasplante con incidencia de cerca de 1 % cuando el injerto es hepático. Dicha complicación es rara con alta mortalidad, alcanzando hasta un 69 % de los casos, especialmente por su imprevisibilidad. Factores de riesgo posiblemente asociados son: anastomosis hepatojejunal en Y de Roux, colangitis esclerosante primaria y fistula biliar. La etiología fúngica del aneurisma micótico es aún más rara, ocurriendo lo mismo en ausencia de factores de riesgo para candidemia y con cultivos de sangre negativos. El tratamiento del aneurisma micótico consiste en cirugía y antibióticos por largo período (4 a 6 semanas), destacando el peor pronóstico en aquellos con necesidad quirúrgica después de la ruptura. Como herramienta auxiliar en el diagnóstico del aneurisma micótico de la arteria hepática postrasplante, complicación rara y con presentación indistinta, es fundamental el conocimiento de la enfermedad, alta sospecha y tratamiento precoz. Palabras clave: Infección fúngica, trasplante, aneurisma micótico

PE341 Infección diseminada bacteriémica por *Nocardia farcinica*

Fernández A, Andres P, Rodriguez A, Madsen E, Nagel C.

Fundación Favaloro para la Investigación y la Docencia Médica. Argentina.

Introducción: La infección por especies de *Nocardia* spp. (NOC) suele ocurrir en pacientes con defectos en la inmunidad celular; el trasplante de órgano sólido (TXT) es la condición asociada más frecuente. El compromiso pulmonar es lo más habitual y suele presentar tropismo por sistema nervioso central (SNC). La bacteriemia es poco frecuente, puede asociarse a infección con cuerpos extraños. La identificación de NOC ya no es posible con pruebas bioquímicas convencionales. La PCR y secuenciación del rRNA 16S es rápida y confiable. Otra posibilidad más sencilla en un laboratorio clínico es el uso de MALDI-TOF.

Descripción: Paciente de 69 años con antecedentes de enfermedad renal crónica. En mayo de 2017 se realizó TXT renal. Recibió inducción con timoglobulina y esquema de inmunosupresión (IS) estándar con tacrolimus, micofenolato y deltisona. El 2/2/18 sufrió una caída con traumatismo encefalocraneano y de cadera

derecha. Ingresó el 18/2 con tos productiva, astenia, adinamia y fiebre. La TAC de tórax evidenció consolidación cavitada y múltiples nódulos en pulmón derecho. El 21/2 se realizó BAL con biopsia transbronquial (búsqueda de gérmenes comunes, hongos, micobacterias, virus) y se tomaron dos hemocultivos automatizados BacT-Alert (BioMérieux®). Se observó hematoma en muslo derecho. Ese día se positivizaron los hemocultivos con bacilos Gram positivos finos difteromorfo y lo mismo mostró la coloración de Gram del BAL. En ambos materiales la coloración de Kinyoun los evidenció como ácido resistentes. Fueron identificados como *Nocardia farcinica* (NF) por MALDI-TOF. Se rescató también de la punción del hematoma. Recibió tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol (TMS), imipenem (IMP) y amicacina. Los valores de CIM (mg/l) para IMP y TMS con el método epsilométrico fueron respectivamente 0,5 y 2 (sensibles). Se descartó compromiso de SNC con RMN de encéfalo y punción de líquido cefalorraquídeo (sin hallazgos patológicos ni rescate microbiológico). Por hallazgo de colecciones suprayacentes a ambas caderas por TAC, se realizó punción y drenaje y se recuperó NF. Se interpretó como nocardiosis diseminada bacteriémica con compromiso pulmonar y celulitis con miositis. El 28/2 continuó sólo con TMS (15 mg/k día) y se redujo la IS. Evolucionó con múltiples complicaciones infectológicas sin recaída de la nocardiosis: reactivación de CMV, viremia por virus BK, diarrea clostridial, neumonía bacteriémica por *Klebsiella pneumoniae* productora de carbapenemasa y candidemia sin foco. Resolvió satisfactoriamente. Egresó con TMS a la misma dosis hasta completar 6 meses a partir del último aislamiento.

Discusión: La infección por NF apareció 9 meses post TXT, en coincidencia con la mayoría de los casos en la literatura (5 u 8 meses o más). La identificación obtuvo un buen score con Maldi-Tof. Si bien hay un patrón de sensibilidad antibiótica asociado a NF (alto % de sensibilidad a TMS y LZD, variable a IMP), es conveniente testearla por variaciones intraespecie. En hemocultivos desarrolló dentro del tiempo normal de incubación sin dificultades en el crecimiento, como se ha informado en otros trabajos de bacteriemia por NOC. La coexistencia de múltiples oportunistas en periodo pos TXT tardío refleja un estado neto de gran inmunosupresión que justificaría la forma diseminada con bacteriemia y localizaciones poco frecuentes. La evolución favorable estaría asociada a la precocidad en el diagnóstico e inicio del tratamiento junto con la disminución de inmunosupresión.

PE342 Compromiso de sistema nervioso central en pacientes pediátricos oncohematológicos. Aspergilosis cerebral vs. otras etiologías

Dondoglio P, Juarez X, Pasinovich M, Delgado M, Echave C, Varela A, Velasco C, Mateucci E, Pereda R, Cancellara A.
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA. Argentina.

Introducción: La aspergilosis invasiva ocurre predominantemente en huéspedes inmunosuprimidos. Los factores de riesgo son: prematuridad, inmunosupresión primaria o secundaria, procedimientos neuroquirúrgicos y lesión en sistema nervioso central (SNC) previa. Hay factores ambientales que favorecen la infección tales como obras de construcción o remodelación cercanas a los nosocomios. El diagnóstico de la infección se realiza con la tríada: clínica compatible más neuroimagen patológica y evidencia de infección fúngica.

Objetivos: Describir las características de los episodios de aspergilosis cerebral en pacientes con enfermedades oncohematológicas. Comparar los casos de aspergilosis de SNC por *Aspergillus* spp. y los producidos por otras etiologías.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes ≤ 18 años con enfermedades onco-hematológicas seguidos en el Servicio de Infectología de un hospital pediátrico durante el año 2018. Se definió aspergilosis probable cuando se evidenció compromiso en neuroimágenes con citoquímico de líquido céfalo-raquídeo (LCR) patológico y cultivo o PCR positivos para *Aspergillus* spp. en LCR u otro sitio estéril, o índice de GM ≥ 0.5 en LCR. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y de neuroimágenes. El análisis estadístico se realizó con Epiinfo® 7.2.

Resultados: Se asistieron 81 pacientes con enfermedades onco-hematológicas de los cuales 7 presentaron compromiso de SNC, y éstos fueron analizados. Las enfermedades de base fueron 6 leucemias y 1 tumor sólido (meduloblastoma). 3/7 (43%) tuvieron diagnóstico de aspergilosis probable. Los otros diagnósticos fueron toxicidad por quimioterapia (3) y enfermedad psiquiátrica (1). La media de edad en aspergilosis probable fue de 11 años (DS 5.3), y sin este diagnóstico de 8.3 años (DS 0.52). 6/7 (85.7%) fueron varones. Los 3 pacientes con aspergilosis probable tuvieron status convulsivo refractario y coma, y ningún paciente sin este diagnóstico presentó esta clínica. Todos los pacientes con aspergilosis probable requirieron internación en unidad de cuidados intensivos (UTI) y asistencia respiratoria mecánica (ARM) a diferencia de aquellos sin la infección. La duración de los síntomas neurológicos en niños con aspergilosis presentó una media de 49.3 días (DS 61.5) y en pacientes con otros diagnósticos fue de 2.25 días (DS 0.5). Todos los casos de aspergilosis probable de sistema nervioso central tuvieron un índice de GM ≥ 0.5 en LCR. Todos los pacientes con aspergilosis probable presentaron TAC patológica (2 isquemia y 1 hemorragia) y 1 niño con otro diagnóstico tuvo y/o imagen alterada. Los pacientes con aspergilosis tuvieron entre 3 y 5 factores de riesgo, mientras que en aquellos sin la infección presentaron entre 1 y 3. Los 3 niños con aspergilosis probable de sistema nervioso central completaron 1 año de tratamiento con voriconazol. Un paciente se recuperó ad integrum y 2 presentaron secuelas.

Conclusiones: En la comparación, aquellos con aspergilosis probable de sistema nervioso central tuvieron mayor edad, presentaron status convulsivo refractario, requerimientos de UTI, clínica neurológica severa y prolongada, neuroimagen patológica e índice de GM elevado en LCR. Dada la gravedad que reviste esta patología sin tratamiento se sugiere considerarla en el estudio de pacientes con enfermedades onco-hematológicas que presenten clínica neurológica grave persistente y neuroimagen patológica. La elevada frecuencia con la que observamos esta complicación puede estar relacionada con la presencia de obras de remodelación en las cercanías del hospital.

PE343 Bacteriemias en receptores de organo solido: incidencia, etiologia, factores de riesgo y evolucion. Estudio multicentrico

Pinoni MV, Smud A, Barcan L, Nagel C, Pujato N, Giorgio P, Martinoia A, Salgueira C, Zerboni S, Madsen E, Radisic M, Ducatenzeiler L, Efrón E, Altclas J, Temporiti E.
Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Las estrategias preventivas han reducido el riesgo de infecciones oportunistas clásicas en receptores de TOS. Sin embargo las infecciones bacterianas especialmente las bacteriemias (BSI) continúan siendo una de las complicaciones a corto plazo en esta población. Nuestro objetivo fue analizar la epidemiología, microbiología y factores de riesgo asociados a la morbimortalidad en las BSI en TOS durante los primeros 90 días post trasplante.

Materiales y Método: Se realizó un estudio observacional prospectivo multicéntrico de todas las BSI desde mayo 2016 a octubre 2018.

Resultados: Documentamos 160 episodios de BSI en 132 pacientes (pat): renales 77(58%), hepáticos 26(20%), cardíacos 14(11%) y otros 15(11%). Timoglobulina y esteroides fue la inmunosupresión de inducción más utilizada: 58 (44%); y tacrolimus, esteroides y micofenolato para el mantenimiento: 93(70.5%). En 51 episodios (32%) los pacientes habían estado colonizados en los 12 meses previos a la bacteriemia con organismos multi resistentes (OMR) y 44(27.5%) habían tenido previamente una infección por OMR 148/160 (92.5%) fueron intrahospitalarias y 28(17.5%) pacientes tuvieron más de una bacteriemia 136 (85%) bacteriemias fueron secundarias a otra infección: 82 (59%) urinaria, 21(15%) asociada a catéter, 20(14.5%) sitio quirúrgico. El 80% (140) de los microorganismos

fueron bacilos Gram negativos (BGN) y *Klebsiella pneumoniae* (36 %) fue el agente más frecuente. 102/175 (58 %) fueron OMR y el mecanismo más frecuentemente hallado fue la presencia de betalactamasas de espectro extendido (BLEE): 53 (52 %), seguido de enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) 28(28 %). No se encontraron diferencias significativas en síntomas, signos clínicos o severidad (medido por escores de Pitt y APACHE II) entre pacientes infectados por OMR y aquellos sin OMR. En 52 (88 %) de las bacteriemias por no OMR el tratamiento antibiótico empírico fue adecuado y en 77/101(76 %) de las producidas por OMR (p = ns). La bacteriemia persistente fue más frecuente con OMR: 0/59 vs. 9/101 p = 0.01, y fue un factor de mortalidad independiente p = 0.003 RR 4.32. La mortalidad global a los 30 días fue del 27 % (36/132), y la atribuible del 61 % (22/36), siendo más alta en EPC más que en no OMR o en aquellas con otro mecanismo de resistencia: 15/28(53.5 %) vs. 21/132: 16 %, p < 0.001, RR 3.17.

Conclusión: Las bacteriemias por OMR fue una complicación frecuente asociada a lata mortalidad especialmente por EPC. Las bacteriemias persistentes y por EPC fueron factores de riesgo independiente para mayor mortalidad.

PE344 Enfermedad de Chagas y trasplante de órgano sólido: experiencia multicentrica

Pinoni MV, Nagel C, Madsen E, Smud A, Giorgio P, Temporitti E, Salgueira C, Besuschio SA, Schijman AG, Barcan L.
Hospital Británico de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: En Argentina el 5 % de los pacientes en lista de espera para trasplante de órgano (TOS) y el 1 % de los donantes cadavéricos (D) tienen enfermedad de Chagas. La transmisión de la enfermedad puede ocurrir a través del trasplante. Hoy en día existen técnicas de biología (PCR en tiempo real cuantitativa: qPCR) molecular que permiten diagnosticar más precozmente la parasitemia (p).

Objetivos: Evaluar el valor de la qPCR como herramienta de monitoreo para estrategias preventivas. Comparar la evolución entre los distintos TOS de la infección de novo (IDN) vs. la reactivación (r).

Métodos: Se analizó de forma retrospectiva los datos de 5 centros desde 01/07/14 a 31/07/18. Se incluyeron a todos los receptores (R) y D con al menos dos serologías positivas para Chagas. El mínimo de seguimiento (se) fue de 6 meses. No se administró profilaxis antiparasitaria. Según nuestro protocolo (pr) el cribado de p fue por Strout y qPCR semanalmente durante los primeros 3 meses post trasplante, cada 15 días hasta el 6to mes y mensual hasta el año. En caso de Strout o qPCR positiva se realizó diagnóstico de r o IDN. El tratamiento (tr) fue con drogas antiparasitarias por 60 días

Resultados: Total (T) de R: 69 (28 renales (RT), 22 hepáticos (HT), 13 cardíacos (CT), 3 pulmonares (PT) y 3 heparorrenales (HRT). Mediana de edad 60 años, F 27/M 12, Inducción con Timoglobulina (Ti):29 R: R+/D-: 42, D+/R-: 25, D+/R+: 2. La inmunosupresión de mantenimiento fue el standard. La adherencia al protocolo fue: 64 %. TABLA. 6 r no se trataron (baja carga parasitaria). Enfermedad clínica (ec): dos R presentaron paniculitis con buena respuesta al Tr. No hubo pérdida de injerto o mortalidad atribuible

Conclusiones: No hubo diferencias significativas entre los diversos TOS o entre la r vs. IDN. La detección de la baja carga parasitaria y la alta adherencia al protocolo de seguimiento podría explicar la baja incidencia de ec. El TOS en R y D chagásicos, en nuestra opinión, fue seguro usando tratamiento anticipado mediante la detección de p guiada por Qpcr.

	RT(n:28)		HT (n:22)		CT (n:13)		PT (n:3)		HRT (n:3)		T
	T	Tr	T	Tr	T	Tr	T	Tr	T	Tr	
r	8/12 (67%)	7/8	4/13 (31%)	3/4	9/13 (69%)	7/9	2/3 (67%)	1/2	1/1 (100%)	0/1	24/42 (57%)
IDNI	2/14 (14%)	2/2	4/9 (44%)	4/4	-	-	-	-	1/2 (50%)	1/1	7/25 (28%)

PE345 Bacteriemia por *Myroide* spp. Reporte de un caso

Gulo M, Ameri D, Squassi V, Lambert S.
Hospital el Cruce - Néstor Kirchner. Florencio Varela. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El género *Myroides* spp. aparece en 1996, cuando el género de flavobacterium (aislado por primera vez en 1923) fue reclasificado, comprendiendo dos especies *Myroides odoratus* y *Myroides odoratimimus*, la cuales son ubicuas y se encuentran en el medio ambiente. En los últimos años se han aislado nuevas especies encontradas en agua salada que son *Myroides pelagicus*, *Myroides profundus*, *Myroides marinus*, y en el suelo *Myroides indicus* and *Myroides xuanwuensis*. Por la baja prevalencia de infecciones por dicho germen se presenta un caso de infección de piel y partes blandas asociado a bacteriemia en paciente inmunocomprometido.

