



ISSN 0716 - 1018
ISSN 0717 - 6341

Publicación Oficial de la
Sociedad Chilena de Infectología

REVISTA CHILENA *de* INFECTOLOGÍA



Suplemento

XXXIII Congreso Chileno de
Infectología

Valdivia, 12 a 15 de octubre
2016.

REVISTA CHILENA *de* INFECTOLOGÍA



Publicación Oficial
de la Sociedad Chilena
de Infectología

Revista Chilena de Infectología
ISSN 0716-1018
Versión Impresa

Revista Chilena de Infectología publica Artículos Originales producto de trabajos de Investigación, Experiencias Clínicas sistematizadas que emanan de la práctica médica, Revisiones en Infectología, Documentos emitidos por los Comités de la Sociedad u otros de interés, Contribuciones en Microbiología Clínica y Epidemiología, Casos Clínicos y Cartas al Editor que representan un aporte a nuestros especialistas en las áreas de Infectología Pediátrica y/o de Adultos y Microbiología Clínica.

Revista Chilena de Infectología está incluida en la base de datos de:

- Index Medicus/MEDLINE
- Science Citation Index Expanded (also known as SciSearch®)
- Journal Citation Reports/Science Edition
- LILACS - BIREME
- Scientific Electronic Library on Line (www.scielo.cl)
- Latindex (www.latindex.org)

Revista Chilena de Infectología (ISSN 0716-1018) es publicada en forma bimestral por Editorial IKU por mandato de la Sociedad Chilena de Infectología.

Oficina comercial: Bernarda Morán 488
2° Piso, Providencia, Santiago 9, Chile.

Fono: 56 (2) 223413539.

E-mail: revinf@sochinf.cl

Revista Chilena de Infectología:
www.scielo.cl

Instrucciones para el envío de manuscritos se publican en la página web de la Sociedad Chilena de Infectología: www.sochinf.cl

Suscripción anual : \$ 100.000
Becados certificados : \$ 60.000
Número suelto : \$ 22.000
Suscripción al extranjero : US\$ 200.00

Producción:

Editorial IKU, María Cristina Illanes H.

Fono: 222126384.

E-mail: mcristina@editorialiku.cl

Impresa en Donnebaum S.A. (que sólo actúa como impresor)

Prohibida su reproducción total o parcial con fines comerciales sin autorización escrita del Editor.

Revista Chilena de Infectología (*Rev Chilena Infectol*)

Editor

José Cofré G.
Hospital Luis Calvo Mackenna,
Santiago

Co Editora

Paulina Coria de la H.
Hospital Luis Calvo Mackenna,
Santiago

Editor Emérito

Guillermo Acuña L.
Clinica Las Condes,
Santiago.

Editores de Sección

Antimicrobianos

Isabel Domínguez M.
Clinica Santa María, Santiago.

Andrés Soto S.
Hospital del Salvador, Santiago.

Estudios Clínicos

Elvira Balcells M.
Hospital Clínico Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

Rodrigo Blamey D.
Hospital del Salvador, Santiago.

Casos Clínicos

Mabel Aylwin R.
Hospital Padre Hurtado, Santiago.

Rosana Benítez G.
Clinica Dávila, Santiago.

Anna Castelli T.
Hospital del Salvador, Santiago.

Paulina Coria de la H.
Hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago.

Cecilia Piñera M.
Hospital Exequiel González Cortés, Santiago.

Macarena Silva C.
Fundación Arriarán y Clínica Santa María,
Santiago.

Infecciones Asociadas a Atención en Salud

Anamaria Peña D.
Hospital Sótero del Río, Santiago

Paola Pidal M.
Instituto de Salud Pública.

Epidemiología

M. Angélica Silva D.
Subdirectora Médica
Hospital Luis Tisné Brousse, Santiago.

Verónica Solari G.
Secretaría Regional de Salud, Santiago.

M. Teresa Valenzuela B.
Universidad de los Andes.

Infección por VIH/SIDA

Claudia Cortés M.
Facultad de Medicina, Universidad
de Chile.

Mariluz Hernández E.
Facultad de Medicina, Universidad
de Chile.
Hospital La Florida.

Infectología Práctica

Rodrigo Blamey D.
Hospital del Salvador, Santiago.

Cecilia Perret P.
Hospital Clínico, Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

Microbiología Clínica

Alejandra Céspedes L.
Hospital San Juan de Dios, Santiago.

Paulette Legarraga R.
Hospital Clínico, Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

Margareta Mühlhauser P.
Hospital Dipreca, Santiago.

M. Eugenia Pinto C.
Hospital Clínico Universidad de Chile,
Santiago.

Francisco Silva O.
Hospital Clínico Universidad de Chile,
Santiago.

Microscopio del Arte y la Cultura

Ernesto Payá G.
Hospital Exequiel González Cortés, Santiago.

Parasitología Clínica

Patricia Muñoz C. del V.
Universidad Diego Portales, Santiago.

Thomas Weitzel.
Universidad del Desarrollo/
Clinica Alemana, Santiago.

Vacunología

Tamara Hirsch B.
Hospital Clínico, Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

Colaboradores

Nota Histórica

Enrique Laval R.
Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.

Walter Ledermann D.
Centro de Estudios Humanísticos
Julio Prado.

Revista de Revistas

Comité Consultivo de Infecciones
Asociadas a la Atención de Salud.

Comité de Microbiología Clínica.

Dibujos

Leopoldo Romero N.
Hospital Clínico Regional, Valdivia.

Idioma Inglés

Arturo Borzutzky Sch.

Stephanie Braun J.

Miguel O’Ryan G.

Lorena Porte T.

J. Pablo Torres T.

Thomas Weitzel

Marcelo Wolff R.

Asistente Editorial

Ana M. Guazzini M.

Comité Editorial Internacional

Felipe Cabello
New York Medical College, Valhalla,
NY, USA.

José María Gatell
Hospital Clínic de Barcelona, España.

Angela Gentile
Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez.
Buenos Aires, Argentina.

Eduardo Gotuzzo
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Lima, Perú.

Raúl Istúriz
Centro Médico Docente de La Trinidad.
Caracas, Venezuela.

Abel Jasovich
Universidad de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina.

Elizabeth Palavecino
Wake Forest University Winston-Salem,
NC, USA.

Jorge Quian
Universidad de Uruguay.
Montevideo, Uruguay.

Xavier Sáez-Llorens
Universidad de Panamá
Ciudad de Panamá, Panamá.

Eduardo Savio
Universidad de la República. Montevideo,
Uruguay.

Carlos Seas
Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Lima, Perú.

Sociedad Chilena de Infectología

Directorio 2016-2017

Presidente

Mónica Lafourcade R.

Vicepresidente

Luis Delpiano M.

Secretaria

Paulina Coria D.

Tesorero

Francisco Silva O.

Directores

Carla Concha F.

Claudia Cortés M.

Patricia Vásquez T.

Michel Serri V.

Pastpresident

Jeannette Dabanch P.

Comités Permanentes 2016

Comité de Past-Presidents

Patricio Herrera L.
Guillermo Acuña L.
Valeria Prado J.
Marcelo Wolff R.
Jorge Vergara C.
M. Eugenia Pinto C.
José Cofré G.
Luis Thompson M.
Miguel O'Ryan G.
Luis M. Noriega R.
M. Elena Santolaya de P.
Carlos Pérez C.
Luis Bavestrello F.
Patricia García C.
Pablo Vial C.
Mario Calvo A.
Jeannette Dabanch P.

Comité Consultivo de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud

Marcela Cifuentes D.
Eliana Chacón V.
Alexis Diomedi P. (Coordinador)
Luis Delpiano M.
Béatrice Hervé E.
M. Irene Jemenao P.
Myriam Medel F.
Marcela Quintanilla R. (Secretaria)
Javier Tinoco C.

Comité Consultivo de Infecciones Neonatales

Fernanda Cofré S. (Secretaria)
Luis Delpiano M. (Coordinador)
Giannina Izquierdo C.
Yenis Labraña C.
Alejandra Reyes J.
Alejandra Sandoval C.

Comité Consultivo de Inmunizaciones

Marcela Potin S. (Coordinadora)
Jaime Cerda L.
Lily Contreras M.
Isabel Domínguez M.
Carola Escobar Ch.
Gabriela Moreno M. (Secretaria)
Alma Muñoz M.
Liliana Véliz P.
Jan P. Wilhelm

Comité Consultivo de SIDA

Alejandro Afani S. (Invitado)
Laura Bahamondes M.
Carla Bastías O. (Secretaria)
Carlos Beltrán B.
Rodrigo Blamey D.
María Elena Ceballos V.
Claudia Cortés M.
María Isabel Galaz L.
Luis M. Noriega R. (Invitado)
Carlos Pérez C. (Invitado)
Alicia Sciaraffia R.
Gonzalo Wilson L. (Coordinador)

Comité de Antimicrobianos

Rafael Araos B.
Luz M. Fuenzalida L.
Claudio González
Daniela Pavez A.
Jorge Pérez G. (Coordinador)
Regina Pérez P.
María Eugenia Pinto C.
Ruth Rosales Ch.
Andrés Soto S.

Comité de Infecciones Emergentes

Gerardo Acosta-Jamett
Ximena Aguilera S.
Jeannette Dabanch P. (Coordinadora)
María Isabel Jercic L.

Leonor Jofré M.
Javier López Del P.
Cecilia Perret P.
Verónica Solari G.
Thomas Weitzel

Comité de Infecciones en Pacientes Inmunocomprometidos

Ana María Álvarez P.
Teresa Bidart H.
Paula Catalán M. (Secretaria)
Inés Cerón A. (Coordinadora)
Marcela Ferrés G.
Pilar Gamba A.
Tania López C.
Ernesto Payá G.
Ricardo Rabagliati B.
Marcela Rabello G.
Marcela Zubieta A.

Comité de Microbiología Clínica

Dona Benadof F.
Isabel Briceño L.
Leonardo Chanqueo C.
Paulette Legarraga R.
Margareta Mühlhauser P.
Pamela Rojas S. (Secretaria)
Andrea Sakurada Z. (Coordinadora)
Francisco Silva O.
Lorena Tapia F.
Cecilia Tapia P.

Comité de Página Web

Jeannette Dabanch P.

Grupo Colaborativo de Resistencia

Luis Bavestrello F.
Marcela Cifuentes D. (Secretaria)
Patricia García C.
Jaime Labarca L. (Coordinador)
M. Eugenia Pinto C.
Francisco Silva O.





XXXIII Congreso Chileno de Infectología

Hotel Dreams, Valdivia, 2016

12 a 15 de octubre

Comité Científico

Presidente:

Juan Pablo Torres

Miembros:

Elvira Balcells

Rodrigo Blamey

Mario Calvo

Paulina Coria

Béatrice Hervé

Invitados Internacionales

Vacunaciones

María Luisa Ávila Agüero.

Centro Internacional de Medicina-CIMA, San José, Costa Rica.

Infecciones virales en inmunocomprometidos / Virus respiratorios

Janet Englund.

University of Washington School of Medicine, Seattle, E.U.A.

Infección por VIH/SIDA

Beatriz Grinsztejn.

Evandro Chagas National Institute of Infectious Diseases/FIOCRUZ, Río de Janeiro, Brasil.

Omar Sued.

Director de Investigación. Fundación Huésped. Buenos Aires, Argentina.

Infecciones virales en inmunocomprometidos / Publicaciones científicas

Asunción Mejías.

The Ohio State University College of Medicine.

Infecciones neonatales

Rosana Richtmann.

Santa Joana Hospital y Maternidad, São Paulo, Brasil.

Virus Zika, Vacunaciones

Marco Safadi.

Santa Casa de São Paulo School of Medical Sciences. Brasil.

Resistencia antimicrobiana

José Manuel Munita

Infectious Diseases Fellow. University of Texas Health Science Center, Houston, USA.



Programa

Miércoles 12 de octubre	S 74
Jueves 13 de octubre	S 75
Viernes 14 de octubre	S 76
Sábado 15 de octubre	S 77

Nómina de Trabajos

Jueves 13 de octubre	S 78
Viernes 14 de octubre	S 83

Posters

VIH/SIDA (P1 - P12)	S 88
Microbiología y diagnóstico de laboratorio (P13 - P24)	S 94
Antibióticos y resistencia antimicrobiana (P25 - P35)	S 100
Infecciones asociadas a atención de salud e infecciones fúngicas (P36 - P48).....	S 106
Infecciones virales y bacterianas (P49 - P60)	S 113
Infecciones emergentes y vacunas (P61 - P70)	S 119

Orales

VIH/SIDA (CO1 - CO8)	S 124
Infecciones en pediatría e infecciones emergentes (CO9 - CO16)	S 128
Microbiología, resistencia y antimicrobianos (CO17 - CO24)	S 132
Infecciones parasitarias y virales (CO25 - CO32)	S 136

Índice de autores	S 140
-------------------------	-------



Río Calle Calle, ícono de la Ciudad de Valdivia, sede del XXXIII Congreso Chileno de Infectología.

13:00 - 15:00 **Inscripciones**

Salón Río Valdivia	Salón Río Cruces
Curso Pre Congreso Coordinadores: <i>Dra. Elvira Balcells, Dr. Juan Pablo Torres</i> ¿Cómo mejorar mi investigación en infectología? De la idea a la publicación 15:00 - 15:15 Bienvenida: ¿Por qué investigar en Infectología? <i>Dr. Juan Pablo Torres</i> 15:30 - 16:00 ¿Cómo diseño mi estudio de investigación? <i>Dra. M. Elena Santolaya</i>	Curso antimicrobianos, microbiología y resistencia Coordinadores: <i>Dr. Jaime Labarca, Dr. Francisco Silva, Dr. Rafael Araos</i> Situación y desafíos en resistencia bacteriana en Chile. 15:00 - 15:20 Grupo Colaborativo Resistencia Bacteriana. Logros y desafíos a 14 años de su inicio. <i>Dr. Jaime Labarca</i> 15:20 - 15:40 Incidencia de microorganismos multiresistentes en unidades de pacientes críticos chilenos. <i>Dra. María Paz Acuña</i> 15:40 - 16:00 Uso de antimicrobianos en hospitales chilenos: Estudio de prevalencia puntual. <i>Dr. Alvaro Rojas</i>
16:00 - 16:30 Café	16:00 - 16:30 Café
16:30 - 17:30 ¿Cómo analizo mis datos? <i>Dr. Jaime Cerda</i> 17:30 - 18:30 Quiero publicar mi trabajo, ¿Cómo lo hago? <i>Dra. Asunción Mejías (E.U.A.)</i>	Dilemas en bacterias Gram positivas multiresistentes 16:30 - 16:50 Nuevos mecanismos de resistencia bacteriana en cóceas Gram positivas. <i>Dr. José Munita</i> 16:50 - 17:10 Evaluación de susceptibilidad en vancomicina, linezolid y daptomicina. <i>Dra. Patricia García</i> 17:10 - 17:30 Cuándo usar linezolid o daptomicina. Evidencia y juicio clínico. <i>Dr. Rafael Araos</i> Foco en colistín: la última línea para el tratamiento de bacilos Gram negativos 17:30 - 17:50 Epidemiología y mecanismos de resistencia a colistín. <i>Dr. Gerardo González</i> 17:50 - 18:10 Evaluación de susceptibilidad a colistín en Gram negativos multiresistentes. <i>Dr. Francisco Silva</i> 18:10 - 18:30 Dilemas en colistín: dosis, toxicidad y asociaciones. <i>Dr. José Miguel Arancibia</i>
Inauguración del Congreso	
18:30 - 18:45 Palabras de la Presidenta de SOCHINF <i>Dra. Mónica Lafourcade</i> Palabras del Presidente del Congreso <i>Dr. Juan Pablo Torres</i> 18:45 - 19:30 Conferencia Inagural El Sitio Pilauco, Osorno. Megafauna, humanos y asteroides <i>Dr. Mario Pino Quivira, Geólogo Universidad Austral de Chile.</i>	



	Salón Río Valdivia	Salón Río Cruces
8:30 - 10:00	Plenaria emergentes: Virus Zika Coordina: <i>Dra. Cecilia Perret</i> Experiencia del virus Zika y microcefalia en Brasil. <i>Dr. Marco Safadi (Brasil)</i> Recomendaciones en Chile. <i>Dra. Cecilia Perret</i>	
10:00 - 10:30	Café	
10:30 - 12:30	Presentación Trabajos Orales y Posters	Presentación Trabajos Orales y Posters
12:45 - 14:15	Simposio GlaxoSmithKline	Simposio Sanofi Pasteur
14:30 - 16:00	Evidencia en infectología: Sesión interactiva de casos Coordinadores: <i>Dra. Paulina Coria, Dr. Rodrigo Blamey</i> Casos y Evidencia en Pediatría, Adultos y Microbiología	
16:00 - 16:30	Café	
16:30 - 17:45	Infecciones neonatales Coordina: <i>Dr. Luis Delpiano</i> Antifúngicos: ¿Cuál, cuándo y por qué? <i>Dra. Rosana Richtmann (Brasil)</i> PK-PD de antimicrobianos en el paciente de UCI neonatal. <i>QF. Sr. Rubén Hernández</i> Antimicrobianos de segunda línea: optimizando su dosificación. <i>Dra. Rosana Richtmann (Brasil)</i>	Una mirada crítica a las nuevas tecnologías en prevención de IAAS Coordina: <i>Dra. Bèatrice Hervé</i> Supervisión digital para la higiene de manos. <i>Dra. Bèatrice Hervé</i> Tecnología "no touch" para desinfección de ambientes. <i>EU. Sra. María Irene Jemenao</i> Innovaciones en terapia de infusión. <i>EU. Sra. Marcela Quintanilla</i>
18:00 - 19:00	Asamblea de socios	



	Salón Río Valdivia	Salón Río Cruces
8:30 - 9:15	Plenaria: Nuevos aspectos de la infección por VIH <i>Dra. Beatriz Grinsztejn (Brasil)</i> Coordina: <i>Dr. Marcelo Wolff</i>	
9:15 - 10:00	Plenaria: Virus respiratorios en el niño inmunocomprometido: puesta al día y tratamientos potenciales <i>Dra. Janet Englund (E.U.A.)</i> Coordina: <i>Dr. Juan Pablo Torres</i>	
10:00 - 10:30	Café	
10:30 - 12:30	Presentación Trabajos Orales y Poster	Presentación Trabajos Orales y Poster
12:45 - 14:15	Simposio MSD	Simposio Pfizer
14:30 - 16:00	Novedades en infecciones virales respiratorias en niños sanos e inmunocomprometidos Coordina: <i>Dra. Katia Abarca</i> Prevención y epidemiología de los virus respiratorios en niños. <i>Dra. Asunción Mejías (E.U.A.).</i> <i>Dra. Janet Englund (E.U.A.).</i> <i>Dra. Lorena Tapia</i>	VIH/SIDA Coordina: <i>Dra. Claudia Cortés</i> Terapia anti-retroviral en el embarazo. <i>Dra. Macarena Silva</i> Resistencia a inhibidores de la integrasa. <i>Dr. Omar Sued (Argentina)</i> Nuevos elementos en la terapia del VIH. <i>Dra. Beatriz Grinsztejn (Brasil)</i>
16:00 - 16:30	Café	
16:30 - 17:45	Desafíos y pendientes en vacunas en niños y adultos: Sesión interactiva Coordina: <i>Dr. Rodolfo Villena</i> <i>Dra. María Luisa Ávila (Costa Rica)</i> <i>Dr. Marco Safadi (Brasil)</i> <i>Dr. Miguel O'Ryan</i>	Novedades en micología médica Coordina: <i>Dra. Bèatrice Hervé</i> Errores comunes en el diagnóstico de infecciones fúngicas invasoras. <i>Dra. M. Elena Santolaya</i> Estudios de susceptibilidad en hongos: ¿Cuándo es necesario hacer estudio de susceptibilidad y cuándo no? <i>Dra. Cecilia Tapia</i> Limitaciones actuales y los nuevos desafíos de la espectrometría de masas en la identificación de hongos filamentosos en muestras clínicas. <i>Dr. Cledir Santos</i>
20:30	Cena Congreso Hotel Dreams - Salones Río Valdivia y Río Cruces	



	Salón Río Valdivia	Salón Río Cruces
	Infectología del día a día - Adultos Coordina: <i>Dr. Mario Calvo</i>	Infectología del día a día - Pediátrico Coordina: <i>Dra. Loreto Twele</i>
9:00 - 9:20	Neumonía en un paciente en situación de calle. <i>Dr. Sergio Mella</i>	Neumonía en la era de vacuna y multiresistencia antibiótica. <i>Dr. José Cofré</i>
9:20 - 9:40	Pielonefritis en un paciente mujer con ITU recurrente. <i>Dra. Erika Rubilar</i>	Panel viral en el paciente con infección respiratoria: controversias. <i>Dr. Juan P. Torres</i>
9:40 - 10:00	Viajero que regresa del extranjero con exantema y fiebre. <i>Dr. Ignacio Delama</i>	Viajero que regresa con exantema y fiebre. <i>Dra. Alejandra Massoc</i>
10:00 - 10:20	Paciente con cefalea y fiebre. <i>Dr. Mario Calvo</i>	Cuándo es una emergencia el uso de antimicrobianos en pediatría. <i>Dra. Loreto Twele</i>
10:20 - 10:40	Café	Café
10:40 - 11:00	Paciente recién hospitalizado con fiebre y con radiografía de tórax y sedimento orina normal. <i>Dra. Carla Concha</i>	Vacunas en casos especiales: inmunocomprometidos y alergias alimentarias. <i>Dra. Marlis Täger</i>
11:00 - 11:20	Mujer embarazada en contacto con niños con varicela. <i>Dr. Alberto Fica</i>	Manejo de los contactos de pacientes con varicela. <i>Dra. Natalia Barnafi, becada UCH</i>
11:20 - 11:40	Vine por vacunas pues iniciaré tratamiento de artritis reumatoidea. <i>Dr. Ignacio Silva</i>	Menor víctima de abuso sexual: ¿qué hago? <i>Dr. Leonardo Maggi</i>
11:40 - 12:00	Paciente con contacto sexual de riesgo. <i>Dra. Yasna Alarcón</i>	Rash y fiebre en paciente recibiendo antibióticos 24 hrs. <i>Dr. Alejandro Velásquez</i>
12:00 - 12:20	Resultado de urocultivo: Polimicrobiano. <i>Dra. Maritza Navarrete</i>	Perfil microbiológico: ¿es lo mismo tratar una neumonía en Santiago o Puerto Montt o intra o extra hospitalaria? <i>Dra. M. Luisa Rioseco</i>
12:30 - 13:00	Clausura y Premiación	



10:30 - 12:30 **POSTERS**

SALÓN : FUERTE CORRAL (P1 - P12)

SESIÓN : VIH/SIDA

Coordinadores : Drs. Leonardo Chanqueo y Martín Lasso

- P-1** **Caracterización de pacientes pediátricos portadores del virus de inmunodeficiencia humana controlados en el Hospital de Niños Roberto del Río**
Zúñiga Marcela, Zavala Carolina, Galaz M. Isabel. Hospital de Niños Roberto del Río.
- P-2** **Perfil epidemiológico de pacientes con co-infección TBC/VIH en el Hospital Regional de Antofagasta entre 2010 y 2014**
Pacheco Paula¹, Tapia Natalia¹, Ureta Carolina¹, Morgado Camilo², Usedo Pedro², Castillo Yoselyn², Salvador Francisco^{1,2}.
¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.
- P-3** **Cambios de terapia anti-retroviral que se realizaron en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana, en Hospital San Pablo de Coquimbo en el año 2015**
Mollo Julio, Tapia Jaime, Valenzuela Lilian, Vergara María. Hospital San Pablo Coquimbo, IV región.
- P-4** **Necrosis avascular de la cabeza femoral ¿una enfermedad marcadora de SIDA tardía o una consecuencia de la terapia anti-retroviral? Perfil clínico de 12 pacientes**
Lasso Martín¹, Muñoz Rodrigo², Chahin Carolina³, Cerda Francisco³, Donato Paulina¹.
¹Hospital Dr. Sótero del Río. ²Hospital Clínico Magallanes. ³Hospital Regional de Temuco.
- P-5** **Impacto sobre el perfil lipídico del cambio de terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH, dislipidémicos, atendidos en Fundación Arriarán**
Ocampo Renato¹, Vera Désirée², Wolff Marcelo².
¹Becado infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Hospital San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Santiago.
- P-6** **Perfil de ingresos de personas con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en el Centro de Atención Integral (CAI) de Coquimbo, durante el año 2015**
Tapia Jaime, Valenzuela Lilian, Vergara María, Mollo Julio. Hospital San Pablo de Coquimbo.
- P-7** **Barreras y motivación en PVVIH que registra muestra anterior ELISA para VIH positivo al vincularse a atención de salud**
Bahamondes Laura, González Erika, García Alejandra. Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova.
- P-8** **Diagnóstico de tuberculosis latente en pacientes con infección por VIH ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Santiago (HSJD) entre 2014 y 2016**
Alarcón Catalina, Aravena Luis, Valdebenito Soledad, Rumie Hossn, Bernal Fernando, Giadalah M. Carolina, Vera Cecilia, Volpato Francesca, Chanqueo Leonardo. Escuela de Medicina, Campus Occidente Universidad de Chile. Unidad de Infectología y Broncopulmonar Hospital San Juan de Dios de Santiago.
- P-9** **Descripción de una población de mujeres embarazadas con serología reactiva para VIH atendidas en la Unidad de VIH del Hospital Dr. Lucio Córdova**
Picó Nell, Muñoz Victoria, Pavez Jessica, Fredes Daniela, López Miguel. Hospital Dr. Lucio Córdova.
- P-10** **Cambios en la caracterización epidemiológica-clínica y evolución de los esquemas de terapia anti-retroviral (TARV) en una cohorte del Área Occidente de Santiago, 2013-2015**
Bernal Fernando, Gutiérrez Catalina, Vera Cecilia, Serri Michel, Arancibia José M., Valdebenito Soledad, Volpato Francesca, Vásquez Patricia, Giadalah M. Carolina, Chanqueo Leonardo. Unidad de Infectología, Hospital San Juan de Dios de Santiago.
- P-11** **Vinculación a los cuidados de salud y pérdida de seguimiento en pacientes con infección por VIH/SIDA diagnosticados en el contexto de una internación. Hospital San Juan de Dios de Santiago**
Bernal Fernando, Volpato Francesca, Amaro Andrea, Valdebenito Soledad, Llull Gabriel, Chanqueo Leonardo. Unidad de Infectología y Laboratorio Clínico, Hospital San Juan de Dios de Santiago.
- P-12** **Descripción de una población de mujeres con infección por VIH que se embarazan, atendidas en el Hospital Dr. Lucio Córdova**
Picó Nell, Muñoz Victoria, Pavez Jessica, Fredes Daniela, López Miguel. Hospital Dr. Lucio Córdova.



10:30 - 12:30 POSTERS

SALÓN : FUERTE AMARGO (P13 - P24)

SESIÓN : Microbiología y Diagnóstico de Laboratorio

Coordinadores : Drs. Béatrice Hervé y M. Luisa Riosco

- P-13** **Identificación rápida de microorganismos desde frascos de hemocultivo por espectrometría de masas**
Saavedra Pablo, Garrido Natacha, Briones Arturo, Vergara Roger. Laboratorio de Microbiología, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
- P-14** **Primer estudio microbiológico de las osteomielitis en pacientes con pie diabético Wagner 3 y 4 del Hospital Regional de Antofagasta**
*Prieto Alfonso², Salvador Francisco^{1,2}, Guerrero Carlos², Muñoz Maximiliano², Zambrano Paula², Díaz Constanza², Roach Freddy¹.
¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.*
- P-15** **Expresión relativa de genes flagelares de *Arcobacter butzleri* en endosimbiosis con *Acanthamoeba castellanii***
Medina Gustavo¹, Flores Sandra², Oth Carolina², Neves Patricia³, Lincopan Nilton³, Fernández Heriberto². ¹Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile. ²Instituto de Microbiología Clínica, Universidad Austral de Chile. ³Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, Brasil.
- P-16** **Evaluación de los puntos de corte recomendados por CLSI para estudio de susceptibilidad a cefalosporinas de primera generación en enterobacterias aisladas de urocultivo**
Salas Alberto, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Corvalán Valerie, Hormazábal Sara, García Camila, Hervé Béatrice. Clínica Las Condes.
- P-17** **Resultados preliminares de la implementación de una RPC multiplex para virus respiratorios en un Servicio Público del Área Occidente de Santiago 2016**
Alarcón Catalina, Aravena Luis, Céspedes Alejandra, Valdivia Gonzalo, LLull Gabriel, Ramírez Alejandro, Martínez Josefa, Chanqueo Leonardo. Escuela de Medicina Campus Occidente Universidad de Chile, Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios de Santiago.
- P-18** **Comparación y análisis costo-beneficio entre una técnica molecular y un test rápido para la detección de *Clostridium difficile* en un hospital público**
Benavente Rodrigo, Espinosa Fidel, Contreras Leda, Báez Dania. Laboratorio Central, Hospital Regional de Talca.
- P-19** **Desarrollo de un protocolo para el diagnóstico molecular especie-específico de hongos de importancia clínica**
Pineda Susana, Montenegro Sonia, Reyes Cristian, De la Barra Tiare, Elgorriaga Eliu. Laboratorio de Diagnóstico Clínico Molecular-UDEC, Universidad de Concepción, Chile.
- P-20** **Análisis de 61 casos de mastitis granulomatosa de pacientes del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción**
Pineda Susana, Montenegro Sonia, Delgado Carolina, De la Barra Tiare, Reyes Cristian, Mucientes Francisco. Laboratorio de Diagnóstico Clínico Molecular-UDEC, Universidad de Concepción, Chile.
- P-21** **Correlación entre ELISA y RPC en deposiciones, y test de [13C] Urea en aire espirado en el diagnóstico de infección persistente por *Helicobacter pylori* en niños asintomáticos**
George Sergio, Mamani Nora, Cerón Elizabeth, Harris Paul, O'Ryan Miguel. Programa de Microbiología y Micología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- P-22** **Evaluación preliminar de un panel molecular rápido para identificación de patógenos y genes de resistencia directamente desde la botella de hemocultivo**
Sánchez Tomás, Guzmán Ana M., Donoso Carmen, Cerón Inés, Labarca Jaime, Barria Sebastián, García Patricia, Legarraga Paulette. Departamento y Servicio de Laboratorios Clínicos, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- P-23** **Detección y caracterización de resistencia del complejo *Mycobacterium tuberculosis* mediante RPC a partir de hemocultivos positivos**
Villavicencio Leonel, Rizzo Carlos, Mollo Juan, Montecinos Luisa, Acevedo William. Laboratorio de Microbiología y Medicina Molecular, Hospital Dr. Lucio Córdova.
- P-24** **Vigilancia de carbapenemasa tipo KPC en *Pseudomonas aeruginosa***
Prat M. Soledad, Araya Ingrid, Ibáñez Daniel, Gárate Diego, Araya Pamela, Hormazábal Juan C., Ulloa Soledad, Campano Constanza, Fernández Jorge. Sección Bacteriología, Genética Molecular. Instituto de Salud Pública de Chile.



10:30 - 12:30 POSTERS

SALÓN : FUERTE NIEBLA (P25 - P35)

SESIÓN : Antibióticos y resistencia antimicrobiana

Coordinadores : Drs. José Manuel Munita y Álvaro Rojas

- P-25** Probabilidad de terapia inadecuada (*likelihood inadequate therapy*) en esquemas antimicrobianos empíricos de infección urinaria en un hospital de alta complejidad. Una herramienta para el médico clínico
Kral Alejandro, Wilson Gonzalo, Peralta Gerardo, Sandoval Rosa. Hospital Carlos Van Buren.
- P-26** Genotipo y fenotipo de resistencia en *K. pneumoniae* BLEE (+) resistentes a carbapenémicos en el Hospital Carlos Van Buren
Kral Alejandro. Hospital Carlos Van Buren.
- P-27** Impacto a corto y largo plazo de un programa de control de antimicrobianos en un hospital general en Chile
Fica Alberto, Valenzuela Claudia, Leiva Jordan, Vergara Teresa, Soto Andrés, Dabanch Jeannette. Servicio de Infectología, Servicio de Farmacia, Unidad de Control de IAAS y Dirección Médica, Hospital Militar de Santiago.
- P-28** Evaluación del impacto clínico de intervenciones farmacéuticas en el uso controlado de antimicrobianos en un hospital especializado en enfermedades infecciosas de mediana complejidad
Oliva Natalia, Vera Claudia, Plaza José C., Paulos Claudio, Ebensperger Roberto. Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova; Pontificia Universidad Católica de Chile.
- P-29** Monitoreo terapéutico de concentraciones plasmáticas de vancomicina en recién nacidos
Villena Rodolfo^{1,2}, Araya Leslie³, Izquierdo Giannina^{1,2,3}, Orellana Gustavo³, Correa Francisco³, González Claudio³, Escobar Leslie¹. ¹Facultad de Medicina Universidad de Chile. ²Unidad de Infectología Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés. ³Unidad de Neonatología Hospital Barros Luco.
- P-30** Detección e identificación del gen *mcr-1* en cepas de enterobacterias resistentes a colistín en Chile
Ibáñez Daniel, Gutiérrez Perla, Gárate Diego, Araya Pamela, Prat Soledad, Araya Ingrid. Instituto de Salud Pública.
- P-31** Evaluación de la eficacia clínica, microbiológica y mortalidad de una dosis de carga de colistín en pacientes críticos. Proyecto FONIS SA13I20317. Resultados preliminares
Rosales Ruth, Rojas Loreto, Benavides Claudia, Gómez Alex, Zitko Pedro, Zamora Francisco, Palma Sofia, Castro Alexis, Beltrán Carlos, Paurimani Ronald, Cid M. Alicia. Hospital Barros Luco Trudeau.
- P-32** Análisis de la expresión de los genes *blaKPC-2*, *ompK35* y *ompK36* en cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC en presencia y ausencia de ertapenem
Vera Alejandra, Carrasco Sergio, Lima Celia, Domínguez Mariana, Bello Helia, Araya Patricia, Prat Soledad, Fernández Jorge, Hormazábal Juan C., González-Rocha Gerardo. Universidad de Concepción.
- P-33** Sensibilidad de cepas urinarias de *Escherichia coli* productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) a fosfomicina trometamol
Hervé Bèatrice, Espinoza Ricardo, Salas Alberto, Badilla Nora, Tapia Camila, De la Fuente Sebastián, García Camila, Álvarez Claudia, Almonacid María, Quintana Fabiola, Sanhueza Camila, Cabezas Catalina, Hormazábal Sara, Corvalán Valerie. Clínica Las Condes.
- P-34** Mecanismos de resistencia a cefalosporinas de tercera generación en *Acinetobacter baumannii* aislados en hospitales chilenos en los últimos 25 años
San Martín Iván, Opazo Andrés, Bello Helia, Domínguez Mariana, González-Rocha Gerardo. Laboratorio de Investigación de Agentes Antibacterianos, Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
- P-35** Caracterización de mecanismos de resistencia a carbapenémicos en bacilos gramnegativos multi-resistentes, aislados de pacientes del Hospital Clínico de la Universidad de Chile
Barrera Boris, Villagra Nicolás, Silva Francisco, Olivares Carolina, Rosas Cristóbal, Canales Ana, Arenas Catherine, Martínez Pabla, Flores Jordana, Muñoz Agatha. Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Universidad Santos Tomás. Universidad Andrés Bello.

10:30 - 12:30 **ORALES****SALÓN** : RÍO VALDIVIA (CO1 - CO8)**SESIÓN** : VIH/SIDA**Coordinadores** : Drs. Claudia Cortés y Omar Sued

- CO-1** **Implementación de modelo de atención conjunta en VIH/SIDA para alcanzar los objetivos 90-90-90: integración de esfuerzos entre la sociedad civil y sistema de salud pública para intervención focalizada**
Acevedo William, Bahamondes Laura, Jorquera Manuel, Aravena Juan*, Fredes Daniela, Muñoz Victoria. Hospital Lucio Córdova, *CONVIHDA.*
- CO-2** **Evolución de mortalidad, abandono, traslado y retención a corto, mediano y largo plazo de pacientes con infección por VIH Fundación Arriarán 1990-2015**
Cortés Claudia^{1,3}, Lizama Danae^{1,2}, Northland Rebeca^{1,2,3}, Wolff Marcelo^{1,2,3}. Hospital Clínico San Borja Arriarán¹, Fundación Arriarán (FA)², Facultad de Medicina, Universidad de Chile³.
- CO-3** **Aplicación multicéntrica de un modelo de evaluación de la cascada de atención en infección por VIH**
Cortés Claudia¹, Letelier Francisco², Fernández Ana María³, Bernal Fernando⁴, Zúñiga Caterine², Chahin Carolina², Chanqueo Leonardo⁴, Lasso Martín³, Wilson Gonzalo³, Kral Alejandro³, Wolff Marcelo¹. ¹Fundación Arriarán/Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Universidad de Chile-Santiago (FA). ²Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco (HT). ³Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago (HSR). ⁴Hospital San Juan de Dios de Santiago (HSJD). ⁵Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso (HVB).
- CO-4** **Neoplasias en pacientes con infección por VIH en control en Fundación Arriarán**
Pinto Mónica¹, Novoa Catalina², Ocampo Renato¹, Cortés Claudia², Wolff Marcelo². ¹Becados infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Hospital Clínico San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Santiago.
- CO-5** **Carga proviral y expresión de ARNm del virus linfotrópico T del humano tipo 1, en pacientes con paraparesia espástica tropical y en portadores asintomáticos**
San Martín Héctor, Balanda Monserrat, Vergara Nicolás, Ramírez Eugenio. Sección Virus Oncogénicos. Subdepartamento de Enfermedades Virales, Instituto de Salud Pública de Chile.
- CO-6** **Prevalencia de neoplasia intraepitelial anal en pacientes con infección por VIH utilizando citología anal y anoscopia de alta resolución. Proyecto FONIS SA12I2215. Resultados preliminares**
Palma Sofía¹, Escobar Carola¹, González Ángel¹, Cristóbal Suazo¹, Zitko Pedro¹, Salinas Valentina¹, Rojas Loreto¹, Castiblanco Adriana², Segovia Laura¹, Beltrán Carlos¹. ¹Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau, ²Clínica Alemana de Santiago.
- CO-7** **Desigualdades en infección por VIH/SIDA según nivel de educación: evidencia a nivel de tamizaje, oportunidad del diagnóstico y mortalidad**
Vargas R. Claudio¹, Paredes Fabio², Zamora Francisco³. ¹Facultad de Ciencias Universidad de Santiago de Chile. ²Magister en Epidemiología Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile.
- CO-8** **Respuesta inmunológica protectora contra hepatitis B en población con infección por VIH tras esquema de vacunación estándar. Experiencia de la cohorte VIH-UC**
Puente Marcela, Pérez Carlos, Labarca Jaime, Balcells Elvira, Ceballos M. Elena, Enberg Margarita, Valenzuela Pablo. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.



10:30 - 12:30 **ORALES**

SALÓN : RÍO CRUCES (CO9 - CO16)

SESIÓN : Infecciones en pediatría e infecciones emergentes

Coordinadores : Drs. Paulina Coria y Cecilia Perret

CO-9 Farmacocinética de vancomicina en pacientes pediátricos sometidos a ECMO

Izquierdo Giannina, Zylbersztajn Brenda, Santana Roxana, Fajardo Cristian, Torres J. Pablo, Cordero Jaime, Valverde Cristian. Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), Unidad de Infectología Pediátrica. Clínica Las Condes (CLC).

CO-10 Caracterización de *Listeria monocytogenes* en quesos artesanales de la Región de los Ríos y su asociación con la producción de quesos

Barría Carla¹, Mancilla Miguel¹, Singer Randall², Moreno Andrea¹. ¹Escuela de Medicina Veterinaria, Facultad de Ecología y Recursos Naturales, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. ²Departamento de Ciencias Veterinarias y Biomédicas, Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad de Minnesota, E. U. A.

CO-11 Caracterización clínica de los primeros seis casos de tifus de los matorrales identificados en Chiloé, Chile, 2015-2016

Velásquez Katia, Hernández Andrés, Weitzel Thomas, López Javier, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Montero Yasna, Abarca Katia. Hospital San Carlos de Ancud (KV, AH, YM), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW), Hospital Veterinario Puente Alto (JL), Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátricas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (CMV, TA, KA).

CO-12 Primera evidencia de *Orientia tsutsugamushi* en la comuna de Tortel, Región de Aysén, Chile

Calvo Mario, Acosta Gerardo, Soto Mauricio, López Javier, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Weitzel Thomas, Abarca Katia. Clínica Alemana de Valdivia y Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (MC), Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Austral de Chile (GA), Instituto de Ciencias Ambientales y Evolutivas, Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile (MS), Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago (JL), Facultad de Medicina y Laboratorio Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile (CMV, TA, KA), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW).

CO-13 Estatus vacunal de niños de hasta 5 años de edad con aislamiento de serotipo 19 A entre 2014-2016

González Cecilia, Burgos Pamela, Brstilo Iván, Hormazábal Juan C., Araya Pamela, Alarcón Pedro, Maldonado Aurora. Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones (CG, PB, IB), Instituto de Salud Pública (JCH, PA, PA, AM).

CO-14 Eficacia y seguridad de terapia antifúngica empírica versus pre-emptive therapy en niños con cáncer, fiebre y neutropenia

Santolaya M. Elena, Álvarez Ana M., Villarroel Milena, Zubieta M. Marcela, Acuña Mirta, Avilés Carmen L., De la Maza Verónica, Valenzuela Romina, Farfán Mauricio, Rabello M. Marcela, Torres Juan P. Servicios de Pediatría, Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Exequiel González Cortés, San Juan de Dios, Roberto del Río y San Borja Arriarán. Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas (PINDA). Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Proyecto FONDECYT 1120800.

CO-15 Vigilancia activa de candidemia en la edad pediátrica en nueve hospitales de Chile (2013-2016)

Rabello Marcela, Izquierdo Giannina, Payá Ernesto, Villena Rodolfo, Zubieta Marcela, Acuña Mirta, Cofré Fernanda, Vizcaya Cecilia, Ducasse Karen, Álvarez Ana M., Labraña Yenis, Sandoval Carmen, Avilés Carmen L. y Santolaya M. Elena, en representación de la Red Nacional de Candidemia. Red Nacional de Candidemia.

CO-16 Caracterización clínica-epidemiológica de las enterocolitis necrosantes de siete hospitales públicos de la Región Metropolitana

Sandoval Alejandra, Cofré Fernanda, Delpiano Luis, Izquierdo Giannina, Labraña Yenis, Reyes Alejandra, Hernández Mariluz, Pérez Héctor, Brethauer Scarleth, Pantoja Miguel Á., Orellana Gustavo, Méndez Carolina, Figueroa Adela, Lindemann Cristina, Astudillo Patricio. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital Roberto del Río, Hospital San Borja Arriarán, Hospital Exequiel González Cortés, Hospital San Juan de Dios, Hospital Félix Bulnes y Hospital La Florida.



10:30 - 12:30 POSTERS

SALÓN : FUERTE CORRAL (P36 - P48)

SESIÓN : Infecciones asociadas a atención de salud e Infecciones fúngicas

Coordinadores : Drs. Javier Tinoco y Marcela Rabello

- P-36** **Eventos asociados a ventilación mecánica-EAVM: una nueva mirada para vigilar las neumonías asociadas a ventilación mecánica**
Rivas Jeanette, Hervé Bèatrice, Luna Mariana, Gutiérrez Cecilia. Clínica Las Condes.
- P-37** **Flebitis infecciosa versus química: lecciones aprendidas en un estudio intervencional sobre el manejo de catéteres venosos periféricos**
Fica Alberto, Vergara Teresa, Véliz Elena, Leiva Jordan. Unidad de Control de IAAS y Servicio de Farmacia, Hospital Militar de Santiago.
- P-38** **Fungemia por *Saccharomyces cerevisiae* en paciente inmunocompetente**
Pinto Mónica¹, Novoa Catalina¹, Solar Sebastián², Wolff Marcelo¹, Thompson Luis². ¹Hospital San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
- P-39** **Caracterización fenotípica y espectral de cepas de *Candida* spp provenientes de un cepario**
Robinson Sandy, Canales Mauricio, Torres Gabriela, Saavedra Renato, Rivera F. Nancy. Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
- P-40** **Experiencia de la enseñanza en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) con un modelo de simulación clínica**
Rivero Pamela, Schade Ankie, Moreno Fernando. Hospital Carlos Van Buren.
- P-41** **Presencia de *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en la vigilancia activa de pacientes trasladados desde otras instituciones de salud**
Hervé Bèatrice, García Camila, Blamey Rodrigo, Izquierdo Giannina, Gutiérrez Cecilia, Rivas Jeanette, Luna Mariana, Salas Alberto, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Corvalán Valerie, Hormazábal Sara, Chomali May. Clínica Las Condes.
- P-42** **Criptococosis en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso: una serie de casos**
Cortés Jorge¹, Kral Alejandro¹, Wilson Gonzalo². ¹Residente Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, HCVB. ²Médico Internista, Infectólogo, HCVB.
- P-43** **Aislamiento microbiológico y uso de antimicrobianos en pacientes pediátricos en ECMO**
Izquierdo Giannina, Zylbersztajn Brenda, Torres Juan P., Hervé Bèatrice, Santana Roxana, Fajardo Cristian, Valverde Cristian, Villena Rodolfo. Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), Unidad de Infectología Pediátrica. Clínica Las Condes (CLC). Universidad de Chile.
- P-44** **Caracterización del uso clínico de anidulafungina en niños de un hospital público pediátrico, de referencia en Santiago, Chile**
Rivacoba M. Carolina¹, Cortés Daniel, Izquierdo Giannina¹, Fernanda Cofré¹, Morales Jorge², Barraza Marlon², Torres J. Pablo¹. ¹Departamento de Pediatría Campus Oriente, Universidad de Chile. ²Farmacia clínica, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.
- P-45** **Experiencia en administración de posaconazol en niños inmunocomprometidos de un hospital pediátrico**
Azócar Manuel, Valenzuela Romina¹, Morales Jorge³, Canals Sofía¹, Azócar Marta³, García Patricio³, Palma Julia², Catalán Paula², Santolaya M. Elena¹, Torres J. Pablo¹. ¹Unidad de Investigación, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. ³Unidad de Farmacia Clínica, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.
- P-46** **Accidentes laborales con fluidos corporales en la Red de Salud UC-CHRISTUS**
Juanet Cristián, De la Cerda Gabriela, Ceballos M. Elena. CPC-IAAS Hospital Clínico y Clínica UC-CHRISTUS. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- P-47** **Profilaxis anti-retroviral post-exposición laboral en la Red de Salud UC-CHRISTUS**
Juanet Cristián, De la Cerda Gabriela, Ceballos M. Elena. Hospital Clínico y Clínica UC-CHRISTUS. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- P-48** **Comparación epidemiológica, clínica y molecular en un brote de *Clostridium difficile***
Reyes Gastón. Hospital Clínico Herminia Martín, Chillán.



10:30 - 12:30 **POSTERS**

SALÓN : FUERTE AMARGO (P49 - P60)

SESIÓN : Infecciones virales y bacterianas

Coordinadores : Drs. Rodrigo Blamey y Fernanda Cofré

- P-49** **Utilidad de parámetros clínicos y de laboratorio básicos al ingreso, para identificar infección bacteriana seria en lactantes bajo 3 meses de edad hospitalizados por síndrome febril sin foco**
Moya Macarena, Couble Bernardita, Suau Thelma, Gajardo Abraham, Fritis Anita, Roa Carolina, Valenzuela Romina, Piñera Cecilia. Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur Universidad de Chile, Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM).
- P-50** ***Clostridium difficile* y pie diabético ¿amputación inminente o desafío infectológico?**
Salvador Francisco^{1,2}, Muñoz Maximiliano², Prieto Alfonso², Guerrero Carlos², Díaz Constanza², Zambrano Paula², Sáez Paula¹.¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.
- P-51** **Caracterización clínica y microbiológica de episodios de neutropenia febril en pacientes oncológicos pediátricos**
Penroz Jaqueline, Arancibia Nicole, Muñoz Tomás, Maturana Marcelo. Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción. Universidad de Concepción.
- P-52** **Prescripción de antimicrobianos en faringitis aguda con test rápido negativo para *Streptococcus pyogenes* en un Servicio de Urgencia privado**
Blamey Rodrigo, Izquierdo Giannina, Sanhueza Camila, Cabezas Catalina, Chomali May, Hervé Béatrice. Clínica Las Condes.
- P-53** **Niveles de carga viral de virus papiloma humano en mujeres chilenas con lesiones intraepiteliales de bajo y alto riesgo carcinogénico**
Balanda Monserrat, Vergara Nicolás, San Martín Héctor, Ramírez Eugenio. Sección Virus Oncogénicos, Subdepartamento Enfermedades Virales, Instituto de Salud Pública de Chile.
- P-54** **Estudio molecular de prevalencia de virus papiloma humano, en funcionarias del Hospital Dr. Lucio Córdova**
Ortúzar Matías, Rifo Carlos, Mollo Juan, Montecinos Luisa, Fredes Daniela, Acevedo William, Poblete Haydee. Laboratorio de Microbiología y Medicina Molecular, Hospital Dr. Lucio Córdova.
- P-55** **Presencia de bacterias atípicas como causa de infección respiratoria en lactantes bajo tres meses de edad internados en el Hospital de Niños Roberto del Río, 2015-2016**
Cofré Fernanda, Clément Pascale. Hospital de Niños Roberto del Río.
- P-56** **Micobacteriosis en pacientes con infección por VIH/SIDA del Hospital San Juan de Dios de Santiago, 2014-2016**
Aravena Luis, Alarcón Catalina, Gutiérrez Catalina, Rivera Karina, Valdebenito Soledad, Bello Angélica, Chanqueo Leonardo. Hospital San Juan de Dios de Santiago.
- P-57** **Caracterización de la peritonitis asociada a peritoneo-díalisis en niños en el Hospital de Niños Roberto del Río, 2011-2016**
Castillo Camila, Contardo M. Verónica, Castro Sebastián, Selman Cathia, Lazcano Andrea. Hospital de Niños Roberto del Río.
- P-58** **Primera serie de casos de pacientes con remodelación ósea tratados por osteomielitis en pie diabético**
Guerrero Carlos, Salvador Francisco, Prieto Alfonso, Muñoz Maximiliano, Díaz Constanza, Zambrano Paula, Sáez Paula. Hospital Regional de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.
- P-59** **Caracterización clínico-patológica del cuello uterino y detección del virus papiloma humano en estudiantes universitarias en la Región de la Araucanía**
Melo Angélica, Liempi Sandra, Moreno Sergio, Vásquez Ana M., Guzmán Pablo, Ossa Ximena, Fonseca-Salamanca Flery. Universidad de La Frontera, Facultad de Medicina.
- P-60** **Importancia clínica de los hemocultivos con *Staphylococcus coagulasa negativa* en pacientes adultos hospitalizados en una Unidad de Paciente Crítico**
Céspedes Alejandra, Bravo Felipe, Sotomayor Celine, Chanqueo Leonardo. Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios, Unidad de Paciente Crítico Hospital San Juan de Dios, Escuela de Medicina Occidente Universidad de Chile.



10:30 - 12:30 POSTERS

SALÓN : FUERTE NIEBLA (P61 - P70)

SESIÓN : Infecciones emergentes y vacunas

Coordinadores : Drs. Cecilia Vizcaya y Katia Abarca

- P-61** **Gestión de vacunas especiales para pacientes crónicos. Experiencia del Hospital de Niños Doctor Exequiel González Cortés**
Alvarado Sylvia, Villena Rodolfo, Payá Ernesto. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.
- P-62** **Aves sinantrópicas: aportando evidencia sobre su rol como vectores de organismos patógenos**
Llanos Jenny, Aravena Carmen, Constenla Rodrigo. Laboratorio de Bacteriología. Departamento de Preclínicas. Escuela de Medicina-Universidad de Valparaíso.
- P-63** ***Kocuria kristinae* y su rol en la osteomielitis en pie diabético: ¿contaminante o concomitante?**
Salvador Francisco^{1,2}, Díaz Constanza², Prieto Alfonso², Guerrero Carlos², Muñoz Maximiliano², Zambrano Paula². ¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.
- P-64** **Toxoplasmosis: una aproximación a la seroprevalencia actual en Chile**
Barnafi Natalia, Ortiz Guillermo, Rivacoba M. Carolina, Noemí Isabel, Barnafi Livio. Universidad de Chile Programa de Formación de Especialistas en Infectología Pediátrica, Departamento de Informática Biomédica-Clinica Alemana, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna-Universidad de Chile, Barnafi Krause Laboratorio.
- P-65** **Caracterización de niños con toxoplasmosis congénita en un hospital pediátrico**
Rivacoba Carolina¹, Barnafi Natalia¹, Noemí Isabel². ¹Programa Postgrado Infectología Pediátrica Universidad de Chile. ²Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
- P-66** **Estudio descriptivo sobre la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en pacientes pediátricos tras la introducción de la vacuna antineumocócica 10v el año 2011**
Astudillo Camila, Acuña Pilar, Acuña Mirta. Hospital de Niños Roberto del Río, Universidad de Chile.
- P-67** **Exposición a *Ehrlichia canis* en personas de riesgo en Arica**
Abarca Katia, López Javier, Tejeda Carlos, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Weitzel Thomas. Facultad de Medicina y Laboratorio Infectología y Virología Molecular Pontificia Universidad Católica de Chile (KA, CMV, TA), Hospital Veterinario Puente Alto (JL), Clínica Veterinaria San Javier, Arica (CT), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW).
- P-68** **Caracterización de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, asociados a la vacuna contra el virus papiloma humano, notificados en Chile**
Saldaña Adiel, González Cecilia, Rodríguez Arelys, Avendaño Marcela, Vásquez Rodrigo, Wilhelm Jan, Brstilo Iván. Instituto de Salud Pública de Chile, Departamento de Inmunizaciones MINSAL.
- P-69** **Enfermedad neumocócica invasora en niños bajo los 2 años, antes y después de la introducción de la vacuna anti-neumocócica conjugada 10-valente al PNI de Chile**
Von Borries Cecilia, Goecke Carola, Fernández José P., Santolaya M. Elena. Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.
- P-70** **Características clínicas y epidemiológicas de infección por virus Zika en diez pacientes chilenos**
Vizcaya Cecilia, Perret Cecilia, Ferrés Marcela, Martínez-Valdebenito Constanza, Dabanch Jeannette, Contreras Ana M. Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Militar de Santiago.



10:30 - 12:30 **ORALES**

SALÓN : RÍO VALDIVIA (CO17 - CO24)

SESIÓN : Microbiología, resistencia y antimicrobianos

Coordinadores : Drs. Mónica Lafourcade y Francisco Silva

- CO-17** **Análogos de ubiquinona, nuevas entidades moleculares con actividad sobre aislamientos clínicos de *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus* spp. multi-resistentes**
Campanini-Salinas Javier, Andrades-Lagos Juan, Hinojosa Nicolás, Alarcón Pedro, González Gerardo, Vásquez-Velásquez David. Laboratorio de Desarrollo de Fármacos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile.
- CO-18** **Identificación de cepas de la microbiota bacteriana asociadas a infecciones por *Escherichia coli* diarreogénicas**
Farfán Mauricio J., Gallardo Pablo, Izquierdo Mariana, O’Ryan Miguel, Vidal Roberto. Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Laboratorio de Biología Molecular, Clínica Las Condes.
- CO-19** **Evaluación del rendimiento de coprocultivos realizados durante un año en una institución de salud**
Salas Alberto, Corvalán Valerie, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Hormazábal Sara, García Camila, Farfán Mauricio, Hervé Bèatrice. Clínica Las Condes.
- CO-20** **Genómica comparativa de aislados de *Salmonella* spp obtenidas de aves y cerdos de pequeños agricultores**
Moreno Andrea, Rivera Dácil, Toledo Viviana, Hamilton-West Christopher. Escuela de Medicina Veterinaria, Universidad Andrés Bello, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile.
- CO-21** **Transferencia de *bla*_{NDM-1} y co-transferencia de otros determinantes genéticos de resistencia a antimicrobianos desde *Klebsiella pneumoniae* ST1588 a *Escherichia coli***
Quezada-Aguiluz Mario A.¹, Zenis Javier¹, Ríos Cristián¹, Carrasco Sergio¹, Opazo-Capurro Andrés¹, Lima Celia¹, Bello-Toledo Helia¹, Domínguez Daniel¹, Cifuentes Marcela², Silva Francisco², Barrera Boris², Prat Soledad³, Araya Pamela³, Fernández Jorge³, Hormazábal Juan C.³, González-Rocha Gerardo¹. ¹Laboratorio de Investigación en Agentes Antibacterianos. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad de Concepción. Concepción, Chile. ²Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. ³Instituto de Salud Pública de Chile, Santiago, Chile.
- CO-22** **Antifungal stewardship: Impacto económico del uso de antifúngicos en un hospital pediátrico de Chile**
Barnafi Natalia², Barraza Marlon¹, Maldonado M. Eliana², Torres J. Pablo², Coria Paulina², Morales Jorge¹. ¹Farmacología Clínica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. ²Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente-Infectología, Universidad de Chile.
- CO-23** **Vigilancia de laboratorio para *Listeria monocytogenes* proveniente de enfermedad invasora, caracterización fenotípica y molecular**
Alarcón Pedro, Araya Pamela, Hormazábal Juan C., Aguayo Carolina, Fernández Jorge, Puentes Rodrigo. Instituto de Salud Pública de Chile.
- CO-24** **Comparación entre los aislados de *Acinetobacter baumannii* resistentes y susceptibles a colistín. Análisis preliminar de la experiencia en el HUAP 2012-2015**
Vargas R. Claudio¹, Seguel Ana M., Ulloa Karen, Zamora Francisco. Hospital de Urgencia Asistencia Pública.



10:30 - 12:30 **ORALES**

SALÓN : RÍO CRUCES (CO25 - CO32)

SESIÓN : Infecciones parasitarias y virales

Coordinadores : Drs. Natalia Conca y Rodolfo Villena

CO-25 **Vida y muerte de la araña del rincón y el efecto de su malvada enemiga, la araña tigre**

Canals Mauricio¹, Solís Rigoberto², Moreno Lucila³. ¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile. ³Departamento de Zoología, Facultad de Ciencias Naturales y Oceanográficas, Universidad de Concepción.

CO-26 **Aporte del laboratorio en el diagnóstico de la infección por virus Zika. Experiencia en un país no endémico**

Vizcaya Cecilia, Perret Cecilia, Medina Rafael, Contreras Ana M., Martínez Constanza, García Tamara, Ferrés Marcela. Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica. Laboratorio de Infectología y Virología Molecular. Pontificia Universidad Católica de Chile.

CO-27 **¿Qué dicen los números de la evolución temporal de la enfermedad de Chagas?**

Canals Mauricio^{1,2}, Canals Lucía, Canals Andrea^{1,3}, Cáceres Dante¹, Alvarado Sergio¹, Cattán Pedro E.⁴, Saavedra Miguel⁵, Zulantay Inés⁵, Apt Werner⁵. ¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Dirección Académica, Clínica Santa María. ⁴Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile. ⁵Laboratorio de Parasitología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

CO-28 **Enterovirus: caracterización clínica, molecular y análisis filogenético de casos detectados en el Laboratorio de Infectología y Virología Molecular año 2015, Pontificia Universidad Católica de Chile**

Puente Marcela², Martínez Constanza², Contreras Ana M.³, Vizcaya Cecilia¹, Ferrés Marcela^{1,3}. ¹Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica. ²Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto. ³Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

CO-29 **Caracterización clínica y económica de varicela en niños en la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile**

Torres Juan P., De la Maza Verónica, Castro Magdalena, Conca Natalia, Izquierdo Giannina, Suau Thelma, Rodríguez Pilar, Contardo Verónica, Rosalez Alejandra, Ducasse Karen. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Hospital Roberto del Río, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Clínica Las Condes, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

CO-30 **Aumento del diagnóstico etiológico en lactantes bajo 3 meses de edad hospitalizados por síndrome febril sin foco al incorporar detección molecular para enterovirus y virus respiratorios**

Piñera Cecilia, Valenzuela Romina, Coublé Bernardita, Moya Macarena, Vergara Alejandra, Suau Thelma, Fritis Ana, Roa Carolina, Santolaya M. Elena, Torres Juan P. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

CO-31 **Descripción de los egresos hospitalarios por hidatidosis en La Araucanía, 2005 a 2014**

Fonseca-Salamanca Flery^{1,4}, Becerra Valeria², Soriano Cristófer², Melo Angélica³, Hidalgo Alejandro^{1,3,4}. ¹Departamento de Ciencias Preclínicas. ²Carrera de Medicina. ³Doctorado en Biología Celular y Molecular Aplicada. ⁴Laboratorio de Inmunoparasitología Molecular, Centro de Excelencia en Medicina Traslacional (CEMT), Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

CO-32 **Modelo de transmisión de la enfermedad de Chagas: desde la transmisión vectorial a la congénita**

Canals Mauricio^{1,2}, Cáceres Dante¹, Alvarado Sergio¹, Canals Andrea¹, Cattán Pedro E.³. ¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile.



P-1 Caracterización de pacientes pediátricos portadores del virus de inmunodeficiencia humana controlados en el Hospital de Niños Roberto del Río

Zúñiga Marcela, Zavala Carolina, Galaz M. Isabel.

Hospital de Niños Roberto del Río.

E-mail: marcela.zuniga@gmail.com

Introducción: Debido a la baja frecuencia nacional de infección por VIH/SIDA pediátrico no existe mucha información que caracterice a esta población que se controla estrechamente y así obtener luces sobre ejes fundamentales de prevención y mejoramiento de su calidad de vida. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes pediátricos portadores de síndrome de inmunodeficiencia humana que se controlan en Hospital Roberto del Río. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo. Incluye pacientes que se atendieron entre noviembre de 2015 a junio de 2016 en Hospital Roberto del Río. Se analizan variables demográficas, características clínicas, métodos diagnósticos y tratamiento. Los resultados expresados en promedios, desviación estándar, medianas y porcentajes, mediante Shapiro wilk w test en caso de distribución normal y mediana con mínimo y máximo en caso de distribución no normal. **Resultados:** Se registraron 30 pacientes. El 53,3% de los pacientes corresponde a mujeres, la mediana de la edad fue 7,1 meses al diagnóstico. La sospecha inicial fue, en 60%, por enfermedad del niño. Al diagnóstico, 43,3% estaba en etapa C. El modo de transmisión principal fue vertical (93,3%). El 93,3% está en terapia anti-retroviral, 6,7% no cumple criterios de inicio. La edad mediana de inicio de tratamiento fue 15,4 meses y la mediana de tiempo entre diagnóstico e inicio de terapia fue de 3,6 meses. **Discusión:** Se caracteriza el tipo de paciente pediátrico portador de VIH atendido en el Hospital Roberto del Río, destacando la importancia de la sospecha precoz, la prevención de la transmisión vertical y del tratamiento y seguimiento.

P-2 Perfil epidemiológico de pacientes con co-infección TBC/VIH en el Hospital Regional de Antofagasta entre 2010 y 2014

Pacheco Paula¹, Tapia Natalia¹, Ureta Carolina¹, Morgado Camilo², Usedo Pedro², Castillo Yoselyn², Salvador Francisco^{1,2}.

¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.

E-mail: dr.francisco.salvador@gmail.com

Introducción: Se estima que un tercio de la población mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*. La tuberculosis (TBC) es la principal causa de muerte en los pacientes con infección por VIH; ambas infecciones están tan relacionadas entre sí, que se habla de una co-infección, o TBC/VIH-SIDA. **Objetivo:** Dar a conocer el perfil epidemiológico de los pacientes que tienen la co-infección en la ciudad de Antofagasta. **Pacientes y Métodos:** Se seleccionaron pacientes que tienen la co-infección TBC/VIH-SIDA. La revisión de sus fichas clínicas se centró en factores como edad, nacionalidad, género, adherencia a TARV y recuento de CD4. **Resultados:** En los años 2010, 2011, 2012, 2013 y 2014 se encontraron 2, 10, 5, 1 y 5 casos, respectivamente. De los pacientes diagnosticados en el periodo del estudio (2010-2014), 78% corresponde a población masculina, mientras que 22% a femenina. 83% de los pacientes son chilenos, 13% peruanos y 4% colombianos. De los 15 pacientes vivos, 12 siguen terapia anti-retroviral (TARV). En cuanto a la edad, hay una incidencia mayor en el rango de 37 a 43 años (n: 8), seguido por 30 a 36 años (n: 7). Finalmente, ocho pacientes presentaron un recuento de CD4 de 5-50 células/mm³, cuatro pacientes presentaron 50-100 células/mm³, cuatro presentaron de 100-200 células/mm³, tres presentaron de 200-400 células/mm³, y cuatro más de 400 células/mm³, siendo el mayor recuento de 861 células/mm³. **Discusión y Conclusiones:** Históricamente la incidencia de TBC en Chile ha sido baja, pero últimamente ha aumentado. Esto se puede relacionar con el aumento de infección por VIH por falta de adherencia a métodos preventivos de enfermedades de transmisión sexual o promiscuidad de la población sexualmente activa e inmigraciones de países vecinos, donde la TBC tiene mayor prevalencia; entre ellos Perú y Colombia, son los principales países de inmigrantes en la ciudad. La diferencia en la incidencia de TBC/VIH-SIDA entre hombres y mujeres, significativamente más alta en los primeros, se puede correlacionar con el mayor número de factores de riesgo en la actividad sexual que presentan los hombres. La edad prevalente ha ido en aumento, principalmente por las mejoras en los tratamientos contra el SIDA, que han incrementado la esperanza de vida de los pacientes. Al haber un recuento menor a 200 CD4/mm³ de sangre aumenta considerablemente las posibilidades de presentar enfermedades relacionadas con el VIH. 70% de los pacientes estudiados tenían niveles bajo los 200 CD4/mm³ de sangre. Es aquí donde entra en juego la terapia anti-retroviral, la que disminuye en 65% las probabilidades de contraer este tipo de enfermedades oportunistas.



P-3 Cambios de terapia anti-retroviral que se realizaron en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana, en Hospital San Pablo de Coquimbo en el año 2015

Mollo Julio, Tapia Jaime, Valenzuela Lilian, Vergara María.

Hospital San Pablo Coquimbo, IV región.

E-mail: juliomollo@gmail.com

Introducción: El tratamiento anti-retroviral (TARV) clásico era constituido por regímenes complicados con elevado número de tomas, interacciones farmacológicas y toxicidad a corto y largo plazo; todo esto contribuía a disminuir la adherencia al tratamiento. Diferentes estudios muestran que se necesita una buena adherencia para obtener resultados óptimos y disminuir la resistencia o fracaso virológico. Hoy con nuevos fármacos, siguen existiendo cambios de terapia por diferentes causas. En este sentido se busca determinar los tipos de cambios de TARV producidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo IV Región. **Objetivo:** Analizar y clasificar los cambios de TARV y reacciones adversas a medicamentos originados en el Hospital San Pablo, Coquimbo. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio longitudinal de cohorte retrospectivo, desde enero a diciembre de 2015 donde el universo de pacientes fue de 488 y de ellos 65 tuvieron cambio de terapia. Se clasificaron los cambios de TARV en, resistencia, simplificación, patología adquirida (virus hepatitis B, tuberculosis), reacciones adversas a medicamentos, sexo y edad. A su vez se clasificó los tipos de reacciones adversas a medicamentos asociados al fármaco. Los resultados entregados fueron trabajados en programa Excel. **Resultados:** En el estudio se excluyó un paciente por estar en Unidad de Cuidados Intensivos el cual se cambió TARV por estar con sonda nasogástrica y luego volver a su terapia inicial. De la población estudiada los porcentajes fueron 17,2% resistencia, 9,4% simplificación, 4,7% virus hepatitis B, tuberculosis 1,6% y 67,2% de reacciones adversas a medicamentos. En relación al sexo 64 % son hombres con rango de (24 a 74 años) y mujeres con rango de (21 a 79 años). La correlación de las reacciones adversas a medicamentos asociadas fueron las siguientes: lipodistrofia 48,8% (lamivudina, zidovudina), anemia 18,6% (lamivudina, zidovudina), intolerancia gastrointestinal 9,3% (lopinavir), trastorno del sueño 9,3% (efavirenz), hiperbilirrubinemia 7% (atazanavir), hipertrigliceridemia 7% (lopinavir, lamivudina, zidovudina). Cabe mencionar que de la muestra estudiada los pacientes que iniciaron TARV el 2015, 18,8% tuvo que realizar cambio de terapia. **Conclusión:** Se determina que la población local mantiene de forma similar la tendencia nacional, tanto en los cambios de tratamiento en menos de un año, como número de cambios de terapia correspondiente a las reacciones adversas de zidovudina/lamivudina asociadas a lipodistrofia y anemia. Es imprescindible la participación del químico farmacéutico para el equipo profesional de salud y también un rol activo con los pacientes con virus de inmunodeficiencia humana evitando de forma temprana los eventos adversos.

Jueves 13 de octubre

P-4 Necrosis avascular de la cabeza femoral ¿una enfermedad marcadora de SIDA tardía o una consecuencia de la terapia anti-retroviral? Perfil clínico de 12 pacientes

Lasso Martín¹, Muñoz Rodrigo², Chahin Carolina³, Cerda Francisco³, Donato Paulina¹.

¹Hospital Dr. Sótero del Río. ²Hospital Clínico Magallanes. ³Hospital Regional de Temuco.

E-mail: mlasso45@gmail.com

Introducción: La necrosis avascular de la cabeza femoral (NACF) es una complicación asociada a la infección por VIH cuya causa no está claramente definida y que se encontraría relacionada a inmunosupresión grave, infecciones oportunistas (IO), uso de corticosteroides y terapia anti-retroviral (TARV). **Objetivos:** Conocer el perfil clínico de 12 pacientes diagnosticados con NACF en tres hospitales públicos durante los últimos ocho años. Se describen sus antecedentes, evolución y tratamiento. **Material y Método:** Revisión de la base de datos de los centros involucrados y obtención de información de la ficha médica respectiva. Descripción de los hallazgos en tablas y medidas de tendencia central. **Resultados:** Todos los pacientes eran de sexo masculino, edad promedio 38,8 años (r:34-50), con una latencia entre el diagnóstico de infección por VIH y la NACF de 7,5 años. En 11 pacientes había historia de una o más IO y en 9 (75%) correspondió a una neumonía por *P. jiroveci*. El recuento basal de linfocitos CD4 promedio fue 51 céls/mm³ con una mediana de 19 céls/mm³, la carga viral basal promedio fue 1.009.373 copias ARN/mL. con una mediana de 560.000 copias ARN/mL. Al momento del diagnóstico de NACF todos los pacientes estaban recibiendo o tenían indicada TARV que en todos los casos incluía INTR, en 8 pacientes INNTR, en 4 IP y en 3 inhibidores de la integrasa; 9 tenían CV indetectable y el promedio de linfocitos CD4 era 433 céls/mm³ (r:51-1092) sólo 1 paciente tenía valores < 200 céls/mm³. En 4 pacientes la NACF fue bilateral. Se verificó tabaquismo en 8 pacientes, uso de fibratos en 6 y ningún usuario crónico de corticosteroides. Fueron intervenidos quirúrgicamente 7 pacientes para colocar prótesis de cadera. La prevalencia de NACF por cada 1.000 pacientes ingresados al programa de VIH-SIDA durante el período revisado fue de 0,17 para Magallanes, 0,02 para Temuco y 0,015 para el SSMSO. **Conclusiones:** La NACF es una enfermedad que según este perfil podría tener una relación con historia de inmunosupresión grave como un evento de aparición tardía, que ocurre predominantemente en hombres y no tendría una relación directa con el uso de corticosteroides. No se puede establecer una asociación entre NACF y TARV. Dado el pequeño tamaño de esta serie y por tratarse de un estudio descriptivo, no se puede llegar a conclusiones definitivas y es necesario estudios comparativos tipo caso control con un mayor volumen de pacientes.



P-5 Impacto sobre el perfil lipídico del cambio de terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH, dislipidémicos, atendidos en Fundación Arriarán

Ocampo Renato¹, Vera Désirée², Wolff Marcelo².

¹Becado infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Hospital San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Santiago.

E-mail: dr.renato.ocampo@gmail.com

Introducción: El cambio del esquema de terapia anti-retroviral (TARV) a uno con mejor perfil metabólico se ha propuesto como una estrategia para controlar la dislipidemia en pacientes con infección por VIH. El impacto de esta medida no ha sido reportado en Chile. **Objetivo:** Evaluar efecto sobre perfil lipídico del cambio de TARV debido a dislipidemia, en pacientes con infección por VIH atendidos en Fundación Arriarán (FA). **Pacientes y Método:** Se identificó a todos los pacientes con infección por VIH ≥ 18 años de edad atendidos en FA, usuarios de TARV basada en IP (inhibidores de proteasa) o INNTR (inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa) por > 3 meses, portadores de dislipidemia significativa (triglicéridos ≥ 200 mg/dl y/o colesterol total > 240 mg/dl) sometidos a cambio de TARV que incluía raltegravir (RAL) para mejorar la dislipidemia, entre enero de 2009 y junio de 2015. Se revisó la historia clínica, datos demográficos, hábitos, tratamiento de VIH y dislipidemia, resultados de triglicéridos (TG) y colesterol total (CT), carga viral (CV) y linfocitos CD4 a los 6 (± 2) y 12 (± 3) meses de realizado el cambio. **Resultados:** Se incluyó a 82 pacientes (91% hombres). Al cambiar la TARV la edad promedio era 48 años (rango 27-80), 17% era hipertenso, 13% era diabético, 62% era fumador (dato disponible en 45 casos). El esquema de TARV en curso había sido usado por 4,3 años en promedio y se basaba en INNTR en 49% de los casos (93% efavirenz) y en IP en 51%. La TARV basal incluía dos INTR (inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa) en 93% de los casos (principalmente abacavir/lamivudina en 46% y zidovudina/lamivudina en 40%). El 94% tenía CV < 40 copias/ml. La CV máxima en los detectables era 190 copias/ml. El 99% estaba en etapa clínica A y la mediana del recuento de CD4 era 502 células/mm³. El tiempo de evolución promedio de la dislipidemia era 6,6 años y consistía en hipertrigliceridemia aislada en 56% y dislipidemia mixta en 44%. Al momento del cambio, la mediana de CT era 229 mg/dl (rango 158-407) y la mediana de TG, 426 mg/dl (rango 200-3133). El 90% recibió hipolipemiantes (principalmente fibratos, 78%) y al 54% se le modificó la TARV basal. Un 78 y 90% tuvo control de exámenes a los 6 y 12 meses, respectivamente. Los TG descendieron significativamente en comparación al basal, a los 6 y 12 meses (37,2 y 38,7%, respectivamente, $p < 0,01$). Lo mismo ocurrió con el CT (descenso de 22,3 y 19,5%, respectivamente, $p < 0,01$). La magnitud del descenso de TG y CT fue independiente del uso de hipolipemiantes o cambio de TARV basal, pero dependió de la magnitud de dislipidemia basal. No se objetivó fracaso virológico alguno durante el seguimiento. **Conclusión:** El cambio de TARV a RAL en pacientes dislipidémicos tratados con INNTR o IP se asocia a un significativo descenso de TG y CT a 6 y 12 meses.

P-6 Perfil de ingresos de personas con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en el Centro de Atención Integral (CAI) de Coquimbo, durante el año 2015

Tapia Jaime, Valenzuela Lilian, Vergara María, Mollo Julio.

Hospital San Pablo de Coquimbo.

E-mail: jatacomed@gmail.com

Introducción: El análisis de las características epidemiológicas permite la reflexión por parte de los equipos de atención de PVVIH, a fin de contribuir en la adaptación de políticas públicas que se ajusten a la realidad local. **Objetivo:** En consecuencia del análisis realizado el año 2015, el presente estudio pretende continuar con la caracterización de las PVVIH que ingresan al Centro de Atención del Hospital de Coquimbo. **Pacientes y Métodos:** El Universo hasta el mes de julio del año 2016 fue de 613 usuarios, de los cuales se extrajo como muestra a 66 pacientes con diagnóstico confirmado por el ISP, que accedieron por primera vez al CAI en el año 2015. Se excluyen dos PVVIH que no concretaron proceso diagnóstico para infección por VIH, junto con 29 traslados desde otros centros. Se analizaron los datos recabados en el ingreso de enfermería y primer control médico, identificando las variables: sexo, edad, CV de ingreso, CD4 de ingreso, etapa evolutiva, orientación sexual, motivo del tamizaje, infección oportunista asociada y hospitalización. Los datos fueron tabulados en planilla Excel, siendo procesados en el mismo programa. **Resultados:** El 83,3% de los pacientes ingresados corresponden al sexo masculino, de quienes 83,3% se declara homosexual. En cuanto a la edad, llama la atención el amplio rango existente, encontrándose pacientes desde 2 hasta 73 años, siendo el promedio 32 años de edad. En relación a la causa que determina la realización del test fue: 24% por iniciativa propia, 9% asociado a otra ITS, 3% en contexto de embarazo y 44% asociados a morbilidad. El 27% de los pacientes ingresados requirió hospitalización; de éstos, 44% necesitó de cuidados intensivos. En relación a la patología en estudio, 42% de los pacientes ingresó en etapa SIDA. El promedio de CD4 fue de 272 células/ml de sangre y una CV de 49.784 copias ARN/ml de sangre. La enfermedad marcadora más frecuente es la neumonía por patógenos oportunistas (13,6%), seguida por la baja de peso mayor a 10 kg (6%). **Conclusión:** De los resultados obtenidos, llama la atención el amplio porcentaje de pacientes que ingresan en etapa SIDA. Destaca la amplitud en el rango etario de los ingresos, dada la aparición de casos pediátricos en comparación a años anteriores, lo que refuerza la importancia de considerar la sospecha de infección por VIH en población infantil. Preocupa que la causa por la que se accede al test se relacione en su gran mayoría a morbilidad por sobre la iniciativa propia, tendencia que persiste en el tiempo. Los resultados obtenidos respaldan la importancia de mejorar las políticas públicas a nivel local para fortalecer la oferta del examen serológico para VIH, favoreciendo un diagnóstico precoz que permita el ingreso a los programas de atención en mejores condiciones; esto brindaría el acceso oportuno a prestaciones que favorecerán una adecuada calidad de vida en las PVVIH.



P-7 Barreras y motivación en PVVIH que registra muestra anterior ELISA para VIH positivo al vincularse a atención de salud

Bahamondes Laura, González Erika, García Alejandra.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova.

E-mail: laura.bahamondes@redsalud.gov.cl

Antecedentes: El Informe del Instituto de Salud Pública permite conocer usuarios que Registra Muestra Anterior (RMA) ELISA para VIH positivo al ingreso a atención de salud, lo que puede reflejar dificultad para vincularse a atención médica, por motivación del paciente o barreras del prestador de salud. **Objetivo:** Conocer las características sociodemográficas, biomédicas y psicológicas de PVVIH que RMA y explorar motivos emergentes y barreras que expliquen el tiempo transcurrido entre el primer y segundo test de ELISA para VIH positivo. **Material y Método:** Se revisan libros de consejería pos-test realizadas por psicóloga entre 2007 a 2016, se identifica los usuarios que RMA. Se realiza Entrevista Estructurada que incluye: información resultado primer test ELISA VIH, consulta médica posterior primer test, motivo de conducta asumida, adicciones. Se extrae de base datos de Unidad VIH lo siguiente: Etapa CDC, carga viral de VIH, recuento de LT CD4 de ingreso, tiempo transcurrido entre primer y segundo test de ELISA para VIH positivo, hospitalización en este periodo, inicio de TARV, letalidad. **Resultados:** 36 RMA, 32 chilenos (89%), 4 otras nacionalidades (11%), edad promedio 37 años, rango 22 a 58 años y 58% entre 25 y 40 años, 31 hombres (86%), 17 heterosexuales (47%), 16 hombres que tienen sexo con hombres-HSH (44%) 2 bisexuales (6%), 1 trans (3%), 5 profesionales (14%), 3 técnico (8%), 4 con Universidad-incompleto (1%), 8 con Enseñanza Media completa (22%), 8 con Enseñanza Media incompleta (22%) otros 8 (22%). Adicciones: 22 alcohol (61%), 3 consumidores de pasta base (8%), 8 sin adicciones (22%). Etapa CDC: C3 = 72%, C2 = 3%, C1 = 3%, A2 = 6%, A1 = 8%, sin-datos 8%. Tiempo transcurrido entre primer y segundo test ELISA para VIH positivo: rango 1 mes a 13 años 8 meses, 42% con más de 5 años y el resto 14% con ≤ 6 meses, 19% > 6 meses a 2 años, 23% > 2 años a 5 años, 42% con más de 5 años, 42% informados del resultado del primer test, 28% no informados, sin dato 30%. El 100% sin hospitalización entre ambos test, 75% inicia terapia anti-retroviral y 11% fallece. Motivos emergentes: “No recuerdo donde hice el primer test”; “Nunca me enteré del resultado”; “Nunca retiré el resultado”. Barreras: “Nunca recibí el resultado”. **Conclusiones:** Estas PVVIH que RMA tienen características compartidas con la población infectada con VIH del país, con predominio de hombres, edad entre 25 y 40 años, predominio de HSH o bisexuales y destaca mejor escolaridad y mayor frecuencia de adicción alcohólica. El 78% se vincula a control en etapa SIDA, sin hospitalización previa y en 42% transcurren más de 5 años desde el Primer test de ELISA para VIH positivo, estando informado del resultado el 42%, con motivos emergentes ligados al miedo y la negación y, menos importante, barreras del prestador que incidieron en no recibir el resultado. Esta información puede considerarse insumo en el diseño de estrategias para asegurar que las personas con test de ELISA para VIH positivo se vinculen a los centros de atención médica.

P-8 Diagnóstico de tuberculosis latente en pacientes con infección por VIH ingresados en el Hospital San Juan de Dios de Santiago (HSJD) entre 2014 y 2016

Alarcón Catalina, Aravena Luis, Valdebenito Soledad, Rumie Hossn, Bernal Fernando, Giadalah M. Carolina, Vera Cecilia, Volpato Francesca, Chanqueo Leonardo.

Escuela de Medicina, Campus Occidente Universidad de Chile. Unidad de Infectología y Broncopulmonar Hospital San Juan de Dios de Santiago.

E-mail: leonardo.chanqueo@redsalud.gov.cl

Introducción: La tuberculosis (TBC) corresponde a una de las enfermedades infecciosas de más alta morbi-mortalidad en el mundo. El test de tuberculina (PPD) es la prueba diagnóstica más utilizada para el diagnóstico de TBC latente en pacientes con infección por VIH en países en desarrollo. En nuestro país, las guías clínicas ministeriales recomiendan realizar un PPD a todo paciente con infección por VIH que ingresa a control. Sin embargo, diversas causas tales como falta de reactivos, inasistencia o baja adherencia a la lectura del examen, predisponen a una baja tasa de cumplimiento de dicha recomendación. **Objetivos:** Evaluar el cumplimiento de la realización de un PPD al ingresar al programa de VIH/SIDA de la Unidad de Infectología del HSJD durante el periodo comprendido entre el año 2014 y 2016. **Material y Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los registros de PPDs realizados desde enero de 2014 a junio de 2016, cruzando dichos datos con el número de ingresos por año, de acuerdo a la base de datos electrónica del programa VIH/SIDA del HSJD. **Resultados:** Se recolectaron datos de 532 lecturas de PPD correspondientes a 186, 218 y 132 para el año 2014, 2015 y primer semestre de 2016, respectivamente. De acuerdo el número de pacientes ingresados al Programa VIH, el porcentaje de cumplimiento fue de: 66,1%, 74,1% y 76,6% con una positividad (PPD mayor a 5 mm) de 7,5%, 7,3% y 5,3% para cada periodo, respectivamente. El porcentaje de pacientes que no acudió a lectura a las 72 h fue de: 6,4%, 19,7% y 9,8% para el mismo periodo de estudio. **Conclusiones:** La prevalencia de TBC latente en nuestra población con infección por VIH/SIDA es concordante con estudios previos nacionales. Si bien, hemos mejorado la cobertura del test durante el periodo en estudio, aún la enfermedad estaría sub-diagnosticada dado que en más de 20% de los casos no se realiza un PPD al ingresar al programa. Por otro lado, es preocupante el alto número de individuos que no se presentan a la lectura del PPD, tendencia que se repite durante el periodo de estudio; dado lo anterior, es fundamental mejorar la adherencia a la toma y lectura del examen. Además, sería de utilidad la implementación nuevas técnicas de diagnóstico de TBC latente, como los IGRAs (*interferon gamma release assays*) que tienen como ventaja una mayor sensibilidad y no requieren la presencia del paciente a la lectura del examen.



P-9 Descripción de una población de mujeres embarazadas con serología reactiva para VIH atendidas en la Unidad de VIH del Hospital Dr. Lucio Córdova

Picó Nell, Muñoz Victoria, Pavez Jessica, Fredes Daniela, López Miguel.

Hospital Dr. Lucio Córdova.

E-mail: victoria.munoz@redsalud.gov.cl

Introducción: Una gran proporción de mujeres embarazadas se realiza serología para VIH como parte de los exámenes de rutina. El test para VIH se indica actualmente en el primer y tercer trimestre de la gestación; examen con alta sensibilidad y especificidad, pero puede presentar resultados falsos reactivos, por lo que es necesario una prueba de confirmación. Sin embargo, la espera del resultado confirmatorio no debe demorar el inicio de la profilaxis anti-retroviral, sobre todo en aquellas que estén cursando el tercer trimestre del embarazo. **Objetivo:** Describir los embarazos con serología reactiva para VIH derivados al Hospital Dr. Lucio Córdova desde policlínicos de atención primaria. **Material y Método:** Se revisaron las fichas clínicas correspondientes a mujeres embarazadas derivadas al Hospital Dr. Lucio Córdova con serología reactiva para VIH, entre los años 2006 y junio de 2016. **Resultados:** En el período estudiado se obtuvo una muestra de 40 mujeres, con edad promedio de 28 años (14 a 42 años); 12,5% eran extranjeras. Fueron derivadas durante el I trimestre de la gestación 7,5%, durante el II, 50% y en el III trimestre 42,5%. Eran primigestas 42,5% y con antecedentes mórbidos 7,5% de los casos. A todas se les realizó una carga viral (CV) basal que resultó indetectable en 23 casos; 38 mujeres iniciaron el protocolo de prevención de transmisión vertical, 95% de ellas con 3TC + AZT + LPV/r; dos mujeres rechazaron el protocolo. Presentaron reacción adversa a medicamentos (RAM) 4 usuarias (anemia, diarrea). En 22 casos el ISP descartó la infección por VIH y en 18 casos confirmó el resultado positivo para VIH, entre ellos una mujer embarazada con CV basal indetectable. Del grupo confirmado con serología para VIH positiva, presentaron recuento de CD4 basal de 335 células/mL y CV basal de 28.000 copias en promedio. Llegaron a las 34 sem de EG con CV < 1.000 copias 66,7%; 11% con > 1.000 copias. Todos los hijos resultaron negativos para VIH. Sólo 56% de las mujeres se mantuvo en control activo post-parto. Se logró realizar pesquisa de la pareja en 44,4% de los casos: dos varones con serología para VIH positiva; 28% de las mujeres (5) se negaron a revelar el diagnóstico a su pareja y/o familia. **Conclusiones:** La CV que se realizó al ingreso al Programa de VIH, aunque resultó indetectable, no puede ser una determinante para la suspensión de la TARV, hasta no tener la prueba confirmatoria del ISP, de acuerdo al caso revisado. Se observó que existe un alto porcentaje de abandono de controles post-parto, así como una baja concurrencia de la pareja al centro de atención. Importante es el trabajo multidisciplinario en la revelación del diagnóstico de infección por VIH a la pareja y/o familia, con el fin de articular una red de apoyo hacia la paciente y su hijo para reforzar el cumplimiento de las indicaciones y la adherencia al tratamiento, ya que de acuerdo a lo observado casi un tercio de ellas no llegaron siquiera a revelar su diagnóstico.