Caso clínico: Paciente de 51 años de edad con antecedentes miocardiopatía dilatada isquemiconecrotica que requirió trasplante cardiaco en diciembre 2013, inmunosuprimido con everolimus, micofenolato, metilprednisolona. Presenta herida punzante en dorso de mano izquierda con alambre de 20 días de evolución, consulta por cuadro de fiebre 39° C de 24 hs de evolución más celulitis en dorso de mano izquierda que se extiende hasta codo y herida en dorso con secreción serosa sin flogosis y con fluctuación. Se toma hemocultivos x2 e inicia tratamiento con clindamicina + ciprofloxacina ajustado a función renal. Se realiza ecografía de piel y partes blandas (dorso de mano izquierda) que evidencia hallazgos compatibles con celulitis, asociado a colección líquida con contenido ecogénico heterogéneo y finos tabiques que mide 47x27x10mm en el tejido subcutáneo. Se reciben hemocultivos positivos 2/2 para *Myroides* spp. Tipificados por MALDI-TOF y sensible por VITEK a ciprofloxacina, imipenem, meropenem, cefepime y piperacilina/tazobactam, por lo que se suspende clindamicina. Paciente ingresa a quirófano 48hs después de haber iniciado antibioticoterapia, se exploran partes blandas de codo izquierdo, en zona de inserción de músculos epicóndileos sin particularidades y dorso de mano izquierda que evidencian liquido claro compatible con edema sin colecciones, realizan lavados con solución fisiológica y envían muestras para cultivo que cerraron negativos. Ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones. Evolucionando favorablemente en el postoperatorio, con hemocultivos de control negativos.

Conclusión: La infección por *Myroides* spp. es muy poco frecuente, existen aproximadamente 50 casos reportados en la literatura, generalmente asociados a infección de piel y partes blandas secundarios a heridas en pacientes inmunocomprometidos y diabéticos. Las fluoroquinolonas son una buena opción terapéutica dado que este germen es resistente a amiglicósidos y suele producir metalobetalactamasas cromosómica no inducible capaz de hidrolizar todos los betalactámicos.

PE346 Análisis de infecciones por enterobacterias portadoras de carbapenemasas en relación a portaciones de pacientes internados oncohematológicos

Cudmani NM¹, Rodríguez Raimondo M², Fonio Mermet S², Logwiniuk C², Figueroa F², Delgado G¹, Caro C¹, Barrenechea G¹.

¹Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ²Hospital de Día Pte. N. C. Kirchner. S.M. de Tucumán. Argentina.

Introducción: Las infecciones por enterobacterias productoras de carbapenemasas (IEPC) son un problema de alto impacto mundial con elevada morbimortalidad. Los pacientes oncohematológicos (POH) desarrollan mucositis del tracto gastrointestinal que puede ocasionar translocación e infecciones bacterianas. La vigilancia de la colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC) mediante cultivo de hisopado rectal (CHR) es una estrategia útil para predecir la etiología de posibles eventos y contribuir a la elección del tratamiento empírico inicial.

Objetivo: describir la frecuencia de CHR positivos previos en POH internados con IEPC.

Materiales y métodos: estudio descriptivo observacional de corte transversal. Población estudiada: POH internados en un hospital público. Período: julio de 2016 a febrero de 2019. Se analizaron los casos de IEPC y los CHR de los pacientes previos al evento infeccioso. Se realizaron a todos los pacientes internados CHR desde su ingreso al alta. Se incluyeron como IEPC los eventos con infección bacteriana documentada por EPC. Los CHR positivos se obtuvieron a partir de muestras cultivadas en CHROMagar mSuperCARBA, identificación bacteriana por MaldiToF-MS, Blue Carba Test, detección fenotípica con discos combinados (DCMBrit) y confirmación por PCR convencional. Desde diciembre de 2018, los aislamientos fenotípicamente compatibles con producción de OXA y KPC se confirmaron por inmunocromatografía. Se realizó estadística descriptiva, se calcularon medidas de tendencia central y proporciones. Se utilizó software R.

Resultados: se incluyeron 27 pacientes con IEPC. Promedio de edad: 33 años (19 a 65). Las enfermedades oncohematológicas fueron: leucemia linfoblástica aguda 40 %; leucemia mieloide aguda 33 %; linfoma Burkitt 11 %; linfoma Hodgkin 3,7 %; linfoma no Hodgkin 3,7 %; leucemia mieloide crónica 3,7 %; aplasia medular 3,7 %. Tipos de IEPC: infección primaria de la sangre 40,7 %. Infección urinaria 33 %. Neumonía 11 %. Neumonía asociada a ARM 7,4 %. Enteritis neutropénica 3,7 %. Tumor abscedado 3,7 %. Porcentaje global de IEPC relacionadas a CHR previos positivos para igual mecanismo de resistencia: 48 % (13 de 27 IEPC). En la tabla se muestran los resultados obtenidos.

Conclusiones: las IEPC se correlacionaron con CHR previos positivos en casi la mitad de los casos. Los pacientes con IEPC tuvieron mayor número de CHR realizados, lo que sugiere que la mayor frecuencia de cultivos de vigilancia resultó beneficiosa en la detección de la colonización. El tiempo de colonización de los pacientes se fue acortando, replanteando nuevas estrategias en el control de infecciones y el PROA institucional. El análisis del año 2018 llevó a la modificación de los esquemas empíricos iniciales.

PE347 Infecciones respiratorias virales en niños oncohematológicos

Cecoli SC, Viña A, Plat F, Mistchenko A, Contrini MM, López EL.

Hospital Infantil Dr. Ricardo Gutiérrez. CABA. Argentina.

Introducción: La infección por virus respiratorios es la causa más frecuente de síndrome febril en niños inmunocompetentes. Existen pocos estudios bien diseñados y controlados en inmunocomprometidos, lo que dificulta conocer la importancia y comportamiento de los virus en estos pacientes.

Objetivo: describir tipos de aislamientos virales respiratorios y características de la internación en niños neutropénicos febriles en una sala de Infectología durante 20 años.

Material y métodos: se realizó revisión sistemática de historias clínicas de niños oncohematológicos ingresados en una Unidad de Infectología pediátrica con neutropenia febril y foco respiratorio con aislamiento viral en el período: 1998-2017. La búsqueda de virus respiratorios en secreciones nasofaríngeas se efectuó sólo por técnica de inmunofluorescencia hasta el año 2009, agregándose luego métodos moleculares. Estudio descriptivo, retrospectivo.

Resultados: Hubo 2223 ingresos por neutropenia febril. El 69 % (N: 1538) tenía Recuento de polimorfonucleares <100/mm³. Las enfermedades de base fueron: LLA 1003 (45 %), LMA 311 (14 %), Linfoma 207 (9 %), Tumores sólidos 702 (32 %). El 29 % (N: 654) tenía foco respiratorio, con rescate viral global del 27,8 % (N: 182), siendo del 33 % (N: 113) en foco alto y 22 % (N: 69) en foco respiratorio bajo. En la siguiente Tabla se muestran aislamientos por período. Comparamos los episodios de neutropenia febril con foco respiratorio con aislamiento viral y el resto de los episodios de neutropenia febril, siendo más tardía la recuperación de polimorfonucleares (8.23 vs. 6.5 días), y más corta la internación (7.5 vs. 10 días) en los episodios con rescate viral respiratorio. A su vez fue menos frecuente la presentación afebril en niños con estudio virológico positivo (3 % vs. 8.8 %). De los 182 episodios, 13 requirieron cuidados intensivos (7 %) contra 3 % del resto de los episodios de neutropenia febril.

Conclusiones: Los virus son agentes etiológicos frecuentes en patología respiratoria aguda en niños oncohematológicos. En los episodios de neutropenia febril con aislamiento viral fue más tardía la recuperación de fagos. La confirmación de etiología viral permitió disminuir los días de internación. La introducción de los métodos diagnósticos de biología molecular permitió aumentar en forma significativa el rescate viral.

PE348 Reporte de tres casos de histoplasmosis diseminada diagnosticados por PCR en pacientes oncohematológicos

Fonio Mermet SE¹, Rodríguez Raimondo M¹, Álvarez C², Figueroa F¹, Colombres MS², Nóbrega LM², Márquez NE², Orellana NR².

¹Hospital de Día Pte. N. C. Kirchner. S.M. de Tucumán. Argentina. ²Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: la histoplasmosis diseminada (HD) es una micosis endémica relevante en huéspedes inmunocomprometidos por las dificultades diagnósticas, la demora en el inicio de tratamiento y la consiguiente morbimortalidad. Sin embargo, las nuevas herramientas diagnósticas pueden contribuir al cambio de esta situación. Se describe una serie de casos pacientes oncohematológicos (POH) con HD diagnosticada mediante PCR para *Histoplasma capsulatum* (PCRHC).

Casos y Discusión: CASO 1: varón, 47 años, linfoma no Hodgkin (LNH) primario de glándula suprarrenal. Se realizó adrenalectomía y R-CHOP alcanzando remisión completa (RC) con PET/TC negativo. Presentó fiebre de origen desconocida (FOD), que remitió con anfotericina (AmB). Evolucionó con recaída de LNH. Recibió R-ESHAP con RC y trasplante autólogo de médula ósea (TAMO). Seis meses post TAMO desarrolló masa tumoral en SNC e inició trimetroprima-sulfametoxazol y AmB. Se realizó biopsia estereotáxica, anatomía patológica compatible con Linfoma; galactomanano de 0,40. Diagnóstico de HD por PCRHC (+) en sangre periférica (SP) y material de biopsia. Evolucionó con shock séptico a KpnOXA48 panresistente y obitó. CASO 2: varón, 30 años, VIH en tratamiento con TDF-FTC-EFV (CV indetectable, 300 CD4), linfoma Burkitt en cuello. Inició HyperCVAD, luego DAPOCH. Evolucionó con neutropenia febril, infección asociada a catéter, infiltrados pulmonares y galactomananos (+). Diagnóstico de HD por PCRHC (+) en SP. Realizó secuencialmente AmB e itraconazol (ITZ) con buena respuesta.

Completó quimioterapia (QMT), radioterapia y 6 meses de ITZ. Al año presentó recaída con LNH ganglionar, reinició QMT (R-CODOX-M-IVAC) y profilaxis con ITZ. A la fecha continúa en tratamiento, sin reactivación de HD. CASO 3: varón, 60 años, leucemia mieloide aguda (LMA) secundaria a síndrome mielodisplásico (SMD). Inició QMT 7/3. Presentó candidemia (*Candida dublinensis*) que se trató con caspofungina. Continuó altas dosis de citarabina y profilaxis con fluconazol. Presentó FOD y neutropenia con compromiso hepático, pulmonar, diarrea, insuficiencia suprarrenal y galactomananos (+). Diagnóstico de HD por PCRhc (+) en SP. Tras RC, se externó con 5 azacitidina. Actualmente 6 meses de ITZ con buena respuesta.

Conclusiones: la disponibilidad de PCRhc permitió el diagnóstico HD en estos casos. El hallazgo de galactomananos (+) alertó a la pesquisa. En nuestro servicio se implementó un algoritmo diagnóstico del POH con FOD desconocido que incluye estas herramientas. Palabras clave: *Histoplasma capsulatum*; Real-Time PCR; Nested Real-Time PCR

PE349 Neutropenia febril en el adulto mayor: análisis de una cohorte retrospectiva

Andino Di Masi SD¹, Díaz N¹, Mesplet F¹, Alonso J¹, Aguirre M¹, Vinicoff G¹, Arriola S¹, Ruiz M¹, Prado C², Reborá J¹, Terusi A¹, Cusmano L¹, Viteri A¹, Ezcurra MC¹.

¹Unidad Asistencial Doctor César Milstein. Argentina. ²Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS). CABA. Argentina.

Introducción: La neutropenia febril (NTF) es una complicación frecuente en pacientes oncológicos con una amplia presentación clínica. Actualmente, son escasos en la bibliografía los trabajos que describan el comportamiento de esta patología en adultos mayores. Este trabajo se propone como objetivo primario describir las características clínicas, epidemiológicas y la evolución de los episodios de NTF en pacientes mayores de 65 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes mayores de 65 años con cáncer y NTF entre enero de 2014 y diciembre de 2018 en un hospital de adultos mayores. Se analizaron las variables como: enfermedad de base, comorbilidades, edad, sexo, microbiología, mortalidad global, entre otras. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el test X2 para outcomes dicotómicos y T-test para outcomes continuos con un nivel de significancia del 5 % ($p < 0,05$). El software estadístico utilizado fue STATA v14.2.

Resultados: Se analizaron 163 episodios de NTF, se excluyeron 14 por edad menor de 65 años. Se incluyeron 149 episodios correspondientes a 86 pacientes, con un promedio de edad de 72,6 ($\pm 6,45$) años, el 54 % hombres. El 91 % tenían diagnóstico de enfermedad oncohematológica, siendo la leucemia aguda el más frecuente (59 %). Se obtuvo desarrollo microbiológico en hemocultivos de 53 episodios (35,5 %). Se aislaron bacilos Gram negativos (BGN) en un 64 %, seguidos por cocos Gram positivos (CGP) (36 %). Dentro de los BGN, *E. coli* (38 %), *K. pneumoniae* (26 %) y BGN no fermentadores de la glucosa (8 %), los más frecuentes; y entre los CGP, los *Staphylococcus* spp. (58 %), *Enterococcus* spp. (21 %) y *Streptococcus* spp. (10 %). En el análisis de resistencia antimicrobiana se observó en BGN resistencia a quinolonas del 35 %, 20 % a aminoglucósidos, 29 % expresó producción de beta-lactamasas de espectro extendido (BLEE) y 6 % producción de carbapenemasas, en su totalidad de tipo KPC. Por otro lado, la meticilino resistencia fue hallada en el 72 % de los *Staphylococcus* spp. En cuanto a los *Enterococcus* spp., la vancomicina resistencia fue identificada en el 100 % de los casos. Se observó que los pacientes con NTF y bacteriemia constatada tuvieron un promedio mayor de días de internación 34,92 ($+ 20,3$), en comparación con los episodios sin bacteriemia 22,98 ($+19,9$), con una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,0002$).

La mortalidad global a 30 días hallada fue de un 30,8 %. Se realizó un modelo de regresión logística en que se analizaron, debido a su importancia biológica, las variables: recuento de neutrófilos $>100/mm^3$ ($p = 0,27$), los scores de CHARSON ($p = 0,68$) y el ECOG ($p = 0,24$), bacteriemia ($p = 0,75$), paciente internado ($p = 0,82$), edad ($p = 0,13$) y leucemia aguda ($p = 0,49$), sin encontrarse significancia estadística.

Conclusiones: Los datos de microbiología y resistencia antimicrobiana analizados muestran similitud con los publicados en las grandes series infiriendo que no hay diferencias en este sentido en el grupo de adultos mayores. La mortalidad global en nuestra cohorte fue significativamente mayor a la reportada por distintos trabajos. No se logró evidenciar una causa clara de este hallazgo quizás debido a las debilidades propias de un estudio observacional retrospectivo o la necesidad de una muestra con mayor cantidad de pacientes. Queda para futuros trabajos la tarea de dilucidar e identificar los factores responsables de esta característica en esta población.

PE350 Trichosporonosis de brecha y fungemia persistente en paciente neutropénica en profilaxis prolongada con posaconazol

Tortoriello AL, Bues F, Herrera F, Relloso S, Temporiti E, Rearte A, Zerboni S, Bonvehí P.

Sección Infectología, Dpto. de Medicina Interna. Laboratorio de Bacteriología, Micología y Parasitología, Dpto. de Análisis Clínicos, CEMIC. Argentina, Buenos Aires, Argentina.

Los hongos del género *Trichosporon* pueden causar infecciones fúngicas invasoras (IFI) graves en pacientes con neoplasias hematológicas (NH) y receptores de trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) alogénicos. *Trichosporon asahii* es la especie más frecuente y la fungemia se presenta en un 75 % de los casos, con una mortalidad muy elevada. Estudios de sensibilidad *in vitro* demostraron que las drogas más activas son posaconazol, isavuconazol y voriconazol, siendo este último el azólico con mayor experiencia clínica en tratamiento. Debido al uso frecuente de profilaxis (PF) con triazólicos en pacientes con NH y TCPH, es una infección muy poco frecuente. Hasta la fecha, hay un solo caso publicado de trichosporonosis de brecha intra PF con posaconazol.

Caso clínico: Paciente femenina de 44 años, con diagnóstico de mielodisplasia de alto grado en octubre de 2017. Presentaba neutropenia profunda desde febrero de 2018 y se encontraba en PF con posaconazol comprimidos desde marzo. En abril de 2018 recibe un TCPH alogénico haploideéntico, previo acondicionamiento con fludarabina y busulfán. Evolución con fallo primario del injerto, con múltiples episodios de neutropenias febriles y 3 eventos de bacteriemia resueltos con tratamiento antibiótico. En día + 30 evoluciona con fiebre persistente sin foco clínico. De los hemocultivos se obtiene desarrollo de *Trichosporon asahii*, por lo que inicia tratamiento combinado con anfotericina B (AmB) liposomal y voriconazol. El dosaje sérico de posaconazol era de 300 ng/ml. A pesar del tratamiento, la paciente continúa febril y con fungemia persistente luego de 14 días. Las tomografías de tórax y senos no mostraron alteraciones significativas, y en abdomen y pelvis se evidenció hepatomegalia y engrosamiento de la pared del recto. El ecocardiograma transtorácico no mostró alteraciones, y se descartaron trombosis venosas con ecografías doppler. La sensibilidad (CIM) a fluconazol, voriconazol, itraconazol, posaconazol y AmB fue de 128, 8, 2, 1 y 2 $\mu g/ml$, respectivamente. En base a estos resultados y a la falta de respuesta al tratamiento, se decide rotar voriconazol a caspofungina y continuar con AmB liposomal. Continúa con fungemia durante 10 días y fallece.

Discusión: Posaconazol es el antifúngico de elección para PF de IFI. La eficacia para prevención de aspergilosis se relaciona a la concentración alcanzada en la membrana de las células del epitelio alveolar pulmonar, que no necesariamente se correlaciona con elevados niveles plasmáticos. No obstante, diferentes guías y expertos recomiendan realizar dosaje sérico, especialmente en pacientes que reciben la formulación en jarabe, y alcanzar valores \geq a 700 ng/ml. Estos niveles se alcanzan en la mayoría de los pacientes que reciben la formulación en comprimidos de liberación modificada. Probablemente el dosaje sea necesario para corroborar que se encuentren por encima de los niveles descriptos, para evitar infecciones de brecha.

Conclusión: la medición de concentraciones plasmáticas de posaconazol debería realizarse en pacientes con neutropenias prolongadas que reciben la formulación en comprimidos, con el objetivo de corroborar niveles elevados, para reducir la posibilidad de fungemias de brecha

PE351 Reporte de tres casos de histoplasmosis diseminada diagnosticada por PCR en pacientes oncohematológicos

Fonio Mermet SE¹, Rodríguez Raimondo M¹, Álvarez C², Figueroa F¹, Colombres MS², Nóbrega LM², Márquez NE², Orellana NR².

¹Hospital de Día Pte. N. C.Kirchner. S.M. de Tucumán. Argentina. ²Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina.

Introducción: La histoplasmosis diseminada (HD) constituye una micosis endémica relevante en inmunocomprometidos, con alta morbimortalidad, debido a dificultades en sospecha clínica, diagnóstico tardío y retraso en el inicio del antifúngico adecuado. La introducción de nuevas herramientas en el algoritmo diagnóstico (PCR) pueden cambiar la sobrevida de estos pacientes. CASO 1: Paciente de 47 años con linfoma no Hodgkin (LNH) de células grandes B extranodal primario de glándula suprarrenal. Realizó adrenalectomía y R-CHOP con remisión completa (RC) y PET/TC negativo. Presentó síndrome febril prolongado (SFP) sin diagnóstico etiológico, que remitió con anfotericina (AnB). Luego presentó recaída de LNH, completó R-ESHAP con PET/TC negativo y trasplante autólogo de médula ósea (TAMO). Pos-TAMO requirió internación por insuficiencia cardíaca con hallazgo aislado de galactomanano de 0,40. Seis meses post TAMO presentó afasia, disartria y paresia facioabrahioacral asociadas a masa en SNC cortical izquierda, iniciando empíricamente Trimetoprima sulfametoxazol y AnB, suspendidas por insuficiencia renal aguda. Se efectuaron múltiples estudios: citometría de flujo de LCR sin células patológicas; antigenemia para *Cryptococcus*, serologías para micosis profundas, cultivos micológicos de médula ósea (MO), hemocultivo y de biopsia estereotáxica negativos; PCR anidada en MO negativa; PCR Real-Time en sangre y material de biopsia positivas para Hc; anatomía patológica de biopsia cerebral compatible con Linfoma. Reinició tratamiento con anfotericina liposomal. Evolucionó con shock séptico a Kpn.OXA 48 panresistente y obitó. CASO 2: paciente de 30 años VIH positivo bajo tratamiento con TDF-FTC-EFV con carga viral indetectable y más de 3; desarrolló linfoma Burkitt con masa abscedada en cuello y neumonía aguda de la comunidad. Inició HyperCVAD, presentando neutropenia febril (NF) con infección asociada a catéter, infiltrados pulmonares, galactomananos positivos y PCR positiva para Hc. Realizó tratamiento antifúngico. Se rotó AnB a itraconazol (ITZ), y EFV a RTV. Evolucionó favorablemente. Continuó con esquema DAEPDCH; múltiples interurrencias bacterianas asociadas a NF. Completó quimioterapia (QMT), radioterapia y 6 meses de ITZ. Al año recayó con LNH ganglionar y reinició QMT con R-CODOX-M-IVAC y profilaxis con ITZ. A la fecha continúa en tratamiento, internado y sin reactivación de HD. CASO 3: paciente de 60 años, con leucemia mieloide aguda (LMA) secundaria a síndrome mielodisplásico (SMD). Inició QMT 7/3 presentando múltiples eventos de NF, entre ellos candidemia por *Candida dublinensis* (evolución favorable con caspofungina). Continuó con altas dosis de citarabina y profilaxis con fluconazol. Presentó SFP y neutropenia sin rescate microbiológico con compromiso hepático, pulmonar, diarrea, insuficiencia suprarrenal y galactomanano positivo (0,77). Recibió diversos esquemas antimicrobianos y antifúngicos. Tuvo RC de enfermedad y fue dado de alta con 5 azacitidina para el SMD. Posalta, se diagnosticó HD por PCR positiva, recibiendo ITZ con buena respuesta.

Conclusiones: se describen las características clínicas de pacientes oncohematológicos con HD diagnosticados gracias a la disponibilidad de PCR para Hc. El hallazgo de galactomananos positivos ya reportadas en las HD, nos alerta a la pesquisa de HD en pacientes con NF. Es necesario construir un algoritmo diagnóstico que incluyan estos métodos para nuestro Servicio. Palabras clave: *Histoplasma capsulatum*; Real-Time PCR; Nested Real-Time PCR.

TABLA SERIE DE CASOS

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Edad (años)	47	30	60
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino
Residencia	Tucumán	Tucumán	Tucumán
Comorbilidades	Ex- etilista	HIV	Tabaquista
Diagnóstico Oncohematológico	LNH	Burkitt	LMA secundario a SMD
TAMO	Si	No (en plan de TAMO)	No (en plan de TAMO)
Forma Clínica de la Histoplasmosis	Diseminada con compromiso pulmonar y neurológico	Diseminada con compromiso pulmonar	Diseminada con compromiso pulmonar, hepático, gastrointestinal y probable suprarrenal
Hemocultivos para hongos	Negativos	Negativos	Negativos
Cultivo Micológico de Médula Ósea	Negativo	Negativo	Negativo
Serologías para Micosis Profundas	Negativas	Negativas	Negativas
Galactomananos (resultado obtenido durante la sintomatología de Histoplasmosis)	0,40 (set/17)	1,602 y 0,570 (25/9 y 27/9)	0,77 (23/5)
PCR para Hc	Positiva	Positiva	Positiva
Tratamiento antifúngico utilizado para Histoplasmosis	Anfotericina liposomal	Itraconazol comprimidos	Itraconazol comprimidos
Evolución	Obito	Favorable	Favorable

PE352 Infecciones fúngicas en pacientes oncohematológicos: un desafío permanente

Herrera C, Lespada MI, Lopez Moral L, Jacob N, Wachs A.

Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. CABA. Argentina.

Introducción: Las infecciones fúngicas (IF) en inmunodeprimidos acarrea gran morbi-mortalidad e impacta negativamente en el pronóstico de la enfermedad de base, siendo *Aspergillus* spp. y *Candida* spp. responsables del 80-90 % de éstas.

Objetivo: describir los episodios infecciosos compatibles con IF en pacientes neutropénicos febriles de causa oncohematológica.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo y observacional desde junio de 2015 a diciembre de 2018 en adultos internados en un hospital público de tercer nivel de complejidad de CABA. Se incluyeron pacientes con neutropenia febril de causa oncohematológica bajo quimioterapia y se analizaron los episodios clínicos compatibles con IF. Se evaluaron características demográficas, clínicas y microbiológicas.

Resultados: Se registraron 37 episodios infecciosos con sospecha de IF en 23 pacientes neutropénicos febriles: mediana de edad 55 años (RIC 32-61). Enfermedad de base: leucemias agudas 70 %, linfoma no Hodgkin 13 %, linfoma de Hodgkin 9 %, mieloma múltiple 4.3 % y síndrome mielodisplásico 4.3 %. La mediana de estancia previa al evento fue de 24 días (RIC 16-38) y en el 54 % (20/37) de los episodios infecciosos los pacientes presentaban neutropenia profunda y prolongada. Los eventos se clasificaron según los criterios de EORTC/MSG 2008 como infección fúngica invasiva (IFI) probada 5.4 % (2/37), probable 5.4 % (2/37), posible 19 % (7/37) e improbable 70 % (26/37). Hubo documentación microbiológica fúngica (por cultivos y/o detección de antígenos) en 14 episodios infecciosos (38 %) de 12 pacientes: *Aspergillus* en el 64 % (9/14) (8 focos clínicos pulmonares y 1 rinosusal) y *Candida* en el 36 % (5/14) (1 candidemia, 1 candidiasis hepato-esplénica probable con aislamiento en médula ósea, 1 infección de piel y 2 infecciones del tracto urinario). El diagnóstico fue por métodos directos en el 43 % (6/14), indirectos (detección de galactomananos en sangre o lavado bronco-alveolar) 36 % (5/14) y 21 % (3/14) por ambas técnicas. Veintisiete por ciento de los episodios categorizados como IFI improbable (7/26) por no presentar imágenes tomográficas características (infiltrados intersticiales, consolidaciones mal delimitadas, vidrio esmerilado, árbol en brote, bronquiectasias, derrame pleural o micronodulillos) tuvieron cultivos y/o antígenos positivos para *Aspergillus*. Mortalidad global 61 % (14/23): la mortalidad en los pacientes que tuvieron una IF documentada fue 67 % (8/12) versus 55 % (6/11) en aquellos sin documentación

micológica ($p = 0.68$). Las muertes relacionadas a la IF fueron 63 % (5/8).

Conclusión: en nuestra institución las IF en neutropénicos febriles fueron frecuentes, resultando el foco clínico pulmonar el más importante y *Aspergillus* el microorganismo predominante, con una mortalidad elevada en concordancia con la literatura. Es indispensable conocer la epidemiología local, así como identificar los signos precoces de IF a fin de evaluar estrategias de tratamientos oportunos para poder disminuir la morbi-mortalidad en este grupo particular de pacientes.

PE353 Relación entre aislamientos en cultivos de vigilancia y hemocultivos en primer evento de neutropenia febril en pacientes trasplantados de médula ósea

Nannini V, Muffarotto B, Roiter F, Tisi Baña M, Pereyra ML.
Hospital Universitario Austral. Pilar. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Los receptores de células progenitoras hematopoyéticas (CPH) experimentan en aproximadamente el 20 % de los casos al menos un episodio de bacteriemia luego del trasplante, antes y después del *engraftment*. Las infecciones por microorganismos resistentes (MOR) en esta población representan un desafío que impacta en el uso de esquemas de tratamiento empíricos de mayor espectro. La implementación de cultivos de vigilancia en forma sistemática para la búsqueda de colonización por MOR tendría un rol si predijera en estos pacientes el agente etiológico de la bacteriemia. Algunos estudios establecen que la positividad de los cultivos de vigilancia es un factor de riesgo para el desarrollo de bacteriemia, aunque la evidencia es escasa. El objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre los aislamientos en cultivos de vigilancia y hemocultivos en el primer evento de neutropenia febril en receptores de CPH.

Materiales y métodos: Cohorte retrospectiva. Se incluyeron pacientes mayores de 16 años trasplantados de médula ósea que presentaron un primer evento de neutropenia febril en la internación correspondiente al trasplante entre el 1 de enero de 2016 y el 31 de agosto de 2018. Se incluyó el primer evento de neutropenia febril con sus respectivos aislamientos en hemocultivos y los cultivos de vigilancia previos al evento.

Resultados: se analizaron 183 pacientes trasplantados de médula ósea. Las patologías que motivaron el trasplante fueron mieloma múltiple (33 %), leucemias (32 %), linfomas (25 %), y otras (10 %). Setenta y seis de los trasplantes fueron alogénicos. El 29 % de los pacientes tuvieron bacteriemia durante el primer evento de neutropenia febril, con similar porcentaje entre los pacientes con hisopados de vigilancia positivos y los que no (29 %). 41 pacientes de 183 (22,4 %) tenían hisopados de vigilancia positivos previos al evento. De estos últimos, se constató bacteriemia por MOR en siete casos, encontrando en cuatro de éstos la misma bacteria tanto en vigilancia como en hemocultivos. Tres fueron enterobacterias productoras de BLEE y uno SAMR. Dentro de la población con hisopados de vigilancia negativos (142/183), tres presentaron bacteriemia por MOR. Se evidenció un porcentaje similar de bacteriemias tanto en los pacientes que estaban colonizados (29 %) como en quienes no lo estaban (28,8 %). Los pacientes colonizados presentaron un 10 % de riesgo de presentar bacteriemia por el MOR aislado en vigilancia. Estos pacientes presentaban un 22 % de mucositis severa y un 15 % habían realizado irradiación corporal total.

Conclusiones: La asociación entre los aislamientos en los cultivos de vigilancia y los hemocultivos en el primer evento de neutropenia febril en receptores de células progenitoras hematopoyéticas es baja. Si bien encontramos un mayor riesgo de presentar bacteriemia por MOR en aquellos pacientes colonizados solo cuatro aislamientos coincidieron; por lo tanto, el impacto para incidir en la modificación de los tratamientos empíricos no puede establecerse aún, teniendo en cuenta también las características de la población estudiada.