P-10 Cambios en la caracterización epidemiológica-clínica y evolución de los esquemas de terapia anti-retroviral (TARV) en una cohorte del Área Occidente de Santiago, 2013-2015

Bernal Fernando, Gutiérrez Catalina, Vera Cecilia, Serri Michel, Arancibia José M., Valdebenito Soledad, Volpato Francesca, Vásquez Patricia, Gialalah M. Carolina, Chanqueo Leonardo.

Unidad de Infectología, Hospital San Juan de Dios de Santiago.

E-mail: fernando.bortiz@gmail.com

Introducción: La TARV ha transformado la infección por VIH en una patología crónica que ha permitido mejorar la calidad y expectativa de vida en esta población. Los nuevos anti-retrovirales y co-formulaciones ofrecen un perfil de seguridad más amplio y permiten mejorar la adherencia de nuestros pacientes. **Objetivos:** Caracterizar clínica y epidemiológicamente a los pacientes ingresados durante el período 2013-2015, comparando la retención y evolución de la indicación de terapia anti-retroviral en el centro de atención de pacientes con VIH/SIDA del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (SSMOc). **Pacientes y Métodos:** Se recopiló información de la base de datos electrónica del policlínico de Infectología de Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Santiago, se excluyeron pacientes trasladados de otros centros. El SSMOc tiene una población inscrita en FONASA de 1.050.025 personas, correspondiente a comunas rurales tales como, Talagante, Melipilla, Curacaví y algunos sectores de Santiago. **Resultados:** Durante los años 2013, 2014 y 2015 ingresaron 194, 221 y 261 pacientes; respectivamente. El 54,2% vive principalmente en comunas pertenecientes a la red Metropolitana Occidente y 19,1% reside en comunas aledañas al hospital (Estación Central, Maipú y Santiago Centro) que no pertenecen a la red asistencial occidente. El 84% de los pacientes ingresados fueron de género masculino siendo 59,8% HSH, la mediana de edad de ingreso fue de 32, 31 y 33 años en 2013, 2014, 2015; respectivamente. La mediana de recuento de linfocitos CD4 fue de 233, 252 y 277 células/mm³. Sin embargo, durante los tres períodos de análisis 43% de los pacientes ingresó a control con un recuento inferior a 200 células/mm³. El backbone de elección el año 2013 fue AZT/3TC con 50% en < 50 años y 66,7% > 50 años. TDF/FTC incrementó su uso de 16,7% a 63,8% en < 50 años y de 16,7% a 68% en > 50 años. En cuanto a un tercer fármaco, la prescripción de efavirenz se redujo de 62,9 a 51,2% en < 50 años y de 78,9 a 33,3% en > 50 años. Lopinavir/r se redujo en ambos grupos etarios de 20 a 6,1% y de 10,5 a 4,2%; respectivamente. Raltegravir incrementó su utilización de 1 a un 13,4% en < 50 años y de 0 a un 19,2% en > 50 años. **Discusión:** El Área Occidente concentra una gran población que es diversa: rural y urbana; un porcentaje importante de los pacientes en control provienen de las comunas asignadas, dado que no existe territorialidad en esta patología. Predominan hombres homosexuales, con 16% de población femenina que se diagnostica mayoritariamente durante el embarazo. Es preocupante es que 43% de los pacientes sean diagnosticados en etapa tardía con recuento de CD4 < 200 células/mm³. Es claro que hemos dejado esquemas anti-retrovirales en desuso (por ej. AZT/3TC y lopinavir/r) por esquemas menos tóxicos y recomendados en guías de países en desarrollo.



P-11 Vinculación a los cuidados de salud y pérdida de seguimiento en pacientes con infección por VIH/SIDA diagnosticados en el contexto de una internación. Hospital San Juan de Dios de Santiago

Bernal Fernando, Volpato Francesca, Amaro Andrea, Valdebenito Soledad, Llull Gabriel, Chanqueo Leonardo.

Unidad de Infectología y Laboratorio Clínico, Hospital San Juan de Dios de Santiago.

E-mail: fernando.bortiz@gmail.com

Introducción: La vinculación a los cuidados de salud constituye un desafío y una prioridad para los pacientes que con infección por VIH/SIDA, siendo uno de los componentes analizados en las cascadas de atención de salud. Una vinculación temprana ha sido asociada no sólo con una mejor supresión virológica y una mejor sobrevida, sino también con una reducción en la tasa de transmisión del VIH. Sin embargo, existe escasa información sobre la vinculación en pacientes que son diagnosticados en el hospital. **Objetivos:** Caracterizar a los pacientes diagnosticados al momento de la hospitalización en HSJD y determinar el porcentaje de vinculación a la atención de salud de éstos pacientes. **Pacientes y Métodos:** Se realizó un cruce de la información contenida en la base de datos electrónica del policlínico de infectología del HSJD con el registro electrónico de serologías positivas para VIH del Laboratorio Clínico HSJD desde mayo de 2015 a mayo de 2016. Se analizó si la muestra registraba reactividad previa, nacionalidad, vinculación al Programa VIH/SIDA del HSJD y las causas de pérdida del paciente o falta de vinculación a cuidados de salud. **Resultados:** Se analizaron un total de 73 pacientes a quienes se les realizó serología para VIH como debut diagnóstico. Hubo 19,2% (n = 14) de mujeres y 80,8% (n = 59) de hombres; 73,5% (n = 55) chilenos, y de los extranjeros: 9,6% (n = 7) peruanos, 5,5% (n = 4) colombianos y 4,1% (n = 3) haitianos, entre otros. Un 62,2% (n = 46) de los pacientes fueron diagnosticados en la Unidad de Emergencias; 14,6% (n = 10) registraba una muestra reactiva con anterioridad sin confirmación y 78,1% (n = 57) de los pacientes fueron vinculados al centro de atención posterior a su alta. Las causas atribuidas a la falta de vinculación fueron: pérdida de seguimiento en 10 pacientes (62,5%), fallecimiento de 5 pacientes y traslado de un paciente a otro centro. **Conclusiones:** La vinculación a los cuidados de salud después de la hospitalización es un hito importante para el seguimiento y la adherencia a la terapia anti-retroviral en la atención de los pacientes con infección por VIH/SIDA. Cabe destacar que en nuestra institución casi 20% de los pacientes no se vincularon a la atención después del diagnóstico realizado durante la hospitalización, y recibimos aproximadamente 15% de pacientes que no conocían o no asumían su diagnóstico al momento del ingreso. Nuestros resultados incentivan y promueven el desarrollo de nuevas estrategias focalizadas en vincular a los pacientes una vez dados de alta; y que si bien es importante la sospecha clínica y solicitud del test de VIH, es fundamental vincularlos a la atención de salud.

P-12 Descripción de una población de mujeres con infección por VIH que se embarazan, atendidas en el Hospital Dr. Lucio Córdova

Picó Nell, Muñoz Victoria, Pavez Jessica, Fredes Daniela, López Miguel.

Hospital Dr. Lucio Córdova.

E-mail: victoria.munoz@redsalud.gov.cl

Introducción: La infección por VIH tiene repercusión sobre la reproducción, tanto por el riesgo de transmisión sexual, hasta la posible infección del niño y su necesidad de terapia retroviral. Sabemos que se puede reducir la transmisión del RN a 1-2% con el uso del protocolo de transmisión vertical. Existe una correlación directa de mayor riesgo de transmisibilidad del virus al hijo en madres que llegan al parto con cargas virales mayor a 1.000 copias/mL frente a las madres que tienen una carga viral menor. **Objetivo:** Describir los embarazos de mujeres con infección por VIH que se controlan en el Hospital Dr. Lucio Córdova. **Material y Método:** Se revisaron las fichas clínicas correspondientes a mujeres embarazadas de la Unidad de VIH del Hospital Dr. Lucio Córdova, entre los años 2006 y junio de 2016. **Resultados:** Se obtuvo una muestra de 21 mujeres, edad promedio 27,8 años (15 a 41 años), todas chilenas. A cuatro mujeres se les diagnosticó la infección por VIH por transmisión vertical, originando 7 embarazos. Se diagnosticó el embarazo a 62% en el I trimestre, 19% en el II trimestre y 19% en el III trimestre, todas mujeres en abandono de control y TARV. De este grupo eran primigestas 24%, segundo embarazo 38% y más de tres embarazos 38%. La carga viral promedio cercana al diagnóstico del embarazo fue 19.779 copias/mL, con 33% indetectables, >1.000 copias/mL 53% y < 1.000 copias 14%. El recuento de CD4 basal fue 315 céls/mL en promedio, 29% <200 céls/mL, entre 200 y 500 céls/mL 52,4% y más de 500 céls/mL 19%. De acuerdo a la clasificación CDC, estaban en etapa A 86%, etapa B 5% y etapa C 9%. Recibían TARV previo al embarazo 57% y sin TARV 43%. De estas últimas, 56% estaban en abandono, 22% por indicación médica (TARV suspendida por pediatra) y 22% no requerían TARV según la guía clínica vigente. La CV a las 34 semanas de EG era < 1.000 copias/mL en 76%, >1.000 copias/mL en 19% y 5% estaba pendiente por embarazo en curso. Ocurrió un caso de transmisión vertical, en una madre usuaria de drogas que inició TARV a las 36 semanas de EG y dio lactancia a su RN. Tres RN requirieron medidas de protección. Se mantuvieron en control posterior al parto 52% de las usuarias, y en abandono 38%. Falleció una paciente que correspondió a un embarazo en etapa C3, con abandono de TARV. La serología de la pareja fue discordante en 29% de los casos. **Conclusiones:** El 76% de las mujeres embarazadas se encontraba con TARV exitosa al momento del parto. Hubo embarazos en mujeres con infección por VIH sin controles por abandono, con diagnóstico tardío de su gestación y por tanto con menor tiempo disponible para implementar intervenciones biopsicosociales; es en este grupo en que se produjo un caso de transmisión vertical al RN. Sin embargo, se logró evitar la transmisión vertical en la mayoría de los casos a pesar de su complejidad. Se observó 48% de abandono en control post-parto, lo que indica la necesidad de reforzar las acciones en mujeres con infección por VIH en edad fértil.



P-13 Identificación rápida de microorganismos desde frascos de hemocultivo por espectrometría de masas

Saavedra Pablo, Garrido Natacha, Briones Arturo, Vergara Roger.
Laboratorio de Microbiología, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles.
Email: natacha.garrido@ssbiobio.cl

Introducción: La rápida identificación de microorganismos causantes de bacteriemia es de vital importancia para un óptimo manejo clínico-terapéutico de pacientes con sepsis. La espectrometría de masas aplicada a la identificación de microorganismos conocida como *Matrix Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight Mass Spectrometry* (MALDI-TOF), posibilita esta rápida identificación. **Objetivos:** Evaluar un método de identificación directa de bacterias en frascos de hemocultivos, comparándolo con la identificación desde una colonia aislada. **Material y Métodos:** Se estudiaron 80 frascos de hemocultivo positivo, confirmados con tinción de Gram, en el Laboratorio de Microbiología de Hospital de Los Ángeles, en el período comprendido entre enero y junio de 2016. Se usaron botellas del sistema automatizado Bactec FX (BD): Plus Aerobic/F, Peds Plus/. Los viales positivos fueron traspasados a placas de agar sangre soya tripticosa al 5% sangre cordero (BD), placas de agar chocolate (BD) y placas de agar Mac Conkey (BD), incubadas a 35°C de 18-24 h en atmósfera aeróbica. La identificación de especie se realizó por extensión directa en *target*, a partir de una colonia en MALDI-TOF MS (BD). Para el procedimiento directo se tomaron 4 ml de caldo de hemocultivo, se centrifugaron 10 min a 1.000 r.p.m, se transfirieron 700 µL de sobrenadante a un tubo eppendorf, se agregaron 800 µL de agua destilada estéril, se mezcló y centrifugó 3 min a 10.900 r.p.m. Se eliminó el sobrenadante, se agregaron 1.200 µL de agua destilada estéril, se centrifugó 3 min a 10.900 r.p.m, se descartó sobrenadante, se agregaron 300 µL de agua libre de nucleasas y 700 µL de etanol absoluto. Se mezcló y centrifugó, se eliminó el sobrenadante, agregándose 50 µL de ácido fórmico (Fluka, Alemania) al 70% y 50 µL de acetonitrilo (Fluka, Alemania), centrifugando 2 min a 10.900 r.p.m. Se pipeteo 1 µL de sobrenadante en el *target*. Una vez seco se agregó 1 µL de matriz ácido α -ciano-4-hidroxicinámico (HCCA, Bruker Daltronik, Alemania). Se dejó secar a temperatura ambiente y se leyó en el equipo, previamente calibrado con BTS (Bruker Daltronik, Alemania). **Resultados:** De los 80 frascos estudiados, en 76 (95%) de ellos se logró identificación concordante con la realizada desde la colonia. Las especies identificadas por ambos métodos correspondieron: 33 *Enterobacterias*, 29 *Staphylococcus*, 4 levaduras, 7 *Streptococcus*, 2 *Enterococcus*, 1 bacilo no fermentador. **Conclusiones:** La rápida identificación del agente causal de una bacteriemia directamente desde el frasco de hemocultivo reduce ostensiblemente el tiempo de identificación de especies, entregando valiosa información al médico tratante para indicar una terapia oportuna y adecuada, permitiendo un mejor pronóstico del paciente y reducción de costos por hospitalización.

P-14 Primer estudio microbiológico de las osteomielitis en pacientes con pie diabético Wagner 3 y 4 del Hospital Regional de Antofagasta

Prieto Alfonso², Salvador Francisco^{1,2}, Guerrero Carlos², Muñoz Maximiliano², Zambrano Paula², Díaz Constanza², Roach Freddy¹.
¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.
E-mail: dr.francisco.salvador@gmail.com

Introducción: La osteomielitis es una complicación infecciosa grave de los pacientes con pie diabético. Por ende, tener conocimiento de la microbiología de estas es de vital importancia para la buena toma de decisiones en la terapia antimicrobiana empírica, con el objetivo de reducir la tasa de resistencia antimicrobiana y finalmente las amputaciones. **Objetivo:** Determinar el perfil microbiológico de los microorganismos (MO), aislados en cultivos de tejido óseo y el perfil de resistencia antimicrobiana de los más frecuentes. **Material y Método:** Estudio retrospectivo con una cohorte de 82 pacientes del policlinico pie diabético del Hospital Regional de Antofagasta, con diagnóstico de pie diabético Wagner 3 o 4, entre marzo de 2015 y mayo de 2016; se analizaron las muestras de tejido óseo de estos. La identificación de los MO y estudio de susceptibilidad se realizó por sistema automatizado Vitek®2; el perfil de susceptibilidad se realizó según CLSI 2016. En el caso de fenotipos "raros" o "imposibles" se comprobó la sensibilidad mediante Kirby Bauer y Epsilon test. **Resultados:** Durante el período de estudio se obtuvo cultivo positivo en 65 pacientes con un total de 113 muestras, de las cuales se aislaron 146 microorganismos (n: 146). Del total de MO aislados, 83 (57%) fueron bacilos gramnegativos; de todos ellos, 64 (77%) correspondieron a enterobacterias, identificándose con mayor frecuencia *Proteus mirabilis* 27% (n: 17), *Enterobacter cloacae* 13% (n: 8) y *Escherichia coli* 11% (n: 7). Los 19 (23%) bacilos gramnegativos restantes fueron no fermentadores, siendo el más común *Pseudomonas aeruginosa* 74% (n: 14). Los 63 MO restantes del total de aislados (43%) correspondieron a especies grampositivas; de éstas, 60 (95%) fueron cocáceas siendo los más frecuentes *Staphylococcus aureus* 41% (n: 26), *Enterococcus faecalis* 24% (n: 15) y *Kocuria kristinae* 13% (n: 8). Los tres MO grampositivos restantes (5%), fueron bacilos grampositivos tipo *Corynebacterium*. En relación a la resistencia antimicrobiana, los MO gramnegativos más frecuentes (n: 46) fueron resistentes en 50% de los casos a ciprofloxacina con concentraciones ≥ 4 µg/mL, presentando mayor resistencia las cepas *E. coli*, *P. mirabilis* y *P. aeruginosa* siendo resistentes en 100, 59 y 43% de los aislados, respectivamente. En el caso de los MO, grampositivos más frecuentes, del total de *S. aureus* se detectó 23% de cepas SAMR; 100% de las cepas de *E. faecalis* fueron sensibles a ampicilina. **Conclusiones:** Los bacilos gramnegativos fueron el principal agente etiológico de las osteomielitis por pie diabético Wagner 3 y 4, presentado su mayor resistencia a ciprofloxacina; esto plantea la idea de un cambio en las guías clínicas para el tratamiento de este tipo de infecciones en la atención primaria de Antofagasta.



P-15 Expresión relativa de genes flagelares de *Arcobacter butzleri* en endosimbiosis con *Acanthamoeba castellanii*

Medina Gustavo¹, Flores Sandra², Oth Carolina², Neves Patricia³, Lincopan Nilton³, Fernández Heriberto².

¹Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Temuco, Chile. ²Instituto de Microbiología Clínica, Universidad Austral de Chile.

³Instituto de Ciências Biomédicas, Universidade de São Paulo, Brasil.

E-mail: gmedina@uct.cl

Investigación realizada en: Universidade de São Paulo, Brasil.

Introducción: *Arcobacter butzleri* es considerado un patógeno emergente y un potencial agente zoonótico; ha sido aislado de aguas ambientales donde comparte nicho ecológico con amebas de vida libre, entre ellas *Acanthamoeba castellanii*. En investigaciones anteriores nuestro equipo reportó que esta bacteria presenta una sobrevivencia de a lo menos 30 días como endosimbionte de *A. castellanii*. **Objetivo:** Analizar la expresión relativa de los genes codificantes de flagelina A y B (*flaA* y *flaB*) de *A. butzleri* como endosimbionte de *A. castellanii* con el fin de identificar posibles mecanismos adaptativos que permiten establecer este tipo de relación simbiótica. **Material y Métodos:** La expresión relativa de los genes *flaA* y *flaB* se determinó mediante RT-qPCR en cultivos de *A. castellanii* infectados con *A. butzleri* ATCC 49616. Los co-cultivos, realizados a una MOI de 1:100 se mantuvieron a 30°C durante 10 min, 2 h, 4 h, 8 h, 16 h y 32 h. Las bacterias extracelulares se eliminaron mediante la acción de gentamicina y reiterados lavados con PBS. Los cultivos incubados por 10 min corresponden al tiempo cero de infección (T0), los que no fueron tratados con gentamicina. Los niveles relativos de expresión fueron calculados según el método $2^{-\Delta\Delta Ct}$, utilizando el gen *housekeeping gyrA*, con el fin de hacer un análisis comparativo de la expresión génica de *A. butzleri* en endosimbiosis con *A. castellanii* versus la expresión de esta bacteria en fase de crecimiento exponencial en cultivos axénicos. Los datos fueron analizados aplicando one-way ANOVA ($p < 0,05$). **Resultados:** En relación a los niveles de transcripción de *A. butzleri* en cultivos axénicos, esta bacteria incrementa la transcripción de los genes analizados después de entrar en contacto con *A. castellanii* (10 min). Al contrario, se observó que *A. butzleri* en endosimbiosis con *A. castellanii* (2 a 32 h) disminuye significativamente la expresión de los genes flagelares. La transcripción del gen *flaA* se detectó durante la totalidad de los tiempos de infección, a diferencia del gen *flaB* el cual sólo se detectó durante las primeras 16 h de establecida la endosimbiosis. **Conclusión:** *A. butzleri* adopta un patrón bifásico de expresión génica flagelar con lo cual responde adaptativamente a la transición desde un ambiente extracelular a un ambiente intra-amebiano, estableciendo así una relación endosimbiótica con *A. castellanii*. Posiblemente este mecanismo adaptativo puede ser usado por la bacteria para invadir y sobrevivir dentro de células del epitelio gastrointestinal (FONDECYT 1110202/CONICYT AT24121322).

P-16 Evaluación de los puntos de corte recomendados por CLSI para estudio de susceptibilidad a cefalosporinas de primera generación en enterobacterias aisladas de urocultivo

Salas Alberto, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Corvalán Valerie, Hormazábal Sara, García Camila, Hervé Béatrice.

Clínica Las Condes.

E-mail: bherve@clc.cl

Introducción: El CLSI recomienda el uso de cefazolina (CZ) como sustituto para determinar la susceptibilidad a cefalosporinas orales de primera generación en cepas de enterobacterias de infección urinaria no complicada. Hasta el año 2015, había punto de corte también para cefalotina (CT) para realizar este estudio. Sin embargo, a partir de 2016 sólo existen puntos de interpretación de CZ. En nuestro medio, este cambio implica un desafío, ya que en muchos centros está implementado el estudio mediante difusión en disco o microdilución en caldo automatizado, con CT. **Objetivo:** Conocer las diferencias en evaluación de susceptibilidad a cefalosporinas orales en cepas de *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Proteus* spp de origen urinario, según si se realiza el estudio con cefalotina o cefazolina, y comparar los resultados de ambos antimicrobianos estudiados mediante difusión en disco y microdilución automatizada. **Material y Método:** Se seleccionó 30 cepas de *E. coli*, 12 de *K. pneumoniae* y 8 de *Proteus* spp, todas BLEE negativo, aisladas de urocultivo en nuestro laboratorio durante mayo y junio de 2016. Se estudió las 50 cepas con CT y CZ, por método de Kirby-Bauer (K-B) y determinación automatizada de CIM por Vitek XL (BioMérieux). Se registró los resultados de halo (mm) y de CIM (ug/ml) en planilla diseñada para este fin, categorizando el resultado en Sensible, Intermedio o Resistente según puntos de corte de CLSI 2015. Se comparó la concordancia de categoría de susceptibilidad de los diferentes métodos, según especie bacteriana. **Resultados:** De las 30 *E. coli* estudiadas, 17 fueron sensibles a CT por K-B (56%), ninguno por Vitek XL (90% de las cepas dan Intermedio). El estudio con CZ de estas mismas cepas dio 29 cepas sensibles por difusión (97%) y 28 por Vitek XL (93%). El porcentaje de concordancia entre CT y CZ por K-B fue de 53%, por microdilución de 7%. En las 12 cepas de *K. pneumoniae* no hubo resistencia por ninguno de los métodos. En ocho cepas de *Proteus* spp., hubo una cepa resistente por todos los métodos, sin presentar discordancia entre los antimicrobianos utilizados ni los métodos. **Conclusión:** El uso de cefalotina en el laboratorio para determinar susceptibilidad a cefalosporinas orales de primera generación hace perder esta opción terapéutica en infección urinaria no complicada por *E. coli*. Dado que *E. coli* es el principal uropatógeno asociado a este cuadro clínico, debiera hacerse el cambio a cefazolina según lo establecido por CLSI, tanto en estudio por difusión como en microdilución automatizada.



P-17 Resultados preliminares de la implementación de una RPC multiplex para virus respiratorios en un Servicio Público del Área Occidente de Santiago 2016

Alarcón Catalina, Aravena Luis, Céspedes Alejandra, Valdivia Gonzalo, LLull Gabriel, Ramírez Alejandro, Martínez Josefa, Chanqueo Leonardo.
Escuela de Medicina Campus Occidente Universidad de Chile, Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios de Santiago.
E-mail: leonardo.chanqueo@redsalud.gov.cl

Introducción: Los virus respiratorios son la principal causa de cuadros infecciosos respiratorios en niños y adultos; sin embargo, por el uso de técnicas poco sensibles y específicas habitualmente son sub-diagnosticados. Las técnicas de biología molecular han revolucionado el estudio en patógenos respiratorios pero su costo y escasa disponibilidad han sido las principales limitantes. **Objetivo:** Evaluar los resultados preliminares en la pesquisa de patógenos respiratorios desde la implementación de una RPC multiplex en un centro centinela de vigilancia de virus respiratorios del Área Occidente de Santiago durante el año 2016. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo de los resultados de la detección de virus respiratorios desde la implementación de RPC multiplex en mayo 2016 hasta junio de 2016. Se utilizó el modelo de vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG), utilizando un formulario especialmente diseñado que es completado al momento de solicitar el estudio. La muestra fue tomada por aspirado o hisopado nasofaríngeo, extracción automatizada (extractor m2000sp Abbott®) y detección de patógenos respiratorios por RPC multiplex en tiempo real (kit FTD Respiratory pathogens 21, Fast Track Diagnostics). **Resultados:** Desde la implementación de la RPC se han realizado 480 exámenes, de los cuales 40% resultaron positivos y de éstos, 41% correspondió a rinovirus. En pacientes bajo 15 años de edad se realizaron 111 exámenes; 60% resultaron positivos, principalmente VRS (40%) y rinovirus (31%), en un menor porcentaje parainfluenza, adenovirus e influenza AH1N1. Predominaron los cuadros respiratorios bajos como neumonía (19%), bronquitis (12%), y bronquiolitis (5%), en los cuales VRS fue responsable de 41% de los casos. En 55% de los casos no se especificó el cuadro clínico. Sobre 15 años de edad se realizaron 369 exámenes; 35% resultaron positivos (rinovirus 44%, influenza AH1N1 20%, VRS 18% y menos común parainfluenza y adenovirus). Se observó co-infección viral en 13%. Hubo 103 pacientes con clínica de neumonía, en los cuales el diagnóstico viral alcanzó a 30%, destacando: rinovirus 35%, VRS 23% e influenza AH1N1 19%. **Conclusiones:** El diagnóstico microbiológico mediante el uso de una RPC multiplex ha permitido ampliar el estudio etiológico viral de los cuadros respiratorios agudos, así como también la detección de patógenos previamente no reconocidos. Los resultados son concordantes con lo esperado, con predominio de VRS, seguido de rinovirus en niños. En población adulta destaca rinovirus, agente previamente no reconocido, seguido en frecuencia por virus influenza AH1N1. La asociación causal de un determinado virus y el cuadro clínico debe ser correlacionada en estudios posteriores.

P-18 Comparación y análisis costo-beneficio entre una técnica molecular y un test rápido para la detección de *Clostridium difficile* en un hospital público

Benavente Rodrigo, Espinosa Fidel, Contreras Leda, Báez Dania.
Laboratorio Central, Hospital Regional de Talca.
E-mail: rbenavente@hospitaldetalca.cl

Introducción: El diagnóstico de la infección por *Clostridium difficile* resulta vital para la salud pública y para prevenir la aparición de brotes en los centros de salud. La ausencia por motivos económicos de métodos altamente sensibles y específicos para el diagnóstico de la bacteria, contribuyen a la aparición de brotes que en el corto plazo se vuelven extremadamente difíciles de manejar. Frente a esta situación, las pruebas moleculares han aparecido como una de las principales herramientas para el diagnóstico de la patología con el consecuente control del brote. **Objetivos:** Comparar y establecer diferencias y ventajas de los métodos moleculares por sobre los inmunocromatográficos para la detección de diagnóstico de *C. difficile*. **Materiales y Métodos:** Se utilizó un kit *C. DIFF QUIK CHEK COMPLETE®* de TECHLAB, el cual detecta tanto GDH como toxina A y B. El análisis molecular se realizó través del sistema Amplivue de la empresa Quidel Molecular. **Resultados:** De un total de 32 muestras (100%) analizadas tanto por EIA como por RPC, hubo una diferencia de 19% en la detección positiva para *C. difficile*, lo cual era esperable debido a la mayor sensibilidad de la técnica molecular (28% EIA vs 47% RPC). En el caso de la detección negativa o ausencia del patógenos en la muestra, se observó que por RPC se obtuvo menos resultados negativos (59% EIA vs 53% RPC). En el caso de aquellos resultados que por EIA se obtenía el perfil Ag(+)/Tx(-) se encontraron cuatro muestras, equivalentes a 13% del universo analizado, en tanto que por RPC no se encontró ninguna muestra. El costo día cama del servicio de medicina es de \$297.917.- Si consideramos una muestra dudosa, con resultado Ag(+)/Tx(-), el tiempo promedio en que se obtiene un resultado positivo en el caso de que el paciente efectivamente esté cursando con la enfermedad es de 8 días, es decir, el costo para nuestro hospital es de \$2.383.336.-, con el peligro de aparición de un brote. Luego del 8º día, se podrían tomar las medidas respectivas para este paciente, tales como aislamiento, tratamiento antimicrobiano correcto, etc. La técnica molecular tiene un costo de aproximadamente \$20.000.-, las medidas se podrían iniciar de inmediato (aislamiento, tratamiento) y el hospital ahorrar 7 días de costo día cama, que en términos económicos y concretos asciende a los \$2.200.000.-, si se toma en cuenta el costo de la determinación molecular. **Conclusiones:** El análisis molecular es una herramienta útil, sensible, específica y rápida para apoyar el diagnóstico de la infección por *C. difficile*, de manera tal que se pueden tomar decisiones clínicas que permitan tomar todas las acciones conducentes a la mejoría del paciente y al resguardo del resto de los usuarios, disminuyendo los costos globales de la infección.



P-19 Desarrollo de un protocolo para el diagnóstico molecular especie-específico de hongos de importancia clínica

Pineda Susana, Montenegro Sonia, Reyes Cristian, De la Barra Tiare, Elgorriaga Eliu.
Laboratorio de Diagnóstico Clínico Molecular-UDEC, Universidad de Concepción, Chile.
E-mail: labpatologiamolecular@gmail.com

Introducción: El diagnóstico tradicional de infecciones causadas por hongos como tinción, cultivo e histopatología tienen limitaciones, por lo que infecciones fúngicas invasoras se diagnostican sin identificación. La aparición de nuevas especies que lleva a diferencias de tratamiento según especie y el aumento de infecciones fúngicas en inmunocomprometidos o con enfermedades crónicas como cáncer y diabetes, hacen necesario el desarrollo de un diagnóstico eficaz en base a RPC. Estos debieran ser específicos para cada especie de importancia clínica y tener una adecuada extracción de ADN en especial de hongos filamentosos. **Objetivos:** 1. Desarrollar métodos eficaces de extracción de ADN en diversos tipos de hongos a partir de tejidos fijados e incluidos en parafina; 2. Desarrollar RPCs específicas para el diagnóstico de hongos patógenos oportunistas como *Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus* y *Cryptococcus neoformans*. **Material y Método:** Muestras: suspensiones de diversos hongos, cortes seriados de 5 µm de tejidos fijados e incluidos en parafina con sospecha de hongos y controles comerciales. Extracción de ADN: 1. Método convencional para tejido fijado e incluido en parafina; 2. Método para hongos filamentosos; 3. Método para hongos levaduriformes. Se excluyeron muestras con ADN no amplificable. RPCs específicas: 1. RPC semianidada para detección de *C. albicans*, *A. fumigatus* y *C. neoformans*; 2. RPC semianidada para *A. fumigatus*; 3. RPC anidada para *C. albicans* y *C. krusei*. **Resultados:** La extracción de ADN fue exitosa con los dos métodos para hongos levaduriformes y *C. neoformans*; sin embargo, hongos filamentosos como *A. fumigatus* requieren un procedimiento que combina enzimas especiales y ciclos rápidos de calor y congelación para asegurar una efectiva disrupción de la pared celular del hongo. La RPC semianidada que discrimina las tres especies con partidores internos, funcionó bien con los controles comerciales y las suspensiones de hongos, pero la sensibilidad fue baja con muestras fijadas e incluidas en parafina. Las RPCs específicas para *C. albicans* y *C. krusei* identificaron la especie con los controles comerciales y las suspensiones de hongos pero con resultados subóptimos con muestras clínicas. Las RPCs específicas para *A. fumigatus* amplificaron bien los controles comerciales y las suspensiones de hongos y fue posible diagnosticar algunas muestras sospechosas de hongos. **Conclusiones:** Métodos de extracción de ADN adecuados son esenciales para diferentes tipos de hongos, en especial hongos filamentosos. La utilización de RPCs específicas para *C. albicans*, *A. fumigatus* y *C. neoformans* en el método semianidada dio resultados adecuados. La sensibilidad del método necesita ser mejorada y una validación clínica es esencial para determinar su verdadera utilidad clínica.

P-20 Análisis de 61 casos de mastitis granulomatosa de pacientes del Hospital Regional Guillermo Grant Benavente de Concepción

Pineda Susana, Montenegro Sonia, Delgado Carolina, De la Barra Tiare, Reyes Cristian, Mucientes Francisco.
Laboratorio de Diagnóstico Clínico Molecular-UDEC, Universidad de Concepción, Chile.
E-mail: labpatologiamolecular@gmail.com

Introducción: La mastitis granulomatosa (MG) es una inflamación crónica de la mama que afecta a mujeres en edad reproductiva, de etiología poco definida, duración impredecible, puede ser recurrente y sin consenso respecto al tratamiento que en general es paliativo. Es similar a otras enfermedades como carcinoma o absceso de la mama, lo que dificulta asociar los síntomas con un diagnóstico correcto. El tratamiento incluye corticoesteroides, antibacterianos e incluso mastectomía. Histológicamente se presenta como un granuloma lobular no caseoso con o sin micro-abscesos. Se le atribuyen causas autoinmunes, infecciosas y traumáticas. El diagnóstico diferencial debe excluir otras condiciones como tuberculosis, sarcoidosis, infección por hongos y bacterias en especial especies de *Corynebacterium* lipofílicas. **Objetivo:** Clasificación histológica de los casos de MG y detección molecular de agentes infecciosos asociados a hallazgos clínicos y microbiológicos. **Material y Método:** Estudio retrospectivo entre 2005-2015 de biopsias y punciones de 61 mujeres entre 17-61 años, promedio 38 años. Clasificación histológica: 1. mastitis no específica con infiltración neutrofílica; 2. mastitis no específica con infiltración linfoplasmocitaria; 3. mastitis lobular granulomatosa. Procesamiento de la muestra: se hicieron cortes de 5 µm y se extrajo ADN por procedimiento estándar. Diagnóstico molecular infeccioso: se realizó una RPC anidada de secuencia de inserción IS6110 del complejo *Mycobacterium tuberculosis*; RPC anidada para *Mycobacterium* spp., gen hsp65kda; RPC semianidada, gen ribosomal 18S (*Cryptococcus neoformans*, *Aspergillus fumigatus* y *Candida albicans*) y RPC en tiempo real para *Corynebacterium* spp., gen rpoB. El diagnóstico convencional consistió en el cultivo bacteriológico de las lesiones, tinciones de Ziehl-Neelsen y auramina-O para *Mycobacterium* spp. y Grocott para hongos. **Resultados:** Clasificación histológica: MG tipo 1 en 35,3% (n: 22) de los casos; MG tipo 2 35,3% (n: 22); MG tipo 3 29,4% (n: 17). Las tinciones específicas fueron negativas. Diagnóstico molecular: complejo *M. tuberculosis* 6,6% (n: 4); *Mycobacterium* spp. 1,8% (n: 1); *C. neoformans* 8,3% (n: 5); no se detectó *Corynebacterium* spp. Diagnóstico microbiológico convencional: se cultivaron secreciones de 31 pacientes, de las cuales hubo crecimiento bacteriano en 7. Análisis clínico: hubo predominio de lesión unilateral de mama izquierda. En 34% de MG la sospecha fue carcinoma (nódulos mamario > 3 cm y BI-RADS > 3 en más de 50% de las pacientes). El 42% de las pacientes recibió corticoesteroides por 2-3 meses y antimicrobianos. **Conclusiones:** No hubo asociación entre el tipo histológico, las características de la lesión y la presencia de agentes infecciosos, a pesar de la sensibilidad del diagnóstico molecular. A diferencia de lo reportado en otros países no se pudo confirmar la presencia de *Corynebacterium* spp. en las muestras analizadas.



P-21 Correlación entre ELISA y RPC en deposiciones, y test de [13C] Urea en aire espirado en el diagnóstico de infección persistente por *Helicobacter pylori* en niños asintomáticos

George Sergio, Mamani Nora, Cerón Elizabeth, Harris Paul, O'Ryan Miguel.

Programa de Microbiología y Micología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Departamento de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: sergio.george@gmail.com

Introducción: El desarrollo de métodos diagnósticos no invasores es fundamental para el estudio de la infección por *H. pylori* en niños asintomáticos. La técnica de ELISA en deposiciones tiene alta sensibilidad y especificidad, y en estudios de cohorte en niños chilenos ha mostrado una prevalencia de infección de 33% en niños entre 2 y 3 años de edad. El test de [13C] Urea en aire espirado (UBT) también cuenta con alto rendimiento especialmente en niños mayores de 6 años. La amplificación del material genético mediante RPC en deposiciones, en cambio, tiene resultados contradictorios en la literatura especializada. **Objetivos:** Determinar la concordancia entre los métodos de ELISA en deposiciones, RPC en deposiciones, y UBT en la detección de *H. pylori* en niños asintomáticos con infección persistente. **Métodos:** A partir de nuestra cohorte, se seleccionaron 10 niños con infección persistente y 5 no infectados de acuerdo al seguimiento previo con ELISA en deposiciones. Se programó un seguimiento de tres visitas separadas por un mes para la toma de muestras de deposiciones y aire espirado. La detección de antígenos por ELISA se realizó mediante HpSA ELISA monoclonal (Meridian Bioscience) considerando densidad óptica (DO) $\geq 0,14$ como positivo. Para RPC en tiempo real (RPC-TR) se realizó extracción de ADN mediante QIAamp DNA stool kit (Qiagen), y la amplificación de 16SrARN con protocolo "in house". Para UBT se recolectó aire espirado antes y 30 min post ingestión de 13C-urea (Heliforce®), y se analizó mediante espectrómetro infrarrojo, con valor de corte delta sobre basal (DOB) $\geq 4,0 \pm 0,4$. **Resultados:** De las muestras obtenidas en la primera visita, los resultados de ELISA fueron los esperados al estado de infección previamente identificado con la misma técnica, con 10/15 niños (66%) ELISA-positivos y 5/15 (33%) ELISA-negativos. Del grupo de persistentes según ELISA, 9/10 (90%) fueron UBT-positivos, y 5/10 (50%) RPC-positivos; y del grupo de controles, 5/5 (100%) fueron UBT-negativos y 4/5 (80%) RPC-negativos. Hubo una correlación positiva entre los valores de DO de ELISA y DOB de UBT, con coeficiente de Pearson 0,71. **Conclusiones:** En primera instancia, existe una buena correlación entre ELISA en deposiciones y UBT en la detección de infección por *H. pylori* en niños chilenos asintomáticos; y una menor correlación entre ambas técnicas y la detección por RPC-TR en deposiciones. Esto será complementado con el seguimiento longitudinal y el análisis de dos muestras adicionales por niño.

P-22 Evaluación preliminar de un panel molecular rápido para identificación de patógenos y genes de resistencia directamente desde la botella de hemocultivo

Sánchez Tomás, Guzmán Ana M., Donoso Carmen, Cerón Inés, Labarca Jaime, Barria Sebastián, García Patricia, Legarraga Paulette.

Departamento y Servicio de Laboratorios Clínicos, Departamento de Medicina Interna, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Email: tsanchez@med.puc.cl

Introducción: Las infecciones del torrente sanguíneo están asociadas a alta mortalidad y es conocido, que mientras antes se ajuste la terapia antimicrobiana, mejor es la evolución del paciente. En el año 2013 la FDA aprobó el uso de una RPC múltiple rápida y automatizada, que identifica directamente siete géneros de cocáceas grampositivas, 10 bacilos gramnegativos y 5 especies de *Candida*, además de tres mecanismos de resistencia. El ensayo toma dos minutos de trabajo manual y una hora de análisis en equipo automatizado (Filmarray). Nos hemos planteado hacer una evaluación en dos etapas, considerando una primera de comparación a nivel microbiológico para en una segunda etapa colocar el examen a disposición médica, lo cual permita medir el impacto clínico. **Objetivo:** En esta primera etapa, evaluar el desempeño del Filmarray vs los métodos microbiológicos disponibles de rutina en nuestra institución. **Material y Método:** Se trabajaron 52 botellas de hemocultivos positivas sucesivas de distintos pacientes (39 adultos y 13 pediátricos) por método molecular y se compararon los resultados con la identificación (espectrometría de masa) y susceptibilidad (dilución en agar o E-test) realizadas rutinariamente. Se contrastaron datos de identificación a nivel de género y especie, los mecanismos de resistencia identificados y los tiempos en los cuales los resultados estaban disponibles para el médico. **Resultados:** De las 52 botellas estudiadas 29 correspondieron a bacterias grampositivas: 15 *Staphylococcus* sp., 10 *Streptococcus* sp. y 4 *Enterococcus* sp.; 20 a bacterias gramnegativas: 8 *Escherichia coli*, 5 *Klebsiella pneumoniae*, 1 *Neisseria meningitidis*, 2 *Pseudomonas* sp., 2 *Klebsiella oxytoca* y 3 *Candida* sp.: 1 *C. krusei*, 1 *C. glabrata* y 1 *C. parapsilosis*. Filmarray mostró 100% de concordancia tanto en la identificación como en los mecanismos de resistencia detectados (10 mecA y 1 VanA/B). Los tiempos promedio de identificación y susceptibilidad tradicional fueron de 1,6 y 2,4 días; respectivamente. **Conclusiones:** Filmarray tiene excelentes parámetros de desempeño comparado con los métodos microbiológicos de rutina. La identificación a nivel de género/especie y los mecanismos de resistencia que están contenidos en el panel se corresponden con los encontrados por espectrometría de masa y susceptibilidad por dilución en agar o E-test. Filmarray es capaz de disminuir significativamente los tiempos de identificación y susceptibilidad. Es necesario destacar que los tres mecanismos de resistencia estudiados en Filmarray son mecA, Van A/B y detección de KPC. No se consideran en el panel las β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) por lo que éste no reemplaza los métodos tradicionales. Con estos datos, podemos entrar a nuestra segunda etapa de estudio clínico realizando el panel molecular a partir de la botella de hemocultivo positiva.



P-23 Detección y caracterización de resistencia del complejo *Mycobacterium tuberculosis* mediante RPC a partir de hemocultivos positivos

Villavicencio Leonel, Riffo Carlos, Mollo Juan, Montecinos Luisa, Acevedo William.
Laboratorio de Microbiología y Medicina Molecular, Hospital Dr. Lucio Córdova.
E-mail: leonel.villavicencio@gmail.com

Introducción: En Chile la tasa de prevalencia de tuberculosis (TBC) es baja, pero a pesar de tener un buen programa para el control de esta enfermedad no ha sido posible su erradicación. Se calcula que en la actualidad, en el mundo se presentan alrededor de 10 millones de nuevos casos por año, debido a problemas en el funcionamiento de los programas de manejo de TBC, disminución de la pesquisa, abandonos del tratamiento y aparición de resistencia a los fármacos antituberculosos, entre otros. Se estima que entre 15 al 20% de los casos tendrán una presentación extrapulmonar, existiendo múltiples métodos de detección que van desde el cultivo convencional hasta el cultivo automatizado (MGIT, hemocultivos). La ventaja de estos métodos es la obtención de microorganismos viables desde el cual se pueden hacer pruebas de susceptibilidad, pero la principal desventaja es el tiempo para la obtención del microorganismo, que varía entre 20 días en los métodos automatizados hasta 60 días en el método convencional. En la actualidad, las nuevas tecnologías diagnósticas de TBC se basan en la caracterización molecular del microorganismo. Una detección temprana basada en la presencia de ácidos nucleicos nos brindaría una herramienta para el tratamiento oportuno de tuberculosis. Por ello la combinación de métodos clásicos y moleculares para una detección y caracterización temprana de TBC pudiera tener enormes beneficios para el manejo de los pacientes. **Objetivo:** Detectar y caracterizar genotípicamente los patrones de resistencia de *Mycobacterium tuberculosis* complex (MTC) en hemocultivos positivos mediante RPC en tiempo real. **Material y Métodos:** Se incluyeron todos los viales positivos para micobacterias obtenidos desde enero de 2016 con tinción de Ziehl Neelsen e inmunocromatografía positiva de pacientes con diagnóstico de infección por MTC. El volumen de muestra fue 1 ml de hemocultivo pre-tratado con 1 ml de estabilizador de ARN/ADN, Roche (ref: 11934317001) y se utilizó el extractor automatizado Magnapure, Roche. Para poder amplificar las secuencias blanco, se utilizó el *kit* Anyplex II MTB/MDR/XDR, Seegene. **Resultados:** Se amplificaron por duplicado todos los viales. Hubo 100% de concordancia para MTC por RPC en tiempo real. En ningún caso se detectó resistencia de tipo genético para rifampicina, isoniácida y quinolonas, lo que se correlacionó perfectamente con los resultados reportados por el Centro de Referencia. **Discusión:** la técnica permite detectar TBC en hemocultivos positivos utilizando métodos moleculares, previo a su caracterización por la vía tradicional, disminuyendo los tiempos de análisis. No fue posible detectar patrones de resistencia genéticas en los hemocultivos analizados; sin embargo, la totalidad de ellos fue concordante con los resultados del centro de referencia (ISP). A pesar de lo anterior, y debido a que fue posible la amplificación molecular de MTC, es esperable que los blancos genéticos de resistencia pudieran haber sido encontradas en caso de haber estado presentes. Esto puede ser corroborado en estudios posteriores.