PE354 Infección rinosinusal por *Exserohilum* spp. y por *Lasiodiplodia* spp. en una paciente con agranulocitosis: a propósito de un caso clínico

Arias A, Mussini S, Gomez S, Carnovale S, Cascon V, Diaz L, Taicz M.
Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: Los hongos filamentosos pigmentados producen infecciones oportunistas heterogéneas. Las micosis generadas por *Exserohilum* spp. suelen tener una presentación clínica similar a la aspergilosis. Respecto a *Lasiodiplodia* spp., hay reportes de casos de queratitis, osteomielitis y rinosinusitis.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente de 5 años, oriunda de Tucumán con diagnóstico de agranulocitosis de etiología desconocida. Presenta neutropenia febril prolongada por lo que recibe múltiples esquemas antibióticos y antifúngicos de amplio espectro en forma empírica. Se detecta lesión ulcerativa y necrotizante en tabique nasal. Se realiza tomografía computada (TC) de macizo facial: Engrosamiento mucoso del seno maxilar izquierdo y en receso alveolar del seno maxilar derecho. Ocupación de celdillas etmoidales. Ocupación de las fosas nasales con tejido de densidad de partes blandas. Impresiona área de discontinuidad del septum nasal óseo. Se efectúa TC de pulmón: opacidad parenquimatosa, sin broncograma y en contacto con la pleura en el segmento posterobasal del lóbulo inferior derecho (LID), presenta áreas hipodensas en su interior con realce en anillo con el contraste. Ambas lesiones aparecen mientras la paciente se encontraba en tratamiento con voriconazol. Se realiza endoscopia nasal y se toma muestra para cultivo de lesión en tabique nasal en 2 oportunidades. Cultivo de la primera muestra: positivo para *Lasiodiplodia* spp. y para *Exserohilum* spp. Examen directo y cultivo de la segunda muestra: presencia de filamentos fúngicos tabicados; cultivo positivo para *Exserohilum* spp. (concentración inhibitoria mínima: anfotericina 0.06 mcg/ml; voriconazol 1 mcg/ml; itraconazol 0.06 mcg/ml; caspofungina 0.06 mcg/ml). Informe de anatomía patológica de biopsia de tabique nasal (segunda muestra): proceso inflamatorio subagudo, necrotizante asociado a estructuras micóticas. Se indica tratamiento combinado con voriconazol 16 mg/kg/día y anfotericina complejo lipídico 7mg/kg/día endovenoso (EV). Al día 35 de tratamiento antifúngico, la paciente evoluciona afebril y resuelve la agranulocitosis en forma espontánea, sin diagnóstico hematológico (permaneció con neutropenia severa por 3 meses). Se realiza ecografía abdominal posterior evidenciándose hígado de ecoestructura heterogénea debido a la presencia múltiples imágenes redondeadas hipoeoicas en parénquima. Se repite TC de tórax y senos paranasales: opacidad parenquimatosa con broncograma aéreo y cavitación central de 10 mm en segmento posterobasal del LID. Senos paranasales libres. Espesor de la mucosa nasal conservado. Solución de continuidad del tabique nasal. Completa 2 meses de tratamiento EV combinado con anfotericina complejo lipídico más voriconazol. Posteriormente, continúa tratamiento con voriconazol vía oral hasta la actualidad (6 meses totales).

Conclusiones: Las feohifomicosis son infecciones poco frecuentes que deben ser consideradas principalmente en huéspedes susceptibles. Palabras claves: *Exserohilum* spp., *Lasiodiplodia* spp., agranulocitosis.

PE355 Infecciones del torrente sanguíneo en pacientes neutropénicos

Suasnabar D, Saad E, García M, Díaz V, Richetta L, Toranzo A, Finello M, Caeiro J, Hernández D, Cometto M, Vázquez S, Sierra J.
Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba. Argentina.

Introducción: Las infecciones del torrente sanguíneo (ITS) en los pacientes neutropénicos, constituyen una patología de gran relevancia, que se asocia a un aumento de complicaciones y mortalidad de los pacientes. El conocimiento de la epidemiología local de las mismas y el perfil de susceptibilidad antimicrobiana de sus agentes etiológicos, es de gran importancia para poder realizar tratamientos empíricos eficaces.

Objetivo: Determinar las características epidemiológicas, microbiológicas y clínicas de los episodios de ITS en pacientes neutropénicos con neoplasias hematológicas (NH) y no hematológicas (NNH).

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, en dos hospitales de tercer nivel entre 2009 y 2016. Se incluyeron todos los pacientes neutropénicos mayores de 18 años de edad con NH y NNH que presentaron episodios ITS. Se excluyeron aquellos con neoplasias dermatológicas no melanoma.

Resultados: Se identificaron 143 episodios de ITS en pacientes neutropénicos, de los cuales el 80,4 % ocurrieron en pacientes hematológicos. La edad promedio de los pacientes con NNH fue de 54±16, mientras que en las NH de 48±17 y la mayoría de los pacientes neutropénicos eran hombres. Las neoplasias más frecuentes fueron linfoma no Hodgkin (18.9 %) y leucemia linfocítica aguda (17.5 %) entre las NH y cáncer de pulmón (3.5 %) y de mama (2.1 %) entre las NNH. El 70.9 % de los pacientes tuvieron neutropenia de alto riesgo y el 49 % tuvo un score de MASCC <15, sin diferencia entre NH y NNH. Los episodios de neutropenia prolongada fueron más frecuentes en los pacientes con NH (61.7 % vs. 10.7 %, p = <0.001). Los episodios de ITS fueron adquiridos principalmente en el medio intrahospitalario, especialmente en las NH (74.8 % vs. 50 %, p = 0.01). El origen de las ITS más frecuente fue bacteremia primaria (46.9 %), seguido de infección asociada a catéter (21 %), sin observarse diferencias significativas entre ambos grupos. El 74.1 % de los aislamientos fueron bacilos Gram negativos (BGN). *Escherichia coli* fue el BGN más frecuente aislado (23.8 %), seguido de *Klebsiella pneumoniae*. Entre los CCG, el más frecuente fue *Staphylococcus aureus* (6.3 %), seguido de *Staphylococcus coagulasa negativo* (SCN). No se observaron diferencias en la frecuencia de aislamientos entre los pacientes con NH y NNH. Entre los CGP, el 75 % de los SCN fueron gérmenes multiresistentes (GMR), mientras que ningún *S. aureus* lo fue. El 17.6 % de los aislamientos de *E. coli* y el 27.6 % de las *Klebsiella p.* fueron GMR. No se observaron diferencias entre los aislamientos de GMR entre ambos tipos de neoplasias.

Conclusiones: Las ITS en pacientes neutropénicos, se observaron más frecuentemente en pacientes con NNH, y fueron adquiridas principalmente en el medio intrahospitalario. Fueron causadas más frecuentemente por BGN. Se observó una elevada mortalidad en los pacientes neutropénicos con ITS.

PE356 Infección cutánea por mucormicosis en paciente hospitalizado. A propósito de un caso

Macchiavello A, Quintana G, Rondinelli N, Gilmore B, Bardi L, Malvido J.
Clínica Modelo de Morón. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: La mucormicosis es una infección grave y mortal que se desarrolla principalmente en pacientes inmunocomprometidos. Las formas cutáneas constituyen una forma infrecuente de presentación clínica, siendo las formas respiratorias las de mayor incidencia.

Resumen: Hombre de 70 años de edad con trasplante hepatorenal en 2006 secundario a hepatocarcinoma por virus de hepatitis C, con posterior rechazo de injerto renal por lo que se encontraba con requerimientos de hemodiálisis trisemanal por fístula arteriovenosa protésica. No recibía inmunosupresores. Ingresó por cuadro de shock séptico a foco de piel y partes blandas en contexto de fascitis necrotizante en región deltoidea derecha por *Streptococcus pyogenes* provocada por aplicación intramuscular de eritropoyetina. Hacia la 3er semana de internación, evoluciona con eritema e induración en región parotidea derecha que progresa rápidamente hacia escara necrótica, por lo que se realiza toilette quirúrgica. Se envían muestras a cultivo y se obtiene desarrollo de *Rhizomucor* sp. Se inicia tratamiento con anfotericina B liposomal. Se indica nueva toilette a las 48hs con igual desarrollo microbiológico. En tomografía axial computada de cerebro y macizo facial no se evidencia infección diseminada. No se realiza resonancia magnética nuclear por inestabilidad hemodinámica. Requirió toilette en 2 oportunidades más por el rápido avance de la lesión y la gran repercusión sistémica. Luego de 7 días del diagnóstico, se produce el fallecimiento del paciente.

Conclusión: La mucormicosis cutánea es una entidad grave e infrecuente. Es de suma importancia la sospecha clínica y el diagnóstico temprano poniendo en contexto el tipo de huésped y los factores de riesgo. El debridamiento quirúrgico rápido, agresivo y reiterado es, junto a la terapia antifúngica, la piedra angular del tratamiento debido a la celeridad y agresividad de su avance.

PE357 Micosis subcutáneas por hongos filamentosos en pacientes trasplantados renales: reporte de 2 casos

Pujato N¹, Radisic M¹, Bravo M¹, Linares L¹, Tiraboschi N², Fernandez N³, Merk M⁴, Casadei D¹.

¹Instituto de Trasplantes y Alta Complejidad (ITAC). CABA. Argentina. ²Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. ³Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. ⁴Micología Centro Dr Stambouljan.

Introducción: El uso crónico de inmunosupresores en pacientes trasplantados renales compromete la inmunidad celular, con un incremento del riesgo a presentar infecciones oportunistas. Los hongos filamentosos pueden causar infecciones de piel y partes blandas después de una exposición ambiental. Los nódulos subcutáneos y micetomas se encuentran dentro de la forma de presentación cuando la puerta de entrada son lesiones en piel. Se presentan 2 casos clínicos de infección subcutánea por hongos filamentosos en pacientes receptores de trasplante renal. Caso 1: Paciente de 83 años trasplantado renal, donante cadavérico en julio de 2012 que se encontraba en tratamiento con prednisona, micofenolato y tacrolimus. Presentaba antecedente de rechazo celular en diciembre 2014 por lo que había requerido pulsos de metilprednisolona. Comenzó en enero de 2015 con lesiones nodulares múltiples fluctuantes en dorso de mano izquierda con drenaje purulento espontáneo. Refería tareas de jardinería. Se realizó punción con cultivo solo para gérmenes comunes con aislamiento de *S. aureus* oxa S. Recibió tratamiento antibiótico prolongado sin mejoría. Se realizó resonancia magnética que evidenciaba compromiso óseo articular en metacarpianos por lo que requirió toilette quirúrgica. La histología de la biopsia informó abundantes histiocitos espumosos, necrosis y hemorragia. Se tomó nueva muestra donde se visualizó en el directo filamento y en el cultivo micológico se aisló de *Scedosporium* sp. sensible a voriconazol. Inició tratamiento con voriconazol oral y se disminuyó la inmunosupresión. Recibió tratamiento antifúngico durante 10 meses con desaparición completa de las lesiones. A los 2 años de suspensión del tratamiento no hubo recidiva de la lesión. Caso 2: Paciente de 73 años diabética trasplantada renal, donante cadavérico en el año 2009, con disfunción crónica del injerto, que se internó por insuficiencia cardíaca. Se constató al examen físico lesión fluctuante en región plantar e interna de pie, sin eritema, que llevaba más de un año de evolución. La paciente refería haber sido tratada previamente con toilette y antibioticoterapia prolongada con diagnóstico de pie diabético.

Se realiz3 punci3n con obtenci3n de material purulento y toilette sin evidencia de compromiso 3seo. En el material quir3rgico se observaron filamentos hialinos al directo y se aisl3 *Acremonium* sp. sensible a itraconazol. Se inici3 tratamiento con anfotericina ev que se rot3 posteriormente a itraconazol oral. La paciente continu3 su seguimiento en otro centro.

Discusi3n: Este tipo de micosis se engloban dentro de las llamadas micosis causadas por hongos emergentes. Suelen afectar a hu3spedes inmunocomprometidos. *Scedosporium* sp. y *Acremonium* sp. son hongos filamentosos que se encuentran en tierra, restos org3nicos y vegetaci3n en descomposici3n. Las manifestaciones cl3nicas son muy variables. Las formas diseminadas suelen ser faltales. Las formas localizadas cut3neas suelen asociarse a la inoculaci3n por piel. El diagn3stico debe realizarse por aislamiento del hongo en cultivo. Los triazoles, especialmente el voriconazol, son los antif3ngicos m3s adecuados. Suelen ser resistentes a anfotericina. La duraci3n del tratamiento debe ser prolongada. Estas micosis, aunque son infrecuentes, deber3an estar entre los diagn3sticos diferenciales en los pacientes inmunocomprometidos, sobre todo en aquellas lesiones que no mejoran con tratamiento antibi3tico. Se destaca la importancia del estudio adecuado de las lesiones cut3neas en esta poblaci3n dada la diversidad de agentes eti3logicos a considerar y los diferentes tratamientos.

PE358 Infecci3n cut3nea primaria por *Cryptococcus gattii* en paciente inmunosuprimido

Lezcano S¹, Capara L¹, Sosa¹, Gomez Capara¹, Sosa M², Rissi D¹, Pupuche¹.

¹Hospital Escuela Gral. Jos3 F. de San Mart3n. Corrientes. Argentina. ²Laboratorio Central - Ministerio de Salud de la Provincia de C3rdoba. Argentina.

Introducci3n: *Cryptococcus neoformans* variedad *gattii*, es un hongo levaduriforme saprofito en la naturaleza que se ha convertido en un importante pat3geno, principalmente en 3reas tropicales y subtropicales. La infecci3n se adquiere habitualmente por inhalaci3n, inoculaci3n directa o por herida cut3nea. Afecta frecuentemente hu3spedes inmunocompetentes. El sistema nervioso central (SNC) y el pulm3n son los 3rganos m3s involucrados, siendo infrecuente la afectaci3n cut3nea.

Descripci3n del caso: Var3n de 21 a3os, oriundo de zona rural, con diagn3stico de glomerulonefritis focal y segmentaria en marzo 2017, medicado con metprednisona y mofetil micofenolato. En septiembre 2018 reagudiza el fallo renal requiriendo hemodi3lisis. Presenta lesi3n ulcero-costrosa en: comisura labial, nasogeniana de 1,5 cm y ulcera en brazo izquierdo de 5x4 cm de 1 mes de evoluci3n, indolora, bordes definidos, fondo granulante. No organomegalias, afebril. Se realiza laboratorio: Leucocitos: 12000 (neutr3filos: 86 % eosin3filos:2 %), hematocrito: 29 % urea: 198mg/dl, creativitva: 10,6 mg/dl, VSG: 89mm; VIH: no reactivo. Biopsia cut3nea, coloraci3n de Giemsa: levaduras de *Cryptococcus*. Cultivo micol3gico: *Cryptococcus gattii* (*C. gattii*). Anatom3a patol3gica: exudado fibrinoide, infiltrado inflamatorio mono y polimorfonuclear. Se inicia anfotericina 0,7 mg/kg/d3a hasta descartar infecci3n diseminada o coinfecci3n por leishmaniasis. Tras 4 semanas de tratamiento presenta casi total desaparici3n de las ulceraciones, pasando a etapa de consolidaci3n con fluconazol.

Discusi3n: Aunque *C. gattii* afecta com3nmente a inmunocompetentes, hasta el 50 % de los pacientes en algunos estudios han sido inmunocomprometidos. La localizaci3n cut3nea es una manifestaci3n infrecuente, present3ndose como p3pulas, p3stulas, placas, 3lceras, masas subcut3neas lo que puede hacer que se confunda con otras entidades. Entre los factores de riesgo para la infecci3n por *C. gattii* est3 la exposici3n a los reservorios de eucaliptos, insuficiencia renal y tratamiento con inmunosupresores como ten3a nuestro paciente. El diagn3stico se realiza mediante la identificaci3n del hongo en el examen directo al microscopio, estudio histol3gico y cultivo microbiol3gico. Siempre es importante descartar en compromiso pulmonar y SNC. En cuanto al tratamiento seg3n la gu3a para el manejo de la enfermedad criptoc3cica: actualizaci3n de 2010, sugiere que la infecci3n diseminada reciba terapia de inducci3n con anfotericina m3s flucitosina por 2 semanas y luego fluconazol como consolidaci3n, durante al menos 6 a 12 meses; mientras que la infecci3n primaria de piel por inoculaci3n directa puede ser tratada solo con fluconazol durante 6 a 12 meses. Dada la continua aparici3n de infecci3n por *C. gattii*, es importante conocer la posibilidad de afectaci3n cut3nea por este y su diagn3stico debe ser considerado en cualquier paciente que presente lesiones cut3neas con o sin

PE359 Coinfecci3n f3ngica en paciente con enfermedad autoinmune

Fern3ndez N, Sierra M, C3rdoba S, Tiraboschi IN, Farias L, Stecher D.

Hospital de Cl3nicas Jos3 de San Mart3n. CABA. Argentina.

Introducci3n: El s3ndrome autoinmune tipo APS 1, poliendocrinopat3a autoinmune asociada a candidiasis y distrofia ectod3rmica, APECED, es un s3ndrome poco frecuente, debido a mutaciones en el gen AIRE (21q22.3), que codifica para el factor de transcripci3n AIRE, implicado en los mecanismos de tolerancia inmune y en la selecci3n negativa de los linfocitos T autorreactivos en el timo, los ganglios linf3ticos y el bazo. La transmisi3n es autos3mica recesiva. Se caracteriza por la asociaci3n de por lo menos dos de las siguientes enfermedades: candidiasis mucocut3nea cr3nica, hipotiroidismo y enfermedad de Addison. Otras manifestaciones menos frecuentes son la tiroiditis autoinmune, anemia perniciosa, diabetes mellitus de tipo 1, hepatitis autoinmune, diarrea cr3nica, malabsorci3n y manifestaciones de distrofia ectod3rmica: queratitis, alopecia, hipoplasia del esmalte dental y distrofia ungueal.

Descripci3n del caso: Se presenta el caso de un paciente var3n de 28 a3os con APECED, que presenta manifestaciones cl3nicas de hipoparatiroidismo primario, insuficiencia suprarrenal autoinmune y queratitis cr3nica. El paciente consulta en mayo de 2018 para el diagn3stico y tratamiento luego de m3ltiples consultas en diferentes instituciones sin resultado favorable. Presenta lesiones en la mucosa oral, lesiones hipopigmentadas en tronco, eritema descamativo en ingle y compromiso de ambos miembros inferiores con lesiones ungueales en pies. Antecedentes: desde el 1er a3o de vida manifiesta queilitis, gingivitis, dermatitis seborreica, exantemas, piodermitis y candidiasis mucocut3nea recurrente. Recibi3 tratamiento con fluconazol 200 mg/d durante 19 a3os. Recibe azatioprina 150 mg/d y prednisona 8 mg/d. Hallazgos micol3gicos: en el hisopado de la lesi3n de mucosa oral y queilitis se observa en el examen directo levaduras y seudomicelios con desarrollo de *Candida albicans*, la determinaci3n de la CIM (mg/L) mostr3 los siguientes valores: anfotericina B 0,5, fluconazol 32, itraconazol 0,25, voriconazol 2, caspofungina 0,015. En la escarificaci3n de las lesiones del tronco compatible con pitiriasis versicolor se observa *Malassezia* sp. En las u3as de pies, en la lesi3n de ambas piernas e ingle se observan filamentos hialinos tabicados y ramificados con desarrollo de *Nannizzia gypsea*. Se indica buches de nistatina 500.000 UI, terbinafina 250 mg/d e itraconazol 200 mg/d. A los 10 meses de tratamiento se observa cura de la dermatofitosis, pero contin3a con lesiones en mucosa oral, queilitis e intertrigo, u3as de pies. En todas las muestras recolectadas a los 10 meses de la consulta inicial se obtuvo desarrollo de *C. albicans*. (CIM mg/L: anfotericina B 0,5, fluconazol 64, itraconazol 0,25, voriconazol 2, caspofungina 0,015). Se seguir3 evaluando su evoluci3n peri3dicamente.

Conclusi3n: El s3ndrome de APECED, es una enfermedad autoinmune poco frecuente de curso variable, en la cual es importante el constante trabajo interdisciplinario. En este paciente el hallazgo de *C. albicans*, *Malassezia* y *N. gypsea* indica que la coinfecci3n f3ngica en este s3ndrome requiere un seguimiento continuo de la evoluci3n cl3nica del paciente para anticipar el tratamiento m3s eficaz. Palabras claves: APECED, coinfecci3n, candidiasis, dermatoficia.

PE360 Paracoccidioidomicosis en pacientes con enfermedades oncohematológicas

Mendez GA, Niveyro C, Sosa VME, Villamandos S, Villalba Apestequi PA.
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas. Argentina.

Introducción: La asociación entre enfermedades oncohematológicas y paracoccidioidomicosis (PCM) es infrecuente. Se describen dos casos con diagnóstico de linfoma y uno con mieloma múltiple (MM) en pacientes con PCM.

Resultados: Caso 1. Hombre 74 años. Tabaquista, peón rural. En contexto de tos seca, disfonía y pérdida de peso, se realizó fibro-laringoscopia con presencia de lesión vegetante. El estudio patológico la tinción con Gomori-Grocott reveló estructuras micóticas esferoidales (levaduras) con tamaño variable y gemaciones compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*. Serología para *P. brasiliensis* por inmunodifusión doble positiva. Recibió tratamiento con itraconazol 100 mg/día. Luego de 1 año de tratamiento y aún bajo terapia con itraconazol, en contexto de adenopatías cervicales, mediastinales y retroperitoneales asociado a esplenomegalia se diagnosticó por biopsia de ganglio linfático linfoma folicular del manto de tipo B. Recibió tratamiento con quimioterapia (QT) y continuó con terapia antifúngica por 12 meses. No presentó complicaciones infecciosas ni recaída de su linfoma en el seguimiento por 1 año realizado al finalizar su QT. Caso 2. Mujer 47 años. Diagnóstico mieloma múltiple IgG con plasmocitoma vertebral a nivel cervical que requirió instrumentación quirúrgica de la columna. Recibió tratamiento con ciclofosfamida, bortezomib y dexametasona (CyBord) al cual fue refractario. Pasó a esquema de segunda línea con lenalidomida y corticoides. Se realizó biopsia de lesión pulmonar: inflamación granulomatosa crónica con técnicas de PAS y Grocott se observan estructuras micóticas esferoidales compatibles con *P. brasiliensis*. Se encuentra en el séptimo mes de tratamiento con itraconazol 100 mg/día y continúa con lenalidomida + prednisona como tratamiento del mieloma múltiple. Caso 3. Mujer 21 años. Diagnóstico de linfoma no Hodgkin células grandes B estadio IV A. Día +8 pos-QT esquema Hyper-CVAD evolucionó con neutropenia febril con foco abdominal. Hemocultivos con desarrollo de *Candida albicans* tratada con micafungina empíricamente, luego fluconazol. Día +18 pos-QT dolor y tumefacción en región cervical derecha con ecografía de partes blandas que describió colección de 60x34x16 mm. Articulación carpo-metacarpiana (CMC) derecha con artritis y ampolla con contenido purulento. Se realizó punción de región cervical en la que se observaron levaduras redondas multibrotadas compatibles con PCM. En la articulación CMC también se observaron elementos fúngicos compatibles con PCM. Recibió tratamiento con anfotericina deoxicolato y luego se rotó a voriconazol VO.

Discusión: los carcinomas son las neoplasias diagnosticadas con más frecuencia en pacientes con PCM, situación relacionada con la alteración de la inmunidad humoral y celular observada en estos pacientes. A su vez, la alteración inmunológica producida por el cáncer o su tratamiento puede predisponer a la PCM. La asociación entre patología oncohematológica y PCM es infrecuente. Los linfomas y MM son enfermedades inmunosupresoras que profundizan esta situación con los tratamientos que requieren. En dos de los casos reportados el diagnóstico de PCM fue posterior al de linfoma y MM, solo en 1 caso PCM precedió al diagnóstico oncohematológico. Antígenos de *P. brasiliensis* podrían tener un rol en el desarrollo de los tumores cuando ambas patologías aparecen en el mismo tejido.

PE361 Citomegalovirus resistente a ganciclovir en receptor de trasplante renal. Reporte de 1 caso

IbáñezME¹, García Allende N¹, Riso Patrón A¹, Paz S¹, Antezana Trigo I¹, Iglesias DE¹, Sánchez AV¹, Mayer Wolf M¹, Ezcurra C¹, Rodríguez VE¹, González Fraga S².
¹Hospital Alemán. CABA. Argentina. ²Laboratorio Domecq y Lafage. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección viral más significativa en receptores de trasplante de órganos sólidos, con riesgo elevado de morbilidad, mortalidad y pérdida del injerto. El tratamiento estándar es ganciclovir (GCV) intravenoso o valGCV oral. Sin embargo, se han detectado cepas de CMV que albergan mutaciones en el gen UL97 y/o en el gen UL54 que confieren resistencia al GCV e inclusive a los tratamientos alternativos como cidofovir (CDV) y foscarnet (FOS); esto conlleva a una disminución en la tasa de supervivencia, riesgo de pérdida de injerto y opciones terapéuticas limitadas.

Objetivo: Describir en el abordaje terapéutico de un paciente trasplantado renal con enfermedad por CMV resistente (CMVR) a GCV.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Mujer de 41 años con trasplante renal de donante cadavérico (mismatch CMV D+/R-) en agosto 2018 inmunosuprimida con sirolimus, meprednisona y leflunamida, esta última se agregó por nefropatía por virus BK. Profilaxis con isoniazida (PPD positiva) cotrimoxazol y valGCV. Consultó, en quinto mes post trasplante, por tos seca, úlceras orales y registros subfebriles. En laboratorio se constató reagudización de insuficiencia renal. Se solicitó carga viral (CV) y PCR en hisopado de úlcera oral para CMV, ambas positivas. Se interpretó como reimpoinfección por CMV. Inició tratamiento con GCV. Por elevación de CV se decidió duplicación de dosis de antiviral. Por persistencia de CV detectable en plasma se decidió rotar tratamiento a FOS y solicitar prueba de resistencia genética. Se detectó la mutación L595S en el gen UL97 la cual confiere resistencia a GCV. También se detectó la mutación N467D. El perfil genético obtenido no está asociado a resistencia a FOS o CDV. La paciente evolucionó con mejoría clínica, de laboratorio y CV CMV en plasma no detectable (ver tabla).

Conclusión: La infección por CMVR es un problema emergente y la incidencia oscila entre un 1-5 % en trasplante de órgano sólido. La detección de factores de riesgo y la monitorización constante permite sospechar la presencia de mutaciones de resistencia en el genoma viral de CMV y de ese modo establecer la mejor opción terapéutica de la infección.

PE362 Fungemia por *Trichosporon*: presentación de dos casos

Romero CF, Palacio B, Riera F, Marino M, Carballo J, Bergallo C.
Sanatorio Allende. Córdoba. Argentina.

Introducción: La tricosporonosis es una infección producidas por hongos levaduriformes del género *Trichosporon*. Este hongo produce habitualmente micosis superficiales (tiña) pero en pacientes inmunocomprometidos puede presentarse como fungemia. Los factores de riesgo descriptos en fungemias son: corticoterapia prolongada, catéteres centrales, drenajes pleurales y torácicos enfermedad oncohematológica adyacente. Otros factores asociados incluyen el tratamiento con fármacos inmunosupresores, corticoides y antimicrobianos de amplio espectro, profilaxis con antimicóticos, ventilación mecánica y trasplantes. Presentamos dos casos de fungemia por *Trichosporon* spp. Caso 1: Paciente de 45 años de edad, con antecedentes de Leucemia Mieloide Aguda y post quirúrgico de cirugía abdominal. Presenta en el post quirúrgico inmediato neutropenia febril, Infiltrados pulmonares bilaterales con hemocultivos con levaduras, identificados como *Trichosporon* spp. Se inicio tratamiento con Anfotericina B liposomal. Requiere intubación orotraqueal y se complica con infecciones bacterianas sobreagregada, por lo que finalmente fallece. Caso 2: masculino 33 años, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis y en tratamiento con corticoides a dosis inmunosupresora. Presentó fiebre con posible origen en el catéter, se toman hemocultivos en el que desarrollan levaduras, inicia tratamiento con Anidulafungina. El paciente no mejora y en los días posteriores aparecen infiltrados pulmonares bilaterales. La levadura es identificada como *Trichosporon* spp., por lo que se inicia tratamiento

con Anfotericina B liposomal, por 14 días. Tiene buena respuesta clínica y se completa el tratamiento con voriconazol oral por 21 días que fue suspendido por hepatotoxicidad. El paciente tiene una buena respuesta clínica y resolución de infiltrados pulmonares.

Discusión: El género *Trichosporon* produce infecciones sistémicas en inmunodeprimidos, principalmente oncohematológicos con neutropenia profunda y con factores predisponentes.

Revisando la literatura de fungemia por este patógeno, las características de nuestro paciente coinciden con las de la mayoría de los casos descritos en pacientes oncohematológicos. Con respecto a *T. asahii*, se reporta en ensayos clínicos como relativamente resistente a anfotericina B, con baja sensibilidad a equinocandinas; a los azoles sensible, sobre todo a voriconazol. El voriconazol se puede recomendar como antimicótico de primera línea para tratar la fungemia por *Trichosporon*; sin embargo, el estado inmunitario del huésped desempeña un papel crucial en la evolución clínica, así como la eliminación de catéteres vasculares. En nuestros casos clínicos no se pudo identificar la especie, ni realizar el antifungograma. En lo que respecta a la mortalidad en la literatura, sigue siendo alta del 53 % -76 %, debido a la baja incidencia y dificultad en el diagnóstico. En nuestros casos uno de ellos tuvo una mala evolución clínica y finalmente fallece. El *Trichosporon*, es un patógeno emergente en pacientes inmunodeprimidos, es por ello que resulta de importancia la presentación de casos clínicos de fungemia, para poder determinar factores predisponentes, sospecha clínica y realizar con diagnóstico oportuno y precoz.

PE363 Neumonía por *Lophomonas* sp. en huésped inmunocomprometido

Seijo S, Cornet L, Tourón I, Vaustat D, Pujato N, Bravo M, Margari A.
Hospital Naval Central "Cirujano Mayor Dr. Pedro Mallo. CABA. Argentina.

Introducción: Los huéspedes inmunocomprometidos pueden desarrollar infecciones oportunistas por microorganismos no sospechados habitualmente. *Lophomonas blattarum* es un protozoo habitual de la flora intestinal de las cucarachas que ha sido hallado en muestras de secreciones respiratorias de pacientes adultos con neumonías bacterianas que no responden a tratamiento. Presentamos un caso de neumonía por *Lophomonas* sp. en un paciente que cursó internación en nuestro nosocomio.

Caso Clínico: Paciente masculino de 20 años de edad, oriundo de Paso de los Libres (Corrientes). Estudiante de Escuela de Prefectura Naval, con diagnóstico reciente de Linfoma de Hodgkin por lo que había recibido 3g de metil prednisolona y se encontraba en tratamiento quimioterápico con esquema ABVD. Elisa HIV negativo. Previo al inicio del tercer ciclo quimioterápico intercorre con fiebre e insuficiencia ventilatoria por lo que ingresa a terapia intensiva requiriendo ventilación mecánica. Inicia empíricamente Piperacilina Tazobactam y por mala evolución se rota a las 48 horas a imipenem, vancomicina y trimetoprima sulfametoxazol. Se realiza fibrobroncoscopia más Lavado bronquioalveolar, donde se visualizan parásitos compatibles con *Lophomonas* sp. Cultivo para gérmenes comunes negativo. Inicia metronidazol 500 mg cada 8 hs vía oral. Recibió 10 días de tratamiento con franca mejoría clínica y weaning exitoso.

Discusión: La *Lophomonas* sp. es un género de protozoos multiflagelados y anaerobios. Se reconocen dos especies: *L. blattarum* y *L. striata*. Los huéspedes son las cucarachas y termitas. La transmisión se produce por inhalación del quiste por contaminación de lugares domésticos, ropa y alimentos con secreciones o excretas de cucarachas. Puede afectar senos maxilares, bronquios y pulmones y producir diferentes signos y síntomas respiratorios causando la entidad broncopulmonar conocida como lofomoniasis. Compromete según reportes a huéspedes inmunocomprometidos en su mayoría. El diagnóstico se realiza por la visualización de su morfología propia a la microscopía óptica caracterizada por un penacho anterior con numerosos flagelos, un núcleo vesicular de posición anterior, un axostilo que puede sobrepasar o no el extremo posterior. El tratamiento de elección es metronidazol con buena respuesta en general.