P-24 Vigilancia de carbapenemasa tipo KPC en *Pseudomonas aeruginosa*

Prat M. Soledad, Araya Ingrid, Ibáñez Daniel, Gárate Diego, Araya Pamela, Hormazábal Juan C., Ulloa Soledad, Campano Constanza, Fernández Jorge.
Sección Bacteriología, Genética Molecular. Instituto de Salud Pública de Chile.
Email: sprat@ispch.cl

Introducción: Los carbapenémicos imipenem y meropenem han sido los antibióticos más usado para el tratamiento de *Pseudomonas aeruginosa*, sin embargo, la resistencia a estos ha empezado a emerger en varios lugares del mundo y ha involucrado varios mecanismos como KPC, VIM y otras. Las enzimas tipo KPC son capaces de hidrolizar todos los antibióticos β -lactámicos y fueron descritas por primera vez en USA en *Klebsiella pneumoniae*; actualmente se encuentra diseminadas en varios países del mundo principalmente en enterobacterias. Su aparición en otros grupos de especies bacterianas ha ido en aumento como en *P. aeruginosa* debido a la gran facilidad de transferencia del gen codificante por encontrarse en elementos genéticos móviles como plásmidos. La presencia de esta enzima implica aislamiento hospitalario, aparición de brotes y dificultad de tratamiento de las infecciones. Durante el mes de septiembre de 2015 el Instituto confirmó la presencia de carbapenemasas tipo KPC en 2 aislamientos de *P. aeruginosa*, por este motivo se envió una recomendación a todos los laboratorios del país en el Ordinario 227 del 9 de febrero de 2016. **Objetivo:** Estudiar el posible impacto de la presencia de *P. aeruginosa* KPC positiva en el país mediante vigilancia dirigida a cepas con screening positivo para carbapenemasas. **Materiales y Métodos:** Laboratorio Nacional y de Referencia recibió entre el 15 de febrero al 15 de mayo de 2016, 135 cepas de *P. aeruginosa* con test de screening blue carba o carba NP positivo. Se realizó confirmación fenotípica mediante estudio de susceptibilidad por CIM y blue carba. A todas las cepas blue carba positiva se les realiza PCR a genes de resistencia KPC y VIM. Caracterización molecular a cepas KPC positivas para la determinación tipo _{bla}KPC por amplificación y secuenciación, subtipificación por electroforesis de campo pulsado y determinación de linaje genético por secuenciación de multilocus. **Resultados:** De las 135 cepas procedentes de 41 centros hospitalarios del país de las 77 fueron confirmadas mediante el test blue carba como cepas productoras de carbapenemasas, de las cuales 23 (30%) se detectó la presencia del gen KPC, en 47 (61%) gen VIM y en 7 (9%) cepas no se detectó la presencia de los genes estudiados. En las 23 cepas KPC positivos se identificó la presencia de KPC-2. Se identificaron 3 subtipos genéticos con un 95% de similitud. En 15 cepas estudiadas la identificación de linajes por MLST detectó una secuencia tipo ST 654. **Conclusión:** Se confirma la presencia de cepas de *P. aeruginosa* KPC-2 en Chile, sin embargo, los mecanismos de resistencia más común es por carbapenemasas tipo VIM (metaló β lactamasa). Debido a la transmisibilidad del gen KPC, se recomienda a los laboratorios incorporar de rutina los métodos de screening para la detección de carbapenemasas y test adicionales para diferenciar los distintos tipos de carbapenemasas.



P-25 Probabilidad de terapia inadecuada (*likelihood inadequate therapy*) en esquemas antimicrobianos empíricos de infección urinaria en un hospital de alta complejidad. Una herramienta para el médico clínico

Kral Alejandro, Wilson Gonzalo, Peralta Gerardo, Sandoval Rosa.

Hospital Carlos Van Buren.

E-mail: alejandro.kral@gmail.com

Introducción: La infección urinaria es una de las principales causas de uso de antimicrobianos, lo que ha llevado a un aumento de la resistencia antibacteriana, siendo actualmente un problema de salud pública mundial. El uso del “*likelihood inadequate therapy*” (LIT), como predictor de uso inadecuado de antimicrobianos ha permitido optimizar el uso de estos. **Objetivos:** Describir los patrones de susceptibilidad y LIT de tres distintos servicios clínicos de un mismo Centro según los antimicrobianos utilizados en ITU. **Materiales y Métodos:** Se revisaron los urocultivos de los Servicios de Medicina, Unidades de Paciente Crítico (UPC) y Emergencia Adulto (UEA), del año 2013. Se midieron las frecuencias de aislados y sus patrones de susceptibilidad. Se obtuvo el LIT, para comparar los agentes con sus patrones de susceptibilidad. **Resultados:** Se obtuvieron 593 urocultivos en UPC, 2.840 en UEA y 981 en Medicina, resultando positivos 77 (12,9%), 625 (22,0%) y 235 (23,9%), respectivamente. Se obtuvieron datos significativos al comparar los tres servicios entre sí. **Discusión:** A partir de los datos analizados, se podría crear estrategias y guías clínicas que definan ciertos antimicrobianos dependiendo de en qué servicio se encuentre el paciente, de forma empírica, con determinadas probabilidades de éxito.

P-26 Genotipo y fenotipo de resistencia en *K. pneumoniae* BLEE (+) resistentes a carbapenémicos en el Hospital Carlos Van Buren

Kral Alejandro.

Hospital Carlos Van Buren.

E-mail: alejandro.kral@gmail.com

Introducción: El principal mecanismo de resistencia de *K. pneumoniae* consiste en la producción de β -lactamasas espectro extendido (BLEE), las cuales son capaces de inactivar a todos los β -lactámicos disponibles salvo carbapenémicos. En los últimos años la aparición de carbapenemasas en este grupo de bacterias ha sido decretada como una urgencia infectológica. En el 2012 el Instituto de Salud Pública de Chile informó el primer caso de carbapenemasas autóctonas en nuestro país. Desde de esa fecha se han detectado más de 34 cepas productoras de carbapenemasas. El siguiente trabajo consiste en el análisis del genotipo de resistencia de diferentes especies de *K. pneumoniae* BLEE (+) resistentes a algún carbapenémico, en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB), para determinar cuáles son los mecanismos de resistencia a carbapenémicos en la ciudad de Valparaíso. **Objetivos:** Caracterizar el genotipo y fenotipo de resistencia de *K. pneumoniae* BLEE (+), en el HCVB para determinar el mecanismo de resistencia predominante a carbapenémicos. **Material y Método:** Estudio descriptivo. Muestra de 36 *K. pneumoniae* BLEE (+), resistentes a alguno de los carbapenémicos testeados, obtenidas de diferentes pacientes del HCVB, a través del análisis del genotipo y fenotipo de resistencia a carbapenémicos informados por el ISP. **Resultados:** La mayoría de las muestras corresponden a pacientes de género masculino. El tipo de muestra biológica de donde se aisló la mayor cantidad de *K. pneumoniae* BLEE+ fue en “orina”. El Servicio del HCVB con mayor aislamiento de *K. pneumoniae* BLEE (+) fue la Unidad de Paciente Crítico. La totalidad de las muestras con *K. pneumoniae* BLEE (+) enviadas al ISP para caracterización, resultaron resistentes al Ertapenem y sólo una de ellas presentó resistencia intermedia al Imipenem, siendo todas las demás sensibles. Con respecto al meropenem: 5 *K. pneumoniae* BLEE (+) fueron resistentes y 17 con resistencia intermedia. Ninguna *K. pneumoniae* presentó genes para la producción de carbapenemasas. La resistencia a meropenem fue significativamente superior en los pacientes de edad avanzada (> 65 años) ($p = 0,005$). No hubo asociación con el Servicio de donde se obtuvo la muestra, ni con el tipo de muestra cultivada. **Conclusiones:** La ausencia de genes productores de carbapenemasas indica una incidencia menor que la estadística nacional (1,3% de cepas productoras de carbapenemasas). A pesar de existir una marcada resistencia a ertapenem y en menor medida al meropenem, en la población de *K. pneumoniae* del HCVB, la resistencia frente a carbapenémicos no está mediada por la producción de β -lactamasas, sino que por algún mecanismo alternativo como por ejemplo la alteración de porinas, lo que sería concordante con la epidemiología nacional.



P-27 Impacto a corto y largo plazo de un programa de control de antimicrobianos en un hospital general en Chile

Fica Alberto, Valenzuela Claudia, Leiva Jordan, Vergara Teresa, Soto Andrés, Dabanch Jeannette.

Servicio de Infectología, Servicio de Farmacia, Unidad de Control de IAAS y Dirección Médica, Hospital Militar de Santiago.

E-mail: albertofica@gmail.com

Antecedentes: Desde el año 1999 existe una disposición ministerial en Chile que establece necesidad de contar con programas de control de antimicrobianos en los hospitales. Sin embargo, su aplicación no ha sido exigida y existe escasa información publicada sobre el impacto estos programas. **Objetivo:** Evaluar el impacto de un programa de control en un hospital general a corto (un año) y largo plazo (seis años) luego del refuerzo del programa local. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional tipo antes (2005-2008) - después (2009-2015). Evaluación del consumo de antimicrobianos en DDD por 100 días camas ocupadas, de los gastos monetarios por consumo y de la tendencia de tasas de resistencia en cepas identificadas en infecciones nosocomiales bajo vigilancia. **Resultado:** El consumo global se redujo en 17% al primer año y en 26,3% al sexto año (217,7 a 160,3 DDD/100 días camas). El gasto global en antimicrobianos por día cama ocupada en el periodo 2006-2008 fue de 13 dólares americanos (US\$), valor que se redujo a US\$ 10 el primer año de refuerzo del Programa (-28%) y a US\$ 6 el 2015 (-56,8%). Ajustando por el mismo índice ocupacional, se estimó un ahorro hacia el primer año de US\$ 220.996 y al sexto año de US\$ 393.072. Sin embargo, en el mismo periodo 2009-2015 hubo cuatro procesos de licitación que abarataron los costos de los medicamentos, por lo que se ajustó el ahorro atribuible al Programa de Control en 46,3% (proporción de la rebaja del consumo respecto a la reducción del gasto: -26,3%/-56,8%). Así, el ahorro atribuible al Programa se estimó en US\$ 181.992. Los porcentajes de resistencia en cepas de infecciones nosocomiales no mostraron incrementos o reducciones significativas en el tiempo. **Conclusión:** El Programa local de Control de Antimicrobianos logró en el corto y largo plazo reducir el consumo de fármacos en forma transversal y los gastos asociados a ellos pero no tuvo impacto en la resistencia antimicrobiana.

Jueves 13 de octubre

P-28 Evaluación del impacto clínico de intervenciones farmacéuticas en el uso controlado de antimicrobianos en un hospital especializado en enfermedades infecciosas de mediana complejidad

Oliva Natalia, Vera Claudia, Plaza José C., Paulos Claudio, Ebensperger Roberto.

Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. Lucio Córdova; Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: naty.olivaa@gmail.com

Introducción: El uso indiscriminado de los agentes antimicrobianos ha promovido la implementación de programas de uso controlado de antimicrobianos, los denominados "Antimicrobial Stewardship Programs", los que consisten en optimizar el resultado clínico mientras se minimizan las consecuencias no deseadas asociadas a su uso, incluyendo toxicidad, aparición de resistencia, entre otras. **Objetivos:** Evaluar el uso controlado de antimicrobianos en el establecimiento mediante una medición de indicadores de calidad. Evaluar el impacto de intervenciones farmacéuticas realizadas sobre el equipo médico del establecimiento respecto al cumplimiento de estos indicadores. **Material y Método:** El trabajo se realizó en un complejo especializado en enfermedades infecciosas. El estudio fue de carácter prospectivo, cuasi experimental, con diseño pre-post test y constó de tres etapas: diagnóstico (dos meses), intervenciones (un mes) y evaluación (dos meses). Se realizó un diagnóstico de la situación del hospital midiendo para cada antimicrobiano prescrito a cada sujeto parte del estudio, seis indicadores de calidad validados para este fin, los cuales fueron: Documentación de la razón de la prescripción; Solicitud de los cultivos bacteriológicos apropiados; Selección del agente empírico apropiado; Dosificación del agente empírico apropiada; De-escalación de la terapia antibiótica; Todos los indicadores positivos simultáneamente. Luego, en base a los resultados obtenidos, se realizaron intervenciones activas sobre el equipo médico del establecimiento para así, en una etapa final, evaluar el impacto de éstas midiendo los mismos indicadores utilizados en el diagnóstico. Participaron distintos pacientes en cada etapa según criterios establecidos previamente. La prueba *odds ratio* y su intervalo de confianza fueron utilizados para establecer significancia estadística entre el diagnóstico y la evaluación. **Resultados:** Se obtuvo una mejora con significancia estadística en cuatro de los seis indicadores evaluados. Estos fueron documentación, dosis empírica, de-escalación y todos los indicadores positivos simultáneamente. Por otro lado, las dos excepciones, solicitud de cultivos y selección de agente empírico, ya habían resultado positivas en el diagnóstico por lo que era improbable que se lograra una mejora tras una intervención. **Conclusiones:** Finalmente este estudio comprobó que realizar intervenciones farmacéuticas, basadas en evidencia científica, sobre la prescripción de antimicrobianos, tiene un impacto positivo sobre el equipo médico logrando un cambio de conducta al momento de prescribir en el marco del uso controlado de antimicrobianos.



P-29 Monitoreo terapéutico de concentraciones plasmáticas de vancomicina en recién nacidos

Villena Rodolfo^{1,2}, Araya Leslie³, Izquierdo Giannina^{1,2,3}, Orellana Gustavo³, Correa Francisco³, González Claudio², Escobar Leslie¹.

¹Facultad de Medicina Universidad de Chile. ²Unidad de Infectología Hospital de niños Dr. Exequiel González Cortés. ³Unidad de Neonatología Hospital Barros Luco.

E-mail: rodolfo.villena@gmail.com

Introducción: Vancomicina es un antimicrobiano utilizado en neonatología, pero con una amplia variabilidad farmacocinética en esta población, lo que dificulta establecer una dosis óptima y segura. Sus dosis se estiman según edad pos-menstrual, pos-natal y acorde a recomendaciones internacionales. Se ha descrito que concentraciones plasmáticas valle (C_{min}) 10-20 mg/ml, podrán correlacionarse con $ABC_{24}/CIM \geq 400$ y éxito terapéutico. **Objetivos:** Describir el monitoreo terapéutico de vancomicina intravenosa en recién nacidos. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes de pretérmino y término con menos de 44 semanas de edad pos-menstrual del Servicio de Neonatología del Hospital Barros Luco entre mayo de 2015 y junio de 2016, que recibieron vancomicina 15 mg/kg/dosis en intervalo según edad pos-menstrual y pos-natal, y en quienes fueron monitoreadas concentraciones plasmáticas valle y pico desde la cuarta dosis. Se analizó mediana y rango intercuartil p25-75; se utilizaron parámetros farmacocinéticos según modelo de un compartimento y programa Prism 7.0 para el análisis, con un $p < 0,05$ como significancia estadística. **Resultados:** Se incluyeron 26 pacientes, 62% (n: 16) de sexo masculino, con una mediana de edad de 28 semanas de edad gestacional (rango 25 a 30) y peso de nacimiento 1.121 g (rango 759-1.418). El 23% (n: 6) cursó con *shock* séptico. La mediana de dosis fue 30 mg/kg/día (19,5-45), volumen de distribución (Vd) 1,05 L/kg (0,5-2,1), vida media ($t_{1/2}$) 5,6 h (4,7-7,7) y *clearance* de vancomicina (Cl_{vanco}) 0,11 L/h (0,04-0,35). En ocho casos se obtuvo una concentración valle subterapéutica ($< 10 \mu\text{g/mL}$), 14 entre 10-20 $\mu\text{g/mL}$ y 4 $> 20 \mu\text{g/mL}$. El rango 10-20 $\mu\text{g/mL}$ fue alcanzado en 53,8% (n: 14) pacientes, pero sólo ocho lograron $ABC/CIM > 400$; en cambio el rango 10-15 se obtuvo en 38,4% (n = 10), pero de ellos siete alcanzaron $ABC/CIM > 400$, presentando menor dispersión que en el intervalo 10-20. Los niveles subterapéuticos se presentaron en pacientes con mayor Cl_{vanco} , $t_{1/2}$ más corta, y mayor Vd. **Conclusión:** Utilizar vancomicina 15 mg/kg/dosis para alcanzar concentraciones valle entre 10-15 $\mu\text{g/mL}$ logra menor dispersión y mayor proporción de pacientes con cumplimiento de ABC/CIM , lo que implicaría que no sería necesario buscar concentraciones valle $> 15 \mu\text{g/mL}$ para estos pacientes. La alta variabilidad farmacocinética, sin correlación con dosificaciones habitualmente recomendadas sostiene la necesidad de un manejo individualizado a través de monitoreo terapéutico a las necesidades dinámicas de los recién nacidos.

P-30 Detección e identificación del gen *mcr-1* en cepas de enterobacterias resistentes a colistín en Chile

Ibáñez Daniel, Gutiérrez Perla, Gárate Diego, Araya Pamela, Prat Soledad, Araya Ingrid.

Instituto de Salud Pública.

E-mail: dibanez@ispch.cl

Introducción: El aumento de bacterias con resistencia a los antimicrobianos se ha convertido en una importante amenaza para la salud pública. Recientemente se ha descubierto un gen llamado *mcr-1* (*movile colistin resistance*) que le confiere a la bacteria resistencia a colistín o polimixina E, antibacteriano de último recurso en el tratamiento de infecciones por enterobacterias multi-resistentes. El gen *mcr-1* se encuentra codificado en un plásmido, lo que facilita su transferencia y diseminación entre diversas especies bacterianas, encontrándose principalmente en *Escherichia coli*, pero también ha sido identificado en otros miembros de la familia *Enterobacteriaceae* a partir de muestras de origen humano y animal. Hasta el momento se conocía que la resistencia a polimixina ocurría por mutaciones cromosómicas y no se había informado de la transferencia horizontal de genes. El gen *mcr-1* codifica para una enzima de la familia fosfoetanolamina transferasa que modifica la estructura del lípido A de la pared bacteriana. Actualmente este gen de resistencia se ha encontrado en más de 20 países. **Objetivo:** Detectar la presencia del gen *mcr-1* en cepas de enterobacterias resistentes a colistín aisladas de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS). **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 62 cepas aisladas entre 2012 y 2016 de distintos centros asistenciales del país, como parte de la vigilancia de resistencia a carbapenémicos, de las cuales 19 eran productoras de carbapenemasas. Del total de cepas estudiadas, 55 fueron resistentes a colistín y 7 presentaron susceptibilidad disminuida. La identificación bacteriana se llevó a cabo mediante pruebas bioquímicas, el estudio de susceptibilidad se realizó mediante CIM por el Laboratorio de IAAS. La identificación molecular del gen *mcr-1* se realizó mediante RPC por medio de partidores específicos. La verificación del método molecular se realizó mediante secuenciación del producto de amplificación. **Resultados:** En las cepas analizadas no se detectó la presencia del gen *mcr-1* como mecanismo que confiere resistencia a colistín. **Conclusiones:** La implementación de la detección del gen *mcr-1* para los aislamientos de bacilos gramnegativos multi-resistentes es un gran aporte por la importancia que ha adquirido en los últimos años el uso clínico del colistín, en especial, en cepas productoras de carbapenemasas.



P-31 Evaluación de la eficacia clínica, microbiológica y mortalidad de una dosis de carga de colistín en pacientes críticos. Proyecto FONIS SA13I20317. Resultados preliminares

Rosales Ruth, Rojas Loreto, Benavides Claudia, Gómez Alex, Zitko Pedro, Zamora Francisco, Palma Sofia, Castro Alexis, Beltrán Carlos, Paurimani Ronald, Cid M. Alicia.
Hospital Barros Luco Trudeau.
E-mail: rurosalesch@gmail.com

Introducción: El aumento de la resistencia a los antimicrobianos de los bacilos gramnegativos (BGN) en las Unidades de Pacientes Críticos (UPC) ha llevado al resurgimiento del uso de colistín y colistimetato de sodio (CMS), como única opción terapéutica. Estudios farmacocinéticos han evidenciado bajos niveles plasmáticos lo que ha llevado a aumentar la dosis de mantención y al uso de dosis de carga (DC). Sin embargo, hasta ahora no hay evidencia del beneficio clínico del uso de una DC de colistín. **Objetivo:** Determinar la eficacia clínica, microbiológica y efecto sobre la mortalidad del uso de una DC de colistín, comparado con un esquema sin DC. **Métodos:** Se realizó un estudio multicéntrico, prospectivo, aleatorizado y controlado para evaluar un esquema con y sin una DC de 6 millones (M) de unidades internacionales (UI), seguido de una dosis de mantención de 3M UI, tres veces al día de colistín intravenoso. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años hospitalizados en las UPC infectados por BGN multiresistentes susceptibles a colistín. Se evaluó la respuesta clínica (mejoría de síntomas y signos de infección; la respuesta microbiológica (ausencia de crecimiento del microorganismo en cultivo de control) y la mortalidad. Se utilizó estadística descriptiva de la muestra, comprobación de la aleatorización sobre variables pronósticas y cálculo de OR para cada *outcome*. **Resultados:** Durante el período de estudio (5 de septiembre de 2014 a 15 de enero de 2016), se ha logrado reclutar 12 pacientes (sólo de un Centro). La media de edad fue de 50 años; 83,3% de sexo masculino. En 5 episodios el microorganismo causal de la infección fue *A. baumannii*, en 5 *P. aeruginosa* y en 2 *K. pneumoniae*. Cinco pacientes fueron asignados al grupo sin DC, y 7 al grupo con DC. No se han observado diferencias estadísticamente significativas, aún cuando los valores indican que el grupo con DC vs sin DC de colistín presenta mayor porcentaje de respuesta clínica favorable a las 72 h (86% vs 80%; 4/5 vs 6/7 pacientes), aunque menor respuesta clínica favorable a la semana (83% vs 100%; 5/5 vs 6/7 pacientes) y mayor mortalidad intrahospitalaria (57% vs 20%; 4/5 vs 1/7 pacientes). Dos pacientes (29%) con DC vs un paciente (20%) sin DC presentaron deterioro de la función renal. Sólo en un episodio de 7 en que se pudo obtener muestra microbiológica de control, se logró la erradicación microbiológica. **Conclusiones:** Hasta ahora nuestro estudio es el primer ensayo clínico que compara la respuesta clínica y microbiológica de una DC de colistín. Los resultados presentados son aun preliminares ya que el estudio aun no logra alcanzar el tamaño muestral requerido inicialmente, por lo tanto deben ser interpretados con cautela.

P-32 Análisis de la expresión de los genes *blaKPC-2*, *ompK35* y *ompK36* en cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC en presencia y ausencia de ertapenem

Vera Alejandra, Carrasco Sergio, Lima Celia, Domínguez Mariana, Bello Helia, Araya Patricia, Prat Soledad, Fernández Jorge, Hormazábal Juan C., González-Rocha Gerardo.
Universidad de Concepción.
E-mail: alejandravera@udec.cl

Introducción: Durante las últimas décadas, los antibacterianos carbapenémicos (CBPs) han sido ampliamente utilizados para el tratamiento de infecciones producidas por bacilos gramnegativos multi-resistentes, entre las cuales se encuentran las infecciones asociadas a la atención en salud, facilitando la selección de enterobacterias con susceptibilidad disminuida o resistencia a estos compuestos. Se ha establecido que diferentes niveles de expresión de *blaKPC*, alteración en la expresión de porinas y/o presencia de bombas de expulsión asociado a la síntesis de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) y/o AmpC, estarían involucrados en los diferentes niveles de CIM de CBPs. **Objetivo:** Estudiar la expresión génica de *blaKPC-2*, *ompK35* y *ompK36* en cepas de *Klebsiella pneumoniae* productoras de KPC en presencia y ausencia de ertapenem. **Métodos:** Se incluyeron tres cepas hospitalarias de *K. pneumoniae* (UC330, UC335, UC338) con diferente CIM de CBPs. Por qRT-PCR se analizó el nivel de expresión de *blaKPC-2*, *ompK35* y *ompK36* en presencia y ausencia de ertapenem (ETP 2 mg/mL). **Resultados:** En presencia de ETP la expresión de *blaKPC-2* en las cepas UC330 y UC335 aumentó 5 y 271%, respectivamente. En cambio, la cepa UC338 no mostró variación. En relación a la expresión de *ompK35* y *ompK36* se obtuvieron resultados diferentes para las tres cepas. Así, en presencia de ETP, en la cepa UC330 disminuyó la expresión de *ompK35* (90%) y *ompK36* (22%); en cambio, en la cepa UC335 sólo disminuyó la expresión de *ompK35* (81%). Por el contrario, en la cepa UC338 se observó un aumento de 72% en la expresión de *ompK35* y de 50% de *ompK36*. **Conclusión:** Los resultados obtenidos de la expresión génica de *blaKPC-2* y porinas (*ompK35* y *ompK36*) nos indican la complejidad de los mecanismos involucrados en la resistencia a CBPs en las cepas de *K. pneumoniae*. **Financiamiento:** Proyecto Fondecyt N° 1130838 y Beca Doctorado Nacional N° 21141221.



P-33 Sensibilidad de cepas urinarias de *Escherichia coli* productoras de β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) a fosfomicina trometamol

Hervé Bèatrice, Espinoza Ricardo, Salas Alberto, Badilla Nora, Tapia Camila, De la Fuente Sebastián, García Camila, Álvarez Claudia, Almonacid María, Quintana Fabiola, Sanhueza Camila, Cabezas Catalina, Hormazábal Sara, Corvalán Valerie.

Clinica Las Condes.

E-mail: respinoza@clc.cl

Introducción: El incremento de las cepas de bacterias gramnegativas resistentes a los antimicrobianos orales disponibles en la actualidad genera el problema de cómo tratar pacientes con infecciones urinarias que no requieren hospitalización. En nuestro centro; 2,8% de las cepas de *Escherichia coli* en muestras de orina de origen ambulatorio son productoras de β -lactamasas de espectro de espectro expandido (BLEE). La fosfomicina es un antibacteriano que exhibe actividad bactericida inhibiendo la producción de precursores de la pared bacteriana, desarrollado en la década de los 60' y que tiene actividad sobre cepas BLEE positivas. Se puede administrar por vía oral en dosis únicas para infecciones urinarias bajas y es muy segura, catalogándose en clase B para las embarazadas. Con una dosis única de 3 g oral se obtienen altas concentraciones en el sistema urogenital hasta por 48 h post-dosis y se incluye en las tablas CLSI desde 2015, para cepas de *E. coli* de infección urinaria no complicada. **Objetivo:** Determinar la susceptibilidad de cepas urinarias de *E. coli* BLEE(+) de la comunidad a fosfomicina, según los puntos de corte de CLSI. **Método:** Se seleccionaron 20 cepas de *E. coli* BLEE(+), aisladas en forma consecutiva en nuestro laboratorio durante el primer semestre de 2016 de muestras urinarias recolectadas en forma ambulatoria. Las cepas recolectadas fueron estudiadas mediante E-test y difusión en disco (Kirby-Bauer), registrando la CIM (ug/mL) y halo (mm), para determinar si eran sensibles, intermedio o resistentes por cada método, según CLSI 2016. **Resultados:** De las 20 cepas estudiadas por E-test, 19 dieron una CIM sensible (95%). Al hacer el estudio por K-B, 17 resultaron sensibles (85%). Fue destacable que al realizar E-test, el halo que se obtuvo en la mayor parte de los casos, fue irregular y se observó crecimiento de colonias al interior (las cuales fueron consideradas para determinar la lectura de CIM). Cabe destacar que CLSI no valida el estudio de fosfomicina por E-test, y sólo recomienda su estudio por disco para cepas urinarias de *E. coli*. **Conclusión:** El 85% de las cepas urinarias de *E. coli* BLEE(+) ambulatorias en CLC son sensibles a fosfomicina, lo cual es concordante con lo reportado en la literatura. Una vez efectuado el estudio de sensibilidad correspondiente es posible plantearlo como una alternativa terapéutica oral en pacientes que de otro modo requerirían terapia parenteral. El estudio de sensibilidad debiera hacerse por K-B según la recomendación CLSI e incluido en el estudio de susceptibilidad de cepas urinarias de *E. coli* identificadas como productoras de BLEE en forma rutinaria.

P-34 Mecanismos de resistencia a cefalosporinas de tercera generación en *Acinetobacter baumannii* aislados en hospitales chilenos en los últimos 25 años

San Martín Iván, Opazo Andrés, Bello Helia, Domínguez Mariana, González-Rocha Gerardo.

Laboratorio de Investigación de Agentes Antibacterianos, Departamento de Microbiología, Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

E-mail: ivansanmartin@udec.cl

Introducción: *Acinetobacter baumannii* es un importante patógeno causante de infecciones asociadas a la atención en salud, especialmente en pacientes ingresados en UCIs. Con preocupación se ha visto, desde los años 90', un aumento en los índices de mortalidad asociado a infecciones causadas por esta bacteria, principalmente por la emergencia de aislados multi-resistentes (MDR) y extensivamente-resistentes (XDR). Una opción terapéutica importante para tratar dichas infecciones son las cefalosporinas de tercera generación (C3G). Sin embargo, la emergencia de resistencia a estos antibacterianos ha aumentado, en parte, por la notable capacidad que posee *A. baumannii* para regular la expresión y/o adquisición de determinantes de resistencia a los antibacterianos, por lo que a nivel hospitalario se considera una bacteria de difícil tratamiento. **Objetivo:** Estudiar los mecanismos de resistencia a C3G y establecer la relación filogenética de los aislados de *A. baumannii* MDR y XDR recuperados en hospitales chilenos en los últimos 25 años. **Material y Métodos:** Se estudiaron 65 aislados de *Acinetobacter* spp. obtenidas de diversas muestras clínicas entre 1990 y 2015, los que fueron identificados por RPC múltiple. Se determinó los perfiles de susceptibilidad por difusión en agar, clasificando los aislados como MDR o XDR, así como la CIM de C3G. Además, mediante RPC convencional, se realizó la pesquisa de genes asociados con la resistencia a C3G. Finalmente, se secuenció el gen *bla*_{OXA-51-like} de todos los aislados y se estableció la relación filogenética de éstos, mediante la plataforma *phylogeny.fr*. **Resultados:** Según el criterio de inclusión de cepas, es decir aislados MDR y XDR y especie *A. baumannii*, fueron seleccionados 55 aislados. Entre diversas β -lactamasas pesquisadas sólo se encontraron 32 aislados con los genes *bla*_{TEM} y *bla*_{ADC} (media geométrica de CIM de ceftazidima (CAZ) 128 μ g/mL y de cefotaxima (CTX) > 256 μ g/mL) y en 23 aislados con sólo *bla*_{ADC} (media geométrica de CIM de CAZ 64 μ g/mL y de CTX 256 μ g/mL). Filogenéticamente, se determinó que los aislados recuperados en años cercanos se encuentran relacionados en tres clústeres, de los cuales uno tiene relación con linajes de distribución mundial (CC 15). **Conclusiones:** Se concluye que la resistencia a C3G está mediada principalmente por enzimas AmpC tipo ADC (*Acinetobacter-derived cephalosporinase*). La filogenia plantea que los aislados que son más resistentes se relacionan a linajes mundiales, desplazando a aquellos que no lo son, favoreciendo su persistencia. **Financiamiento:** Proyecto Postdoctoral FONDECYT N° 3150286.



P-35 Caracterización de mecanismos de resistencia a carbapenémicos en bacilos gramnegativos multi-resistentes, aislados de pacientes del Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Barrera Boris, Villagra Nicolás, Silva Francisco, Olivares Carolina, Rosas Cristóbal, Canales Ana, Arenas Catherine, Martínez Pabla, Flores Jordana, Muñoz Agatha.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Universidad Santos Tomás. Universidad Andrés Bello.

E-mail: borisbarrera68@gmail.com

Introducción: La resistencia antimicrobiana es un problema de salud alarmante, el cual ha alcanzado altos niveles en poco tiempo. Cada bacteria tiene diferentes mecanismos de resistencia, como expresión de β -lactamasas, pérdida de porinas que disminuye la permeabilidad a los antimicrobianos y expresión de sistemas de expulsión. Estos mecanismos otorgan a las bacterias características de resistencia a diferentes antimicrobianos. Además, se ha descrito que la existencia de dos de estos mecanismos produce un aumento en la CIM. Por lo tanto, es labor del laboratorio de microbiología la identificación de estos mecanismos y ayudar al control de nuevas cepas resistentes. **Objetivos:** Identificar y describir los distintos mecanismos de resistencia a carbapenémicos (carbapenemasas, cambios en porinas y bombas de expulsión) en bacilos gramnegativos aislados de pacientes del HCUCH. **Materiales y Métodos:** Se utilizaron 37 cepas resistentes o con susceptibilidad disminuida a carbapenémicos (17 *K. pneumoniae*, 5 *P. aeruginosa*, 4 *E. coli*, 3 *A. baumannii* y 8 *E. cloacae*), aisladas desde enero de 2014 a abril de 2016. Su identificación y susceptibilidad fue realizada por el sistema Vitek®, el estudio de carbapenemasas por metodología Carba NP Directo, el estudio de porinas por extracción con sonicación, centrifugaciones diferenciales seguido de SDS-PAGE. Por último para el estudio de bombas de expulsión se utilizó la inhibición con carboxilicidina m-clorofenilhidrazona (CCCP). **Resultados:** Se obtuvieron 17 cepas positivas para carbapenemasas (10 *K. pneumoniae*, 2 *A. baumannii* y 5 *P. aeruginosa*) y 20 cepas que no presentan carbapenemasas (7 *K. pneumoniae*, 1 *A. baumannii*, 4 *E. coli* y 8 *E. cloacae*) estos resultados fueron además confirmados por RPC. Para el caso de las porinas asociadas a la resistencia a carbapenémicos, se obtuvieron diferentes resultados, tales como modificación en el tamaño, disminución en su expresión o incluso su desaparición. Los mayores cambios en las porinas se observaron en *K. pneumoniae* en la porina OmpK35 y OmpK36 y en *P. aeruginosa* en las porinas OprD 45 KDa que además presentaban resultados positivos para carbapenemasas y una alta CIM. Por último, el análisis de la presencia de bombas de expulsión por el método inhibición con CCCP sólo se detectó la presencia en una cepa de *K. pneumoniae* que era negativa para carbapenemasas y tenía una pérdida parcial de porinas. **Discusión:** Se identificaron los tres principales mecanismos de resistencia a carbapenémicos en enterobacterias y bacilos no fermentadores. La CIM para carbapenémicos se ve aumentada con la presencia de más de un mecanismo de resistencia, y en la mayoría de las cepas de este estudio estaba dada por la combinación de carbapenemasas y modificaciones de las porinas asociadas a resistencia a carbapenémicos.

Jueves 13 de octubre



P-36 Eventos asociados a ventilación mecánica-EAVM: una nueva mirada para vigilar las neumonías asociadas a ventilación mecánica

Rivas Jeanette, Hervé Béatrice, Luna Mariana, Gutiérrez Cecilia.

Clinica Las Condes.

E-mail: jrivas@clc.cl

Introducción: La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) es una causa importante de morbi-mortalidad aumentando costos en atención de salud en pacientes sometidos a ventilación mecánica (VM). La vigilancia de NAV tradicional se basa en criterios clínicos, radiológicos y de laboratorio, pudiendo sobre o subestimar la verdadera incidencia. El Centros para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de E.U.A., propuso el año 2011 un nuevo sistema de vigilancia en los pacientes con VM, diseñada para ser más objetiva y eficiente, basado en parámetros medibles, como PEEP y FiO₂. Según este sistema, se categorizan eventos asociados a VM (EAVM), infecciosos o no infecciosos (EAVMI). En nuestra institución, se observa una disminución progresiva de las tasas de NAV, con aumento exponencial de los días de exposición y del número de pacientes expuestos. **Hipótesis:** Al aplicar el método de vigilancia del CDC, se podría aumentar la detección de NAVM en pacientes expuestos a VM en las Unidades Intensivas en Clínica Las Condes. **Material y Métodos:** Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo, abarcando las NAVM detectadas por vigilancia epidemiológica tradicional (criterios MINSAL), entre 2010 y 2015. Cada paciente de este grupo, fue analizado según criterios CDC, comparando los resultados y tasas obtenidos según ambos análisis. **Resultados:** Se ingresó al estudio 32 pacientes con NAVM detectada por vigilancia epidemiológica en el período. El promedio de edad de los pacientes fue de 56,9 (53,12% masculino y 46,88% femenino). El 53,1% de los pacientes presentaba enfermedad cardiovascular. En hombres, 23,5% eran obesos y 33% de las mujeres presentó enfermedad respiratoria. Del total de NAVM detectadas por vigilancia MINSAL, aplicando el sistema de vigilancia del CDC, 56,25% correspondió a EAVM, y de éstas, 48,28% correspondió a EAVMI posible y el 3,45% EAVMI probable ($p < 0,01$). La tasa acumulada de NAVM resultó ser mayor por criterio MINSAL, que la tasa acumulada por vigilancia CDC. **Conclusiones:** Los resultados expuestos en el análisis anterior demuestran que el sistema de vigilancia del MINSAL es más sensible pero menos específico al momento de predecir infecciones respiratorias asociadas a VM ya que sólo 56,2 % del total de casos diagnosticados como NAVM por criterio MINSAL, corresponden a EAVM detectados por criterios CDC. Los criterios de CDC son más específicos, para el diagnóstico de NAVM, el análisis es más rápido de lograr, más objetivo y comparable con otras instituciones que utilicen la misma metodología.

P-37 Flebitis infecciosa versus química: lecciones aprendidas en un estudio intervencional sobre el manejo de catéteres venosos periféricos

Fica Alberto, Vergara Teresa, Véliz Elena, Leiva Jordan.

Unidad de Control de IAAS y Servicio de Farmacia, Hospital Militar de Santiago.

E-mail: albertofica@gmail.com

Introducción: Los catéteres venosos periféricos (CVP) son ampliamente usados en el ámbito clínico y pueden producir complicaciones locales y sistémicas. La flebitis por CVP ha sido clasificada según su intensidad pero no hay criterios establecidos para distinguir las de causa infecciosa de las químicas, desconociéndose si ambas responden por igual a programas de intervención. **Objetivo:** Evaluar el impacto de un programa de intervención en un hospital general en la reducción de la tasa de flebitis de tipo infecciosa (asociada a bacteriemia sin otro foco o pus local) y la de tipo química (el resto). **Pacientes y Métodos:** Diseño de estudio tipo antes-después de la aplicación de un programa de intervención para reducir la frecuencia de flebitis química y/o de tipo infecciosa. El estudio se efectuó en tres etapas: Diagnóstico de situación basal (seis meses), Intervención (capacitación, supervisión en un período de cuatro meses) y Evaluación (ocho meses). El impacto del programa se midió a través del cálculo de la razón de disparidad (Odds Ratio: OR). **Resultados:** Se detectaron 10 casos de flebitis infecciosa y 186 de naturaleza química. Se observó una disminución en la densidad de flebitis infecciosa (0,2 eventos a 0,04 por 1.000 días camas; OR 0,17; IC 95% 0,34-0,80; $p = 0,02$) pero no en las de tipo química (2,3 a 2,3 por 1.000 días camas). Cinco casos con flebitis infecciosa tuvieron bacteriemia, uno de ellos con endocarditis y reemplazo valvular y otro con shock séptico y desenlace fatal. Ninguno de los casos con flebitis química tuvo mortalidad a 14 días. Las flebitis infecciosas se presentaron más tarde que las químicas (4,1 versus 2,4 días de CVP; $p = 0,007$). Además, las de tipo infecciosa se asociaron en forma más frecuente a la no administración de ningún compuesto irritante (50 vs 17,7%; ORa 4,6; IC 95 1,3-16, $p = 0,02$). Los eventos infecciosos se asociaron con mayor frecuencia a fiebre (40 vs 5,9%, $p = 0,004$). **Conclusiones:** El programa demostró un impacto favorable para disminuir sólo las flebitis de tipo infecciosa. La distinción entre flebitis química e infecciosa parece ser relevante porque las últimas se asocian a fiebre, complicaciones o letalidad, parecen responder a programas de prevención, son más tardías y parecen ser secundarias a una manipulación inadecuada del CVP y no al uso de compuestos irritantes.



P-38 Fungemia por *Saccharomyces cerevisiae* en paciente inmunocompetente

Pinto Mónica¹, Novoa Catalina¹, Solar Sebastián², Wolff Marcelo¹, Thompson Luis².

¹Hospital San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Universidad de Chile, Santiago, Chile. ²Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

E-mail: moni.pintoa@gmail.com

Introducción: *Saccharomyces cerevisiae* es un colonizador común de mucosas del tracto gastrointestinal, respiratorio y genitourinario. Estudios poblacionales sugieren que es responsable de 0,1-13,6% de todas las fungemias, principalmente en paciente crítico e inmunodeprimido, donde la mortalidad alcanza a 29%. El factor de riesgo más consistentemente identificado es el uso previo de probióticos. **Historia Clínica:** Paciente de 19 años, sexo masculino. Consulta en Servicio de Urgencia de Quinta Región por tres días de fiebre, dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea. Se maneja en forma ambulatoria con ciprofloxacina y probióticos. Dado mala respuesta se hospitaliza e inicia tratamiento con ceftriaxona/metronidazol. Destacables: Abdomen con signos de irritación peritoneal y exámenes que muestran leucocitosis: 31.800/mm³ y PCR: 244 mg/L. Se deriva a Santiago para manejo. Al ingreso, una TAC de abdomen y pelvis demuestra una perforación de víscera hueca. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia peritonitis difusa secundaria a perforación cecal, realizándose aseo, apendicetomía y cecostomía. Evolución post operatoria satisfactoria. Cultivo intra-operatorio fue (+) para *Candida albicans* y *Actinomyces odontolyticus*, y un crecimiento de levadura en uno de cuatro hemocultivos. Se agrega terapia antifúngica con fluconazol a la espera de identificación. Resultado final de hemocultivo: *Saccharomyces cerevisiae* (identificado por MALDI-TOF). Al interrogatorio refiere haber consumido Bioflora®. Biopsia: apendicitis aguda simple, periapendicitis fibrinoleucocitaria, perforación de intestino grueso. En ese entonces en 6° día de fluconazol, con buena evolución, afebril, hemodinamia estable, drenajes retirados, se decide mantener terapia. Completó tratamiento con ceftriaxona, metronidazol y fluconazol durante 14 días. Al alta se le indicó amoxicilina hasta reconstitución de tránsito intestinal, lo que se realizó a posterioridad sin inconvenientes. **Discusión:** Existen pocos casos descritos de fungemia causada por *S. cerevisiae*. En este caso, el factor de riesgo identificado fue el consumo de Bioflora® (*Saccharomyces boulardii* 250 mg, correspondiente a 5,10⁷-5,10¹¹ células vivas), con paso al torrente sanguíneo producto del estado inflamatorio intestinal. Presentó fungemia ocho días tras iniciar uso de probióticos, lo que concuerda con la literatura médica (promedio 10 días). La mortalidad descrita es elevada en grupos de pacientes con inmunosupresión grave o que permanecen en Unidad de Paciente Crítico. La buena respuesta del caso descrito la atribuimos a la edad del paciente y competencia de su sistema inmune. En relación al hallazgo de *A. odontolyticus* y *C. albicans* en cultivo peritoneal, impresiona en el contexto de la perforación cecal, dado que no se encontró evidencia de proceso crónico en la exploración ni en la biopsia.