Conclusión: Lofomoniasis es una patología poco frecuente, que debe tenerse en cuenta en pacientes inmunocomprometidos, con infiltrados pulmonares más fiebre y con mala respuesta al tratamiento. Es fundamental el uso de estudios invasivos para su correcto diagnóstico, así como también personal entrenado para su identificación.

PE364 Estudio epidemiológico sobre neutropenias febriles en pacientes oncohematológicos en un instituto oncohematológico de la Patagonia

Moya L, Burgos R, Colucci M, Raña P, Reyes M, Zambelli M, Arias A, Bernachea MP.
Instituto Oncohematológico de la Patagonia Conciencia. Neuquén. Argentina.

Introducción: La neutropenia febril (NF) y sus complicaciones infecciosas son algunos de los efectos adversos más importantes derivados del manejo del paciente hematológico con enfermedad maligna en tratamiento con quimioterapia. La NF es una emergencia infectológica por la alta morbilidad y mortalidad. En la actualidad, la mortalidad atribuible en los pacientes hematológicos oscila entre 4 y 9 %. Nos motiva presentar este trabajo la presencia de escasos datos epidemiológicos en nuestra región.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de serie de casos, de pacientes adultos con enfermedad oncohematológica que desarrollaron NF posquimioterapia o al diagnóstico de enfermedad y se internaron en una institución de la Patagonia, en un período de tiempo de 18 meses (junio 2017 a diciembre 2018). Los pacientes con diagnóstico de NF fueron identificados a través de la base de datos del Servicio. Se evaluó la historia clínica de cada uno de ellos para identificar las variables (demográficas, clínicas, microbiológicas y desenlace) de cada caso en particular. Se analizaron los datos por episodio y no por paciente.

Resultados: Total de pacientes 36. Se identificaron 65 episodios de NF que cumplían con los criterios de inclusión y la definición de las guías de IDSA y NCCN. No se excluyeron pacientes porque se logró identificar la información de todas las variables. La media de la edad fue de 46.8 años DS 16,5 (20 a 75). Hombres 65 % (42) Todas fueron neutropenias (menos de 500 neutrófilos). La media de días de neutropenia fue de 9.7 DS 13.11 (1 a 81) y una Mediana de 4 días. Los diagnósticos hematológicos según pacientes fueron: LNH alto grado 47,22 % (17), LMA 22,22 % (8), leucemia secundaria 11,11 (4), LLA 8,33 % (3) otros 11,11 (4). Se evaluaron los posibles focos infecciosos de los 65 episodios encontrándose foco clínico en el 58,46 % (37) y sin foco el resto. El 46 % (15) fueron respiratorios, 27 % (10). Digestivo, 24,3 % (9) piel y partes blandas y 5,4 % (2) relacionado a catéter. En el 75,38 % (49) de los casos los cultivos fueron negativos, en el 24,62 % se obtuvo rescate de germen. Encontrando en el 50 % de bacilos gram negativos siendo los más frecuentes la *E. coli* y *Pseudomonas aeruginosa*. Dentro de los cocos gram positivos el más frecuente fue *Staphylococcus aureus* metilino sensible. 1 Candidemia. Solo en 1 caso el tratamiento empírico inicial no fue acorde a la sensibilidad rescatada del germen. La mortalidad relacionada a NF fue del 4,7 % (3); por foco respiratorio 2 e infección relacionada a catéter 1.

Conclusiones: Conocer nuestros datos afecta las decisiones clínicas en nuestra práctica médica. La mortalidad relacionada a neutropenia febril es acorde a la bibliografía nacional e internacional. El 67 % con foco respiratorio. No hay un germen predominante. Si bien debemos continuar controlando y bajo vigilancia activa, el esquema empírico inicial propuesto en nuestro servicio es adecuado a nuestra epidemiología local.

PE365 Infección por *Trypanosoma cruzi* a través de un trasplante hepático: a propósito de un caso

Arias A, Paulin P, Sormani M, Varela A, Sarkis C.

Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan. P. Garrahan. CABA. Argentina.

Introducción: En Argentina, la enfermedad de Chagas afecta aproximadamente a 3 millones de personas y es endémica en América Latina. Debido a la escasez de órganos para trasplante, la baja transmisibilidad de la enfermedad y la posibilidad de utilizar técnicas sensibles de monitoreo, se suele aceptar que personas con dicha enfermedad sean donantes de órganos, salvo en el trasplante cardíaco. El objetivo de este reporte es describir un caso clínico de infección por *Trypanosoma cruzi* a través de un trasplante hepático en una paciente de 8 meses con atresia de vías biliares.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Paciente de 8 meses de edad, oriunda de Bolivia, con diagnóstico de atresia de vías biliares sin cirugía de Kasai previa, en plan de trasplante hepático. Dentro de la evaluación pretrasplante de la niña, se constata serología positiva para Chagas mediante 2 técnicas diferentes.

Se realizan 5 determinaciones de parasitemia por técnica de Buffy coat para Chagas: todas negativas. Se estudia a la madre de la paciente quien sería la posible donante: presenta serología positiva para Chagas mediante 2 pruebas serológicas diferentes. Se deriva a la madre para ser evaluada al Instituto Nacional de Parasitología de referencia donde se concluye que no tiene patología demostrada de la enfermedad y que puede ser donante, con el seguimiento correspondiente del receptor durante el período postrasplante. Se realiza el trasplante hepático y comienza tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, al cuarto día se constata parasitemia y PCR para Chagas positivas. Se inicia tratamiento con benznidazol 5 mg/kg/día, cada 12 horas, el cual recibe durante 60 días. Luego del comienzo del mismo, a los 7 días, presenta parasitemia para Chagas negativa y, a los 15 días, PCR para Chagas no reactiva.

La niña evolucionó favorablemente respecto a su trasplante, se realizaron controles periódicos de parasitemia y PCR para Chagas durante el primer año los que resultaron negativos. Asimismo, se efectuaron controles serológicos durante 8 meses, los cuales persistieron reactivos. Tal como se evidencia en el caso presentado, el monitoreo del paciente con trasplante hepático con riesgo de infección aguda por *Trypanosoma cruzi* incluye controles periódicos, principalmente, por métodos parasitológicos directos incluyendo técnicas moleculares. Durante el período de tratamiento y seguimiento la niña no presentó síntomas de enfermedad a pesar del régimen de inmunosupresión.

Conclusión: La infección por *Trypanosoma cruzi* a través de un trasplante hepático es infrecuente. No obstante, el donante y el receptor de trasplante de órgano sólido deben ser evaluados para identificar a aquellos que puedan estar infectados por el parásito causante de la enfermedad. Palabras clave: Enfermedad de Chagas, trasplante hepático.

9 - Vacunas e inmunología

PE366 Antecedentes vacunales de los estudiantes de medicina, Escuela Superior Normalizada de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires

Mondini S, Gonzalez Ayala.

Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Tandil. Prov. de Buenos Aires. Argentina.

Introducción. Las vacunas del Calendario Nacional son gratuitas y obligatorias en nuestro país. Sin embargo, no se ha logrado su cumplimiento sostenido en >90 % de la población. La vacunación de 0 – 6 años rige desde el año 1971 por Calendario. A partir del año 2003, se incorporaron a los adolescentes para la administración de las vacunas triple viral y hepatitis B. Fue ampliada en 2009 con la vacunación dTpa; en 2011, con la vacuna virus papiloma humano (HPV) bivalente en las mujeres, se rotó a tetravalente en 2014; y, en 2017, vacuna HPV tetravalente también a los varones.

Objetivo. Describir el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación.

Material y métodos. Se realizó el control de las certificaciones de vacunación de los Estudiantes de cuarto y quinto año de la carrera de Medicina, Escuela Superior Normalizada de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. Ésta les había sido requerida al ingreso y fue archivada. Se evaluaron las constancias actualizadas.

Resultados. Los estudiantes >21 años, proceden del centro-oeste y sur de la provincia de Buenos Aires. De los 72 estudiantes de cuarto año, presentaron la certificación el 97,2 % (n = 70). De éstos, el 57,1 % (n = 40) tenía vacunación completa. Algunos habían recibido otras vacunas, Hepatitis A 30 % (n = 12); HPV bivalente 7,5 % (n = 3); Fiebre amarilla 7,5 % (n = 3); HPV tetravalente, Varicela zoster, meningocócica BC y neumocócica 23 valente, 2,5 % (n = 1 para cada una). El 91,4 % (n = 64) había padecido varicela. Los 51 estudiantes de quinto año (100 %) presentaron la certificación. El 52,9 % (n = 27) tenía vacunación completa y habían recibido otras vacunas, Hepatitis A 37 % (n = 10), Varicela zoster 11,1 % (n = 3) y neumocócica 7 valente 3,7 % (n = 1). Se prescribió el siguiente número de dosis de vacuna: 23, dTpa; 11, dT; 41, Hepatitis B adultos; 41, triple viral. Se indicó la determinación de IgG cuantitativa Varicela zoster a 11 estudiantes e IgG cuantitativa Hepatitis A a 49, sin antecedentes de haber padecido la enfermedad ni estar vacunados.

Comentario. No hay normativa en la Unidad Académica respecto a la exigencia del cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación. Los estudiantes susceptibles están expuestos a un riesgo aumentado individual y son un riesgo para terceros. Se presentaron dificultades para lograr el cumplimiento del Calendario (dosis no calculadas para la provisión al Municipio) así como también para la realización de los estudios serológicos por accesibilidad económica (situación aún no resuelta). La reglamentación de la Ley Nacional de Vacunación 27.491/2018 deberá ser taxativa para evitar lo descrito, por cuanto, no es suficiente la presentación de los Certificados de vacunación como un requisito si éstos no son evaluados oportunamente, así como también en fijar un plazo máximo de seis meses para completar el esquema.

PE367 Virus Sabin derivados en niños inmunocomprometidos: descripción de 2 casos ocurridos en Argentina durante la fase final de erradicación de la polio

Pasinovich M¹, Neyro S¹, Juárez MV¹, Katz N¹, López Yunes M¹, Elbert G¹, Cañete J¹, Stecher D¹, Rapaport S¹, Iglesias M¹, Lucconi V¹, Rancaño C¹, Granado E¹, Lema C², Freire C², Biscayart C¹.

¹Sanatorio ²de Julio ³Laboratorio de Salud Pública de Tucumán. S. Miguel de Tucumán. Argentina. ³Sanatorio Parque. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Introducción: Enmarcado en el Plan Estratégico de Erradicación de la Polio y Fase Final 2013-2019 lanzado por la Organización Mundial de la Salud en 2013, se ha realizado en Argentina el cambio de vacuna antipoliomielítica oral atenuada (OPV) por inactivada (IPV) en abril de 2016, con el objetivo de disminuir la ocurrencia de casos de parálisis agudas flácidas (PAF) asociados a la vacunación dado que el mundo presenta cada vez menos casos de poliomielitis por poliovirus limitados a los países endémicos. En este contexto, es fundamental jerarquizar la vigilancia epidemiológica y estudiar presencia de virus en MF de todos los niños con diagnóstico de inmunodeficiencia primaria (IDP) y vacunados con vacuna Sabin debido a que será cada vez mayor la posibilidad de ocurrencia de PAF por virus derivados de la vacuna.

Resumen clínico: Caso 1: Niño nacido en Salta el 18/8/15 con diagnóstico de agammaglobulinemia ligada al X (mayo de 2016). Desde marzo de 2016 se realizó el estudio para búsqueda de enterovirus (EV) en materia fecal (MF) por sospecha de IDP y el antecedente de vacunación con OPV trivalente a los 2 y 5 meses de edad. El 15/7/16 se aísla el virus derivado de la vacuna tipo 2 en huésped inmunocomprometido (iVDPV2) asintomático. Desde el comienzo del seguimiento, se realizaron acciones para disminuir el riesgo de transmisión y propagación viral posterior al cambio de vacuna antipoliomielítica OPV trivalente por OPV bivalente + IPV. Por persistencia de la excreción viral en MF, se indicó tratamiento con pocapavir logrando negativizarla al mismo tiempo que disminuir el riesgo para el niño y la comunidad. Caso 2: Niña nacida en San Juan el 16/5/17 con diagnóstico de agammaglobulinemia con linfocitos B presentes (mayo de 2018). Ante el diagnóstico de IDP, el antecedente de vacunación con OPV bivalente a los 6 meses de edad y un cuadro compatible con PAF, se tomaron muestras de MF para estudio de EV aislándose un iVDPV tipo 3. Con este resultado se comenzaron las acciones para minimizar el riesgo de propagación viral (eliminación segura de excretas, monitoreos de coberturas, etc.). A la fecha la paciente persiste con excreción viral en MF y presenta mejoría clínica de la parálisis. Como resultado de las acciones tomadas en ambos casos, se logró realizar una evaluación de riesgo teniendo en cuenta: tipo de virus aislado, tasas de notificación de PAF, tiempo transcurrido desde el cambio de la vacuna, evaluación de presencia viral en contactos cercanos, y coberturas de vacunación antipoliomielítica en el área. Todo esto permitió clasificarlos como eventos aislados de iVDPV con bajo riesgo de propagación.

Tabla 1. Acciones tomadas ante la ocurrencia de casos de iVDPV	Caso 1	Caso 2
1. Notificación a autoridades nacionales y de la Organización Panamericana de la Salud	Si	Si
2. Articulación con referentes provinciales de inmunizaciones	Si	Si
3. Manejo seguro de excretas del paciente	Si	Si
4. % de coberturas provincial con 3 ^o dosis antipoliomielítica	97,9%	84,9%
5. Resultado de monitoreos rápidos de vacunación	completos	completos
6. Búsqueda activa de casos de PAF (N° de casos)	0	0
7. Estudio mensual de muestras de MF del niño	Si	Si
8. Número de muestras de MF de paciente positivas	5	3 (a la fecha)
9. Evaluación de tasas de notificación de PAF (casos de PAF / 100.000 niños menores de 15 años) en la provincia	2	2,33
10. Estudio de muestras de MF de contactos	Negativas	Negativas
11. Tratamiento con Pocapavir	Si	No

Conclusión: El aislamiento de virus derivados de la vacuna Sabin en la población es considerado una emergencia de Salud Pública a nivel mundial. La identificación precoz y oportuna de esta situación permitió en ambos casos realizar las acciones tendientes a minimizar el riesgo de diseminación viral en la comunidad con resultados favorables hasta el momento. Palabras clave: Polio, virus Sabin derivado, Parálisis Agudas Flácidas, Vigilancia epidemiológica, vacunas, enfermedades Inmunoprevenibles, poliomielititis.

PE368 Seguridad de la vacuna contra fiebre amarilla en Argentina: análisis del periodo 2017-2018

Stecher D, Rapaport S, Rancaño C, Iglesias M, Lucconi V, Cañete J, Morales A, Fabbri C, Luppo V, Sinchi A, Briggiler A, Biscayart C.
Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: La vacuna 17D contra fiebre amarilla (VFA) es considerada segura, si bien puede causar eventos graves como enfermedad neurológica y viscerotrópica. En Argentina se encuentra incluida en el calendario nacional de vacunación (CNV) para algunas jurisdicciones que limitan con países con posible circulación viral. Además, es provista para viajeros a regiones endémicas o que la exijan según el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Desde 2017 el aumento de la circulación viral y de los casos de fiebre amarilla en Brasil llevó a un incremento del número de dosis administradas a expensas de los turistas que viajan a zonas de riesgo de ese país.

Objetivos: Evaluar el perfil de seguridad de la VFA en la población vacunada en Argentina en el período 2017-2018.

Diseño: Estudio retrospectivo y descriptivo.

Material y métodos: Se analizaron los eventos supuestamente atribuidos a vacunación e inmunizaciones (ESAVI) notificados a través del sistema informatizado NOMIVAC (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina, SISA) y de los comunicados por fichas enviadas por correo electrónico. Se evaluó en cada caso sexo, edad, y relación con la vacuna según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud 2012. Para definir neurotropismo y viscerotropismo se utilizaron criterios del CDC 2010. Se expresaron las tasas como eventos por cada 100 000 dosis aplicadas.

Resultados: En el periodo 2017-2018 se aplicaron 1 035 300 dosis de VFA y se notificaron 67 ESAVI, 26 mujeres 41 hombres, mediana de edad 32,8 años (rango 1-65). Se clasificaron 31 (46,26 %) como relacionados, 16 (23,88 %) errores programáticos, 2 (2,98 %) coincidentes, 13 (19,40 %) no concluyentes por falta de datos y 5 (7,46 %) se encuentran en estudio. De los relacionados, 24 (85,71 %) reunieron criterios de inespecíficos, 5 (17,85 %) se clasificaron como enfermedades neurotrópicas, 1 (3,57 %) fue una reacción local y 1 (3,57) fue clasificado como alergia. Entre los errores programáticos, 8 (50 %) fueron mujeres vacunadas durante el embarazo, 5 (31,25 %) mayores de 60 años, 2 (12,5 %) huéspedes inmunocomprometidos y 1 (6,25 %) intervalo menor al recomendado con vacuna triple viral. Las tasas en relación a las dosis aplicadas fueron: eventos totales 6,47/100 000; relacionados 2,99/100 000; programáticos 1,54/100 000; neurotropismo 0,48/100 000; alergia 0,19/100 000 y no concluyentes-en estudio 1,7/100 000. Identificamos además 5 viscerotropismos y 11 neurotropismos probables que no pudieron ser confirmados por falta de datos (clasificados como no concluyentes o en estudio). No se observó mortalidad asociada a los ESAVI.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra que el uso de la VFA se asocia a una serie de eventos adversos algunos de ellos graves que obligan a mantener un sistema de vigilancia continuo y advertir al equipo de salud y a la población en una situación de gran demanda de la vacuna acerca de sus precauciones, contraindicaciones y riesgos. Se requiere además el estudio adecuado de los ESAVI a fin de optimizar su clasificación final. Palabras claves: Vacuna fiebre amarilla, ESAVI, seguridad, farmacovigilancia.

PE369 El cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación en los ingresantes en un Instituto Superior de Formación Técnica.

Arce MB, Cocozzella JP, Bampi MC, Gullo M, Gimenez Villalba MF, Gonzalez Ayala SE.
Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Introducción: La importancia del cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación no ha sido incorporada en la comunidad, particularmente en los adolescentes y adultos en quienes todavía prevalece el concepto que "las vacunas son para los niños". Las vacunas del Calendario Nacional son gratuitas y obligatorias en nuestro país. Sin embargo, no se ha logrado su cumplimiento sostenido en >90 % de la población. La vacunación del grupo de edad 0 – 6 años rige desde el año 1971 por Calendario y desde el año 2003, se incorporó la vacunación de los adolescentes con la administración de las vacunas triple viral y Hepatitis B. Ésta fue ampliada con otras vacunas: 2009, dTpa; 2011, vacuna virus papiloma humano (HPV) bivalente en las mujeres, 2014, la tetravalente; y, a partir de 2017, HPV tetravalente también a los varones. La vacuna hepatitis B es obligatoria para todos los habitantes desde julio del año 2012.

Objetivo. Describir el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación.

Material y métodos. Se realizó el control de las certificaciones de vacunación de los ingresantes de 18-26 años, a un Instituto Superior de Formación Técnica de una ciudad capital quienes proceden de distintos municipios de la provincia.

Resultados. En los 202 estudiantes, la media de edad fue 20,9; el 74,6 % (n = 138) eran varones. Presentaron la certificación el 91,6 % (n = 185). De éstos, el 42,2 % (n = 78) tenía vacunación completa. Y, algunos habían recibido otras vacunas: varicela zoster, 4,9 % (n = 9); meningocócica AC, 3,8 % (n = 7); meningocócica BC, 2,7 % (n = 5); fiebre amarilla, 1,6 % (n = 3); y, neumocócica 23 valente, 1,1 % (n = 2). Se observa diferencia en el cumplimiento del Calendario Nacional entre varones, 42,2 % y mujeres, 38,3 %. Se necesitó el siguiente número de dosis de vacuna: 62, dT; 109, hepatitis B adultos; 73, triple viral para completar esquemas.

Comentario: El régimen de internado de estos estudiantes dificulta la inmunización en los vacunatorios municipales y provinciales, surgiendo entonces la necesidad de completar esquemas en la institución. Por este motivo los esfuerzos son dirigidos a la articulación de los distintos actores para llevar adelante el control de los certificados de vacunación, el seguimiento del cumplimiento del Calendario Nacional y arbitrar los medios para generar acciones para completar esquemas oportunamente. Con la colaboración del personal del Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de una Región Sanitaria y el Municipio correspondiente se procedió a iniciar las actividades para completar los esquemas. Es importante implementar estrategias comunicacionales intrainstitucionales referidas a la vacunación según calendario, así como también por los medios masivos de comunicación y las redes sociales para el alcance poblacional. La reglamentación de la Ley Nacional de Vacunación 27.491/2018 deberá ser taxativa estableciendo un plazo máximo de seis meses para el cumplimiento del Calendario Nacional en los establecimientos educativos de todos los niveles.

PE370 Enfermedad neumocócica invasiva, aspectos epidemiológicos, mortalidad y sensibilidad a betalactámicos en un hospital polivalente

Martínez Ríos M, Cabral M, Scala G, Vernazzi M.
Hospital Central de Mendoza. Mendoza. Argentina.

Introducción: La enfermedad invasiva causada por *Streptococcus pneumoniae* (ENI) constituye un importante problema de Salud Pública debido a su elevada morbilidad y mortalidad, con tasas mayores entre lactantes y personas mayores de 65 años. La presencia de ciertas condiciones médicas subyacentes (inmunodeficiencia, asplenia anatómica o funcional, hepatopatía crónica, cirrosis, enfermedad respiratoria, renal crónica, cardiovascular, diabetes mellitus, tabaquismo y alcoholismo) aumenta el riesgo de enfermedad neumocócica y de sus complicaciones. La ENI representa la forma más grave de la enfermedad neumocócica. Entre las estrategias para prevenir ENI la vacunación tiene un papel preponderante. El objetivo primario de este trabajo fue evaluar: aspectos epidemiológicos, mortalidad, sensibilidad a penicilina.

Objetivo secundario: evaluar la presencia de vacunación en los pacientes (ptes) que desarrollaron ENI.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo (junio a noviembre 2017) y prospectivo (diciembre 2017 hasta junio 2018) desarrollado en un hospital de agudos polivalente. Se incluyeron pacientes internados mayores de 16 años con aislamiento de *S. pneumoniae* de un sitio estéril. Se realizó análisis estadístico test de Fisher.

Resultados: 30 ptes presentaron Enfermedad neumocócica invasiva, con un rango de edad: 21 - 65 años (mediana 47 años), hombres (33 %-10) y mujeres (67 %-20), internados en el Servicio de Clínica Médica (53 %-16), Terapia Intensiva (40 %-12) y Recuperación Cardiovascular (7 %-2). Los diagnósticos infectológicos de ENI fueron: NAC (53 %-16), meningitis (23 %-7), NIH (10 %-3) y otros 14 %: artritis séptica, endocarditis infecciosa e infección de sitio quirúrgico. En cuanto a la sensibilidad a la penicilina, las CIM fueron entre 2 y 0.008 ug/mL en foco no meníngeo y 0,06 y 0,004 ug/mL en foco meníngeo. La mortalidad global fue del 23 % (7/30 ptes), en los ptes con factor de riesgo del 24 % (6/25 ptes.) y sin factor de riesgo 20 % (1/5 ptes). p: 1 (NS). Riesgo relativo (expuestos y no expuestos), RR: 1.20 (IC 95 % 0.18-7.92). Presentaban Indicación de vacunación 25 ptes: 1 por edad: 65 años independientemente de presentar además factores de riesgo y 24 por factores de riesgo. 54 % de los pacientes (16) fueron posibles de interrogar, el 100 % de ellos negó tener conocimiento de la vacunación y no estaban vacunados. 14 ptes (de 30) fueron incluidos en el estudio retrospectivo por lo que no fueron interrogados, no contaban con el antecedente de vacunación en la historia clínica de internación.

Conclusión: La ENI se observó en la población menor de 65 años, con comorbilidades. Los factores de riesgo que predominan son enoismo, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas. No se observó resistencia a la penicilina. La mortalidad global fue del 23 %. En el grupo de pacientes con factores de riesgo fue mayor, tal como se describe en la literatura. Sin embargo, desde el punto de vista estadístico, no fue significativo ya que la muestra de pacientes fue pequeña. El 54 % de los ptes fueron posibles de interrogar, el 100 % de ellos no estaban vacunados y tampoco tenían conocimiento de la vacunación. La incidencia y la mortalidad de la enfermedad neumocócica en adultos con factores de riesgo para ENI, se mantienen elevadas, lo que justifica fortalecer y abordar estrategias de concienciación y prevención en esta población de alto riesgo.

PE371 Evento supuestamente atribuido a vacunación o inmunización (ESAVI) como diagnóstico diferencial de síndrome febril agudo: reporte de un caso.

Carranza JI, Monroig J, Machuca P, della Paolera D, Lloveras S.
Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Francisco J. Muñiz. CABA. Argentina.

Introducción: La expansión del área de riesgo de transmisión de fiebre amarilla (FA) en Brasil en los últimos años produjo un aumento en la demanda de la vacuna para viajeros a dicho país. Si bien la vacunación es una intervención con gran impacto en la salud de la población mundial no está exenta de eventos adversos que es necesario vigilar. La limitada disponibilidad de vacuna contra FA a nivel mundial, sumado a las precauciones en la indicación, determinan la necesidad de una consulta individualizada para su recomendación.

Resumen clínico, exámenes complementarios y discusión: Masculino de 28 años, oriundo de CABA, realizó un viaje de 8 días a Porto Galinhas (Pernambuco-Brasil). En día 5 del viaje comenzó con síndrome febril agudo (SFA), sin otra sintomatología. Al regreso consultó en otra institución donde se realizó laboratorio que evidenció leucocitosis (11.500 cel/uL). La fiebre persistió 8 días y agregó cefalea holocraneana de intensidad 7/10, mareos y fotofobia. En día 10 de enfermedad consultó en nuestro servicio. Antecedentes de vacunación contra FA 10 días antes del viaje. Examen físico: leve rigidez de nuca. Laboratorio: leucocitosis (15.500 cel/uL). Se internó y se realizó punción lumbar: líquido cefalorraquídeo (LCR) incoloro, límpido, proteínas de 0,52 mg/dL, glucosa de 66 mg/dL y 93 cel/uL (95 % mononucleares). Permaneció internado por 24 hs. Evolucionó favorablemente. Presentó serología IgM positiva para FA en muestra de suero y LCR, interpretándose el cuadro febril como evento supuestamente asociado a vacunación o inmunización (ESAVI): enfermedad neurotrópica.

Tabla 1. Exámenes complementarios realizados durante la internación (día 10 de enfermedad).

Discusión: En el abordaje diagnóstico de un SFA procedente de Brasil es necesario tener en cuenta diversos diagnósticos en función de la circulación de múltiples arbovirus, pero también es de suma importancia relevar el antecedente de vacunación. La enfermedad neurotrópica como ESAVI tiene una incidencia estimada en 0,4-0,8 casos por cada 100.000 dosis aplicadas y puede aparecer de uno a treinta días después de la vacunación, por lo cual hay que considerarla como diagnóstico diferencial al igual que la enfermedad viscerotrópica. La confirmación diagnóstica de ESAVI enfermedad neurotrópica, según los lineamientos nacionales incluyen el cuadro clínico neurológico, acompañado de un LCR característico, más detección viral por PCR o IgM en LCR. La vacuna contra FA no estaba indicada por tratarse un área sin recomendación de vacuna y el paciente presentó un ESAVI lo que confirma la importancia de evaluar el riesgo/beneficio de la vacunación, además de optimizar el uso de un recurso escaso a nivel mundial.

Conclusión: Relevar el antecedente de vacuna FA es imprescindible para la evaluación del SFA. La notificación del caso confirmado es fundamental para mantener la confianza en la seguridad de la vacuna. Palabras claves: fiebre amarilla, vacuna, neurotropismo, ESAVI.

Tabla 1. Exámenes complementarios realizados durante la internación (día 10 de enfermedad).

Suero	LCR	Orina
Dengue: PCR -/IgM -	Dengue: PCR -/IgM -	Dengue: PCR -
Zika: PCR -/IgM -	Zika: PCR -/IgM -	Zika: PCR -
Chikungunya: PCR-/ IgM -	Chikungunya: PCR -/IgM -	Chikungunya: PCR -
Saint Louis: PCR -/IgM-	Saint Louis: PCR -/IgM-	FA: PCR -
FA: PCR -/IgM +	FA: PCR -/ IgM +	
Citomegalovirus: IgM- / IgG+	Cultivo de gérmenes comunes: negativo	
VIH: no reactivo		
Hemocultivos: negativos		
Gota gruesa Malaria: negativa		

PE372 El desafío de una intervención poblacional en la vacunación contra la fiebre amarilla en viajeros

Lucconi Grisolia V, Alvarez MS, Rancaño C, Elbert G, Neyro S, Juarez MV, Katz N, Pasinovich M, Lopez Yunes M, Stecher D, Rapaport S, Iglesias M, Zubieta A, Iriarte G, Saralegui M, Torrella P, Monti A, Zigrino T, Mele D, Biscayart C.

Dirección de SIDA ETS Hepatitis y TBC. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Argentina.

Introducción: La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad reemergente en Sudamérica y un problema para la salud pública. La situación epidemiológica en la región refleja una expansión del brote en Brasil hacia zonas de ese país sin registro de actividad viral en varias décadas y que constituyen destinos frecuentes para los turistas argentinos. Durante el primer trimestre del 2018, Argentina confirmó 7 casos de FA importados, sin vacunación, con antecedente de viaje a Brasil. Tres fallecieron. Por Reglamento Sanitario Internacional, la FA es la única enfermedad en la que los países pueden exigir a los viajeros un certificado internacional de vacunación. Su disponibilidad a nivel mundial es limitada y es imprescindible racionalizar su uso.

Objetivo: Describir la política sanitaria de la VFA en viajeros, implementada frente al contexto epidemiológico en la región. Período: diciembre 2017-marzo 2019.

Materiales y métodos: Análisis retrospectivo y descriptivo de las estrategias y políticas implementadas en el marco del Plan de Acción de VFA en viajeros.

Resultados: Se adquirieron 2.220.000 dosis y se distribuyeron 1.565.340 (71 %). Se fortaleció y amplió la red nacional de vacunatorios en un 123 %. Se actualizaron los lineamientos técnicos y se capacitó al personal de salud. Se implementó un test autoadministrado online que permitió a la comunidad evaluar la indicación de la VFA. Desde mayo 2018 se organizó un sistema de turnos online que ordenó la demanda en los vacunatorios habilitados. Se elaboró un algoritmo diagnóstico para la vigilancia de los eventos adversos (ESAVI). Se implementó la emisión e impresión del Certificado Internacional de Vacunación y/o Exención desde el Registro Federal de Vacunación Nominalizado "Nomivac". Se constituyó una mesa de trabajo intersectorial e interministerial para el abordaje de la temática. Se otorgaron 114.162 turnos por sistema on line en los vacunatorios. Se aplicó un total de 1.320.708 dosis a nivel país (23 % en 2017, 56 % en 2018 y 22 % en enero/febrero del 2019). Se respondieron 23.855 consultas recibidas al 0800-vacunas. Se reportaron 74 ESAVIS, 5 reunieron criterios de neurotropismo.

Conclusiones: El desarrollo e implementación de la estrategia de VFA en viajeros, permitió la vacunación oportuna, segura y de calidad, la ampliación y optimización de la red de efectores, el fortalecimiento del Nomivac y el uso racional y adecuado de los insumos, sin carencias de la vacuna en ningún momento del período analizado.