P-39 Caracterización fenotípica y espectral de cepas de *Candida* spp provenientes de un cepario

Robinson Sandy, Canales Mauricio, Torres Gabriela, Saavedra Renato, Rivera F. Nancy.

Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

E-mail: srobinson@udec.cl

Introducción: Las levaduras del género *Candida* son microorganismos que bajo algunas condiciones son responsables de patologías de alto riesgo y en ocasiones fatales. Aunque *Candida albicans* continúa aislándose como la especie más frecuente, se ha visto un aumento significativo de otras especies como *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. krusei* y *C. glabrata*, estas dos últimas presentando resistencia intrínseca o adquirida a fluconazol. Este constituye una problemática a la hora de efectuar un tratamiento efectivo frente a candidiasis haciéndose indispensable la identificación de especie y conocer la susceptibilidad antifúngica. Para ello se realiza normalmente métodos fenotípicos; sin embargo, existen otros métodos como RPC, MALDI-TOF y FTIR-PAS. El último se perfila como un método prometedor de caracterización de especies del género *Candida*. **Objetivos:** Caracterizar fenotípicamente y espectralmente cepas de levaduras del género *Candida*. Evaluar la estabilidad espectral de cepas liofilizadas, almacenadas un año a 4°C. Comparar espectros de cepas de la misma especie que expresen sensibilidad o resistencia a un mismo antifúngico. **Materiales y Métodos:** Se trabajó con 19 cepas de *Candida* spp clínicas y de colección: cuatro cepas de *C. albicans* (incluida una ATCC); tres cepas de *C. krusei* (incluida una ATCC); cuatro cepas de *C. parapsilosis*; cuatro cepas de *C. glabrata*; una cepa de *C. tropicalis*; dos cepas de *C. guilliermondii*; y una cepa de *C. lusitanae*, las que fueron re-identificadas a través de realización de gram, tubo germinal, Chrom agar y microcultivo. A cada cepa se le realizó prueba de susceptibilidad a fluconazol y voriconazol siguiendo las indicaciones del documento M44-A del CLSI. Para obtener los espectros las cepas fueron liofilizadas y almacenadas a 4°C hasta su lectura. Los espectrogramas de cada cultivo se obtuvieron con el equipo Thermo Nicolet Nexus 470 (rango 4.000 y 400 cm⁻¹, resolución 8 cm⁻¹, 50 scans). Se realizó un análisis de componentes principales para la discriminación de especies y cepas. **Resultados:** Se logró la re-identificación de todas las cepas, excepto *C. albicans* ATCC 90028, puesto que tanto fenotípicamente como espectralmente no correspondía a su rotulación. Todas las cepas resultaron ser sensibles a fluconazol y voriconazol excepto *C. krusei* que presenta resistencia intrínseca a fluconazol y dos cepas de *C. glabrata* que presentaron susceptibilidad intermedia al mismo antifúngico. Se comprobó la estabilidad espectral de cepas liofilizadas previamente. Mediante el análisis de componentes principales de los espectros, se logró discriminar a nivel de especies e incluso entre cepas. **Conclusión:** FTIR-PAS es un método sencillo y no destructivo a través del cual se puede realizar la discriminación a nivel de especie y cepa de *Candida* spp en muestras liofilizadas.



P-40 Experiencia de la enseñanza en prevención y control de infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) con un modelo de simulación clínica

Rivero Pamela, Schade Ankie, Moreno Fernando.
Hospital Carlos Van Buren.
E-mail: fenuka75@yahoo.com

Introducción: Aproximadamente 70% de los funcionarios clínicos de nuestro establecimiento se encuentra capacitado en IAAS como parte de un programa obligatorio de inducción; sin embargo, aún podemos observar una brecha importante en el cumplimiento de las prácticas, tales como higiene de manos y uso de elementos de protección personal (EPP). **Objetivos:** Describir un programa de capacitación basado en la simulación clínica en funcionarios clínicos de nuestro recinto hospitalario. **Métodos:** Estudio descriptivo. 96 funcionarios clínicos fueron reclutados para este estudio. Dos herramientas fueron desarrolladas por nuestra Unidad para obtener los datos: un manual instructivo con contenidos teóricos relacionados con IAAS, cuestionario estructurado para evaluar conocimiento con respecto a medidas de prevención de IAAS y una lista de chequeo para evaluar prácticas de prevención a través de la simulación clínica, las cuales incluyeron precauciones estándar, precauciones por mecanismo de transmisión, higiene de manos y uso de EPP. Las actividades fueron: Aplicación de pauta de evaluación clínica objetiva estructurada (ECO) para evaluar aplicación de las medidas de prevención de IAAS de acuerdo a la necesidad del caso presentado. *Debriefing* o reflexión acerca de lo realizado en la simulación. Talleres grupales y dinámicas grupales para fortalecer lo aprendido. Aplicación de test de conocimiento final. Aplicación de encuesta de satisfacción de la experiencia de simulación. **Resultados:** El 75% de la muestra estudiada presentó un adecuado cumplimiento de las prácticas de prevención desarrolladas durante la simulación. Asimismo, 89,5% de la muestra estudiada presentó un adecuado nivel de conocimientos teóricos en el test aplicado al final de la simulación. Aproximadamente 89% de aquellos que aprobaron la prueba de simulación aprobaron el test de conocimientos. De igual forma, 92% de aquellos que no aprobaron la simulación clínica aprobaron el test de conocimientos. Sólo dos participantes que no aprobaron la simulación clínica no lograron aprobar el test de conocimiento final. Estas diferencias son estadísticamente significativas (valor $p = 0,016$). Los participantes del estudio expresaron un alto nivel de satisfacción con respecto al cambio en la modalidad de capacitación. **Conclusiones:** La simulación clínica como nueva herramienta de aprendizaje obtuvo un alto nivel de satisfacción en los participantes. Se requieren estudios con mayor número de muestra y con mejor diseño metodológico para determinar la efectividad de la simulación clínica como estrategia en la prevención de IAAS.

P-41 Presencia de *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en la vigilancia activa de pacientes trasladados desde otras instituciones de salud

Hervé Bèatrice, García Camila, Blamey Rodrigo, Izquierdo Giannina, Gutiérrez Cecilia, Rivas Jeanette, Luna Mariana, Salas Alberto, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Corvalán Valerie, Hormazábal Sara, Chomali May.
Clínica Las Condes.
E-mail: bherve@clc.cl

Introducción: *Staphylococcus aureus* es un patógeno frecuente en infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), y se encuentra como colonizante nasal persistente en aproximadamente 20% de la población general. Existen recomendaciones publicadas para hacer vigilancia activa (VA) de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM), no así de *S. aureus* sensible a meticilina (SASM). En nuestro centro, se hace VA a todo paciente trasladado desde otra institución buscando la presencia de, SARM, ERV y bacilos gramnegativo multi-resistentes (BGNMR), para establecer medidas de control (aislamiento de contacto, baños con clorhexidina) en el caso de portadores. Dentro del proceso de VA, se detecta un porcentaje relevante de pacientes colonizados por SASM, los que no son notificados y por lo tanto no tienen medidas de control implementadas. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de la colonización por SASM en pacientes trasladados desde otra institución y su impacto en la producción de IAAS. **Material y Métodos:** A todos los pacientes trasladados de otra institución, que hayan permanecido más de 24 h en ésta, se les realizó cultivo de hisopado nasal y rectal en medios convencionales. Se registró los resultados de cada paciente incluyendo SARM, ERV, BGNMR y SASM desde enero de 2013 a diciembre de 2015. Se analizó la ocurrencia de IAAS en los pacientes colonizados por SARM y SASM, según registros del Comité de IAAS durante el mismo período. **Resultados:** Se estudiaron 1.399 pacientes trasladados (860 adultos (61,5%) y 539 niños (38,5%)), con un porcentaje de portación de SASM de 15,1% (19,4% en adultos; 8,3% en niños) y de SARM 4,07%. Hubo en el período 44 IAAS registradas por *S. aureus* (15 SARM (34%) y 29 SASM (66%)). De los pacientes colonizados por SARM, ninguno tuvo una IAAS por este microorganismo. Entre los colonizados por SASM, hubo una IAAS que correspondió a traqueítis por SASM + *Pseudomonas aeruginosa* MR en un paciente adulto. **Conclusión:** Del análisis de estos datos y de trabajos publicados, nos parece que no se justifica notificar la presencia de SASM en los pacientes trasladados, ya que la prevalencia encontrada no es mayor a la descrita en la literatura médica y no hubo casos clínicamente relevantes de IAAS en pacientes que se conociera su estado de portación. Su notificación podría ser de utilidad en contexto de alta endemia de IAAS por SASM o en el caso de brotes.



P-42 Criptococosis en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso: una serie de casos

Cortés Jorge¹, Kral Alejandro¹, Wilson Gonzalo².

¹Residente Medicina Interna, Universidad de Valparaíso, HCVB. ²Médico Internista, Infectólogo, HCVB.

E-mail: jfcortesh@gmail.com

Introducción: La criptococosis es una infección micótica oportunista grave, *Cryptococcus neoformans* es la principal especie causal, pudiendo manifestarse como meningitis, neumonía o criptococcemia. Debido al creciente aumento de la población en riesgo, y la alta mortalidad asociada a la infección, múltiples estudios han buscado caracterizar a los pacientes infectados con el fin de aumentar la sospecha clínica en poblaciones de riesgo y determinar posibles factores pronósticos de mortalidad. **Objetivo:** Caracterizar a los pacientes que presentaron infección por *Cryptococcus* sp. entre el 01 de enero de 2013 y el 30 de junio de 2016, en el HCVB de Valparaíso. **Materiales y Métodos:** Se utilizó el Software Kern-Mic Microbiology para indentificar los cultivos con desarrollo de *Cryptococcus* sp. en este período. A partir de esta información se obtuvo las fichas clínicas de los pacientes, las que fueron analizadas por dos revisores independientes. Se utilizó el Software Stata 11.1 para la obtención de medidas de resumen. **Resultados:** Durante el período descrito, 15 pacientes presentaron cultivos con desarrollo de *Cryptococcus* sp, lográndose obtener las fichas en 12 de ellos. Dos pacientes presentaron dos infecciones por este microorganismo, obteniendo un total de 14 casos de infección por *Cryptococcus* sp. De los 12 pacientes, 2 (16,6%) eran de sexo femenino y 10 (83,3%) de sexo masculino. La mediana de edad al momento de la infección fue de 35 años. 10 pacientes (83,3%), tenían infección por VIH, uno (8,3%) tenía el antecedente de leucemia linfática crónica, y otro (8,3%) de estirismo crónico. En los pacientes con infección por VIH, la mediana de CD4 fue de 10 céls/mm³, y la de carga viral de 8.955 copias ARN/ml. De los 14 casos, nueve (64,3%) presentaron infección meníngea y cinco de ellos (55,5%) tuvieron hemocultivos (+)s. Cuatro pacientes (28,6%) presentaron criptococcemia sin compromiso del LCR, y uno (7,1%) presentó infección pulmonar. En todos los casos la cepa correspondió a *Cryptococcus neoformans*. Respecto a la terapia administrada, nueve pacientes (75%) utilizaron anfotericina B deoxicolato asociada a fluconazol; un paciente (8,3%) utilizó monoterapia con fluconazol, en otro (8,3%) caso se desconoce el tratamiento por traslado a otro centro asistencial, y un último caso falleció antes de iniciar tratamiento. La mediana de días de hospitalización fue de 33 días, presentando un caso ingreso a Unidad de Cuidados Intermedios. De los 12 pacientes evaluados, ocho (66,6%) se encontraban fallecidos al año de haber presentado la infección. **Conclusiones:** La infección por *Cryptococcus* sp. es una patología que debe ser sospechada en pacientes con inmunodeficiencia de predominio celular, principalmente pacientes con infección por VIH con alta carga viral y bajo recuento de CD4. La infección meníngea fue la forma más frecuente de presentación. A pesar del tratamiento farmacológico apropiado, posee una alta mortalidad.

P-43 Aislamiento microbiológico y uso de antimicrobianos en pacientes pediátricos en ECMO

Izquierdo Giannina, Zylbersztajn Brenda, Torres Juan P., Hervé Béatrice, Santana Roxana, Fajardo Cristian, Valverde Cristian, Villena Rodolfo. Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), Unidad de Infectología Pediátrica. Clínica Las Condes (CLC). Universidad de Chile.

E-mail: gizquierdo@clc.cl

Introducción: La membrana de oxigenación extracorpórea (sigla en inglés ECMO) es considerada una terapia de soporte avanzada utilizada en pacientes críticamente enfermos, que los expone a mayor riesgo de mortalidad, prolongación de hospitalización y uso de antimicrobianos de amplio espectro. **Objetivo:** Describir los aislamientos microbiológicos y uso de antimicrobianos en pacientes pediátricos en ECMO. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, en pacientes de 1 mes a 15 años, sometidos a ECMO en UPCP de CLC entre junio de 2009 y marzo de 2016. Se analizaron datos demográficos, clínicos y microbiológicos. Se definió como nueva infección al aislamiento microbiológico posterior a 48 h del ingreso a ECMO y hasta 48 h post-desconexión. **Resultados:** Durante el período de estudio ingresaron 40 pacientes a ECMO, 62% de género masculino; mediana de edad: 2,7 años (1 mes a 14 años); mediana (rango p₂₅₋₇₅) de tiempo de conexión: 9,5 días (7-21) y sobrevida al alta: 82%. El 82,5% (33) de los pacientes ingresaron por causa infecciosa: 61% (20) viral (14 VRS), 21% (7) bacteriana y no se obtuvo agente en 18% (6). El 100% de los pacientes recibieron terapia antimicrobiana empírica: 52,5% vancomicina-meropenem (21), 17,5% vancomicina-cefalosporinas de 3^a gen (7), 17,5% cloxacilina-cefalosporinas de 3^a gen (7) y 12,5% otra combinación (5). La mediana de uso de antimicrobianos fue: 11 días (7-21) para vancomicina, 12 días (9-22) meropenem y 3 días (0-7) cefalosporinas de 3^a gen. Se utilizó antifúngicos en 37,5% (15/40). Se identificaron 14 nuevas infecciones (35%) en 11 pacientes (grupo infectados), con una tasa de 25,5 por 1.000 días de ECMO, con mediana de tiempo del aislamiento microbiológico de 14 días (5-19). Los sitios de aislamiento más frecuentes fueron: respiratorio (8) y orina (4) y las etiologías predominantes: *Candida* spp (5), *Pseudomonas aeruginosa* (3), *Stenotrophomonas maltophilia* (2) y *Enterococcus faecium* (2). El grupo infectado presentó una mediana de días de ECMO/días UPCP de 21/42 días y el grupo no infectado 8/24 días respectivamente (p < 0,05). No hubo diferencias en letalidad en los dos grupos. Las infecciones por *Candida* spp ocurrieron al día 14 (9-14) y se encontraban con esquema de vancomicina-meropenem (5/5). **Conclusiones:** Los pacientes pediátricos en ECMO ingresan predominantemente por causas infecciosas, utilizan esquemas antimicrobianos prolongados, de amplio espectro, con tasas de nuevas infecciones semejantes a las reportadas en la literatura científica. El aislamiento microbiológico ocurre después de la segunda semana de conexión, siendo más frecuentes las infecciones fúngicas; asociado a mayor tiempo de soporte en ECMO y estadía en UPCP. Es relevante conocer la microbiología en ECMO para establecer un uso racional de antimicrobianos, que no aumente el riesgo de infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana en el paciente crítico.



P-44 Caracterización del uso clínico de anidulafungina en niños de un hospital público pediátrico, de referencia en Santiago, Chile

Rivacoba M. Carolina¹, Cortés Daniel, Izquierdo Giannina¹, Fernanda Cofré¹, Morales Jorge², Barraza Marlon², Torres J. Pablo¹.

¹Departamento de Pediatría Campus Oriente, Universidad de Chile. ²Farmacia clínica, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.

E-mail: carorivacoba@gmail.com

Introducción: Las equinocandinas son lipopéptidos con acción fungicida que inhiben de manera selectiva la síntesis del 1,3- β -D-glucano. Destaca su actividad selectiva contra la pared fúngica, con menor tasa de efectos adversos (EA). Actualmente, corresponden al grupo de fármacos de elección para tratamiento de enfermedad fúngica invasora (EFI) asociada a *Candida* spp. El uso de anidulafungina aún no se encuentra aprobado en pediatría. **Objetivo:** Describir características clínicas de niños que recibieron anidulafungina en un hospital pediátrico en Santiago. **Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo del uso de anidulafungina en Hospital Luis Calvo Mackenna, entre 2009-2013/2015-junio 2016. **Resultados:** Se describe el uso de anidulafungina en 89 eventos, correspondiente a 81 pacientes. La edad promedio fue 5,9 años. El uso fue principalmente en unidad paciente crítico, predominando patología hemato-oncológica (H-O) que representa el 59% y trasplante hepático el 18%. De los 89 eventos, 19 fueron EFI probada, 4 probable, 34 posibles, 21 episodios de infección tracto urinario por *Candida* spp y 2 episodios de candidiasis muco-cutánea. Todos tenían factores de riesgo para EFI, destacando uso de catéter venoso central y de antimicrobianos de amplio espectro. Se demostró neutropenia en 33 de 48 pacientes H-O, además de inmunosupresión en 14 de los 15 pacientes con trasplante hepático. Aislamiento fúngico en 47 de 89 eventos, de los que 6 fueron en sangre, 23 orina, tejidos 15 y secreción 5. De éstos, *C. albicans* (n: 25), *C. parapsilosis* (n: 6), *C. glabrata* (n: 4), *C. tropicalis* (n: 4), *Mucoromycotina* (n: 3), *C. lusitanae* (n: 2), levaduras no identificadas (n: 2), *C. dubliniensis* (n: 1) y *Aspergillus* spp (n: 1). Se utilizó dosis de carga en 43 eventos rango 3 a 4 mg/kg y dosis de mantención 2,2 mg/kg/día promedio. El tiempo medio fue de 9 días. Completaron tratamiento 35 de 81 pacientes, sin suspensión por EA. Ante farmacovigilancia, se detectaron 2 EA, correspondientes a hipotensión arterial, y en uno de ellos laringoespasma. Con uso de clorfenamina e hidrocortisona se pudo continuar tratamiento. Se registraron 3 fallecimientos, 2 asociados a hongo filamentosos y un tercero a enfermedad de base. **Conclusiones:** El principal empleo de anidulafungina fue en el contexto de un paciente de unidad crítica, predominando enfermedad H-O e inmunocomprometido asociado a trasplante hepático. Asimismo, fue utilizada ante episodios de EFI asociada a *Candida* spp, concordante con las recomendaciones actuales. No se observaron EA que impidieran continuar con su uso. Actualmente, anidulafungina no está aprobada para uso bajo 18 años de edad, no obstante, se evidenció un adecuado perfil de seguridad en nuestro centro.

P-45 Experiencia en administración de posaconazol en niños inmunocomprometidos de un hospital pediátrico

Azócar Manuel, Valenzuela Romina¹, Morales Jorge³, Canals Sofía¹, Azócar Marta³, García Patricio³, Palma Julia², Catalán Paula², Santolaya M. Elena¹, Torres J. Pablo¹.

¹Unidad de Investigación, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Unidad de Trasplante de Médula Ósea, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna. ³Unidad de Farmacia Clínica, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna, Santiago, Chile.

E-mail: romina.v.cortes@gmail.com

Introducción: Posaconazol es un antifúngico triazolico para el tratamiento de infecciones por *Aspergillus*, *Candida* y *Mucorales*. En pediatría aún no existe consenso en la dosificación óptima, utilizándose actualmente concentraciones plasmáticas (CPs) mayores a 0,75 μ g/ml como valor objetivo en la profilaxis y mayores a 1,25 μ g/ml para el tratamiento. **Objetivo:** Determinar la dosis de posaconazol para alcanzar valores efectivos de profilaxis ($\geq 0,75$ μ g/ml) y tratamiento ($\geq 1,25$ μ g/ml) en la infección fúngica invasora (IFI) en niños inmunocomprometidos y su relación con toxicidad e interacción medicamentosa. **Método:** Revisión desde 2012-2016 en las Unidades de Oncología y Trasplante de Médula Ósea (TMO) del Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. Se registraron las dosis recibidas, las CPs basales y toxicidades asociadas, de acuerdo a la administración oral y edad. **Resultado:** Se analizaron 38 CPs basales en cinco pacientes con leucemia linfoblástica aguda, 4/5 pacientes recibieron trasplante de progenitores hematopoyéticos y la mediana de edad fue de 10 años (rango 5-16). Del total de CPs basales medidas, se obtuvo una mediana de 0,80 μ g/ml (0,1-1,82 μ g/ml). En las CPs basales medidas durante la profilaxis, 55% (16/29) estuvo sobre el valor objetivo ($> 0,75$ μ g/ml), con una mediana de 0,7 μ g/ml (0,13-1,74 μ g/ml). La dosis inicial de profilaxis fue 18 mg/kg/día, debiendo aumentarse en todos los casos a 200 mg cada 8 h. En los CPs basales medidos durante el tratamiento, 33% (3/9) estuvo sobre el valor objetivo ($> 1,25$ μ g/ml), con una mediana de 0,99 μ g/ml (0,1-1,82 μ g/ml). La dosis inicial de tratamiento fue 24 mg/kg/día, debiendo aumentarse en todos los casos a 200 mg cada 6 h. Todos los pacientes recibieron famotidina y/o lanzoprazol. Las interacciones más severas fueron con: vincristina en 2/5 (40%) casos (neuropatía periférica severa) y con ciclosporina en pacientes con TMO, incrementándose el nivel de ciclosporina (CsA) en 78% y mediana de CsA de 196,3 μ g/ml. No se encontraron toxicidades hepáticas y/o renales. **Conclusiones:** Un 45% de las CPs obtenidas durante la profilaxis con posaconazol y 67% de las obtenidas durante el tratamiento estuvieron bajo el nivel objetivo. Para alcanzar CPs mayor a 0,75 μ g/ml en profilaxis y 1,25 μ g/ml en tratamiento, es recomendable realizar un monitoreo de los niveles del fármaco. De acuerdo a los datos obtenidos en los niños de este estudio, se obtuvieron CPs basales adecuadas al utilizar dosis de posaconazol similares a las utilizadas en población adulta (200 mg cada 8 h en profilaxis y 200 mg cada 6 h en tratamiento).



P-46 Accidentes laborales con fluidos corporales en la Red de Salud UC-CHRISTUS

Juanet Cristián, De la Cerda Gabriela, Ceballos M. Elena.

CPC-IAAS Hospital Clínico y Clínica UC-CHRISTUS. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Escuela de Medicina.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: mceballos@med.puc.cl

Introducción: Los accidentes laborales con fluidos corporales (ALFC) generan riesgo de transmisión de infecciones al personal de salud (PS) y producen alto impacto psicológico, costos y tiempo dedicado a su atención. En nuestro país existen escasos datos epidemiológicos acerca del tema. **Objetivos:** Actualizar la epidemiología de los ALFC de riesgo biológico ocurridos en una Red de Salud Universitaria. **Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente los registros de ALFC que recibieron profilaxis para VIH y/o cuyas fuentes fueran positivas para VHB y/o VHC, notificados en la Red de Salud UC-CHRISTUS entre enero de 2011 y mayo de 2016. **Resultados:** Total de ALFC fue de 1.178 casos. De estos, 136 ALFC/PS (11,5%) recibieron profilaxis para VIH y/o presentaban fuentes positivas para VHB y/o VHC, por lo que fueron incluidos en este análisis. Respecto al personal afectado, la mediana de edad fue de 28 años (19-74); 69,9% mujeres, ninguna embarazada. Un 84,6% recibió tres dosis de vacuna VHB. Respecto al estamento, los médicos, incluyendo becarios, fueron el grupo de más alta accidentabilidad con 19,9% (27/136), seguido por las enfermeras 19,1%, auxiliares de enfermería 14% y alumnos de las carreras de la salud 14%. Respecto al tipo de exposición, 79,4% (108/136) de los ALFC fueron percutáneos, 17,6% permucosa, 2,2% sobre piel no intacta y un caso (0,7%) por mordedura. De los accidentes percutáneos, 58,8% fue por aguja con lumen y 16,9% por aguja u objeto sin lumen. Dentro de los fluidos corporales involucrados, 65,4% (89/136) constituyó sangre visible. En 66,2% de los casos el accidente ocurrió por una acción insegura del operador. Las notificaciones fueron realizadas en 28,7% en centros ambulatorios, 17,6% en sala de cuidados generales, 15,4% en pabellón, 14% en Unidad de Paciente Crítico, 8% en Servicio de Urgencias y 3,7% en Laboratorios. Respecto de la fuente, ésta fue conocida en 48% de los casos (65/136). De las fuentes conocidas; 52,3% (34/65) fue positiva para VIH, 27,6% (18/65) para VHC, 7,6% (5/65) para VHB y 13,8% (9/65) fue negativa. En un ALFC la fuente fue positiva para VIH y VHB. En cuanto a las medidas profilácticas, se indicó profilaxis para VIH a 9,7% (114/1178) de todos los ALFC y dos ACFL recibieron inmunoglobulina anti-VHB. Durante el seguimiento a seis meses no se documentó ningún caso de seroconversión por VIH, VHC o VHB. **Discusión:** Debido a que una alta proporción de los accidentes ocurren por una acción insegura del operador, es importante continuar reforzando las medidas de prevención, con capacitación permanentemente a los distintos estamentos. Se debe considerar al PS de los centros ambulatorios como de especial importancia en el riesgo de accidentabilidad.

P-47 Profilaxis anti-retroviral post-exposición laboral en la Red de Salud UC-CHRISTUS

Juanet Cristián, De la Cerda Gabriela, Ceballos M. Elena.

Hospital Clínico y Clínica UC-CHRISTUS. Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto. Escuela de Medicina.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: mceballos@med.puc.cl

Introducción: Durante los últimos años se han publicado modificaciones respecto a las recomendaciones de profilaxis para VIH post-exposición laboral, de forma de mejorar la tolerancia a los fármacos. Distintas instituciones nacionales ya han realizado estos cambios. **Objetivo:** Analizar las indicaciones de profilaxis anti-retroviral y la tolerancia a éstas antes y después de las modificaciones a la norma de profilaxis del año 2015 en la Red de Salud UC-CHRISTUS, indicadas post-exposición a accidentes laborales con fluidos corporales (ALFC) de riesgo para la transmisión de VIH. **Materiales y Métodos:** Se analizaron en forma retrospectiva los ALFC en el personal de la Red de Salud UC-CHRISTUS que se consideraron de riesgo de transmisión de VIH y que recibieron profilaxis entre enero de 2011 y mayo de 2016. **Resultados:** El total de ALFC fue de 1.178 casos. De éstos, se consideraron de riesgo de transmisión de VIH y recibieron profilaxis 114 (9,7%) accidentes/personal de salud (PS). A 79,8% del PS (91/114) se le indicó profilaxis con dos fármacos y a 19,3% con tres fármacos (22/114). Un PS (0,9%) recibió monoterapia con lamivudina. Dentro de los que recibieron dos fármacos, 86% (78/91) recibió zidovudina/lamivudina. De estos últimos, 10,3% (8/78) presentó anemia leve y ninguno requirió suspender la terapia por esta causa. Un 19,2% (15/78) sufrió malestar gastrointestinal, por lo que 6 personas (7,7%) requirieron cambiar la profilaxis a tenofovir/emtricitabina, con buena tolerancia. Un 13% (12/91) recibió como primera indicación biterapia con tenofovir/emtricitabina. De éstos, 58,3% (7/12) presentó molestias gastrointestinales leves; sin embargo, ninguno requirió suspensión de la profilaxis. No se observaron alteraciones de la función renal durante su uso. Solo un PS recibió esquema alternativo con lopinavir/ritonavir/raltegravir. Dentro de los PS a quienes se les indicó tres fármacos (22/114), 15 recibieron lopinavir/ritonavir como tercer fármaco (14 asociados a zidovudina/lamivudina y uno asociado a tenofovir/emtricitabina), 6 PS recibieron raltegravir (todos estos asociados a tenofovir/emtricitabina) y un PS recibió esquema alternativo con nevirapina. De los que recibieron lopinavir/ritonavir, 7 (47%) tuvieron mala tolerancia gastrointestinal, y 3 (20%) la suspendieron por esta causa. De los que recibieron raltegravir, sólo uno presentó molestias gastrointestinales de corta evolución que no requirió cambio de profilaxis. El 83% de las indicaciones de tenofovir/emtricitabina/raltegravir fueron indicadas después de noviembre de 2015. No se presentó ningún caso de seroconversión para VIH en los funcionarios durante el seguimiento a 6 meses. **Discusión:** Observamos que los nuevos esquemas de profilaxis son efectivos, mejor tolerados y muestran menos casos de suspensión que los esquemas convencionales. Nuestros datos avalan las recomendaciones internacionales y refuerzan los cambios realizados a la norma local.



P-48 Comparación epidemiológica, clínica y molecular en un brote de *Clostridium difficile*

Reyes Gastón.

Hospital Clínico Hermina Martín, Chillán.

E-mail: gastonrem@gmail.com

Introducción: En el año 2011 hubo un brote de infección por *Clostridium difficile* que afectó al Hospital de Urgencia “Alejandro del Río” de Santiago. Los aislados del brote enviados al ISP (electroforesis de campo pulsado) no permitieron concluir que la presencia del clon 001 (con estrecha relación genética al clon hipervirulento internacional, NAP1, ribotipo 027, delección de 18 nt gen tcdC) se asociara a una mayor morbi-mortalidad en los pacientes afectados. Nuestro hospital inició un brote de infección por *C. difficile* en agosto de 2014 en un módulo quirúrgico con un total de 68 casos, 52% hombres, 10 recurrencias y una mortalidad de cinco pacientes (dos de ellos como causa directa del deceso). **Objetivo:** Comparar la epidemiología, algunas variables clínicas y la morbi-mortalidad de los pacientes con infección por *C. difficile* según pulsotipo del aislado 001/no 001 (ISP). **Material y Método:** Se revisaron las fichas clínicas de 31 pacientes afectados durante el brote, cuyo pulsotipo pudo ser identificado por el ISP. Se determinaron las variables: género, edad, co-morbilidad, uso previo de antimicrobianos, uso de bloqueadores H2 o IBP, uso concomitante de antimicrobianos durante la diarrea (infección concomitante), laboratorio (leucocitos, PCR, creatinina), mortalidad a 30 días y alejada y recurrencia. Los pacientes se agruparon los según pulsotipo 001 (clon hipervirulento internacional) vs pulsotipo no 001 para poder determinar si el primer grupo se comportaba de manera más virulenta. **Resultados:** Se analizaron 31 pacientes (15 grupo pulsotipo 001, 16 grupo pulsotipo no 001). No hubo diferencias estadísticamente significativas en términos de edad, género, uso de IBP o BRH2, uso de antimicrobianos concomitante, morbi-mortalidad, tratamiento del episodio de diarrea por *C. difficile*, ni tampoco en mortalidad tardía. Sólo resultó significativo que los casos con clon 001 tuvieron mayor co-morbilidad de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 (co-existencia de ambas 53% vs 25% en no 001) y más episodios de recurrencia: 4 vs 1 en no 001. **Conclusión:** Durante el brote de *C. difficile* del año 2015 en nuestro hospital, la emergencia del clon hipervirulento internacional no se tradujo en un aumento del número de casos de diarrea por *C. difficile* complicados por shock séptico, megacolon tóxico, necesidad de colectomía total o muerte, dato que en Chile no había podido ser constatado hasta la fecha. Sólo se evidenció un aumento de las recurrencias en este grupo, lo cual, está relacionado con la persistencia de las esporas, tanto a nivel individual como en los servicios clínicos. Esto podría conferirle una ventaja adaptativa al nuevo clon “hipervirulento”, requiriendo estudiar los operones y señales involucradas en la activación de la esporogénesis de esta bacteria.



P-49 Utilidad de parámetros clínicos y de laboratorio básicos al ingreso, para identificar infección bacteriana seria en lactantes bajo 3 meses de edad hospitalizados por síndrome febril sin foco

Moya Macarena, Couble Bernardita, Suau Thelma, Gajardo Abraham, Fritis Anita, Roa Carolina, Valenzuela Romina, Piñera Cecilia.

Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Sur Universidad de Chile, Hospital Dr. Exequiel González Cortés (HEGC), Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM).

E-mail: mm.maca@gmail.com

Introducción: La fiebre es uno de los motivos de consulta más frecuentes en pediatría. El 20% de los pacientes se presentan como síndrome febril sin foco (SFSF), correspondiendo en su mayoría a infecciones virales y en menor frecuencia a infecciones bacterianas serias (IBS). En menores de 3 meses distinguir una infección viral de una IBS no es sencillo, ya que los síntomas son inespecíficos. Se han descrito *scores* que consideran elementos clínicos y de laboratorio para enfrentar un SFSF, sin embargo están orientados a identificar a niños con bajo riesgo de IBS. **Objetivo:** Identificar pacientes con alto riesgo de IBS, según la asociación entre alteración de parámetros clínicos: aspecto tóxico (AT), duración de la fiebre, y de laboratorio: (PCR, hemograma) al ingreso en menores de 3 meses con SFSF, y presencia de IBS probable o confirmada. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, incluyó 100 pacientes entre 4 y 90 días de vida, hospitalizados entre enero de 2014 y noviembre de 2015 en HEGC y HLCM con diagnóstico de SFSF. Los pacientes se manejaron según normas de cada centro, registrándose variables demográficas, clínicas y de laboratorio al ingreso, así como la presencia de IBS probable o confirmada durante la hospitalización. **Resultados:** De los pacientes reclutados 69% correspondieron a hombres, con una mediana de edad de 30,5 días. 33% de los pacientes egresó con diagnóstico de IBS probable o confirmada, dentro de las cuales fue más frecuente la infección del tracto urinario (77,8%). Para los parámetros clínicos y de laboratorio estudiados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar pacientes con IBS *versus* sin IBS: horas de fiebre total mediana 19 *versus* 18 h (p 0,98), AT 27,3% *versus* 19,4% (p 0,44), PCR alterada 30,3% *versus* 20,9% (p 0,33) y leucocitos alterados 36,4% *versus* 49% (p 0,28). La combinación de parámetros clínicos y de laboratorio mostró una sensibilidad del 27% y una especificidad del 90%, con un VPP de 60% y un VPN de 71%. **Conclusiones:** La evaluación clínica y de laboratorio son fundamentales al momento de decidir el manejo en pacientes menores de 3 meses con diagnóstico de SFSF. En la serie estudiada, si bien existe una asociación entre alteración de PCR, presencia de AT y mayor duración de la fiebre, y la presencia de IBS, ésta no es estadísticamente significativa. Esto respalda la necesidad de desarrollar estudios que permitan identificar nuevos marcadores para pesquisar pacientes que cursan con IBS.

P-50 *Clostridium difficile* y pie diabético ¿amputación inminente o desafío infectológico?

Salvador Francisco^{1,2}, Muñoz Maximiliano², Prieto Alfonso², Guerrero Carlos², Díaz Constanza², Zambrano Paula², Sáez Paula¹.

¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.

E-mail: dr.francisco.salvador@gmail.com

Introducción: Según la literatura científica hay muchos factores de riesgo relacionados con la infección por *Clostridium difficile*, entre ellos se describen el uso de antimicrobianos y padecer diabetes. Actualmente hay muy pocos estudios que se refieran sobre la infección y tratamiento de *C. difficile* en pacientes con pie diabético. **Objetivo:** Demostrar la eficacia de una alternativa terapéutica a la actual amputación, en pacientes portadores de pie diabético con una diarrea asociada a *C. difficile* (DACD). **Materiales y Método:** Revisión de la historia de pacientes con pie diabético Wagner 3 y 4 que durante su hospitalización en el HRA presentaron DACD y que rechazaron la opción de amputación infracondílea, obteniéndose datos de tiempo de tratamiento antimicrobiano previo y esquema de manejo posterior, además de exámenes de control. El diagnóstico de *C. difficile* se realizó mediante detección de toxinas A y B. **Resultados:** De la cohorte de pacientes (n: 82), tres de ellos fueron tratados por DACD, durante su hospitalización por pie diabético infectado. Previo a la DACD, al paciente A se le administró metronidazol y ceftriaxona por siete días, al paciente B ciprofloxacina + metronidazol cuatro días y la paciente C, ceftriaxona + clindamicina y meropenem por cuatro y seis días respectivamente. Al comenzar la DACD los tres pacientes se aislaron, se suspendieron los antimicrobianos, quedando sólo con metronidazol oral por 14 a 21 días con buena respuesta de su cuadro diarreico. Los dos primeros ingresaron al Policlínico con pie diabético infectado. El A con amputación transmetatarsiana y el B con amputación de orjeo mayor. El A se trató con ciprofloxacina y metronidazol oral por *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis* por 74 días y se sometió a 20 sesiones oxigenoterapia hiperbárica (OHB). El paciente B se dejó con metronidazol + cotrimoxazol por 42 días, por *Citrobacter freundii* y *Serratia marcescens*. Ambos se les realizaron curaciones avanzadas. La paciente C tuvo un flegmón extenso del pie, que requirió varios aseos quirúrgicos. Sólo tuvo cultivos de tejido positivos a *E. coli* no productora de BLEE, y se manejó con aseos y metronidazol por 84 días más 20 sesiones de OHB. Los tres pacientes evolucionaron en forma favorable, con recuperación completa de sus úlceras del pie y sin signos de osteomielitis residual. Adicionalmente a los tres pacientes se les indicó probióticos durante todo su tratamiento posterior a la DACD. **Conclusiones:** Al tener un paciente con pie diabético infectado que presenta un episodio de DACD es posible tratar tanto la infección del pie como el cuadro de diarrea por *C. difficile* a la vez, sin tener que llegar a tomar la decisión de la amputación de la extremidad, esto gracias a modificaciones de la terapia antimicrobiana. Además las sesiones de OHB y el uso de probióticos pueden contribuir al tratamiento de la DACD, teniendo un resultado beneficioso en los pacientes que fueron tratados de esta manera.



P-51 Caracterización clínica y microbiológica de episodios de neutropenia febril en pacientes oncológicos pediátricos

Penroz Jaqueline, Arancibia Nicole, Muñoz Tomás, Maturana Marcelo.

Hospital Clínico Regional Guillermo Grant Benavente, Concepción. Universidad de Concepción.

E-mail: nicoarancibia@gmail.com

Introducción: La neutropenia febril (NF) es una emergencia médica y causa importante de morbi-mortalidad en el paciente pediátrico con cáncer. Un adecuado conocimiento de la epidemiología y microbiología propia de cada institución es esencial para definir las pautas de manejo empírico. **Objetivo:** Describir y analizar los aspectos clínicos y microbiológicos de los episodios de NF en una unidad de Oncopediatría. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo de episodios de NF entre febrero de 2015 y mayo de 2016. Se utilizó el programa SPSS 15.0 para análisis estadístico. **Resultados:** Se analizaron 58 episodios de NF en 32 pacientes (1,8 episodios por paciente; rango 1-7). 77% género masculino. Diagnósticos más frecuentes: leucemia linfoblástica aguda (69%) y leucemia mieloblástica aguda (13,8%). Un 77,5% de episodios fueron de alto riesgo. En 48,2% no se encontró foco clínico y en 32,7% hubo foco respiratorio. Parámetros hematológicos iniciales: Medianas de leucocito: 650/mm³ (10-4.740), RAN: 50/mm³ (0-600), RAL 660/mm³ (120-4.360), RAM 50/mm³ (0-1.220) y plaquetas 31.000/mm³ (1.000-392.000). Exámenes iniciales promedio: PCR: 50,3 mg/L y procalcitonina (PCT): 0,9 ng/ml. Los antimicrobianos iniciales más indicados fueron ceftazidima (n: 44) y vancomicina (n: 43), amikacina (n: 15) y ceftraxona (n: 12). Las razones más frecuentes para realizar un primer cambio al esquema antimicrobiano fueron: estabilidad clínica (n: 14), ajuste según antibiograma (n: 13) y fiebre persistente (n: 11). Antivirales y antifúngicos se utilizaron en 15 NF (25,8%) y 10 NF (17,2%), respectivamente. El hemocultivo (HC) periférico de ingreso fue positivo en 10/58 (17,2%) episodios: *Staphylococcus* coagulasa negativa (SCN) en 3/10, bacilos gramnegativos (BGN) en 4/10. HC central de ingreso positivo en 11/43 (25,5%): SCN en 7/11 y BGN en 3/11. Un 22,8% de los urocultivos resultaron positivos. Estadía hospitalaria promedio 11,46 días (4-48) y tiempo promedio de recuperación de RAN fue 11 días. Tres pacientes ingresaron a UCIP. No hubo mortalidad en este grupo. Asociaciones significativas: menor edad con mayor estadía hospitalaria (p: 0,003) y con más días en recuperar el RAN (p: 0,05); fiebre > 39°C al ingreso se correlaciona con PCT más alta (p < 0,0001), y con más días en recuperar RAN (p: 0,001); a mayor PCT de ingreso, más días en recuperar RAN (p < 0,001) y mayor estadía en UCIP (p < 0,0001). **Conclusiones:** La NF es una complicación frecuente en pacientes oncológicos pediátricos y la mayoría de los episodios de NF cumple criterios de alto riesgo en el grupo estudiado. Llama la atención el gran predominio de género masculino en esta serie. La identificación bacteriológica fue concordante con lo publicado, con predominio de SCN sobre BGN. La PCT de ingreso puede ser útil como factor pronóstico, aunque se necesita un estudio más amplio para su validación.

P-52 Prescripción de antimicrobianos en faringitis aguda con test rápido negativo para *Streptococcus pyogenes* en un Servicio de Urgencia privado

Blamey Rodrigo, Izquierdo Giannina, Sanhueza Camila, Cabezas Catalina, Chomalí May, Hervé Bèatrice.

Clínica Las Condes.

E-mail: rblamey@clc.cl

Introducción: El uso abusivo de antimicrobianos es un fenómeno multifactorial y se describe principalmente en pacientes con infecciones respiratorias altas, dado que la mayoría son de etiología viral. La faringitis aguda es una de las principales causas de consulta en Servicios de Urgencia y para evitar el uso innecesario de antimicrobianos, se recomienda usar variables clínicas y test rápidos para *Streptococcus pyogenes*, que sólo causa 10 a 15% de los casos en adultos y entre 20 y 30% en niños. **Objetivo:** Analizar la indicación de antimicrobianos en pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia con faringitis aguda, estudiados con test rápido para *S. pyogenes* y cuyo resultado fue negativo. **Método:** Se revisaron todos los pacientes evaluados en el Servicio de Urgencia y estudiados con test rápido para *S. pyogenes* durante 7 días. Se analizó la indicación de antimicrobianos en aquellos con resultado negativo, separados en población pediátrica y adulta. **Resultados:** 297 pacientes fueron estudiados con test rápido para *S. pyogenes*, de los cuales 184 fueron negativos. De éstos, 136 eran niños y 48 eran adultos. Se indicó antimicrobianos en 8,8% (n: 12) de los niños y en 22,9% (n: 11) de los adultos (p: 0,01). **Conclusiones:** Aun cuando la indicación de antimicrobianos en faringitis con test rápido negativo para *S. pyogenes* fue menor a lo reportado en la literatura médica, es posible optimizar su uso principalmente en adultos atendidos en este Servicio de Urgencia. La disponibilidad de test rápidos para diagnóstico microbiológico en faringitis aguda es una herramienta útil para evitar la indicación abusiva de antimicrobianos.