La intervención mejoró la accesibilidad al sistema de salud. Teniendo en cuenta el desplazamiento de la circulación de FA a regiones altamente turísticas de Brasil, en el período 2018/2019 no se registraron casos importados. Es necesario continuar trabajando para mejorar los procesos relacionados a la estrategia.

PE373 Evaluación del cumplimiento de los esquemas de vacunación contra hepatitis B en los adultos

Stecher D, Zubeldía Brenner L, Franco K, Cáceres A.

Hospital de Clínicas José de San Martín. CABA. Argentina.

Introducción: La vacunación una estrategia reconocida para prevenir la morbilidad y mortalidad por el virus de la hepatitis B que en Argentina representa la primera causa de fallo hepático fulminante. En nuestro país la vacunación contra hepatitis B es obligatoria estando la vacuna disponible gratuitamente desde 2012 para toda la población. Si bien hay encuestas que informan sobre el uso de la vacuna en los adultos no hay datos sobre el cumplimiento de los esquemas recomendados.

Objetivo: Describir la adherencia a los esquemas de vacunación contra la hepatitis B en una población adulta en términos de número de dosis recibidas e intervalos entre las mismas.

Diseño: estudio descriptivo, retrospectivo.

Materiales y métodos: Se evaluó a las personas mayores de 18 años que recibieron al menos una dosis de vacuna contra hepatitis B entre 2015 y 2017 en el vacunatorio de nuestro hospital. Las dosis fueron registradas en el sistema nominalizado de vacunación (NOMIVAC, SISA). Se consideró esquema completo al cumplimiento de 3 dosis. Se evaluó además el intervalo entre la primera y la segunda dosis para los que cumplieron 2 o 3 dosis y entre la primera y la tercera para los que cumplieron con las 3 dosis.

Resultados: se incluyeron 4095 personas, 2852 mujeres (69,64 %) y 1243 (30,36 %) hombres. Mediana de edad 34.6 años (rango 18-91). Recibieron 3 dosis 806 (19.6 %), 2 dosis 1028 (25,10 %) y 1 dosis 2261 (55,21 %). Entre las personas que recibieron las 3 dosis la mediana del intervalo entre la primera y la segunda fue 1,32 meses (rango 1-36) y entre la primera y la tercera 7,5 (1-37). Entre las que recibieron solo 2 dosis la mediana del intervalo entre ambas fue 2,14 meses (rango 1-32).

Conclusiones: El cumplimiento del esquema completo de la vacuna contra hepatitis B en nuestra población fue bajo por lo que se requieren estrategias para mejorarlo. Con respecto al intervalo entre dosis, observamos que aquellos que cumplieron con las 3 dosis tuvieron un intervalo entre las dos primeras más cercano al recomendado que los que no completaron el esquema. El retraso en el cumplimiento de la segunda dosis podría, por lo tanto, identificar una población con riesgo de no cumplir con el esquema completo. Palabras clave: vacuna hepatitis B, coberturas, adultos

PE374 Estado serológico de enfermedades inmunoprevenibles y otras de importancia diagnóstica en adultos, desde un consultorio de infectología pediátrica

Lima L, Breyer F.

Medikids. Mendoza. Argentina.

Introducción: Enfermedades inmunoprevenibles como la hepatitis A (HA), hepatitis B (HB), sarampión(S), rubéola(R), tétanos (T) y en algunos casos varicela zóster (VZ), en adultos, requieren a veces de un cribado serológico para definir conductas. Otras como la portación del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis C (HC), Chagas, sífilis y toxoplasmosis, cobran relevancia para recomendaciones y seguimientos según el caso. El adulto, ya sea por las escasas visitas al médico o la tendencia del clínico generalista a estudiar sólo enfermedades no transmisibles como diabetes, dislipidemias, etc., necesita de estrategias diferentes para conocer el estado de riesgo, ante las infecciones detalladas. La visita al pediatra, o al Infectólogo pediatra, las campañas masivas, como la anual del VIH, pueden ser una forma interesante de captación.

Objetivo: Mostrar la eficacia de una consulta pediátrica, para determinar el riesgo en adultos frente a infecciones Inmunoprevenibles como HA, HB, S, R, T y VZ

y otras como VIH, HC, Chagas, sífilis y toxoplasmosis

Material y método: Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal. Se recabo información sobre adultos vistos en un centro pediátrico privado de la provincia de Mendoza, con 25 especialidades pediátricas y comité de docencia e investigación, a través de la revisión de resultados serológicos solicitados, que surgieron de la consulta al Infectólogo pediatra. Por derivación en ocasión de viaje, participación en la campaña VIH, u otros motivos, se ofreció a los padres de los niños, conocer su estado serológico de infecciones inmunoprevenibles como HA, HB, S, R, T y VZ y otras como VIH, HC, Chagas, sífilis y toxoplasmosis que surgieron del interrogatorio, revisión del carnet de vacunas y examen físico mínimo. La técnica utilizada en laboratorio fue fundamentalmente quimioluminiscencia. Los resultados se procesaron en Excel versión 16. Período de estudio de enero del 2018 a marzo 2019.

Resultados: 46 adultos fueron estudiados, la edad promedio fue 36,76 años, había constancia de la misma en el 85 % con un rango de 18 a 49 años, 36 % varones, 34 fueron testeados para HA (73,9 %) el 50 % fue negativo, en 27 anticore y 21 antígeno de superficie, 100 % fueron negativos al igual que 35 HC. En 31S, 12,9 % fueron negativos, 14 VDRL y 13 toxoplasmosis negativas, 5 % positivo para Chagas, sobre 20 solicitudes, T en 18, 5 % fue negativo, R 14 solicitudes, todas negativas, VZ en 9 casos, 1 negativo. 25 VIH, fueron negativos durante el período de estudio. Al menos 21 recomendaciones vacunales deberían haber surgido de la consulta. 17HA, 4 S y 1T. Muchos de estos datos, no fueron motivo de reconsulta ya con los resultados. La estrategia, sumó una oportunidad diagnóstica, que en muchos casos (fundamentalmente en viajeros) generó una recomendación vacunal. HB, fue más difícil de definir ya que las recomendaciones surgen de una serie de evidencias, antecedente vacunal, sobre todo. 35 % de las muestras, fueron solicitadas como adicional, a la campaña mundial de lucha contra VIH, donde nuestro centro, fue el primer centro privado en 30 años, en ofrecer el testeo gratuito.

Conclusión: La consulta a un Infectólogo infantil, fue una oportunidad, para el testeo serológico de 11 infecciones, 6 prevenibles por vacuna. Resultó en una buena estrategia inicial para conocer prevalencias y dar recomendaciones. Surgieron recomendaciones vacunales que no habían existido al momento, a pesar de ser una población de alto nivel adquisitivo. Se requiere mayor concientización mejorando los canales de conocimiento, derivación y difusión, a través campañas, ateneos y trabajos de investigación que incluyan la reconsulta.

PE375 Encéfalomiélitis aguda desmielinizante (ADEM) asociada a vacuna triple viral

Yahni D, Angiono A, Panetta E, Vallejos A, Salazar M, Badino J, Pryluka D, Vasta L.

Hospital General de Agudos D. Vélez Sarsfield. CABA. Argentina.

Introducción: La encéfalomiélitis aguda desmielinizante (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central (SNC) monofásica, de causa autoinmune. En la mayoría de los casos es posinfecciosa o posvacinal. Es asociada a varias vacunas, la mayor asociación de esta variante ocurre con la vacuna triple viral (sarampión, rubéola, parotiditis). Su incidencia es de 1-2 por millón de vacunas con virus vivo atenuado. En tanto que la incidencia de (ADEM) posterior a la infección por sarampión es de 1 en 1000. Se estima, que las inmunizaciones causan menos del 5 % de los casos de ADEM.

Caso clínico: Paciente de 38 años de edad, sin antecedentes clínicos relevantes, consulta por cefalea hemisférica derecha de intensidad 8/10 que no calma con el uso de AINES, progresa con debilidad generalizada a predominio de miembros inferiores, de dos semanas de evolución, agregando inestabilidad en la marcha y fiebre. Como antecedentes de relevancia, 3 semanas atrás, refiere haber recibido la vacuna triple viral, por contacto con el hijo con parotiditis. Se realiza punción lumbar: presión de apertura normal, 150 leucocitos (90 % MN), glucorraquia: 51 (glucemia 100), proteínas: 82. TAC de encéfalo sin alteraciones. Serología de VIH negativa. Es interpretado el cuadro como meningitis aséptica, iniciando tratamiento con aciclovir EV. Evoluciona con debilidad en miembros inferiores que progresa en forma ascendente hasta cuadriplejía e insuficiencia respiratoria con requerimiento de ARM y pase a Unidad de Terapia Intensiva. Ante la rápida evolución del cuadro, y por sospecha de Guillain-Barré, se inicia tratamiento con inmunoglobulinas EV, sin respuesta satisfactoria. Se realiza RMN de encéfalo que muestra múltiples lesiones hiperintensas en T2 que realzan con contraste en tronco de encéfalo y médula espinal, se interpreta como probable ADEM, con posible asociación a inmunización previa con triple viral. Se inicia tratamiento con esteroides a altas dosis, con buena respuesta clínica, desvinculación del respirador y sin alteraciones en la marcha, normalizando también, los parámetros del laboratorio y del LCR.

Resultados: Estudios en LCR: -PCR Parotiditis, HSV 1/2, enterovirus, CMV, Epstein-Barr, VZV, Zika, chikungunya, arbovirus y virus de San Luis: negativos. Cultivo de TBC negativo. Cultivo gérmenes comunes negativo. VDRL negativa. Serologías: Parotiditis IgM negativa, IgG positiva. Anticuerpos antiglicoproteína 1, ANCA, anti MPO (mieloperoxidasa) y antiPR3 (proteína 3) negativos. FAN, antiDNA, anticardiolipina y antiglicoproteína 1 negativos. F3 y F4 de complemento negativos. Factor reumatoideo positivo anticuerpos antigangliósidos negativos. Anticuerpo antiglicoproteína asociada a mielina negativo. -Bandas oligoclonales en LCR: perfil normal u oligoclonal en LCR y suero.

Discusión: Se presenta un efecto adverso infrecuente y grave, con posible asociación a la aplicación de vacuna triple viral. Debe tenerse en cuenta esta etiología y su asociación tanto con enfermedades infecciosas como con antecedentes de inmunización, dada la gravedad de esta patología, y la posibilidad de secuelas, sin tratamiento adecuado.



PE376 Vacunación antineumocócica en adultos internados. Rol del médico en el cumplimiento de la indicación

Castro PE.

Sanatorio Dr. Julio Méndez. CABA. Argentina.

La Comisión Nacional de Inmunización recomienda la vacunación antineumocócica a todos los adultos mayores de 65 años y aquellos grupos comprendidos entre los 18 y 64 años con determinadas comorbilidades, con el objetivo de disminuir la incidencia y morbimortalidad de las infecciones producidas por *S. pneumoniae*. A pesar de estar incluida en el Calendario Nacional de Vacunación la tasa de cobertura en esta población es baja. Desde el año 2017 se sumó la vacuna conjugada 13 valente a la polisacárida 23 valente ya presente, con el fin de mejorar el efecto inmunológico y comenzó una campaña a nivel nacional en medios gráficos y televisivos. Sin embargo, no se conocen las tasas locales de vacunación y la efectividad de estas medidas para lograr el aumento de dichas

tasas. En un estudio observacional previo realizado en un sanatorio de C.A.B.A. durante 2016 el porcentaje de pacientes vacunados fue del 31 %.

Objetivo: Describir en la población adulta de pacientes internados en sala general de un Sanatorio de C.A.B.A. la proporción de sujetos que, cumpliendo criterios de vacunación antineumocócica, están efectivamente cubiertos y el rol de la indicación médica en el cumplimiento de dicha vacunación.

Materiales y métodos: Estudio de corte transversal por cuestionario. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados en la sala de internación indife-renciada durante los meses de marzo a julio de 2018. Fueron excluidos aquellos con deterioro cognitivo moderado-severo o que no estaban en condiciones de contestar el cuestionario (se utilizó el Mini-mental Test, Test del Reloj, y escalas de evaluación del grado de dependencia). Se consideró la indicación de vacu-nación según los criterios sugeridos por el Ministerio de Salud de la Nación. Se indicó la vacunación antineumocócica posterior al alta sanatorial a los pacientes que cumplían dichos criterios y deseaban vacunarse. Los resultados se presentan como media y desvío estándar para variables numéricas y porcentaje para la categóricas; se utilizó el software estadístico Epi Info TM.

Resultados: Fueron encuestados 174 pacientes, 100 femeninos (57.5 %). La edad media de los pacientes fue de 67.8 ± 14.5 años. El 66 % de los pacientes eran mayores de 65 años. En 10 encuestados (5.7 %) no se detectó algún criterio de vacunación. De los 164 que tenían indicación de vacunación, 55 estaban vacu-nados (33.5 %), de los cuales 35 (63.6 %) lo hicieron por la indicación de un médico, 12 (21.8 %) por campaña nacional, 7 (12.7 %) por campaña en el sanatorio y 1 (1.8 %) no recordaba. De los 109 encuestados que cumplían criterios y no estaban vacunados, 95 (87 %) refirieron estar dispuestos a vacunarse y sólo 7 (7.36 %) habían recibido la indicación médica.

Conclusiones: Se sigue observando una cobertura de vacunación subóptima a pesar de las campañas y de la gratuidad de la misma. La indicación médica resultó fundamental para que se cumpla la vacunación, incluso mayor con respecto a campañas de difusión masiva. Se considera importante por tal motivo evitar la pérdida de oportunidades en la indicación médica tanto en la internación como en otros contactos con el sistema médico.

XIX Congreso

Sociedad Argentina de Infectología 2019

Autoridades

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Gustavo Costilla Campero

Secretario

Lautaro de Vedia

Integrantes

Gustavo Lopardo

Ricardo Teijeiro

Gonzalo Corral

Omar Sued

Carla Vizzotti

COMITÉ CIENTÍFICO SADI 2019

Presidente

Analía Mykietiuik

Secretario

Pablo Scapellato

Integrantes

Carla Vizzotti

Laura Barcelona

Fernando Riera

Silvia Atorri

Silvia Fonio Mermet

Marcelo Quipildor

Norma Cudmani

Ángel Colque

Claudia Vujacich

Omar Sued

Ezequiel Córdoba

Esteban Nannini

Elena Temporiti

Silvia Neyro

Milagros Sanchez Cunto

Yamila Martín

María José Rial

COMITÉ ORGANIZADOR LOCAL

Coordinadora

María Magdalena Puchulu

Integrantes

Carla Serrano

Sandra Villafañe

Juan M. Nuñez

Gonzalo Tomás

Mariana Rodríguez Raimondo

Silvia Fonio Mermet

Dra. Norma Cudmani

Dra. Pilar Maciel

Dra. Cecilia Cechini

Dra. Luz Olivo

Dra. Mariana Marcotulio

Dr. Milton Décima

Dr. Guillermo Recúpero

COMISIÓN DIRECTIVA SADI

Presidente

Omar Sued (CABA)

Vicepresidente

Gustavo Costilla Campero
(Tucumán)

Secretaria

Analía Mykietiuik
(Prov. Buenos Aires)

Prosecretario

Ezequiel Cordova
(Prov. Buenos Aires)

Tesorera

Claudia Salgueira (CABA)

Protesorera

Susana Lloveras (CABA)

Secretaria de Actas

Laura Barcelona (CABA)

Vocales titulares

Adrián Morales (Neuquén)

Wanda Cornistein (CABA)

Silvia Atorri (Mendoza)

Fernando Riera.(Córdoba)

Vocales suplentes

Lucía Daciuk

(Prov. Buenos Aires)

Laura Barcán (CABA)

Damián Aguila Brunet

(Santa Fe)

Gonzalo Corral

(Prov. Buenos Aires)

Revisores de Cuentas

Martín Stryjewski (CABA)

Waldo Belloso (CABA)