P-53 Niveles de carga viral de virus papiloma humano en mujeres chilenas con lesiones intraepiteliales de bajo y alto riesgo carcinogénico

Balanda Monserrat, Vergara Nicolás, San Martín Héctor, Ramírez Eugenio.

Sección Virus Oncogénicos, Subdepartamento Enfermedades Virales, Instituto de Salud Pública de Chile.

E-mail: mbalanda@ispch.cl

Introducción: Virus papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en el mundo. Los diferentes VPH que afectan la zona anogenital se dividen en dos grupos: bajo (BR) y alto riesgo (AR) carcinogénico. La infección con VPH-AR ha sido detectada en más de 99,7% de los casos de cáncer cérvico-uterino. Este cáncer ocupa el sexto lugar dentro de las neoplasias malignas femeninas, produciendo alrededor de 600 muertes al año en Chile. **Objetivos:** En la actualidad no se dispone de biomarcadores adecuados para estimar el pronóstico de la infección viral en los pacientes. En este trabajo se evaluó la utilidad de la carga viral como marcador de progreso de la infección en mujeres infectadas con VPH-16. **Material y Método:** El estudio se realizó con muestras cervicales de 60 mujeres en control ginecológico en el Hospital San Juan de Dios. Todas las pacientes presentaban un examen citológico alterado: 40 estaban infectadas con VPH-16 y 20 fueron no infectadas. En todas las muestras se cuantificó la carga de ADN viral de los genes L1 y E7 mediante PCR en tiempo real. **Resultados:** 28,3%, 18,3% y 53,3% de las pacientes presentaron lesiones NIE I, NIE II y NIE III; respectivamente. En las pacientes infectadas con VPH-16 se determinó una mediana de la carga viral de L1 en lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIBG) 1,4 veces mayor en comparación con la obtenida en las lesiones intraepiteliales de alto grado (LIAG). La carga viral del gen E7 en LIBG fue 1,5 veces mayor en comparación con LIAG. Además, los niveles de ambos genes en los diferentes grados de lesión mostraron una correlación lineal positiva. **Conclusiones:** Estos resultados muestran que en LIBG existe una mayor carga viral en comparación con aquellas con lesiones LIAG.

P-54 Estudio molecular de prevalencia de virus papiloma humano, en funcionarias del Hospital Dr. Lucio Córdova

Ortúzar Matías, Riffo Carlos, Mollo Juan, Montecinos Luisa, Fredes Daniela, Acevedo William, Poblete Haydee.

Laboratorio de Microbiología y Medicina Molecular, Hospital Dr. Lucio Córdova.

E-mail: haydee.poblete@redsalud.gob.cl

Introducción: El virus papiloma humano (VPH) es considerado como el principal agente causal del cáncer cérvico-uterino en mujeres. Actualmente el diagnóstico se realiza por análisis de células del epitelio del cuello uterino (PAP), técnica que depende de la calidad de la muestra y es operador dependiente. El programa nacional considera la realización del PAP cada tres años a las mujeres entre 25 a 64 años, que no presenten sintomatología durante ese período de tiempo. Estudios del año 2015 demostraron una baja en la adherencia a este tamizaje, pasando de 67,7% el año 2008, a 59% el 2011. Si este descenso se mantiene, la presencia de cáncer cérvico-uterino aumentará, considerando que es la segunda causa de muerte en mujeres entre los 25 y 44 años en Chile. Hoy en día, la metodología de amplificación del genoma de VPH, ha permitido hacer un diagnóstico certero y objetivo de la presencia del virus, detectando en un único análisis 14 genotipos de VPH de alto riesgo, identificando específicamente los genotipos VPH 16, VPH 18 y un pool de genotipos (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68). **Objetivo:** Realizar un estudio de prevalencia de virus papiloma, por técnica de RPC en mujeres, funcionarias del centro hospitalario Hospital Dr. Lucio Córdova y determinar la prevalencia de VPH en este grupo de mujeres y caracterizar molecularmente el genotipo de VPH presente en esta población. **Materiales y Método:** Se realizó una toma de muestra de células de cuello uterino en funcionarias del Hospital Lucio Córdova y se analizara mediante la técnica de RPC con el kit Cobas HPV test en equipo Cobas 4800 de Roche. **Resultados:** Se realizaron 44 determinaciones de RPC-VPH a mujeres, con un rango etario de 23 a 61 años, 9 de las cuales fueron positivas (20%), detectándose: VPH16 (una persona, 11%), VPH18+VPH del pool de alto riesgo (una persona, 11%) y VPH del pool de alto riesgo (7 personas, 78%). La encuesta realizada arrojó que de las 44 funcionarias analizadas, 7 (16%), no se realizaba el PAP regularmente, además de las pacientes VPH positivo, todas presentaron resultados negativos en el PAP. **Conclusión:** De la población estudiada 20% presentó positividad para algún genotipo del virus, con resultado negativo de PAP. Considerando la poca adherencia a realizar el examen citológico, en conjunto con la alta sensibilidad, especificidad y objetividad del resultado de la RPC-HPV, en Chile, esta técnica debería implementarse como prueba de diagnóstico por el hecho de detectar precozmente la presencia del genoma viral, permite mantener un seguimiento más acotado de las pacientes, para proceder lo antes posible con el tratamiento adecuado. En caso de no detectar genoma viral, libera a la paciente de al menos cinco años de tamizaje.



P-55 Presencia de bacterias atípicas como causa de infección respiratoria en lactantes bajo tres meses de edad internados en el Hospital de Niños Roberto del Río, 2015-2016

Fernanda Cofré, Pascale Clement.

Hospital de Niños Roberto del Río.

E-mail: fcofre@yahoo.com

Introducción: *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis* y *Ureaplasma* spp. son bacterias que colonizan e infectan el canal vaginal siendo capaces de infectar al RN y generar conjuntivitis y neumonía neonatal. Los recién nacidos tienen 60-70% de probabilidad de infectarse durante el paso por el canal del parto. La infección perinatal provoca una colonización de la faringe, el recto y la vagina de los recién nacidos y cerca de 30-50% de estos niños desarrollarán conjuntivitis y 10-20%, neumonía. La incidencia de la infección en el niño refleja indirectamente una infección materna durante el embarazo. **Objetivo:** Describir la presencia de bacterias atípicas en lactantes bajo 3 meses de edad, hospitalizados por infección respiratoria mediante la introducción de la biología molecular como herramienta diagnóstica. **Método:** Mediante RPC múltiple para patógenos de transmisión sexual, se estudió un total de 98 muestras el año 2015 y 40 muestras el período enero-junio 2016, de pacientes bajo 3 meses de edad, hospitalizados por conjuntivitis muco-purulenta y/o neumonía intersticial afebril. **Resultados:** 26 (18,8%) de las muestras fueron de secreción ocular y 112 (81,1%) de aspirado nasofaríngeo (ANF). El promedio de edad de los pacientes fue de 1,8 meses; 32% de sexo masculino. En las muestras de secreción ocular se identificó 1 (3,8%) *N. gonorrhoeae*, 12 (46,1%) *C. trachomatis*, 1 (3,8%) *M. hominis* y 1 (3,8%) *Ureaplasma* spp. En las muestras de ANF se identificó 16 (14,2%) *C. trachomatis*, 1 (0,8%) *M. hominis* y 6 (5,3%) *Ureaplasma* spp. **Conclusiones:** *C. trachomatis* tiene un rol etiológico significativo en lactantes bajo 3 meses de edad, hospitalizados por conjuntivitis purulenta (46%) y por neumonía intersticial afebril (14%). Dado que la infección del lactante es indicadora de infección materna, debieran optimizarse los esfuerzos para su estudio etiológico y tratamiento no sólo al RN sino a la madre y su pareja sexual.

P-56 Micobacteriosis en pacientes con infección por VIH/SIDA del Hospital San Juan de Dios de Santiago, 2014-2016

Aravena Luis, Alarcón Catalina, Gutiérrez Catalina, Rivera Karina, Valdebenito Soledad, Bello Angélica, Chanqueo Leonardo.

Hospital San Juan de Dios de Santiago.

E-mail: luis.aravenaesposito@gmail.com

Introducción: La infección por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) actualmente afecta a casi un tercio de la población mundial. De los pacientes con infección por VIH/SIDA al menos 1/3 está infectado con MTB, 8 a 10% desarrollan enfermedad clínica cada año y el riesgo de tuberculosis (TBC) es de 26 a 31 veces mayor que la población general. Dado el estado inmunológico de la población VIH/SIDA, estos pacientes presentan una mayor prevalencia de infecciones extrapulmonares y por otras micobacterias atípicas, como *Mycobacterium avium* complex (MAC). **Objetivos:** Describir los casos de micobacteriosis diagnosticados desde 2014 a 2016 en población adulta con VIH/SIDA en el HSJD. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo que utilizó la base electrónica de datos del programa de VIH/SIDA de la Unidad de Infectología y el registro de los casos de TBC del Laboratorio Clínico del HSJD, que incluye todas las muestras provenientes del área occidente de Santiago desde 2014 hasta junio de 2016. **Resultados:** Durante el período estudiado, hubo 165 pacientes con diagnóstico de infección por micobacterias en 2014; 123 en 2015 y 72 durante el primer semestre de 2016. En 2014 se detectaron 24 pacientes con co-infección VIH y micobacterias (14,5%), de ellos, 54% corresponde a MTB pulmonar, 25% MTB extrapulmonar y 21% MAC. En 2015 se diagnosticaron 28 pacientes co-infectados (22,7%), 61% MTB pulmonar, 29% MTB extrapulmonar y 10% MAC. En 2016, 22 co-infectados (31%), 77% MTB pulmonar, 14% MTB extrapulmonar y 5% MAC. **Conclusiones:** En nuestro hospital, la co-infección por micobacterias en población VIH/SIDA presenta una alta prevalencia en comparación con lo reportado en la literatura médica internacional. Predomina el compromiso respiratorio por MTB en más de 50% de los casos, y destaca el importante aislamiento de MAC. Es alarmante el claro aumento de la prevalencia de infecciones por micobacterias en nuestra población con VIH/SIDA. Esto trae consigo nuevos desafíos para mejorar el diagnóstico y manejo de contactos para evitar la diseminación de la infección en la población.



P-57 Caracterización de la peritonitis asociada a peritoneo-díalisis en niños en el Hospital de Niños Roberto del Río, 2011-2016

Castillo Camila, Contardo M. Verónica, Castro Sebastián, Selman Cathia, Lazcano Andrea.

Hospital de Niños Roberto del Río.

E-mail: vcontardo@gmail.com

Introducción: La peritonitis es la causa más importante de morbilidad en pacientes pediátricos que reciben peritoneo-díalisis (PD). La principal causa son bacterias grampositivas. No hay reportes actuales en Chile sobre la incidencia ni etiología de peritonitis asociada a PD en niños. **Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio fue conocer la frecuencia de la peritonitis asociada a PD y realizar una caracterización clínico-microbiológica de los pacientes hospitalizados por esta causa en nuestro hospital. **Método:** Estudio retrospectivo descriptivo de los episodios de peritonitis asociadas a PD de pacientes internados en Hospital Roberto del Río (HRRío) entre enero de 2011 y junio de 2016, mediante revisión de fichas clínicas. **Resultados:** En el HRRío se atienden entre 13 a 17 pacientes en PD por año. Entre 20 y 46% de los pacientes fueron hospitalizados anualmente por peritonitis asociadas a PD (40 episodios en 5 años, en un total de 14 pacientes). Todos los pacientes presentaron dolor abdominal, 44% cursó con vómitos y 66% con fiebre. Un 46% presentó leucocitosis y la mediana de PCR fue de 91 mg/L (0,3-275 mg/L). Un 40% de los episodios (16) tuvieron cultivo negativo, 30% (12) fueron causados por cóceas grampositivas, 15% (6) por bacilos gramnegativos y el mismo número por hongos. El patógeno más frecuente fue *Staphylococcus aureus* en 6 episodios (15%), todos sensibles a meticilina, seguidos por *Candida* spp. en 6 episodios (15%). Se utilizaron múltiples esquemas de tratamiento antimicrobiano empírico. El más utilizado fue cefazolina + amikacina en 15 episodios (37%). Cinco episodios (12%) presentaron resistencia a la antibioterapia empírica utilizada. Ningún paciente falleció durante la hospitalización. **Conclusión:** La peritonitis asociada a PD es una patología frecuente en nuestro centro, principalmente debida a *S. aureus* sensible a meticilina. Considerando las etiologías presentadas, creemos que el tratamiento antibacteriano empírico con cefazolina + amikacina sigue siendo adecuado. Llama la atención la alta frecuencia de infecciones fúngicas encontradas.

P-58 Primera serie de casos de pacientes con remodelación ósea tratados por osteomielitis en pie diabético

Guerrero Carlos, Salvador Francisco, Prieto Alfonso, Muñoz Maximiliano, Díaz Constanza, Zambrano Paula, Sáez Paula.

Hospital Regional de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.

E-mail: dr.francisco.salvador@gmail.com

Introducción: La osteomielitis es una patología que obliga a adoptar como conducta la resección amplia y/o amputación del segmento afectado para su resolución definitiva, dejando secuelas funcionales, las que afecta directamente a la calidad de vida de los pacientes. Por tal motivo, es imperante buscar alternativas terapéuticas, que permitan no tan sólo la resolución de la osteomielitis, sino que también, los pacientes sean capaces de conservar sus extremidades. Por otro lado, la remodelación ósea en el esqueleto adulto ocurre en las superficies perióstica y endóstica del hueso, gracias a la suma de los procesos de deposición ósea y su reabsorción. **Objetivo:** Demostrar con una serie de casos, que la remodelación ósea en un hueso osteomielítico es posible, gracias al manejo integral del pie diabético, con base en la terapia antimicrobiana dirigida, proponiendo de esta manera una alternativa terapéutica conservadora a la actual conducta quirúrgica de la osteomielitis, en pacientes con pie diabético. **Material y Método:** Serie de siete pacientes diagnosticados con osteomielitis bajo criterio radiológico y microbiológico, con un promedio de 58 años de edad (DS = 9,69), con presencia de diabetes mellitus tipo 2, neuropatía diabética y enfermedad arterial oclusiva. El tratamiento conservador consistió en desbridamiento, osteotomía conservadora, aseos quirúrgicos seriados, manejo intensivo de glicemias y factores de riesgo cardiovascular, todo esto, asociado al uso de antimicrobianos según antibiograma, por más de seis semanas. **Resultados:** Tras el manejo conservador, la totalidad de los pacientes obtuvieron una resolución completa de las lesiones, con una evolución positiva en un período de cinco meses de tratamiento promedio (DS = 5,11) bajo terapia antimicrobiana dirigida, según antibiograma. Los pacientes quedaron fuera de peligro de amputación y lograron conservar sus extremidades. Las radiografías de seguimiento en los pacientes demostraron remodelación ósea de los segmentos óseos afectados por la osteomielitis, en las cuales hubo remodelación de las corticales y de hueso esponjoso, quedando radiográficamente semejante a un hueso normal. **Conclusiones:** Se plantea la hipótesis de una posible alternativa al tratamiento actual de la osteomielitis en pie diabético, puesto que la amputación es la única alternativa en estos pacientes y que en casos de alta complejidad se puede llegar a perder la extremidad. Se propone un manejo agresivo pero conservador en las extremidades inferiores, que permita no tan sólo la recuperación, sino que también, una remodelación ósea, adecuada y funcional, siendo una opción válida para los pacientes que no deseen la amputación como alternativa de tratamiento, ya sea mayor o menor.



P-59 Caracterización clínico-patológica del cuello uterino y detección del virus papiloma humano en estudiantes universitarias en la Región de la Araucanía

Melo Angélica, Liempi Sandra, Moreno Sergio, Vásquez Ana M., Guzmán Pablo, Ossa Ximena, Fonseca-Salamanca Flery.

Universidad de La Frontera, Facultad de Medicina.

E-mail: angelica.melo@ufrontera.cl

Introducción: Los procesos inflamatorios del cuello uterino (CU) son principalmente infecciosos participando microorganismos que pueden alterar la salud reproductiva y sexual de las jóvenes. La inspección clínica, junto con el Papanicolaou (Pap), pueden evidenciar lesiones con distinta etiopatogenia y comportamiento biológico. El virus papiloma humano (VPH) implicado en la etiopatogenia del cáncer cérvico-uterino, es una infección de transmisión sexual con una alta frecuencia entre las jóvenes. **Objetivo:** Caracterizar clínicamente el CU durante la toma de muestra y asociarla con el Pap y la detección de VPH en las mujeres universitarias de la región. **Material y Método:** Participaron 178 jóvenes menores de 25 años, voluntarias, sexualmente activas, sin síntomas, previo consentimiento informado. Se realizó observación clínica y toma de muestra mediante un cepillado (*citobrush*) del exo-endocervix para el Pap. El *citobrush* se trasladó al laboratorio para la detección del VPH mediante reacción en cadena de la polimerasa anidada (RPCa). Las observaciones clínicas fueron registradas en formulario adjunto al frotis. **Resultados:** Las jóvenes tenían entre 18-24 años y < 1-8 años de vida sexual activa. Se analizaron 170 casos quedando fuera 8 casos que presentaron una muestra inadecuada o frotis menos que óptimo. Al examen clínico, se observó un CU inflamatorio y/o hemorrágico en 30,6% de las jóvenes y de ellas 50% presentó un Pap alterado. Del total de Pap; 46,5% (79/170) presentó algún grado de alteración: inflamación inespecífica (n = 38), hemorrágico (n = 10), inflamación por *Candida* spp. o herpes simplex (n = 5), signos por VPH (n = 6), frotis atípico (n = 18) y neoplasia intraepitelial grado I (NIE I n = 3). Se detectó 34%, (58/170) de jóvenes VPH positivas. Los Pap alterados en este grupo fueron: inflamatorio o hemorrágico (n = 15), con signos de VPH (n = 5), frotis atípico (n = 11), NIE I (n = 2) y Pap normal (n = 25). **Conclusiones:** A pesar que la frecuencia de VPH fue similar a lo descrito en otras investigaciones, pudiera estar influenciada por la alta presencia de CU inflamados o hemorrágicos, tanto a la inspección clínica como en las observaciones asociadas al Pap, lo cual alerta sobre la vulnerabilidad que tienen estas jóvenes de contraer el VPH principalmente por la forma de infección que presenta este virus. El estudio identificó un grupo que presentó un diagnóstico de Pap atípicos y NIE I, estos resultados apoyan la importancia de realizar campañas universitarias de toma de Pap y consejería en este grupo etario.

P-60 Importancia clínica de los hemocultivos con *Staphylococcus* coagulasa negativa en pacientes adultos hospitalizados en una Unidad de Paciente Crítico

Alejandra Céspedes, Bravo Felipe, Sotomayor Celine, Chanqueo Leonardo.

Laboratorio Clínico Hospital San Juan de Dios, Unidad de Paciente Crítico Hospital San Juan de Dios, Escuela de Medicina Occidente Universidad de Chile.

E-mail: acespedes.lacombe@gmail.com

Introducción: El aislamiento de *Staphylococcus* coagulasa negativa (SCN) en hemocultivos es frecuente, y su interpretación clínica -definir la presencia de infecciones de torrente sanguíneo (ITS) o contaminación- es difícil en el paciente crítico. **Objetivo:** Describir las características clínicas y microbiológicas de los hemocultivos con *Staphylococcus* coagulasa negativa en una unidad de paciente crítico (UPC) de adultos de un hospital público universitario de Santiago. **Material y Método:** Se revisaron retrospectivamente desde enero de 2014 a diciembre de 2015 todos los hemocultivos positivos con SCN. Se registraron características clínicas de los pacientes en relación al momento de la toma de hemocultivos (edad, días de hospitalización, frecuencia cardíaca, temperatura corporal, presión arterial, leucocitosis, proteína C reactiva (PCR), presencia de dispositivos vasculares centrales, uso de antimicrobianos, diagnóstico clínico de sepsis), posterior al resultado de éstos: foco infeccioso, uso de vancomicina, retiro de catéter venoso central (CVC), y características microbiológicas: tiempo de positividad, susceptibilidad a meticilina y vancomicina. **Resultados:** Se encontraron 52 hemocultivos positivos para SCN, en 32 pacientes. En todas las series se tomaron dos hemocultivos periféricos y en 25 pacientes se tomó un hemocultivo central. Características promedio al momento de la toma de hemocultivos: edad 48,6 años; 15 días hospitalización; T° 37,8°C; frecuencia cardíaca 96 por min; PA 134/66 mm; leucocitos 11.275/mm³; PCR 140 mg/L; 53% con requerimientos de aminas vasoactivas, 93% en ventilación mecánica invasora, y 96% con CVC. Se diagnosticaron 21 pacientes con sepsis (65%), 12 infecciones de origen respiratorio (37,5%) y 9 ITS (28%). Se realizó cambio de antimicrobianos e inicio de vancomicina en 62,5% de los pacientes, con 5,4 días promedio. En 20 pacientes (32,3%) se retiró el CVC. El tiempo de positividad promedio fue de 26,6 h. El 80% de los aislados fueron resistentes a meticilina. Se determinó CIM de vancomicina en 25 cepas, con un rango de 0,25 a 3 ug/ml; de las cuales 12 (48%) presentaron CIM < 2. En 21 pacientes hubo sólo un hemocultivo positivo, y 11 tuvieron dos ó tres hemocultivos positivos; ambos grupos con similares valores en días hospitalización, signos vitales, leucocitosis y PCR. Tres de los 11 pacientes con más de un hemocultivo positivo presentaron aislados con diferentes susceptibilidades. Del primer grupo, el tiempo de positividad fue 29,5 ± 12,3 h; en 14,3% se retiró CVC y 57% (12 pacientes) recibió vancomicina por 4,2 ± 3,4 días. No hubo diagnóstico de ITS. En los pacientes con más de un hemocultivo positivo, el tiempo de positividad fue 21,9 ± 8,3 h; en 63% se retiró CVC y 81,8% (9 pacientes) recibió vancomicina por 11,5 ± 7,1 días. En este grupo, 9 pacientes se diagnosticaron como ITS. **Conclusiones:** Los resultados sugieren que el número de hemocultivos positivos para SCN y el tiempo de positividad, y no las condiciones clínicas a la toma del cultivo, pueden ser importantes para definir el diagnóstico de ITS. Se requieren estudios con número mayor de pacientes para determinar y comparar factores que pudieran incidir en la decisión terapéutica.



P-61 Gestión de vacunas especiales para pacientes crónicos. Experiencia del Hospital de Niños Doctor Exequiel González Cortés

Alvarado Sylvina, Villena Rodolfo, Payá Ernesto.

Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

E-mail: sylvina.alvarado.fick@gmail.com

Introducción: Los pacientes crónicos pediátricos son un grupo dentro de los usuarios del sistema de salud pública. Muchas de estas patologías afectan la respuesta inmune a vacunas, por lo que se requieren esquemas reforzados y/o complementarios de vacunas para su mejor protección. El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), provee vacunas complementarias mediante la solicitud de vacunas especiales para estos pacientes. **Objetivo:** Describir clínica y demográficamente a la población pediátrica beneficiada por gestión de solicitud de vacunas especiales al PNI del MINSAL. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo del período marzo de 2015-junio de 2016 de la población atendida en el HEGC que requirió esquemas de vacunas especiales. Se analizó la base de datos de solicitudes de esquemas de vacunas y los datos se recogieron en planilla Excel y se analizaron en STATA 14. **Resultados:** En el período señalado, se gestionaron 228 esquemas de vacunas para 206 pacientes, habiéndose administrado un total de 183 dosis. Las edades de los pacientes se encuentran entre 2 meses y 19 años y del total de esquemas solicitados, 98,2% (n: 224) fue autorizado. Entre las vacunas gestionadas se encuentran hepatitis A, hepatitis B, neumocócica conjugada 13v y polisacárida 23v, vacuna DTPa/Hib/HB/VPI, papiloma humano tetravalente, meningocócica conjugada con TT tetravalente, que por calendario PNI no les correspondía. Las especialidades según el origen de solicitud fueron infectología (50,1%, n: 111), broncopulmonar (17,2%, n: 38), inmuno-reumatología (15%, n: 33), hospitalizados (10,4%, n: 23), oncología (5,9%, n: 13) y otras especialidades (1,4%, n: 3). De 202 pacientes con diagnóstico registrado, los principales fueron: hijo de madre o padre con infección por VIH 17% (n: 35), artritis idiopática juvenil 10,7% (n: 22), inmunodeficiencias secundarias no oncológicas 10,4% (n: 21), candidato a trasplante de órgano sólido 9,9% (n: 20), inmunodeficiencias primarias 9,9% (n: 20), daño pulmonar crónico 9,4% (n: 19), leucemias y linfomas 3,5% (n: 7) y causas misceláneas 28,7% (n: 58). **Conclusión:** La gestión de vacunas especiales desde los centros de salud al MINSAL para pacientes crónicos requiere de un trabajo multidisciplinario para diseñar y mejorar estrategias que otorguen coberturas adecuadas en esta población más vulnerable a infecciones inmunoprevenibles. La promoción de directrices ministeriales para esquemas especiales de vacunas es una necesidad, de manera que todos aquellos profesionales encargados de indicar vacunas a los pacientes de riesgo cuenten con esquemas aprobados y respaldados, que aceleren el flujograma y el objetivo principal que es proteger al individuo y así también a la comunidad.

P-62 Aves sinantrópicas: aportando evidencia sobre su rol como vectores de organismos patógenos

Llanos Jenny, Aravena Carmen, Constenla Rodrigo.

Laboratorio de Bacteriología. Departamento de Preclínicas. Escuela de Medicina-Universidad de Valparaíso.

E-mail: jenny.llanos@uv.cl

Introducción: Los animales sinantrópicos se caracterizan por habitar ambientes modificados e influenciados por la actividad humana. La adaptación de estos organismos al hábitat urbano, conlleva muchas veces la presencia constante de sus fecas en lugares públicos y privados. Si consideramos que muchos de estos organismos son vectores de enfermedades causadas por microorganismos y parásitos, la relación entre estos animales y el hombre puede transformarse en un problema de salud pública. Motivados por estos antecedentes, en este estudio nos planteamos como **Objetivo:** Identificar bacterias patógenas presentes en fecas de aves, colectadas desde plazas y zonas costeras de la Región de Valparaíso (Chile). **Material y Métodos:** De agosto de 2013 a enero de 2014 se colectaron fecas de aves presentes en el ambiente. Los puntos de muestreo se seleccionaron considerando: i) la abundancia de aves en plazas y caletas de pescadores y ii) que las fecas estuvieran cotidianamente en contacto con la población. Según esto se determinaron ocho puntos de estudio. Cada uno fue muestreado en cuatro oportunidades. Este trabajo es parte de un proyecto cuyo objetivo primordial era identificar bacterias patógenas del género *Salmonella*, por ello las muestras se analizaron de acuerdo al Instructivo Técnico para la detección de *Salmonella* sp. móviles en fecas. Método tradicional ISO 6579: 2002/Amd 1 (E), (Servicio Agrícola Ganadero, Gobierno de Chile). Este protocolo fue levemente modificado para obtener el recuento de unidades formadoras de colonias totales y de *Salmonella* por gramo de fecas. Se aislaron 38 colonias formadas por bacilos Gram negativos, los cuales fueron caracterizados mediante una batería de pruebas bioquímicas y la galería API 20E. Para detectar la presencia de *Salmonella* sp, se usó RPC para detectar el gen *invA*. **Resultados:** Del total de aislados, 27 presumiblemente pertenecen al género *Salmonella*, según crecimiento en medios selectivos. Tres de ellos provenientes de fecas tanto de palomas como de gaviotas, fueron identificados como *S. enterica*. Para cuatro aislados los resultados en API 20E dan 99,9% de identidad con *Proteus mirabilis*, un patógeno oportunista. Con porcentajes de concordancia menores (70-80%), se identificó *Citrobacter* y *Enterobacter* (cinco y cuatro aislados, respectivamente), ambos géneros con especies patógenas para el hombre. Estos diversos aislados proceden de fecas tanto de palomas como de gaviotas y pelícanos. Estos resultados están en vías de confirmación. **Conclusiones:** Las fecas de animales expuestas en lugares públicos, representan un riesgo para la salud pues presentan bacterias patógenas y entre los patógenos se identificó *Salmonella enterica*, *Proteus mirabilis* y presumiblemente bacterias de los géneros *Citrobacter* y *Enterobacter*.



P-63 *Kocuria kristinae* y su rol en la osteomielitis en pie diabético: ¿contaminante o concomitante?

Salvador Francisco^{1,2}, Díaz Constanza², Prieto Alfonso², Guerrero Carlos², Muñoz Maximiliano², Zambrano Paula².

¹Hospital Regional de Antofagasta. ²Facultad de Medicina y Odontología Universidad de Antofagasta.

E-mail: dr.francisco.salvador@gmail.com

Introducción: *Kocuria kristinae* es una cocácea grampositiva, anaerobia facultativa, perteneciente a la familia *Micrococcaceae*. *Kocuria* spp. son ubicuas y se distribuyen en el medio ambiente y en la microbiota cutánea, mucosas y orofaringe de los seres humanos. Antes no era considerada como patógeno primario pero actualmente han existido reportes de casos de infecciones por *K. kristinae* en bacteriemias en pacientes hospitalizados con catéter venoso central, endocarditis, peritonitis relacionada con diálisis peritoneal, etc., como agente aislado o asociado a otras bacterias. No existe reporte en la literatura médica de este agente en relación a osteomielitis en pie diabético. **Objetivo:** Exponer una serie de casos donde se reporta por primera vez *K. kristinae*, como agente aislado o asociado a otras bacterias, en osteomielitis en pie diabético, planteándose su rol patogénico primario o concomitante en esta patología. **Material y Métodos:** estudio retrospectivo con 82 pacientes con diagnóstico de pie diabético, con clasificación de Wagner 3 o 4 tratados entre marzo de 2015 y julio de 2016, en el Hospital Regional de Antofagasta. La identificación de los microorganismos (MO) se realizó por sistema automatizado Vitek® 2. **Resultados:** Del total de pacientes estudiados (n: 82) se obtuvo cultivo óseo positivo en 66 de estos. El 14% de ellos (n: 9) presentaron *K. kristinae* en cultivo. De éstas, 89% (8) estuvo asociada a otros MO. Del total de pacientes, 89% corresponde a hombres y 11% a mujeres, con una media de edad de 61 años. En cuanto a la clasificación de Wagner, 56% presentó diagnóstico de Wagner 3 y 46% restante Wagner 4. En relación a las asociaciones microbianas de la serie estudiada (n: 9) *K. kristinae* estuvo en asociada en tres casos (33,3%) a *Staphylococcus aureus* y en tres casos (33,3%) a *Enterococcus faecalis*. Asimismo en 1/3 de los casos *S. aureus* se asoció a *Escherichia coli* mientras que 1/3 de los aislados de *Enterococcus faecalis* estuvo asociado a *Proteus mirabilis*. En un caso (11%) *K. kristinae* se asoció a *Morganella morganii* y *Serratia marcescens*, en otro (11%) sólo a *Pseudomonas aeruginosa* y en el caso restante (11%) *K. kristinae* no se asoció a otro MO, siendo única responsable de la osteomielitis. **Conclusiones:** Existe escasa literatura científica acerca de *Kocuria* spp, muy pocos reportes de casos en infecciones en el ser humano y no existen en relación a pacientes con osteomielitis en pie diabético. Debido a que el rol patógeno de *K. kristinae* está cuestionado, es de importancia informar adecuadamente su presencia, ya que no se puede descartar su patogenicidad asumiéndolo como contaminante, sino que merece plantearse la posibilidad de su rol como agente concomitante dentro de la biopelícula, que al no tratarse puede tener una evolución desfavorable, a diferencia de nuestros pacientes.

P-64 Toxoplasmosis: una aproximación a la seroprevalencia actual en Chile

Barnafi Natalia, Ortiz Guillermo, Rivacoba M. Carolina, Noemi Isabel, Barnafi Livio.

Universidad de Chile Programa de Formación de Especialistas en Infectología Pediátrica, Departamento de Informática Biomédica-Clinica Alemana, Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna-Universidad de Chile, Barnafi Krause Laboratorio.

E-mail: nataliabarnafi@gmail.com

Introducción: La toxoplasmosis es la zoonosis parasitaria más frecuente en nuestro medio. Está ampliamente distribuida en el mundo alcanzando prevalencias de hasta 70-80% en algunos países. Producida por el protozoo unicelular obligado *Toxoplasma gondii*, sus mecanismos de transmisión son por fecalismo a través de alimentos y aguas contaminadas con ooquistes, carnivorismo, vía transfusional, trasplante de órgano sólido y en forma vertical. En nuestro país no existe vigilancia en el embarazo ni tamizaje en los bancos de sangre, que pudieran ser blancos objetivos para un eventual control de la infección. En Chile existen reportes de casos desde los años 50, con estudios que así lo demuestran. Pero ya desde hace algunos años que no se encuentran estudios actualizados de prevalencia de esta zoonosis. **Objetivo:** Realizar una descripción de la seroprevalencia de la toxoplasmosis. **Material y Métodos:** Se analizó los datos aportados por un Laboratorio privado de Chile que por ser un laboratorio de referencia, recibe muestras de otros Centros que alcanzan los 406 en 78 ciudades. No es posible conocer la clínica del paciente ni el motivo por el cual se está solicitando el examen, así como tampoco nombre ni sexo por el debido respeto a la privacidad del paciente. Teniendo en cuenta estos sesgos, de todas formas representa una actualización de los datos chilenos ya que hace más de 20 años que no se cuenta con estudios al respecto. Se empleó los resultados de IgG anti-*T. gondii* medida con técnica ELISA. **Resultados:** Se analizó un total de 22.517 muestras procesadas durante los años 2011 al 2016. La serología IgG positiva para *T. gondii* en este grupo fue de 29,1%. La edad promedio fue 33,02 años (DS 13,01). Se dividió por rangos etarios, encontrándose en la edad de 0-2 años una seropositividad de 12,9%, ascendiendo en forma progresiva: en el grupo de los 20-29 años 20%, de 30-39 años 27,5%, llegando hasta los 90-99 años con 80%. Estas diferencias son significativas con un $p < 0,0001$, mediante χ^2 . En la distribución por región administrativa, destaca la menor cifra en Antofagasta (20,5%) y la mayor en Maule (40,3% ($p < 0,0001$)). **Conclusión:** Estamos frente a una seropositividad frecuente en nuestra población. Llama la atención que el grupo etario donde encontramos mujeres en edad fértil, existe alrededor de 70% de seronegatividad, siendo una población de especial riesgo por la posible transmisión vertical y sus secuelas, por lo que sería planteable el tamizaje en la mujer embarazada. Este estudio justifica la investigación del problema en población debidamente estratificada, a fin de obtener un pleno conocimiento de la prevalencia de infección en nuestra población y de evitar las complicaciones y costos que significan para el paciente.



P-65 Caracterización de niños con toxoplasmosis congénita en un hospital pediátrico

Rivacoba Carolina¹, Barnafi Natalia¹, Noemi Isabel².

¹Programa Postgrado Infectología Pediátrica Universidad de Chile. ²Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

E-mail: carorivacoba@gmail.com

Introducción: La toxoplasmosis congénita (TC) es una entidad poco común. La mujer que experimenta la primoinfección durante el embarazo tiene riesgo de transmitir esta infección por *Toxoplasma gondii* al feto, variando el riesgo según el trimestre en que la madre la adquiera. La incidencia en Latinoamérica es de 1 a 5 por cada 1.000 recién nacidos vivos. **Objetivos:** Con el propósito de evaluar las condiciones de diagnóstico y tratamiento en niños con TC, se hizo un análisis retrospectivo del total de pacientes en control desde 2014, en policlínico de Parasitología, Hospital Calvo Mackenna. **Metodología:** Se revisaron 30 fichas, excluyendo toxoplasmosis adquirida en inmunocompetente e inmunosuprimido y traspaso de serología materna. Se tabularon los datos perinatales, clínicos, seguimiento y actualización en secuelas a julio de 2016. **Resultados:** Durante este período se controlaron siete pacientes con TC, cuatro mujeres, edad promedio actual de 8 años $\pm$ 7 meses. La edad del diagnóstico promedio fue a los 33 $\pm$ 19 meses, realizada en base a antecedentes, historia perinatal, serología IgG y ELFA para *T. gondii*, evaluación oftalmológica y neuroimagen. Todos iniciaron tratamiento tri-asociado, presentando en dos pacientes efectos secundarios con trastornos hematológicos. De los antecedentes perinatales cinco madres tuvieron contacto con gatos, tres ingirieron de carne poco cocida y dos realizaron viajes. El peso de nacimiento promedio 3.078 g y talla 48 cm $\pm$ 2,7 cm, determinando tres RN PEG, dos de ellos requirieron UTI neonatal. **Complicaciones neurológicas:** Tres cursaron con hidrocefalia, uno microcefalia, cuatro calcificaciones intracraneanas, EEG alterado se demostró en cuatro, que evolucionaron con epilepsia. De acuerdo a la neuroimagen actual seis mantienen alteraciones. Durante el seguimiento, cinco cursaron con retardo en el desarrollo sicomotor (RDSM). En la etapa escolar, cinco presentaron trastornos del aprendizaje y una alteración conductual. **Complicaciones oftalmológicas:** Todos presentan alteraciones visuales, cuatro microftalmia y seis estrabismo. **Complicaciones otorrinolaringológicas:** Dos con hipoacusia diagnosticada en período neonatal. **Conclusiones:** Llama la atención el diagnóstico tardío de esta entidad, que puede estar dado por baja sospecha clínica. Además, algunas de estas alteraciones se van manifestando con el tiempo, haciendo necesario el seguimiento estrecho y atentos en controles rutinarios de los lactantes a signos de RDSM, estrabismos, que determinan la necesidad de búsqueda activa. Además, destacan factores de riesgo perinatal para transmisión vertical de este agente, lo que obliga a ser cuidadoso con recomendaciones y seguimiento de las mujeres embarazadas. Dadas las consecuencias graves de TC, en cuanto a daños cognitivos, neurológicos, oculares y auditivos, se insiste en la educación a la población, pesquisa adecuada de casos para tratamiento oportuno, efectivo y controlado, así como adecuada rehabilitación.

P-66 Estudio descriptivo sobre la enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en pacientes pediátricos tras la introducción de la vacuna antineumocócica 10v el año 2011

Astudillo Camila, Acuña Pilar, Acuña Mirta.

Hospital de Niños Roberto del Río, Universidad de Chile.

E-mail: camilastudillo.m@gmail.com

Introducción: Posterior a la introducción de la vacuna conjugada contra *H. influenzae* tipo b hubo una significativa disminución de las enfermedades invasoras provocadas por éste. Sin embargo, se ha documentado un aumento de la incidencia y una mayor letalidad de las infecciones por *H. influenzae* no tipificables. Paralelamente, existe evidencia de que la vacuna antineumocócica 10v conjugada con proteína D de *H. influenzae* introducida el año 2011, podría disminuir secundariamente las enfermedades invasoras por *H. influenzae* no tipificables. **Objetivo:** Describir los casos de infecciones invasoras causadas por *H. influenzae* en pacientes pediátricos del Hospital Roberto del Río. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo en el Hospital Roberto del Río entre los años 2011 y 2016 donde se ingresaron todos los pacientes con cultivos positivos de sitios estériles para *H. influenzae* obtenidos del hospital, confirmando su tipificación por el ISP. Se consignó: lugar y fecha de hospitalización, sexo, edad, antecedentes médicos, tipo de enfermedad invasora, sensibilidad antibiótica, evolución clínica, esquema de vacunación y resultado clínico. **Resultados:** Hasta julio de 2016 se han reportado 27 casos de infecciones invasoras por *H. influenzae*, tres con datos incompletos: ocho casos en el 2011, seis el 2012, cinco el año 2013 y 2014, dos en el 2015 y uno a la fecha este año. De los serotipos aislados, 81% fue no tipificables; de los tipificables sólo se aislaron a y d. Se encontró 33% de resistencia a ampicilina. Un 59% eran de sexo femenino, 42% tenían 6 meses de edad o menos. El 59% de los pacientes padecían enfermedad crónica. El 66% de los pacientes tenían vacunación incompleta y 20% no recibió vacunación alguna. El 80,8% requirió Unidad Paciente Crítico y el foco clínico en el 81% de los casos fue respiratorio, siendo tres casos pleuroneumonías. El 92% recibió tratamiento antimicrobiano en que se incluía cefotaxima. Sólo dos pacientes fallecieron y su causa en ambos fue *shock* séptico. **Conclusiones:** Se pudo observar un descenso progresivo del número de infecciones invasoras por *H. influenzae* a través de los años desde introducción de la vacuna neumocócica conjugada 10 valente. La gran mayoría de estos fueron no tipificables y no se encontraron casos de infección invasora por tipo b, lo que da cuenta del éxito de la introducción de la vacuna conjugada contra *H. influenzae* b en 1996. Un tercio de los casos presenta resistencia a ampicilina. El 93% de los casos fue en pacientes bajo 5 años de edad. Casi 60% de los casos presenta una patología crónica asociada. En 80% tuvieron un foco respiratorio y que en su mayoría requirieron manejo intensivo y sólo dos pacientes fallecieron por un *shock* séptico. La mayoría de los casos tenía vacunación incompleta principalmente por estar fuera del rango etario de vacunación.



P-67 Exposición a *Ehrlichia canis* en personas de riesgo en Arica

Abarca Katia, López Javier, Tejeda Carlos, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Weitzel Thomas.

Facultad de Medicina y Laboratorio Infectología y Virología Molecular Pontificia Universidad Católica de Chile (KA, CMV, TA), Hospital Veterinario Puente Alto (JL), Clínica Veterinaria San Javier, Arica (CT), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW).

E-mail: katia@med.puc.cl

Introducción: A diferencia del reconocido rol patógeno de *Ehrlichia canis* en caninos, su patogenidad en las personas no ha sido completamente aclarada. Sólo en Venezuela se han reportado algunos casos, sintomáticos y asintomáticos, con detección de este agente en sangre, mediante cultivo o técnicas moleculares. **Objetivo:** Identificar infección actual o previo con *E. canis* en personas de riesgo ocupacional o domiciliario, habitantes de la ciudad de Arica. **Métodos:** Se incluyó como sujetos con riesgo ocupacional a personas con contacto regular con perros por trabajo en clínicas veterinarias o peluquerías caninas y como riesgo domiciliario a dueños de perros con diagnóstico de ehrlichiosis por *E. canis*. Se aplicó una encuesta auto-administrada y se tomó muestras de sangre para reacción de polimerasa en cadena (RPC) y serología. La encuesta recogió información sobre contacto y conductas de riesgo con perros y garrapatas y antecedentes de cuadros sugerentes de ehrlichiosis. Se buscó material genético de *Ehrlichia* genérica y para *E. canis* mediante RPC en sangre y se determinó presencia de anticuerpos anti-*Ehrlichia* spp. en suero, mediante inmunofluorescencia indirecta (IFI) comercial (Fuller, USA), usando antígeno de *E. chaffeensis*. Se analizaron las siguientes variables como posibles factores asociados a exposición: género, edad, ocupación, frecuencia y tipo de contacto con garrapatas y años de ejercicio. **Resultados:** Se incluyeron a 50 sujetos (33 mujeres, 17 varones) entre 19 a 72 años, 34 de riesgo ocupacional (15 veterinarios, 9 peluqueros caninos, 6 auxiliares y 4 administrativos de clínicas veterinarias) y 16 dueños de perros con ehrlichiosis. Todos han visto garrapatas en perros, 47 han sacado garrapatas (sólo 6 usaban siempre guantes), 32 han encontrado garrapatas en su ropa, 23 en su cuerpo, 17 han sido mordidos por garrapatas. La prevalencia de IgG sérica para *Ehrlichia* por IFI fue de 16% (8/50) (95% IC 8,34-21,51). La RPC para *Ehrlichia* fue negativa en todos los sujetos. Sólo una persona reportó historia de un cuadro de fiebre sin causa; su serología fue negativa. No se encontró asociación estadística entre seropositividad y las variables analizadas. **Conclusiones:** Nuestro estudio demostró seroreactividad contra *Ehrlichia* en 16% de personas de riesgo ocupacional y domiciliario en Arica denotando exposición pero no infección actual por este agente. Los resultados no permiten apoyar un rol zoonótico de *Ehrlichia canis* en nuestro país, aspecto que requiere de futuros estudios que lo permitan clarificar.

P-68 Caracterización de los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización, asociados a la vacuna contra el virus papiloma humano, notificados en Chile

Saldaña Adiela, González Cecilia, Rodríguez Arelys, Avendaño Marcela, Vásquez Rodrigo, Wilhelm Jan, Brstilo Iván.

Instituto de Salud Pública de Chile, Departamento de Inmunizaciones MINSAL.

E-mail: asaldana@ispch.cl

Introducción: En Chile las vacunas contra el virus papiloma humano (VPH) bivalente (tipos 16 y 18) y tetravalente (tipos 6, 11, 16 y 18) se encuentran registradas en el ISP desde el año 2007, siendo la vacuna tetravalente incorporada al programa nacional de inmunización de Chile a partir de 2014, administrándose un total de 391.725 dosis de vacuna VPH durante los años 2014-2015. En cuanto a su perfil de seguridad, comités de expertos como *Global Advisory Committee on Vaccine Safety* (GACVS) de la OMS y *Pharmacovigilance Risk Assessment Committee* (PRAC) de la EMA han concluido que poseen un perfil beneficio/riesgo favorable para la población. No obstante, en algunos sectores de la comunidad, se presentan ciertas incertidumbres en relación a los eventos supuestamente atribuibles a la vacunación o inmunización (ESAVI) detectados mediante vigilancia pasiva. **Objetivos:** Conocer y caracterizar los ESAVI asociados a la vacuna VPH detectados mediante vigilancia pasiva en el Centro Nacional de Farmacovigilancia de Chile, período 2014-2015. **Método:** Se realizó una revisión de la base de datos del Subdepartamento de Farmacovigilancia de los ESAVI notificados en el país. Estos se caracterizaron mediante criterios de seriedad y conocimiento previo. Se aplicó el algoritmo de causalidad de OMS para las notificaciones serias. **Resultados:** Durante el período 2014-2015 se recibieron un total de 56 notificaciones de ESAVI asociados a la vacuna VPH en Chile. De éstos, 6 fueron categorizados como serios. Sólo un caso fue catalogado como inesperado. Los ESAVI más frecuentes fueron reacciones en el sitio de inyección (29), cefalea (11) y síncope (10). Los 6 ESAVI serios fueron evaluados causalmente, calificándose 4 de ellos como inconsistentes (no posee relación con la vacunación), un caso indeterminado (existe relación temporal, pero es insuficiente la evidencia definitiva para asociarlo a la vacunación) y uno como clasificable (falta información para clasificarlo). La tasa total de ESAVI notificados en relación a las dosis de vacuna administradas en el país fue de 0,000014. **Conclusiones:** Los ESAVI a la vacuna VPH notificados fueron en su mayoría descritos, conocidos. La tasa total de ESAVI notificados en Chile durante el período 2014-2015 fue bastante menor a la notificada en otros países y a la descrita en la literatura médica.



P-69 Enfermedad neumocócica invasora en niños bajo los 2 años, antes y después de la introducción de la vacuna anti-neumocócica conjugada 10-valente al PNI de Chile

Von Borries Cecilia, Goecke Carola, Fernández José P., Santolaya M. Elena.

Hospital de Niños Dr. Luis Calvo Mackenna.

E-mail: cecivonborries@gmail.com

Introducción: Las infecciones invasoras por *Streptococcus pneumoniae* son una importante causa de muerte por enfermedades inmunoprevenibles, siendo el grupo de mayor riesgo de desarrollar enfermedad neumocócica invasora (ENI) los niños bajo los 2 años de edad. En Chile, se implementó la vacunación antineumocócica 10-valente en forma programática el año 2011. **Objetivo:** Comparar la frecuencia de ENI en lactantes atendidos en el Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna (HLCM) antes y después de la introducción de la vacuna antineumocócica 10-valente al Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) de Chile. **Método:** Estudio poblacional retrospectivo en que se estudiaron los hemocultivos (HC), cultivos de líquido cefalorraquídeo (LCR), sinovial, pleural, pericárdico y peritoneal de pacientes bajo los 2 años de edad, en el HLCM entre los años 2009 y 2015. Se comparó la frecuencia de cultivos positivos para *S. pneumoniae* durante el período pre-vacuna (2009-2010), período de transición (2011) y período post-vacuna (2012-2015). **Resultados:** En el bienio 2009-2010 se encontró una frecuencia de 624/100.000 HC positivos. En los años 2013-2015 esta cifra disminuyó a 55/100.000 ($p < 0,05$). De los cultivos de LCR tomados en 2009-2010, cuatro resultaron positivos para *S. pneumoniae*, en el período 2012-2015 ninguno resultó positivo para este microorganismo. En el año 2009 se registró el único cultivo de líquido sinovial positivo. Dentro de los cultivos de líquido pleural, peritoneal y pericárdico no se encontraron cultivos positivos para *S. pneumoniae*. **Discusión:** Se observó una disminución progresiva y significativa de aislados de *S. pneumoniae* en los HC realizados a niños bajo los 2 años de edad, entre los años 2009 y 2015, en el HLCM. Esto corrobora lo encontrado en publicaciones extranjeras. Se enfatiza la necesidad de mediciones de frecuencia de enfermedad luego de la implementación de vacunas en el PNI de nuestro país.

P-70 Características clínicas y epidemiológicas de infección por virus Zika en diez pacientes chilenos

Vizcaya Cecilia, Perret Cecilia, Ferrés Marcela, Martínez-Valdebenito Constanza, Dabanch Jeannette, Contreras Ana M.

Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Hospital Militar de Santiago.

E-mail: ceciliavizcaya@gmail.com

Introducción: La infección por virus Zika se introdujo en las Américas en 2014, en Isla de Pascua y Brasil. Desde entonces, se han producido más de 700.000 casos autóctonos en 35 países. Brasil y Colombia tienen el mayor número, reportando casos de síndrome congénito y de Guillain Barré. En Chile no se ha descrito la transmisión vectorial. **Objetivo:** Describir las características demográficas y clínicas de la infección por virus Zika en viajeros chilenos, incluyendo un caso de transmisión sexual. **Materiales y Métodos:** Pacientes diagnosticados con prueba positiva para virus Zika en nuestro laboratorio fueron invitados a participar, firmaron un consentimiento y llenaron un cuestionario que se les envió por correo. El cuestionario incluía información demográfica y clínica. El diagnóstico de infección por virus Zika se realizó por RPC-TR y/o IgM-IgG específicas para el virus. La RPC-TR es una RPC "in house" en tiempo real, utilizando el protocolo del CDC. La serología se realizó con ELISA comercial de Euroimmune®. **Resultados:** Doce pacientes resultaron positivos. Edad promedio de 31,4 años (15-51 años), siete mujeres. Diez pacientes aceptaron participar y respondieron el cuestionario. Nueve fueron casos importados con transmisión vectorial, entre ellos una mujer embarazada y el último fue adquirido localmente, por transmisión sexual. Los países de exposición fueron: Brasil 3, Venezuela 3, Colombia 2, Haití 1 y Chile 1 (transmisión sexual). El inicio de los síntomas se produjo entre un día antes y nueve días después de regresar. El motivo del viaje fue: turismo 4, negocios 3 y competencias deportivas 2. El caso de transmisión sexual se produjo entre un hombre sintomático y su pareja. El intervalo entre las relaciones sexuales y la aparición de los síntomas en la paciente fue entre 6 y 12 días. Duración media del viaje de 11 días (3-21 días). Los síntomas principales fueron: exantema maculopapular en 8/10 (7/8 pruriginoso), conjuntivitis no purulenta en 8/10, fiebre en 9/10, con temperatura media de 38,1°C (37,5-38,8°C) con una duración de tres días en promedio (1-7 días), artritis en 6/10 (rango 3-15 días), articulaciones afectadas con mayor frecuencia: manos, codos y rodillas. La cefalea estaba presente en 8/10 pacientes, adenopatías retroauriculares en 6/10 y 2/10 síntomas gastrointestinales. No hubo hospitalizaciones ni casos de artritis prolongada. La mujer embarazada tenía 28 semanas de gestación al iniciar los síntomas y fue diagnosticada dos meses después con serología IgM e IgG positiva para el virus. La recién nacida fue asintomática, con RPC-TR de virus Zika negativo en sangre y orina, IgG positiva e IgM negativa al nacer. Ha tenido un desarrollo psicomotor normal, ecografía cerebral normal y en el seguimiento se observa una disminución en el título de IgG y persistencia de IgM negativa. **Conclusión:** La infección por virus Zika debe estar presente en el diagnóstico diferencial de los viajeros chilenos, aunque también debe sospecharse frente a síntomas característicos, especialmente exantema pruriginoso, en parejas de viajeros a zonas endémicas.



CO-1 Implementación de modelo de atención conjunta en VIH/SIDA para alcanzar los objetivos 90-90-90: integración de esfuerzos entre la sociedad civil y sistema de salud pública para intervención focalizada

Acevedo William, Bahamondes Laura, Jorquera Manuel, Aravena Juan*, Fredes Daniela, Muñoz Victoria.*

*Hospital Lucio Córdova, *CONVIHDA.*

E-mail: wmacevedo@gmail.com

Introducción: Las metas planteadas por ONUSIDA y OPS para reducir la epidemia del VIH a nivel global hacia el año 2020 se conocen como 90-90-90. Ello implica que 90% de las personas con infección por VIH conozcan su estado serológico; 90% esté en control y terapia antiretroviral y 90% esté con un nivel de viremia indetectable. Estas metas exigen mayores esfuerzos intersectoriales y en lo posible realizar acciones conjuntas para conseguir un resultado efectivo. **Objetivo:** Establecer un programa integrado entre la Sociedad Civil, ONG CONVIHDA, y un hospital público, Hospital Dr. Lucio Córdova, para alcanzar las metas del 90-90-90. **Método:** A través de un acuerdo de colaboración conjunta, se implementará una unidad de Toma de Muestras en dependencias de la ONG CONVIHDA, en el centro de Santiago, para atender todas las solicitudes de examen de VIH entre las 18:00 y 21:00 h. **Primer 90:** Para tamizaje de VIH se utilizará test rápido y el procedimiento se ajustará a toda la normativa vigente para ello. **Segundo 90:** Al momento de la confirmación de identidad, se vinculará de inmediato con hora médica al hospital Dr. Lucio Córdova y se tomará en ese mismo instante los exámenes de carga viral, CD4+ (y otros) para evaluación clínica y eventual inicio de TARV. **Tercer 90:** Como una manera de facilitar la adherencia a control clínico, sin interrumpir de manera importante las labores cotidianas de las PVVIH, se tomarán en horario vespertino los exámenes de control habitual de CV y CD4+, para mejorar la adherencia de los pacientes y vinculación con su centro de atención. Con ello se espera contribuir a la meta de éxito virológico de la TARV. **Resultados:** Entre los meses de marzo y junio de 2016, se han realizado 49 pruebas serológicas de VIH de los cuales 16 (32,7%) han resultado positivas y confirmadas por el ISP. 9 corresponden a extranjeros residentes y 8 a chilenos. El 100% de ellos está vinculado actualmente a un centro de atención y en esta serie de pacientes; 100% está en TARV. Ha existido un uso creciente de la toma de muestras en horario vespertino para exámenes de CV, CD4 y otros, por lo que resulta menos complejo para los mismos usuarios interrumpir sus labores habituales y sólo hacerlo para el control clínico. **Conclusiones:** El modelo implementado ha permitido una pesquisa exitosa en población focalizada, contribuyendo de manera importante a alcanzar la primera meta. Del mismo modo, en la cascada de atención ha permitido la vinculación de todos los pacientes a un centro de tratamiento e inicio de TARV (Segunda meta). Es esperable que en el tiempo podamos evaluar si estos pacientes logran éxito virológico, como una forma de contribuir exitosamente, a través de este modelo de atención intersectorial, al modelo completo 90-90-90.

CO-2 Evolución de mortalidad, abandono, traslado y retención a corto, mediano y largo plazo de pacientes con infección por VIH Fundación Arriarán 1990-2015

Cortés Claudia^{1,3}, Lizama Danae^{1,2}, Northland Rebeca^{1,2,3}, Wolff Marcelo^{1,2,3}.

Hospital Clínico San Borja Arriarán¹, Fundación Arriarán (FA)², Facultad de Medicina, Universidad de Chile³.

E-mail: claucom@gmail.com

Introducción: El advenimiento de la terapia anti-retroviral moderna (TARV₃) ha implicado enorme reducción de la mortalidad en pacientes con VIH, pero persiste una alta tasa de abandono. **Objetivo:** Evaluar mortalidad, retención, abandono y traslado de pacientes adultos con infección por VIH ingresados entre 1990 y 2014 en centro de atención VIH de acuerdo a períodos relevantes del programa de atención integral. **Metodología:** Estudio retrospectivo de base de datos actualizada de FA, evaluando según año de ingreso: mortalidad, abandono, traslado o retención de pacientes a 1, 3, 5, 7, 10 años y al 31/12/2015. Los períodos fueron: A: preTARV (1990-92); B: monoterapia (1993-95); C: biterapia (1996-98); D: bi y triterapia (1999-2000); E: TARV₃ antigua, cobertura incompleta (2001-02); F: TARV₃ antigua, cobertura completa (2003-2008); G: TARV₃ contemporánea (2009-2014). Se consideró abandono a falta de control > 6 meses en período de estudio, se incluyó reingreso y muerte post abandono, con fecha incorporada según momento de ocurrencia. Se consideró TARV₃ antigua a la que incluía anti-retrovirales actualmente en desuso. **Resultados:** Población estudiada: 5.473 pacientes. Mortalidad a 1, 5 y 10 años fue de 40%, 62% y 71% para período A; 28%, 44% y 47% para C; 4%, 5% y 12% para F, respectivamente; para grupo con TARV₃ contemporánea (G) fue de 2% y 7% a 1 y 5 años respectivamente. Abandono: la tasa fue fluctuante y varió al año 1 entre 4% (G) y 12% (D) con promedio de 7%, a los 5 años entre 10% (G) y 19% (D), promedio 11%, y a los 10 años entre 12% (E) y 22% (B), promedio 16% respectivamente (excluido período 2009-2014). Retención: A 10 años sólo 22% de los ingresados previo a disponibilidad de TARV₃ estaba activo, luego de cobertura completa de TARV₃ la población activa a 10 años fue siempre ≥ a 66%. Al 31/12/ 2015, 63% de toda la población ingresada estaba en control activo, 11% había abandonado, 6% había sido trasladada y 20% había fallecido (2/3 del total de muertes ocurrió antes de 2003). La mortalidad mostró una ligera disminución en los períodos de indicación de inicio de TARV₃ más precoz: CD4 < 200 céls/mm³, mortalidad de 6%, 7% y 9% vs CD4 < 350 céls/mm³ de 3%, 5% y 7% al año 1, 3 y 5 respectivamente; con CD4 < 500 céls/mm³ al año fue de 1%. Limitaciones: este estudio no contempló estadio clínico ni inmunológico al ingreso. **Conclusión:** Este análisis de un centro de atención VIH demuestra la progresiva disminución de mortalidad y aumento de retenciones en el tiempo asociado a los grandes hitos del programa de terapia anti-retroviral nacional, especialmente disponibilidad de TARV₃ e inicios de tratamiento en fases más precoces. El abandono de seguimiento ha tenido menor modificación y es ahora la principal causa de pérdida de pacientes.



CO-3 Aplicación multicéntrica de un modelo de evaluación de la cascada de atención en infección por VIH

Cortés Claudia¹, Letelier Francisco², Fernández Ana María³, Bernal Fernando⁴, Zúñiga Catherine², Chahin Carolina², Chanqueo Leonardo⁴, Lasso Martín³, Wilson Gonzalo⁵, Kral Alejandro⁵, Wolff Marcelo¹.

¹Fundación Arriarán/Hospital Clínico San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Universidad de Chile-Santiago (FA). ²Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena, Temuco (HT). ³Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago (HSR). ⁴Hospital San Juan de Dios de Santiago (HSJD). ⁵Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso (HVB).

E-mail: claucom@gmail.com

Introducción: Las distintas fases del proceso de manejo de la infección por VIH son conocidas como la Cascada de Atención de salud, sin embargo, no existe una evaluación estándar del proceso. Localmente se ha desarrollado un modelo que identifica y cuantifica las brechas para cumplimiento óptimo de este proceso. **Objetivo:** Aplicación y validación en 5 centros de atención VIH del sistema público de salud, de un modelo de evaluación de la cascada de atención en las fases iniciales y avanzadas, utilizando parámetros fácilmente accesibles, ya diseñado y aplicado previamente en un centro. **Método:** Se evaluaron 3 parámetros principales: A1) proporción de pacientes (pts) que inician terapia anti-retroviral (TARV) con CD4 > 200 cels/mm³ en un año calendario; B1) proporción de pts en control activo; C1) proporción de pts activos con CV < 200 cps/mL, a los 12 ± 3 meses de iniciada TARV. Los parámetros complementarios fueron: A2) CD4 ≤ 200 cels/mm³ al inicio de TARV; A3) sin dato disponible; B2) abandono; B3) traslado y B4) mortalidad; C2) CV > 200 cps/mL y C3) sin dato. Cada parámetro principal obtiene un puntaje máximo de 100 puntos y uno total de hasta 300. **Resultados:** Se analizaron 955 pts de 5 centros nacionales (3 centros en Santiago y 2 en regiones) que iniciaron TARV durante 2013 y se compararon los resultados entre centros A1) HSR 38,4%, HT 42,6%, HSJD 43,4%, FA 55,9%, HVB 61,5%. B1) HT 81,5%, HSR 83,6%, HSJD 84,1%, HVB 89,7%, FA 92,8%. C1) HVB 50,0%, HSR 50,7%, FA 68,1%, HSJD 73,4%, HT 81,8%. De los parámetros complementarios se destacan las mayores diferencias entre centros: A2) FA 35,8%, HT 55,6%. A3) HT 1,8%, HSR 26,0%. B2) HT 3,7%, HSR 10,8%. B3) HSJD 2,1%, HT 11,1%. B4) FA 0,3%, HSJD 5,3%. C2) FA 7,5%, HVB 40,0%. C3) HT 2,3%, HSR 38,5%. Los puntajes totales por centro fueron: HSR 173, HVB 201, HSJD 201, HT 206, FA 217 puntos, respectivamente. **Conclusiones:** Esta herramienta de evaluación de la cascada de atención de salud en VIH, que utiliza parámetros rutinariamente disponibles fue implementada con facilidad en los centros y permitió evaluar diferentes etapas del proceso, identificando y cuantificando brechas de óptimo desempeño. Destacó la heterogeneidad de resultados entre los centros. El modelo propuesto permite la evaluación del desempeño de diferentes centros de atención, reconociendo características individuales en cada sitio, y permitiendo establecer planes de mejora específicos para cada uno.

CO-4 Neoplasias en pacientes con infección por VIH en control en Fundación Arriarán

Pinto Mónica¹, Novoa Catalina², Ocampo Renato¹, Cortés Claudia², Wolff Marcelo².

¹Becados infectología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Hospital Clínico San Borja Arriarán, Fundación Arriarán, Santiago.

E-mail: moni.pintoa@gmail.com

Introducción: La infección avanzada por VIH se asocia a desarrollo de cánceres siendo los principales el sarcoma de Kaposi (SK) y linfoma no Hodgkin (LNH), ambos definitorios de etapa SIDA (NdSIDA) e incrementados a medida que progresa la inmunosupresión. La introducción de la terapia anti-retroviral (TARV) altamente activa ha impactado positivamente en la mortalidad y morbilidad de personas con infección por VIH, disminuyendo la incidencia de NdSIDA y, por el contrario, aumentado las neoplasias no definitorias. Esto último puede ser explicado por la co-infección con otros virus oncogénicos, hábitos y el aumento de la expectativa de vida. **Objetivos:** Describir las variables demográficas, clínicas y de laboratorio de pacientes con infección por VIH, con cáncer, en el centro de atención VIH Fundación Arriarán (FA). **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de casos de cáncer en una población representativa de FA, entre 1997-2014. Se clasificaron los diferentes tipos de cáncer en sarcoma de Kaposi (SK), linfoma no Hodgkin (LNH), anal, piel, próstata, mama, colon, pulmón y otros. **Resultados:** La población con neoplasias fue de 179 pacientes de 2.600 (6,8%), con un total de 192 episodios. La mediana de edad al diagnóstico de cáncer fue de 40 años (rango 22 a 74); 92% eran varones. La mediana de linfocitos T CD4 al diagnóstico fue de 177 cels/mm³ y la carga viral estaba detectable en 68% de ellos, con una mediana de 62.500 copias ARN/mL (Log₁₀ 4,8). En 92,7% de los episodios (178/192) el diagnóstico de infección por VIH fue previo al desarrollo de cáncer, transcurriendo un promedio de 5 años entre cada evento. Al diagnóstico de cáncer, 55% (106) recibía TARV. Las neoplasias más frecuentes fueron SK (78, 40%), LNH (47, 24%), linfoma de Hodgkin (LH) (12, 6,2%), otro cáncer de piel (11, 5,7%) y cáncer anal (8,4%). En total las NdSIDA fueron 127 (66%) dadas por SK, LNH y cáncer cervico-uterino invasor; mientras que las no definitorias fueron 65 (34%), dadas principalmente por LH, cáncer de piel y anal. Once por ciento de los pacientes recibieron sólo TARV y 18% TARV asociada a otro procedimiento (quimioterapia, cirugía, radioterapia) como tratamiento. A la fecha se ha constatado fallecimiento de 35% (63) de los pacientes. **Conclusiones:** Los pacientes con infección por VIH con neoplasias en FA se caracterizan por ser varones con enfermedad avanzada (etapa CDC C3). Los cánceres más frecuentes fueron SK y LNH. En esta serie de casos aún se observa predominio de las neoplasias definitorias de SIDA, lo que difiere de otras publicaciones. Sin embargo, desde el año 2004 en adelante, tras la implementación de TARV sin restricciones en el país el año 2003, se observa una franca disminución en la proporción de NdSIDA (90 a 55%), con aumento secundario de neoplasias no definitorias (de 10 a 45%), correlacionándose con lo descrito en la literatura científica.



CO-5 Carga proviral y expresión de ARNm del virus linfotrópico T del humano tipo 1, en pacientes con paraparesia espástica tropical y en portadores asintomáticos

San Martín Héctor, Balanda Monserrat, Vergara Nicolás, Ramírez Eugenio.

Sección Virus Oncogénicos. Subdepartamento de Enfermedades Virales, Instituto de Salud Pública de Chile.

E-mail: hsanmartin@ispch.cl

Introducción: El virus linfotrópico T del humano tipo 1 (HTLV-1) es el agente causal de la paraparesia espástica tropical (TSP/HAM, de HTLV-I-Associated Myelopathy/Tropical Spastic Paraparesis). La TSP/HAM es caracterizada por una debilidad crónica y progresiva de las extremidades inferiores, con espasticidad variable. EL genoma de HTLV-1 contiene genes estructurales y genes regulatorios. Las proteínas regulatorias (Tax y HBZ) son claves en la replicación viral y en la inmortalización y transformación celular. Los mecanismos moleculares de la patogenia de TSP/HAM aún no están definidos. **Objetivo:** Determinar la carga proviral y la expresión de ARNm de los genes virales *gag/pol*, *HBZ* y *tax* de HTLV-1 en células mononucleares de sangre periférica de pacientes con TSP/HAM y en portadores asintomáticos (PA). **Metodología:** Se analizaron muestras de 33 pacientes con TSP/HAM (24 mujeres y 9 hombres) y de 40 PA (25 mujeres y 15 hombres). La determinación de la carga proviral y la expresión de ARNm fue realizada mediante una RPC y RPC-TR en tiempo real con SYBRGreen®, respectivamente. Los resultados fueron expresados en N° de copias/100 PBMC (*peripheral blood mononuclear cells*) y normalizados con el gen celular HPRT. **Resultados:** La carga proviral en los TSP/HAM (16,16 copias por 100 PBMC) fue significativamente mayor que en los PA (3,86 copias por 100 PBMC). La distribución porcentual de los ARNm *gag/pol*, *HBZ* y *tax* fueron 72,7%, 81,8% y 93,9% en los TSP/HAM, respectivamente. Por otro lado, la distribución de los ARNm *gag/pol*, *HBZ* y *tax* fueron de 47,5%, 77,5% y 70% en los PA, respectivamente. Las concentraciones de ARNm *tax* (30,46 copias por 100 PBMC), *HBZ* (3,57 copias por 100 PBMC) y *gag/pol* (7,72 copias por 100 PBMC) en el grupo TSP/HAM fueron significativamente mayores respecto a los determinados en el grupo PA (*tax*: 3,32; *HBZ*: 0,57 y *gag/pol*: 0,01 copias por 100 PBMC). **Conclusión:** En el grupo TSP/HAM se encontró una significativa mayor carga proviral y mayor expresión de los ARNm de HTLV-1. El gen viral *tax* fue el más expresado y se sugiere como posible biomarcador de la progresión del TSP/HAM.

CO-6 Prevalencia de neoplasia intraepitelial anal en pacientes con infección por VIH utilizando citología anal y anoscopia de alta resolución. Proyecto FONIS SA12I2215. Resultados preliminares

Palma Sofia¹, Escobar Carola¹, González Angelo¹, Cristóbal Suazo¹, Zitko Pedro¹, Salinas Valentina¹, Rojas Loreto¹, Castiblanco Adriana², Segovia Laura¹, Beltrán Carlos¹.

¹Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau, ²Clínica Alemana de Santiago.

E-mail: sofiaalma@gmail.com

Introducción: En las últimas décadas, la incidencia de cáncer anal ha aumentado en grupos de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En países desarrollados la citología anal y la anoscopia de alta resolución (AAR) son rutinarias en pacientes con infección por VIH. En Chile, no existían programas de detección de neoplasia intraepitelial anal (NIA). **Objetivos:** Determinar la prevalencia de NIA en pacientes con infección por VIH utilizando citología anal (PAP) y biopsia dirigida por AAR. Determinar la sensibilidad y especificidad del PAP anal contra su comparador la biopsia dirigida por AAR. **Pacientes y Métodos:** Estudio de corte transversal. Se realizó citología anal en lámina a los pacientes con infección por VIH y AAR con biopsia en pacientes con lesiones acetoblanas. El análisis de la citología anal se realizó en un laboratorio local y otro externo. **Criterios de inclusión:** Personas con infección por VIH en control en la Unidad de Infectología del Complejo Asistencial Barros Luco, con al menos un factor de riesgo: HSH; antecedente de haber presentado condilomas anales; mujeres con antecedente de neoplasia intraepitelial cervical NIE+2. **Resultados:** Ingresaron al estudio 96 pacientes; el promedio de edad fue de 34 años. De ellos, 62 (65%) se realizaron PAP y AAR. El promedio menor histórico de CD4 fue 265 céls/mm³, El 80,4% estaba en terapia anti-retroviral. El principal motivo de exclusión fue la presencia de condilomas externos, fisuras anales y lesiones anales dolorosas. Dos de los pacientes tenían grandes masas anales dolorosas que en biopsia diferida resultaron (+)s para cáncer anal. La prevalencia de lesiones NIA1 fue de 1,6 y 8,3% en el laboratorio local y externo, respectivamente. No se detectaron NIA+2. El laboratorio local no describió células escamosas atípicas de significado incierto, en cambio, el laboratorio externo sí, en 5%. El índice de concordancia Kappa fue de 0,20. En las biopsias tomadas por AAR, 27,8% no presentó lesiones, 5,6% tenía lesiones NIA1, y 44% tenía evidencias de proctitis. La sensibilidad del PAP fue baja en ambos laboratorios; la especificidad fue de 84,9% en el laboratorio local y 89% en el laboratorio externo. **Conclusiones:** La sensibilidad de la citología anal en placa es baja, pero la especificidad alta, con un bajo índice de concordancia entre laboratorios, el rendimiento puede ser bajo dado que no se utilizó citología en medio líquido; por otra parte, el número de biopsias fue bajo y algunas resultaron sin alteración. El proyecto permitió detectar a dos pacientes con cáncer anal. La AAR también requiere un período de entrenamiento, pero ambas técnicas nos permitirán a futuro mejorar el diagnóstico de NIA y neoplásicas. Es necesario, continuar trabajando en estas nuevas técnicas.



CO-7 Desigualdades en infección por VIH/SIDA según nivel de educación: evidencia a nivel de tamizaje, oportunidad del diagnóstico y mortalidad

Vargas R. Claudio¹, Paredes Fabio², Zamora Francisco³.

¹Facultad de Ciencias Universidad de Santiago de Chile. ²Magíster en Epidemiología Pontificia Universidad Católica de Chile.

³Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Santiago de Chile.

E-mail: claudio.vargas@usach.cl

Antecedentes: La enfermedad avanzada al diagnóstico de la infección por VIH y la presentación tardía se asocia a una mayor morbi-mortalidad, disminución de la respuesta al tratamiento anti-retroviral (TARV), aumento de los costos y posiblemente, el aumento de las tasas de transmisión del VIH. **Objetivos:** Estimar las desigualdades en la probabilidad de haberse realizado el examen de VIH, al momento de la notificación encontrarse en etapa avanzada (SIDA) y el riesgo de muerte por SIDA según nivel de educación. **Material y Métodos:** Se estimó la probabilidad de haberse realizado el examen para detección de VIH a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 según nivel de educación ajustado por edad, mediante una regresión logística, considerando el diseño complejo de la muestra. Se evaluaron las notificaciones completas realizadas luego de la etapificación de cada caso para el periodo 2007 al 2013 y se estimó la probabilidad de presentar SIDA al momento de la notificación según nivel de educación mediante una regresión logística ajustada por edad. Por último se estimaron las tasas de mortalidad por nivel de educación y género ajustadas por edad para el periodo que va entre 2009 y 2013 utilizando las bases de defunciones del DEIS-MINSAL para los numeradores y la encuesta CASEN 2011 para estimar los denominadores poblacionales. Todos los análisis fueron realizados en población ≥ 15 años. **Resultados:** Se estimaron los gradientes para la población femenina y masculina pero sólo se reportan aquí los resultados para la población total. La probabilidad, ajustada por edad, de haberse realizado al menos alguna vez en la vida el examen de tamizaje del VIH en > 15 años fue de 15,1% para aquellos que cursaron 8 años o menos de educación, 28,2% si cursaron entre 8 y 12 y 41,4% si cursaron más de 12 años. La probabilidad de ser diagnosticado como SIDA en > 15 años, ajustada por género y edad al momento de la notificación por especialista fue 46,5% para aquellos sin educación, 47,1% para los con educación básica, 40,6% para los que cursaron enseñanza media, y 32,9% para los con educación universitaria. Las tasas de mortalidad ajustadas por edad en el periodo 2009-2013 fueron 6,3 por 100.000 habitantes para la población sin educación, 5,8 por 100.000 para la población con enseñanza básica, 3,7 por 100.000 para aquellos con educación media y 1,8 por 100.000 para la población con educación universitaria. **Conclusiones:** Se evidencia un gradiente según nivel educacional, que muestra que las personas de mayor nivel educacional presentan mayor probabilidad de haberse tomado el examen alguna vez en la vida, menor probabilidad de hallarse en etapa SIDA al momento del diagnóstico y menor riesgo de muerte por SIDA. Las estrategias para detener la progresión de la enfermedad deben considerar estas desigualdades.

CO-8 Respuesta inmunológica protectora contra hepatitis B en población con infección por VIH tras esquema de vacunación estándar. Experiencia de la cohorte VIH-UC

Puente Marcela, Pérez Carlos, Labarca Jaime, Balcells Elvira, Ceballos M. Elena, Enberg Margarita, Valenzuela Pablo.

Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: mpuntev@hotmail.com

Introducción: En Chile la prevalencia de co-infección VIH/virus de hepatitis B (VHB) está estimada en 6-8%, siendo la principal vía de transmisión el contacto sexual. La vacuna contra VHB ha sido importante para su erradicación mundial. En pacientes infectados con VIH, las tasas de respuesta inmunológica protectora frente a la vacunación estándar (3 dosis: 0,1 y 6 meses), varían entre 18 y 72%, teniendo mayor probabilidad de respuesta el sexo masculino, menor edad, mayor recuento de linfocitos CD4 y uso de terapia anti-retroviral (TARV), entre otros. Guías internacionales recomiendan medición de anticuerpos anti HbsAg de VHB (anti-HBs) tras la vacunación estándar. En Chile no se conoce la respuesta inmunológica frente a la vacunación contra VHB en población con infección por VIH tras un esquema de vacunación estándar. El siguiente estudio constituye un reporte preliminar que incluirá análisis prospectivo de anti-HBs a población con infección por VIH en control en UC, tras esquema de vacunación estándar, que aún no disponga de su medición. **Objetivo:** Determinar la proporción de individuos con infección por VIH con respuesta inmunológica protectora (anti-HBs ≥ 10 UI/l), tras un esquema vacunación estándar. Relacionar la respuesta inmunológica protectora con recuento de CD4, carga viral (CV), uso de TARV, sexo, edad, co-infección con hepatitis C (VHC) y tiempo posterior a la vacunación. **Pacientes y Métodos:** Estudio descriptivo, de corte transversal. Pacientes en control en Infectología Red Salud UC-CHRISTUS que tras un esquema de vacunación estándar cuenten con determinación de anti-HBs, criterios de inclusión: >18 años, última dosis de vacuna > 30 días y < 10 años, serología para VHB negativa. **Criterios de exclusión:** inmunosupresión no VIH, falta de datos. Análisis estadístico usando prueba de Mann-Whitney U, en software SPSS. **Resultados:** Se reclutaron 88 pacientes. Datos basales: 93% sexo masculino, ningún co-infectado con VHC, 78,4% en etapa A, promedio CD4 359 células/mm³ (DE 235), promedio de CV 609.681 copias/ml (DE 2.106.200). El 37,5% (n: 33), presentó respuesta protectora a la vacunación. El análisis de la respuesta inmunológica protectora vs no protectora frente a la vacunación fue el siguiente: promedio de linfocitos CD4 501.5 células/mm³ vs 402 células/mm³ (DE 257 vs 199; NS); CV 8.715 copias/ml vs 227.592 copias/ml (DE 24.481 vs 1.347.545; $p < 0,05$); tiempo entre última dosis vacuna y determinación en años 1,3 vs 2,4 (DE 2,3 vs 2,4; NS); uso de TARV 78,7 vs 58,9%; edad promedio en años 37 vs 35; sexo masculino 93,9 vs 92,8%, respectivamente. **Conclusión:** La seroconversión a la vacuna en nuestra población se mantuvo en los rangos esperados. A menor CV, la respuesta protectora a la vacuna es mayor, resultado estadísticamente significativo. A mayor recuento de CD4, uso de TARV y menor tiempo desde determinación de anticuerpo, la respuesta protectora a la vacuna fue mayor, sin lograr significancia estadística. En vista de lo anterior, la recomendación es que todos los pacientes cuenten con determinación posterior a la vacunación para estar seguros de su estado de protección.



CO-9 Farmacocinética de vancomicina en pacientes pediátricos sometidos a ECMO

Izquierdo Giannina, Zylbersztajn Brenda, Santana Roxana, Fajardo Cristian, Torres J. Pablo, Cordero Jaime, Valverde Cristian.
Unidad de Paciente Crítico Pediátrico (UPCP), Unidad de Infectología Pediátrica. Clínica Las Condes (CLC).

E-mail: gizquierdo@clc.cl

Introducción: Estudios farmacocinéticos (PK) en pacientes críticos sostenidos con membrana de oxigenación extracorpórea (ECMO) demostraron alteraciones PK de vancomicina, ya sea por factores dependientes del paciente como del circuito y de la reacción inflamatoria sistémica resultante. **Objetivo:** Determinar los parámetros PK y la dosificación adecuada de vancomicina en niños conectados a ECMO en CLC. **Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes pediátricos sometidos a ECMO en la UCP de CLC, junio de 2009 y marzo de 2016. Se incluyeron pacientes de 1 mes a 15 años que requirieron ECMO y tratamiento con vancomicina por sospecha o confirmación de infección por cóceas grampositivas. Para el análisis PK se excluyeron los pacientes con injuria renal (IR) y/o terapia de reemplazo renal continua (TRRC). Se registraron datos demográficos, concentraciones plasmáticas de vanco, evaluando la dosis que generaron niveles plasmáticos basales terapéuticos (10-20 µ/mL). **Resultados:** Durante el período de estudio se realizaron 40 ECMO pediátricos, 25 (62%) de género masculino. La mediana de edad fue 2,7 años (1 mes a 14 años), sobrevivida al alta de 82%. La mediana (rango intercuartil p25-75: RIQ) del tiempo de conexión fue 9,5 días (7-20,7). 33 (82%) pacientes utilizaron vancomicina en forma empírica. 5 (15%) pacientes tuvieron aislamiento microbiológico susceptible a vancomicina. La dosis de inicio fue de 40-60 mg/kg/día cada 6 h y se realizó monitoreo terapéutico de vancomicina en 30 (75%) pacientes. Los pacientes en ECMO con vancomicina, sin TRRC y sin IR fueron 15. En estos pacientes, la mediana (RIQ) de las dosis iniciales fueron 10 mg/kg (10-15,3) cada 6 h. Ocho pacientes (53,3%) alcanzaron niveles terapéuticos; 3 (20%) sub-terapéuticos y 4 (26,7%) supra-terapéuticos. Se requirió 0 a 1 cambio para llegar a niveles adecuados. Luego de los ajustes, la dosis fue 10 mg/kg (9,5-15) cada 6 h (6-7), con niveles basales de 15,8 µ/mL (13,8-17,7). Bajo el nuevo esquema de dosificación, 9 (60%) pacientes tuvieron niveles basales entre 15 y 20 µ/mL, sin evidencia de IR. El volumen de distribución de vancomicina fue 0,73 (0,7-0,9) L/kg, el clearance 1,67 mL/kg/min (1-1,67), la semivida plasmática 6,2 h (4,9-8,06) y el área bajo la curva/concentración inhibitoria mínima AUC/CIM 502,5 (444-569,1) (CIM < 1 µg/mL *Staphylococcus aureus*). **Conclusiones:** Los parámetros PK de vancomicina fueron similares a lo descrito en pacientes no sometidos a ECMO. Se requirieron dosis menores que las recomendadas en la literatura médica de paciente pediátrico crítico no ECMO, para alcanzar niveles basales > 15 µ/mL, por lo que se podría iniciar tratamiento con dosis 10 mg/kg cada 6 h en el grupo de pacientes sin IR y sin TRRC.

CO-10 Caracterización de *Listeria monocytogenes* en quesos artesanales de la Región de los Ríos y su asociación con la producción de quesos

Barría Carla¹, Mancilla Miguel¹, Singer Randall², Moreno Andrea¹.

¹Escuela de Medicina Veterinaria, Facultad de Ecología y Recursos Naturales, Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile. ²Departamento de Ciencias Veterinarias y Biomédicas, Facultad de Medicina Veterinaria, Universidad de Minnesota, E. U. A.

E-mail: carlabarria.l@gmail.com

Introducción: *Listeria monocytogenes* es una bacteria que puede estar presente en alimentos como quesos, embutidos y vegetales. En humanos puede causar listeriosis, que se caracteriza por síntomas de gastroenteritis; sin embargo, los grupos de mayor riesgo lo constituyen mujeres embarazadas, personas de la tercera edad, niños e inmunodeprimidos. En la Región de Los Ríos existen numerosos productores que se dedican a la fabricación y venta de quesos artesanales, siendo esta producción muy variada del punto de vista sanitario. **Objetivo:** Detectar y tipificar cepas de *L. monocytogenes* en quesos artesanales producidos en la Región de Los Ríos y analizar las características de la producción de quesos. **Material y Método:** A un total de 41 queseros, se les analizaron tres muestras de quesos en dos temporadas distintas y una muestra de leche entre enero y julio de 2016. Se pesqu coastó *L. monocytogenes* en quesos y leche, para ello se utilizó un protocolo de aislamiento y confirmación molecular mediante RPC. Las cepas de *L. monocytogenes* colectadas fueron tipificadas mediante electroforesis de campo pulsado. Adicionalmente, se realizaron muestreos ambientales a aquellos productores que presentaron *L. monocytogenes* en sus quesos. A cada productor se le aplicó una encuesta y un *check-list* para evaluar la infraestructura y condiciones sanitarias. Finalmente, se estimó el número de porciones de queso contaminado en el total producido por los queseros con el uso de un modelo de predicción. **Resultados:** De los 41 productores, se detectó *L. monocytogenes* sólo en quesos de cuatro productores. Los resultados de campo pulsado señalan que las cepas aisladas de un mismo productor presentan patrones similares. En los muestreos ambientales realizados a dos productores, se detectó *L. monocytogenes* en al menos 20% de los sitios analizados. A partir de las encuestas, sólo 13 queseros poseen instalaciones y procesos que les permiten contar con resolución sanitaria, por lo cual se generó un POES (Prácticas Operativas Estandarizadas Sanitarias) para reducir la contaminación en las queserías. Finalmente, se determinó que en total el modelo predice que 0,306% de las porciones de queso vendidas estaban contaminadas. **Conclusiones:** Nuestro estudio demuestra una baja prevalencia de *L. monocytogenes* en quesos artesanales; no obstante, los productores positivos tienen presencia persistente de la bacteria en la planta de procesamiento. Existe un riesgo para la población que puede mitigarse con planes estratégicos de inversión y capacitación. **Financiamiento:** Proyecto "Programa de Buenas Prácticas en la producción de quesos artesanales en la Región de Los Ríos" FIC 30386974-0 y Corporación de Desarrollo Productivo Los Ríos.



CO-11 Caracterización clínica de los primeros seis casos de tifus de los matorrales identificados en Chiloé, Chile, 2015-2016

Velásquez Katia, Hernández Andrés, Weitzel Thomas, López Javier, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Montero Yasna, Abarca Katia. Hospital San Carlos de Ancud (KV, AH, YM), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW), Hospital Veterinario Puente Alto (JL), Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátricas, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (CMV, TA, KA).
E-mail: katia@med.puc.cl

Introducción: El tifus de los matorrales (TM) es una rickettsiosis causada por *Orientia tsutsugamushi*, endémica en el Sudeste Asiático y la Región Pacífico Occidental, relevante por la posibilidad de complicaciones y letalidad de alrededor de 10% sin terapia apropiada. Durante un estudio clínico multicéntrico que buscó infecciones emergentes causadas por rickettsias en Chile, identificamos casos de TM en la isla de Chiloé, representando los primeros casos en Sudamérica. **Objetivos:** Describir las manifestaciones clínicas y las actividades de riesgo relacionadas a la adquisición de casos de TM en Chiloé. **Métodos:** Todos los pacientes fueron participantes del estudio clínico que se presentaron al hospital de Ancud con cuadros febriles sin causa identificada. Se confirmaron por la detección de los genes 16S RNA, 47kDa y 56kDa de *O. tsutsugamushi* en sangre, buffy coat y/o escara; o por la seroconversión de IgG anti-*O. tsutsugamushi* por IF (Fuller Lab) o ELISA, títulos elevados de IgG en muestra única, o ELISA IgM positiva. **Resultados:** Entre enero de 2015 y abril de 2016 identificamos seis pacientes con TM, dos de ellos confirmados por RPC y cuatro por serología. Los seis pacientes eran provenientes de Ancud sin antecedentes de viajes, cinco varones, edades 30-62 años, un diabético, resto previamente sanos. Uno se presentó en enero de 2015, el resto entre enero y marzo de 2016. Presentaron fiebre (n: 6), calofríos (n: 6), cefalea (n: 6), escara (n: 6) (4 en extremidades inferiores), exantema (n: 5), sudoración nocturna (n: 5), mialgias/artralgias (n: 4), linfadenopatías (n: 4), odinofagia (n: 3) y dolor abdominal (n: 1). En el laboratorio PCR elevada (6), rango 18-120 mg/dL (valor de corte: 5), transaminasas aumentadas (4/5), leucocitos $\leq 4.500/\text{mm}^3$ (n: 3), plaquetas $< 150.000/\text{mm}^3$ (3). Las posibles actividades de riesgo durante el periodo de incubación fueron cortar o cargar leña (n: 5) o trabajar en el campo (n: 1). Recibieron doxiciclina 5 pacientes, todos evolucionaron con mejoría de los síntomas y signos. **Conclusiones:** Se presenta la primera serie chilena de TM, enfermedad emergente en la isla de Chiloé. En nuestra serie, la presentación consistió en un cuadro febril agudo, con molestias constitucionales intensas, exantema y escara. En los exámenes se encontró aumento de PCR y de transaminasas y una leve plaquetopenia. Los casos se presentan en verano y en personas de zonas rurales con exposición a leña o labores agrícolas; la respuesta al tratamiento con doxiciclina fue rápida. Los médicos clínicos deben estar atentos a posibles casos de TM, en esta u otras regiones, para instaurar terapia apropiada y evitar evoluciones desfavorables.

CO-12 Primera evidencia de *Orientia tsutsugamushi* en la comuna de Tortel, Región de Aysén, Chile

Calvo Mario, Acosta Gerardo, Soto Mauricio, López Javier, Martínez-Valdebenito Constanza, Azócar Teresa, Weitzel Thomas, Abarca Katia. Clínica Alemana de Valdivia y Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile (MC), Instituto de Medicina Preventiva Veterinaria, Facultad de Ciencias Veterinarias, Universidad Austral de Chile (GA), Instituto de Ciencias Ambientales y Evolutivas, Facultad de Ciencias, Universidad Austral de Chile (MS), Hospital Veterinario Puente Alto, Santiago (JL), Facultad de Medicina y Laboratorio Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile (CMV, TA, KA), Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo (TW).
E-mail: katia@med.puc.cl

Introducción: Recientemente se ha confirmado la presencia de infecciones por *Orientia tsutsugamushi*, agente causal de tifus de los matorrales, en la isla de Chiloé (Región de Los Lagos), constituyéndose Chile en el primer país que documenta presencia de esta infección transmitida por ácaros fuera del área del Sudeste Asiático y Región Pacífico Occidental donde es endémica. En marzo de 2016 se presentó un caso compatible con tifus de los matorrales en un investigador de Valdivia después de haber realizado un trabajo en terreno en la comuna de Tortel, a 18 km de la localidad de Caleta Tortel (Región de Aysén). **Objetivo:** Identificar infección por *O. tsutsugamushi* en un paciente con sintomatología compatible con tifus de los matorrales y su equipo profesional después de una posible exposición durante un trabajo en terreno cerca de Caleta Tortel. **Métodos:** Se incluyeron a las seis personas que trabajaron en un estudio en terreno con posible contacto a vectores de *O. tsutsugamushi* en la Región de Aysén, entre el 22 de febrero y el 6 de marzo de 2016. Se registraron síntomas y signos y se tomaron dos muestras de sangre con al menos cuatro semanas de intervalo. Se realizó RPC de *O. tsutsugamushi* en sangre y en escara al sujeto sintomático (genes 16S RNA, 47kDa y 56kDa) y serología IgG por IF (Fuller, EE. UU), IgM e IgG por ELISA (InBios, EE. UU) a todos. **Resultados:** Un sujeto presentó fiebre, cefalea, exantema y escara en tobillo, cuadro iniciado dos días después de haber regresado a Valdivia; los síntomas mejoraron rápidamente en relación a terapia con azitromicina. Los demás permanecieron asintomáticos. El estudio molecular del sujeto sintomático fue negativo, pero mostró exámenes serológicos débilmente positivos (IF títulos de 256, IgM e IgG por ELISA débilmente positivas). De los cinco sujetos asintomáticos, dos presentaron tests serológicos positivos (IF a títulos de hasta 512, IgM por ELISA débil), dos débilmente positivos (IF hasta 256, IgM e IgG por ELISA negativas) y uno negativo para todos los ensayos. **Conclusiones:** La zona endémica de *O. tsutsugamushi* en el sur de Chile, fuera de Chiloé, es desconocida. Por lo tanto, la vigilancia de pacientes febriles y en personas con riesgo alto de exposición es de gran importancia en esta zona del país. Presentamos los datos preliminares de un grupo laboral de seis personas con alto riesgo de exposición a ácaros en la Región de Aysén, en el que se presentó un caso compatible con tifus de los matorrales (fiebre, exantema y escara) y evidencia serológica de una posible exposición a *O. tsutsugamushi* sin confirmación molecular, en este paciente y en cuatro de cinco personas asintomáticas. Son necesarios más estudios para definir la extensión del agente en Chile y precisar la utilidad de cada ensayo serológico en nuestro medio.



CO-13 Estatus vacunal de niños de hasta 5 años de edad con aislamiento de serotipo 19 A entre 2014-2016

González Cecilia, Burgos Pamela, Brstilo Iván, Hormazábal Juan C., Araya Pamela, Alarcón Pedro, Maldonado Aurora.
Programa Nacional de Vacunas e Inmunizaciones (CG, PB, IB), Instituto de Salud Pública (JCH, PA, PA, AM).
E-mail: ceciliaigonzalez@gmail.com

Introducción: En enero de 2011 se incorporó la vacuna neumocócica conjugada (VNC) al Programa Nacional de Inmunización (PNI). La vacuna Synflorix® contiene los serotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 23F. En la vigilancia que realiza el Instituto de Salud Pública de Chile (ISP), de aislados de *Streptococcus pneumoniae* provenientes de líquidos estériles, que corresponde a enfermedad neumocócica invasora (ENI) se ha observado un aumento de cepas serotipo (ST) 19 A. En los años previos a la incorporación de la vacuna (2007-2010) el número de aislados de 19 A varió entre 28 y 43/año, y el porcentaje entre 3 y 5%. En el 2014 hubo 84 aislados (13%), 77 (13%) en 2015 y 46 (15%) hasta junio de 2016. Nos interesó saber el estatus de vacunas de los niños hasta 5 años con aislamiento de ST 19 A. **Material y Método:** Se revisó la base de datos de aislados de *S. pneumoniae* procedentes de ENI del ISP entre enero de 2014 y junio de 2016; se seleccionó a todos los casos bajo 5 años, 11 meses y 29 días de edad, con aislamiento de ST 19 A. Posteriormente en el Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI) se obtuvo el estatus vacunal de cada niño. **Resultados:** En la base de datos de la vigilancia de laboratorio del ISP entre enero de 2014 y junio de 2016 se detectó 105 niños < 6 años con aislamiento de ST 19 A de ENI, y representaron en 2014 el 51% de todos los aislados de 19 A, el 45% en el año 2015 y en 2016 representa 56%. Al analizar la base de datos del RNI para obtener el estatus de VNC encontramos que seis niños no estaban vacunados por no corresponder a la cohorte objetivo (nacidos desde noviembre de 2010), y en cuatro casos el RUT era inválido. De los 94 niños restantes se obtuvo el dato de la fecha de cada dosis de vacunas administrada y con el dato de la fecha de aislamiento del ST 19 A se pudo definir el número de dosis de vacunas que tenían administradas al momento de la ENI. De los 94 niños sólo dos no tenían dosis alguna de vacuna y 67% (63/94) tenían esquema completo de dos dosis + un refuerzo. Hubo dos fallecidos en este grupo. **Conclusiones:** Se ha incrementado el aislamiento del ST 19 A en los últimos años. El aislamiento de 19 A en líquidos estériles ocurre también en niños completamente vacunados.

CO-14 Eficacia y seguridad de terapia antifúngica empírica *versus pre-emptive therapy* en niños con cáncer, fiebre y neutropenia

Santolaya M. Elena, Álvarez Ana M., Villarroel Milena, Zubieta M. Marcela, Acuña Mirta, Avilés Carmen L., De la Maza Verónica, Valenzuela Romina, Farfán Mauricio, Rabello M. Marcela, Torres Juan P.
Servicios de Pediatría, Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Exequiel González Cortés, San Juan de Dios, Roberto del Río y San Borja Arriarán. Programa Infantil Nacional de Drogas Antineoplásicas (PINDA). Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile. Proyecto FONDECYT 1120800.
E-mail: veronicadelamaza@gmail.com

Antecedentes: Las recomendaciones actuales proponen comenzar terapia antifúngica (AF) empírica al día 4 o 5 de fiebre en pacientes con cáncer y neutropenia asociada al uso de quimioterapia. **Objetivos:** Determinar la eficacia y seguridad de la terapia AF empírica *versus pre-emptive therapy* en niños con cáncer, neutropenia y fiebre persistente. **Material y Método:** Estudio prospectivo, multicéntrico, randomizado. Los pacientes < de 18 años con neutropenia febril de alto riesgo (NFAR), pertenecientes a los hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Exequiel González Cortés, San Juan de Dios, Roberto del Río y San Borja Arriarán, fueron invitados a participar si mantenían fiebre y neutropenia persistente al día 4 de evolución. Luego de que su padre/madre o tutor legal firmara un consentimiento informado y el niño un asentimiento (si era mayor de 8 años), se realizó en cada paciente ingresado al estudio una evaluación clínica, microbiológica, molecular y de imágenes, posterior a lo cual cada niño fue randomizado para recibir terapia AF empírica (grupo A) *versus pre-emptive therapy* (grupo B). El grupo B recibió terapia AF sólo si la fiebre y neutropenia persistentes se acompañaron de algún hallazgo clínico, microbiológico, molecular o de imágenes sugerente de infección fúngica invasora (IFI), de acuerdo a criterios predefinidos. En cada caso se evaluó días de fiebre, días de hospitalización, uso de antifúngicos, porcentaje de casos que se resolvieron favorablemente, desarrollo de IFI, ingreso a Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) y mortalidad. **Resultados:** Entre junio de 2012 y diciembre de 2015 se evaluaron 945 episodios de NF, de los cuales 462 (49%) fueron NFAR y 118 (13%) tuvieron fiebre y neutropenia persistente. Un total de 92/118 niños fueron randomizados, 45 al grupo A y 47 al grupo B. Los días de uso de AF fueron 10 vs 5 ($P = 0,002$), con similar número de días de fiebre y de hospitalización, similar frecuencia de episodios que se resolvieron favorablemente (93 vs 89%), similar frecuencia de episodios en que se desarrolló una IFI (13 vs 17%), similar ingreso a UCI (27 vs 19%) y similar mortalidad (9 vs 9%). **Conclusiones:** *Pre-emptive therapy* fue tan eficaz y segura como la terapia empírica en niños con cáncer y NFAR. El uso racional de AF, basado en estrictos criterios de diagnóstico, favorecería la implementación de estrategias terapéuticas basadas en evidencias con un enfoque personalizado para el manejo de estos pacientes.



CO-15 Vigilancia activa de candidemia en la edad pediátrica en nueve hospitales de Chile (2013-2016)

Rabello Marcela, Izquierdo Giannina, Payá Ernesto, Villena Rodolfo, Zubieta Marcela, Acuña Mirta, Cofré Fernanda, Vizcaya Cecilia, Ducasse Karen, Álvarez Ana M., Labraña Yenís, Sandoval Carmen, Avilés Carmen L. y Santolaya M. Elena, en representación de la Red Nacional de Candidemia.
Red Nacional de Candidemia.
E-mail: m.rabello.g@gmail.com

Introducción: Candidemia es la principal causa de infección fúngica invasora nosocomial con alta tasa de mortalidad en población infantil. La vigilancia activa es un elemento necesario para implementar estrategias de prevención, manejo y pronóstico. **Objetivo:** Describir los aspectos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos de candidemia en la edad pediátrica en hospitales de Chile. **Materiales y Métodos:** Estudio prospectivo, multicéntrico, de vigilancia activa de candidemia en recién nacidos (RN) (0-28 días) y niños (29 días-18 años), realizado en nueve hospitales, entre junio de 2013 y junio de 2016. **Resultados:** Se reportaron 87 casos de candidemia en el período descrito, con una incidencia promedio de 0,61/1.000 egresos hospitalarios. Diecisiete de 87 (19,5%) fueron RN y 70/87 (80,5%) fueron niños. La mediana de edad de presentación fue 13 días en los RN (p_{25-75} 7-18 días) y de 30 meses en los niños (p_{25-75} 8-80 m). Las condiciones concomitantes más frecuentes a todas las edades fueron la enfermedad pulmonar y falla renal, y 40% de los niños presentaba cáncer (hematológicos). Los factores de riesgo en más de 90% de nuestra cohorte fue el uso de antibacterianos y catéter venoso central; en los neonatos asociado, además, al uso ventilación mecánica y nutrición parenteral. Las principales especies identificadas en RN fueron *C. albicans* (66%) y *C. parapsilosis* (25%) y en niños *C. albicans* (33%), *C. lusitanae* (14%) *C. tropicalis* (11%) y *C. parapsilosis* (11%). La sobrevida a 30 días fue de 65% en RN (11/17) y de 77% en niños (53/66). Ochenta y uno de 87 pacientes recibieron terapia antifúngica (AF) y 3 RN (18%; 3/17) que no recibieron AF fallecieron. El AF más usado en RN fue anfotericina (deoxicolato y lipídica), 7/10, (70%) y en niños fueron equinocandinas 60% (40/66). **Conclusiones:** Nuestro estudio muestra un predominio de *C. albicans* en RN, a diferencia de los niños, donde sólo 33% de los aislados correspondieron a esta especie; dos de cada tres aislados fueron *Candida* no *albicans*. Se debe considerar en pacientes con co-morbilidades como la enfermedad pulmonar y renal y su principal factor de riesgo es el uso previo de antibacterianos y la presencia de un catéter venoso. Anfotericina sigue siendo el AF más usado en neonatos y las equinocandinas en pacientes pediátricos, concordante con las recomendaciones de la literatura científica actual. Nuestros datos permiten conocer la las características de la candidemia nacional y así mejorar en aspectos relacionados con prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes pediátricos con candidemia en nuestro país.

CO-16 Caracterización clínica-epidemiológica de las enterocolitis necrosantes de siete hospitales públicos de la Región Metropolitana

Sandoval Alejandra, Cofré Fernanda, Delpiano Luis, Izquierdo Giannina, Labraña Yenís, Reyes Alejandra, Hernández Mariluz, Pérez Héctor, Brethauer Scarleth, Pantoja Miguel Á., Orellana Gustavo, Méndez Carolina, Figueroa Adela, Lindemann Cristina, Astudillo Patricio. Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Hospital Roberto del Río, Hospital San Borja Arriarán, Hospital Exequiel González Cortés, Hospital San Juan de Dios, Hospital Félix Bulnes y Hospital La Florida.
E-mail: ale7sando@gmail.com

Introducción: Las enterocolitis necrosantes (ECN) representan alta morbilidad y mortalidad en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) existiendo escasos registros de su comportamiento en nuestro medio. **Objetivo:** Describir características clínicas, epidemiológicas y factores de riesgo relacionados a las ECN en siete UCIN de la Región Metropolitana (RM). **Métodos:** Estudio multicéntrico, descriptivo prospectivo, aprobado por los Comités de Ética, que incluyen ECN de los hospitales: San José, San Borja Arriarán, Barros Luco Trudeau, San Juan de Dios, Félix Bulnes, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río y La Florida. Se recopilaron datos mediante ficha tipo entre enero y junio de 2016 y se efectuó análisis estadísticos con programas Excel y SPSS 21.0. **Resultados:** Se reclutaron 39 casos, fueron de género femenino 24 pacientes (61,5%), la mediana para edad gestacional y peso de nacimiento fue 28 semanas (rango: 23-36) y 970 g (rango: 636-1980), respectivamente. La mediana para edad al diagnóstico fue 12 días (rango: 4-42). Los antecedentes prenatales más frecuentes fueron: RCIU (28,2%) y SHE (23%). La alimentación previa al diagnóstico fue: mixta 46,2%, lactancia materna exclusiva 38,5% y fórmula exclusiva 10,2%. Hubo transfusión de eritrocitos rojos previa en 53,8% de los pacientes (n: 21). Un tercio (n: 9) de los pacientes no utilizó corticoides antenatales, 33% (n: 13) recibió indometacina y 71,8% (n: 28) usó antimicrobianos previos. Los datos clínicos más destacados fueron: distensión abdominal en 87,1% (n: 34), residuos gástricos en 79,4% (n: 31); deposiciones con sangre en 46,1% (n: 18) y shock en 53,8% (n: 21). Hubo aislamiento microbiológico en 43,5% (n: 17), destacando *S. epidermidis* (n: 6), *C. albicans* (n: 4) y *E. cloacae* (n: 2). Hubo alteración de radiografía abdominal en 92,3% (n: 36). Según clasificación de BELL la distribución fue: IA 2 (5,1%); IB 5 (12,8%); IIA 7 (17,9%); IIB 8 (20,5%); IIIA 4 (10,3%) y IIIB 12 (30,8%). Para el tratamiento se emplearon 13 diferentes esquemas antimicrobianos. Requirieron intervención quirúrgica 48,7% (n: 19) y de éstos, (63,2%) (n: 12) sufrieron resección intestinal. Fallecieron 9 pacientes (23%), y la letalidad atribuible a ECN fue de 7,7%. El análisis multivariado, mostró riesgo para cursar ECN con $p < 0,05$: menor peso de nacimiento, PEG, APGAR bajo, volumen enteral elevado al diagnóstico, catéter venoso umbilical, alcoholismo materno durante el embarazo, uso de indometacina, transfusión de eritrocitos y antimicrobianos previos. Fue protector el uso de corticoide prenatal. **Conclusiones:** La ECN es una patología compleja y multifactorial; destaca en nuestra serie una alta tasa de complicaciones quirúrgicas y una gran variabilidad en el manejo antimicrobiano. A la espera de completar un año de reclutamiento, este trabajo multicéntrico tiene la fortaleza de incluir distintas UCIN de la RM, que permitirá caracterizar el comportamiento de las ECN en nuestro medio y unificar el manejo quirúrgico y médico de esta patología.



CO-17 Análogos de ubiquinona, nuevas entidades moleculares con actividad sobre aislamientos clínicos de *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus* spp. multi-resistentes

Campanini-Salinas Javier, Andrades-Lagos Juan, Hinojosa Nicolás, Alarcón Pedro, González Gerardo, Vásquez-Velásquez David.
Laboratorio de Desarrollo de Fármacos, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas. Universidad de Chile.
E-mail: jcampanini23@gmail.com

Introducción: La resistencia a antibacterianos es un problema de salud mundial; esto, sumado al bajo desarrollo de nuevos antibacterianos, reduce drásticamente el arsenal terapéutico actual. Nuestro laboratorio ha trabajado en el desarrollo de compuestos sintéticos diseñados racionalmente a partir de la estructura de la ubiquinona, con el objetivo de interferir en el metabolismo energético bacteriano, específicamente en la cadena de transportadora de electrones entre los complejos I-III y II-III. Estos compuestos constituyen dos nuevas entidades moleculares ya que presentan un nuevo mecanismo de acción y no están relacionando estructuralmente con ninguna familia de antibacteriano anteriormente descrita. Resultados previos han demostrado que los compuestos obtenidos tienen un interesante perfil de actividad contra bacterias grampositivas de importancia clínica. De la serie de compuestos sintetizados, destacaron dos en particular: DFUCh-O5 y DFUCh-P4. **Objetivo:** Determinar el potencial de aplicación terapéutica de los derivados sintetizados. **Materiales y Métodos:** Para esto se determinaron la CIM₉₀ [1] y CBM₉₀ [2] de acuerdo a las normas de CLSI, en una población de aislados clínicos de *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus* spp. multi-resistentes, aisladas desde distintos sitios estériles (sangre, huesos, etc.) y diferentes centros hospitalarios de todos Chile durante el año 2014. La toxicidad de los compuestos en las células humanas y murinas se evaluó por el método de MTT. También se estudió la actividad de los compuestos en asociación con linezolid, vancomicina y daptomicina, la determinación del índice de CFI (concentración fraccionaria inhibitoria). Por último, se evaluó la presencia de efecto post antibiótico [3] y se estudió la efectividad *in vivo* utilizando un modelo de infección en larvas de *Galleria mellonella*. **Resultados:** La CIM₉₀ para DFUCh-O5 y DFUCh-P4 fue de 2 y 4 µg/mL para *S. aureus*, 4 y 4 µg/mL para *Enterococcus* spp, respectivamente. Los valores CBM₉₀ para DFUCh-O5 y DFUCh-P4 fueron 4 y 4 µg/mL para *S. aureus* y 4 y 8 µg/mL para *Enterococcus* spp. La viabilidad de las líneas celulares a concentraciones iguales a las CIM ensayadas no se vio afectada. Se observaron efectos aditivos de la actividad antibacteriana en asociación de derivados con linezolid. No se observó efecto post-antibiótico. Los resultados del modelo de infección en larvas de *Galleria mellonella* se muestra en el congreso. **Conclusiones:** Finalmente, DFUCh-O5 a y DFUCh-P4 son buenos candidatos para su desarrollo como agentes antibacterianos.

CO-18 Identificación de cepas de la microbiota bacteriana asociadas a infecciones por *Escherichia coli* diarreogénicas

Farfán Mauricio J., Gallardo Pablo, Izquierdo Mariana, O’Ryan Miguel, Vidal Roberto.
Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile. Laboratorio de Biología Molecular, Clínica Las Condes.
E-mail: mfarfan@med.uchile.cl

Introducción: Las cepas de *Escherichia coli* diarreogénicas (ECD) son una causa importante de diarrea en niños bajo 5 años de edad. Para inducir el proceso infeccioso, las cepas ECD expresan factores de virulencia, dependiendo de la interacción del patógeno con el sitio de infección. Este ambiente es modulado por la microbiota intestinal. Diversos estudios han evidenciado que existe una alteración en la composición de la microbiota en individuos con diarrea en comparación a individuos sanos; además, cepas de la microbiota intestinal pueden potenciar el proceso patogénico de cepas de ECD. **Objetivo:** Identificar cepas de la microbiota intestinal asociada a infecciones por ECD en niños bajo 5 años de edad. **Metodología:** Se analizaron muestras de deposiciones de niños entre 1 y 5 años, provenientes de Clínica Las Condes, positivas exclusivamente para: un patotipo de ECD (9 muestras), un virus entérico (10 muestras), un patógeno bacteriano diferentes a ECD (8 muestras) o negativas para patógenos entéricos (8 muestras). Además, se analizaron muestras de niños sanos, negativas para los patógenos entéricos (10 muestras). La detección de los patógenos entéricos se realizó por Filmarray GI®. En todas las muestras se amplificó y secuenció el gen del 16S ribosomal para luego realizar un estudio filogenético, utilizando unidades transcripcionales operacionales, y de esta forma, determinar las principales especies de la microbiota asociadas cada grupo. **Resultados:** En el grupo ECD, se observa un predominio de cepas pertenecientes a la familia de Firmicutes, Preoteobacteria y Bacteroidetes, siendo estas dos últimas las mayormente presentes en relación al resto de los grupos. El análisis estadístico de las principales especies asociadas a cada grupo, mostró que especies del género *Clostridium*, *Bacteroides*, *Escherichia*, *Ruminococcus*, *Peptostreptococcus* y *Dorea* se encontraban significativamente presente en el grupo ECD. Utilizando una base de datos para especies bacterianas cultivables, se encontraron dos cepas de *Bacteroides*, un *Parabacteroides*, un *Ruminococcus* y una *Veillonella* en mayor proporción en el grupo de ECD. **Conclusión:** Nuestros resultados preliminares muestran variaciones en la microbiota en los diferentes grupos analizados. Para el caso de las muestras de niños con infecciones por ECD, se observa un predominio de las familias de Preoteobacteria y Bacteroidetes. Además, se encontraron especies presentes en mayor proporción en las muestras de pacientes con infección por ECD en comparación del resto de los grupos analizados. Con las cepas cultivables obtenidas, se espera evaluar la capacidad de modular la virulencia de ECD. **Financiamiento.** Fondecyt 1160426.



CO-19 Evaluación del rendimiento de coprocultivos realizados durante un año en una institución de salud

Salas Alberto, Corvalán Valerie, Badilla Nora, Sanhueza Camila, Quintana Fabiola, Cabezas Catalina, Álvarez Claudia, De la Fuente Sebastián, Almonacid María, Hormazábal Sara, García Camila, Farfán Mauricio, Hervé Béatrice.
Clínica Las Condes.
E-mail: bherve@clc.cl

Introducción: El coprocultivo es un examen rutinario para diagnóstico etiológico de diarrea bacteriana de la comunidad. Este test es laborioso y su rendimiento no supera el 5% de positividad. Diferentes guías asocian los medios de cultivo y caldos de enriquecimiento de tal manera potenciar su rendimiento para la detección de: *Shigella* sp, *Salmonella*, *Yersinia* sp, *Campylobacter* sp, *Escherichia coli* enterohemorrágica (ECEH), *Vibrio* sp y *Aeromonas* sp. En nuestro medio, el coprocultivo corriente (CCTE) se orienta a la detección exclusiva de *Salmonella* y *Shigella*, y en nuestra institución otras búsquedas deben ser solicitadas en forma específica según la sospecha del médico clínico. **Objetivo:** Determinar la positividad de los medios de cultivo utilizados, según grupo etario (adulto-pediátrico) y procedencia de las muestras (Servicio de Urgencia-SU, ambulatorio, hospitalizado) y definir cuándo es necesario incluir en el CCTE otros estudios en forma rutinaria. **Método:** En formulario *ad-hoc* se detalló todos los posibles medios a utilizar, según las diferentes solicitudes y se registró en forma prospectiva, el resultado obtenido en cada uno de ellos. Se incluyeron los coprocultivos realizados en nuestra institución entre el 1 de julio de 2015 y el 30 de junio de 2016. El CCTE se sembró en agar MConkey (MC), XLD, caldos selenito y en un subgrupo, caldo GN. Además se agregó una placa de agar sangre para la detección de *Aeromonas* spp. El cultivo de *Campylobacter* se realizó en agar CASA y el cultivo de ECEH en agar MC-sorbitol. Para el cultivo de *Vibrio* se utilizó TCBS y agua peptonada y para *Yersinia*: MC a temperatura ambiente y tampón Yersinia. Para validar nuestros hallazgos, se comparó con los resultados de paneles moleculares en deposiciones en el mismo período. **Resultados:** Durante el período del estudio, se procesó un total de 1.014 CCTE, 541 cultivos de *Yersinia*, 179 de *Vibrio*, 302 de *Campylobacter* y 137 de ECEH. No se encontró *Yersinia* ni *Aeromonas*, a pesar que en los paneles moleculares (Filmarray GI) en deposiciones se detectó *Yersinia* en 0,3%. Se detectó un *Vibrio cholerae* (0,5%). La positividad de estudio de ECEH fue de 2,2%. El CCTE tuvo un rendimiento global de 5,8% que aumentó a 6,4% si se considera el caldo selenito y 7,2% con ambos caldos (selenito y GN $p = NS$). Sin embargo, la utilidad de los caldos sólo se pudo observar en muestras pediátricas, de pacientes ambulatorios ($p < 0,01$). Destaca que hubo 16,2% de positividad en cultivo de *Campylobacter* spp., la mayor parte procedentes del SU, sin diferencia significativa entre niños y adultos. **Conclusión:** En la población atendida por nuestro centro, el uso de caldos de enriquecimiento en CCTE sólo se justificaría en muestras ambulatorias de niños y el estudio de *Campylobacter* tiene alto rendimiento en SU, por lo que cabría considerarlo como estudio de rutina en estos pacientes. No se justifica la búsqueda rutinaria de *Aeromonas* sp.

CO-20 Genómica comparativa de aislados de *Salmonella* spp obtenidas de aves y cerdos de pequeños agricultores

Moreno Andrea, Rivera Dácil, Toledo Viviana, Hamilton-West Christopher.
Escuela de Medicina Veterinaria, Universidad Andrés Bello, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile.
E-mail: andrea.moreno@unab.cl

Introducción: Entre los patógenos que se transmiten por los alimentos, *Salmonella* sp es uno de los que más se reporta en Chile y en el mundo. *Salmonella* sp es muy abundante en distintas especies animales y contamina una gran diversidad de alimentos, como carnes, huevos, frutas y verduras. Una fuente recientemente reconocida como fuente de *Salmonella*, son las aves y cerdos que son crecidos por pequeños productores en sus patios (sistemas de traspato). En E.U.A., se reportaron recientemente, ocho brotes de *Salmonella* atribuidos a aves de traspato como la fuente de contaminación. **Objetivos:** Caracterizar genómicamente 22 aislados de *Salmonella* obtenidos de aves y cerdos de pequeños productores del centro de Chile. **Material y Método:** 22 cepas de *Salmonella* entérica aisladas de 14 granjas de traspato fueron secuenciadas con Illumina NextSeq. Las lecturas fueron ensambladas con SPAdes Genome Assembler y luego los contigs fueron analizados con las herramientas del Center for Genomic Epidemiology para predecir *in silico* el serotipo, genes de resistencia, MLST, plásmidos y profagos. En aislados del mismo serotipo se realizó un alineamiento con MAUVE para detectar diferencias entre serotipos. **Resultados:** La predicción de serotipos determinó que los serotipos fueron Enteritidis (8 cepas), Typhimurium (5 cepas), Infantis (3 cepas), Hadar (2 cepas) y una cepa de c/u: Tennessee, Mbandaka, Falkensee y Kentucky. La diversidad de serotipos indica que los distintos predios pueden contener distintos serotipos. Se detectaron plásmidos en 4 cepas de Typhimurium del grupo coll156, en 5 cepas de Enteritidis de los grupos IncFII-IncFIB, en la cepa de Mbandaka se detectó un plásmido IncN y en una cepa de Enteritidis se detectaron tres plásmidos de los grupos de incompatibilidad IncFII, incFIB, IncX1. Las cepas de *S. Hadar* presentaron los genes de resistencia *strB*, *strA*, *QnrB19*, *tetA* y las cepas de Typhimurium presentaron el gen *tetB*. El análisis comparativo de las cepas de Typhimurium detectaron que éstas son idénticas a cepas que persistieron en el predio por más de un año, todos pertenecientes al MLST tipo 34, y todas aisladas de distintos animales (pollos, cerdos y pavos) y años (2013 y 2014). **Conclusiones:** Este estudio demuestra que las cepas de *Salmonella* presentes en sistemas de traspato, persisten y contienen plásmidos y genes de resistencia a antimicrobianos como quinolonas, tetraciclinas y aminoglucósidos, lo que puede ser considerado un riesgo para los agricultores y los consumidores de alimentos provenientes de estos pequeños agricultores. **Financiamiento:** FONDECYT 11140108.



CO-21 Transferencia de *bla*_{NDM-1} y co-transferencia de otros determinantes genéticos de resistencia a antimicrobianos desde *Klebsiella pneumoniae* ST1588 a *Escherichia coli*

Quezada-Aguiluz Mario A.¹, Zenis Javier¹, Ríos Cristián¹, Carrasco Sergio¹, Opazo-Capurro Andrés¹, Lima Celia¹, Bello-Toledo Helia¹, Domínguez Daniel¹, Cifuentes Marcela², Silva Francisco², Barrera Boris², Prat Soledad³, Araya Pamela³, Fernández Jorge³, Hormazábal Juan C.³, González-Rocha Gerardo¹.

¹Laboratorio de Investigación en Agentes Antibacterianos. Facultad de Ciencias Biológicas. Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

²Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago, Chile. ³Instituto de Salud Pública de Chile, Santiago, Chile.

E-mail: marioquezada@udec.cl

Introducción: Las enterobacterias resistentes a carbapenémicos son una preocupación, especialmente las cepas productoras de carbapenemasas, como *New Delhi Metallo-beta-lactamase* (NDM). Desde su primer reporte en Suecia (2008) se ha diseminado globalmente debido a su codificación en plásmidos que co-transferen genes de resistencia a varios antimicrobianos usados en clínica, dejando pocas alternativas de tratamiento. En mayo de 2014 se confirmó en Chile el primer aislado de *K. pneumoniae* portador de NDM-1 en un paciente hospitalizado. **Objetivo:** Determinar la capacidad de transferencia de *bla*_{NDM-1} y co-transferencia de otros genes de resistencia a antimicrobianos del primer aislado productor de NDM-1 en Chile. **Materiales y Métodos:** Se realizó conjugación en medio sólido y líquido, entre las cepas *K. pneumoniae* ST1588 (lac⁺, susceptible a azida de sodio (AZS)) y *E. coli* K-12 (lac⁻, resistente a AZS) a 37 y 27°C. La selección de transconjugantes se efectuó en agar tripticasa con 300 µg/mL de AZS y alguno de los siguientes antimicrobianos: ampicilina (AMP; 16 µg/mL, ertapenem (ETP; 0,125 µg/mL) o cefotaxima (CTX 4; µg/mL). Las transconjugantes fueron identificadas por pruebas fenotípicas y clonalidad por *ERIC-PCR*. La susceptibilidad se estudió por difusión en agar y microdilución en caldo. Se realizó el test de sinergia con ácido clavulánico y test de ácido fenilborónico para confirmar BLEE; Carba-NP test y test de Hodge modificado para carbapenemasas y test con discos combinados imipenem-EDTA para metalo-β-lactamasas. La presencia de *bla*_{NDM-1} y otros genes de resistencia se estudió mediante RPC convencional. **Resultados:** En la cepa *K. pneumoniae* ST1588 se detectó los genes *bla*_{NDM-1}, *bla*_{CTX-M-15}, *bla*_{TEM}, *bla*_{SHV}, *aac(6')-Ib* y *qnrB*; como también el gen *intI1*. La transferencia de *bla*_{NDM-1} ocurrió sólo a 27°C a una frecuencia de 4,3x10⁻⁶ transconjugantes/célula receptora. Además, se detectó co-transferencia de *bla*_{CTX-M-15}, *aac(6')-Ib* y *qnrB*. La CIM de AMP, ERT, CTX y ciprofloxacina (CIP) aumentó 64, > 266, > 400 y 1.000 veces, respectivamente, en la transconjugante respecto de la receptora. **Conclusión:** *bla*_{NDM-1} podría estar diseminándose a temperaturas cercanas a la temperatura ambiental, favoreciendo este fenómeno en el medio ambiente y co-transfiriéndose con otros genes de resistencia a antimicrobianos de uso clínico. **Financiamiento.** Proyecto FONDECYT 1130838.

CO-22 Antifungal stewardship: Impacto económico del uso de antifúngicos en un hospital pediátrico de Chile

Barnafi Natalia², Barraza Marlon¹, Maldonado M. Eliana², Torres J. Pablo², Coria Paulina², Morales Jorge¹.

¹Farmacología Clínica, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna. ²Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil Oriente-Infectología, Universidad de Chile.

E-mail: nataliabarnafi@gmail.com

Introducción: El uso adecuado de antifúngicos, en el escenario de manifestaciones clínicas inespecíficas y herramientas terapéuticas diferidas y subóptimas, se ha visto dificultado ante la premura en el inicio de terapia. **Objetivo:** Evaluar y categorizar tratamientos antifúngicos de uso restringido y determinar su impacto económico. **Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo, entre enero de 2015 y abril de 2016 en un hospital pediátrico de Santiago de Chile. Correspondió a un análisis económico de episodios con uso de antifúngicos de alto costo (voriconazol, anfotericina liposomal, anidulafungina, caspofungina y posaconazol), mediante revisión de fichas clínicas y categorización diagnóstica de enfermedad fúngica invasora (EFI) en posible, probable y probada basado en consenso EORTC/MSG 2002 (revisado 2008). Se incluyó además las categorías: profilaxis, enfermedad fúngica no invasora y descartada. Se calculó el total de días de tratamiento. Se consideró tratamiento inadecuado las EFI posibles y descartadas, y adecuado enfermedad fúngica no invasora, EFI probable y probada. En el análisis por tratamiento, no se incluyeron profilaxis. Se calculó el costo de cada uno de estos grupos. **Resultados:** Fueron analizados 151 episodios de infección fúngica en 78 pacientes con uso de antifúngico restringido, clasificados en 44 EFI posible (29,1%), 22 EFI probable (14,6%), 35 EFI probada (23,2%), 23 profilaxis (15,2%), 8 infecciones fúngicas no invasoras (5,3%), 15 descartados (9,9%) y 4 (2,7%) no fueron categorizados por carecer de información. El costo total fue \$451.417.073 (US aprox.: 673,756; 1 dólar = 670 pesos). Tratamiento antifúngico restringido se consideró adecuado en 65 episodios (43,1%) e inadecuado en 59 (39%). El tiempo promedio de uso de antifúngicos restringidos en tratamientos inadecuados fue 8,6 días (DS 9,4) mínimo 1 día - máximo 57 días y en los tratamientos adecuados fue 24,2 días (DS 26,9), mínimo 1 día - máximo 345 días. El costo asociado a terapias antifúngicas adecuadas fue \$287.559.719, (US aprox. 429,193) mientras que las no adecuadas generaron un gasto de \$62.843.646 (US aprox. 93,796). El costo de profilaxis fue \$95.626.207 (US aprox. 142,725). **Discusión:** El inicio de una terapia antifúngica temprana es muchas veces indiscutible, pero la duración prolongada injustificada genera un alto consumo de recursos y gastos asociados al cuidado del paciente, mayores efectos adversos y selección de resistencia. La disminución en la duración de tratamientos empíricos, mediante mayor rapidez de exámenes y procedimientos diagnósticos, sumado a educación al equipo de salud, podría lograr un uso más eficiente y racional de los recursos y un mejor cuidado al paciente.



CO-23 Vigilancia de laboratorio para *Listeria monocytogenes* proveniente de enfermedad invasora, caracterización fenotípica y molecular

Alarcón Pedro, Araya Pamela, Hormazábal Juan C., Aguayo Carolina, Fernández Jorge, Puentes Rodrigo.

Instituto de Salud Pública de Chile.

E-mail: palarcon@ispch.cl

Introducción: *Listeria monocytogenes* proveniente de enfermedad invasora (EI) es objeto de vigilancia de laboratorio en Chile: los laboratorios públicos y privados deben enviar los aislados provenientes de sitios estériles al Instituto de Salud Pública para su confirmación y caracterización. *L. monocytogenes* posee 13 serotipos basados en antígenos somáticos y flagelares y su serotipificación es de gran importancia para definir los serotipos responsables de EI. **Objetivo:** Describir los resultados de la vigilancia de laboratorio de *L. monocytogenes* proveniente de EI en Chile, entre enero de 2007 y junio de 2016, con relación a su epidemiología: serotipos circulantes, susceptibilidad y caracterización molecular. **Material y Métodos:** Las cepas de *L. monocytogenes* se confirmaron por métodos bioquímicos y fueron serotipificadas mediante la técnica de Seeliger y Höhne con antisueros comerciales y por biología molecular mediante RPC. El estudio de susceptibilidad se determinó mediante el método de CIM; para el estudio de clonalidad se utilizó electroforesis de campo pulsado y para la caracterización molecular la técnica de multilocus sequence typing. **Resultados:** Se confirmaron 769 cepas de *L. monocytogenes* provenientes de EI: sangre (n: 496), LCR (n: 189), líquido amniótico (n: 40) y otras muestras (n: 44). Con respecto a los grupos etarios, predominó el grupo de adultos mayor o igual a 50 años, seguido de los recién nacidos. Todas las cepas fueron sensibles a penicilina, ampicilina y cotrimoxazol. Con respecto al estudio clonal, *L. monocytogenes* presentó bastante polimorfismo clonal, durante el año 2008 predominó el clon 9, asociado al consumo de productos lácteos; en el año 2009 predominó el clon 1, asociado a cecinas, los cuales, se ha mantenido presente a través de los años, pero en menor frecuencia. A partir del año 2016 se empezó a serotipificar las cepas de *L. monocytogenes*, encontrándose los siguientes serotipos en cepas invasoras: serotipo 4b (73,5%), serotipo 1/2a (23,5%) y serotipo 1/2b (2,9%) de un total de 34 cepas. Con respecto a la caracterización molecular se identificaron secuencias tipos (ST) asociadas a los diferentes serotipos invasores, predominando la ST1, ST2 pertenecientes a los complejos clonales (CC) 1 y 2 respectivamente, asociadas al serotipo 4b; ST14, ST121 pertenecientes a los CC14 y CC121, asociado al serotipo 1/2a; ST3 y ST5 pertenecientes a los CC3 y CC5, asociados al serotipo 1/2b. **Conclusión:** En el período comprendido entre enero de 2007 y junio de 2016 se han confirmado 769 cepas de *L. monocytogenes* provenientes de EI. Se han identificado los clones involucrados y asociados al consumo de alimentos, relacionados con el serotipo 4b predominante, clon epidémico diseminado a nivel mundial; entre otros clones. Es necesario continuar con los estudios de caracterización fenotípica y molecular de cepas de *L. monocytogenes*, con la finalidad de determinar posibles brotes y comparar nuestros resultados con lo descrito en otras latitudes.

CO-24 Comparación entre los aislados de *Acinetobacter baumannii* resistentes y susceptibles a colistín. Análisis preliminar de la experiencia en el HUAP 2012-2015

Vargas R. Claudio¹, Seguel Ana M., Ulloa Karen, Zamora Francisco.

Hospital de Urgencia Asistencia Pública.

E-mail: claudio.vargas@usach.cl

Introducción: Desde 2012 se han aislado en las diferentes Unidades de Paciente Crítico del HUAP *Acinetobacter baumannii* resistentes a colistín provocando brotes que han sido recurrentes. Se ha hipotetizado que la adquisición de resistencia a colistín se acompaña de una menor capacidad de la bacteria para producir infección. **Objetivos:** Comparar los aislados de *A. baumannii* según su susceptibilidad a colistín en relación a letalidad y proporción colonización/infección. **Pacientes y Métodos:** Se realizó una revisión de las historias clínicas de 53 pacientes en que se aisló *A. baumannii* resistente a colistín y de una muestra aleatoria de 49 pacientes en que se aislaron cepas de *A. baumannii* susceptibles a colistín. Se contrastaron las características de ambos tipos de aislados en relación a infección/colonización, momento del aislamiento en relación al ingreso, mortalidad, sitio de la infección/colonización. Para la comparación entre los grupos se usaron los test de χ^2 y Kruskal-Wallis según tipo de variable. Se estimó un modelo de regresión logística para identificar predictores independientes de mortalidad y un modelo de sobrevida de Cox para identificar las variables asociadas al tiempo en que ocurrió el aislamiento. **Resultados:** El 73% de los aislados corresponden a la localización respiratoria sin que haya diferencias significativas entre ambos grupos. El 63,8% de los aislados correspondió a infecciones sin diferencias entre los grupos: 62% en el grupo *A. baumannii* susceptible y 66,5% en los resistentes. Al comparar los días de hospitalización los *A. baumannii* resistentes se aislaron significativamente más tarde que los susceptibles (mediana 26 días vs 12 días; Kruskal-Wallis con $p < 0,05$). En el modelo multivariante de Cox ajustando por servicio clínico e infección/colonización se mantiene la diferencia (HR: 0,47) El modelo logístico que ajustó por co-variantes mostró una letalidad de 11,1% en los colonizados con el agente susceptible, 21,3% en los colonizados resistentes, 40,9% en los infectados susceptibles y 57,2% en los infectados con las cepas resistentes. La diferencia en mortalidad entre los infectados no alcanzó significancia estadística. **Conclusión:** *Acinetobacter baumannii* resistente a colistín aparece tardíamente en la evolución de los pacientes de UPC y presenta una capacidad de provocar infecciones similares a las cepas susceptibles, con una letalidad muy alta y posiblemente mayor.



CO-25 Vida y muerte de la araña del rincón y el efecto de su malvada enemiga, la araña tigre

Canals Mauricio¹, Solís Rigoberto², Moreno Lucila³.

¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile. ³Departamento de Zoología, Facultad de Ciencias Naturales y Oceanográficas, Universidad de Concepción.

E-mail: mcanals@uchile.cl

Introducción: Para que una araña pueda regular la población de otra no basta sólo que una depreda sobre la otra en un encuentro programado, sino que 1. Deben compartir el micro-hábitat, aumentando la probabilidad de encuentro; 2. Predar habitualmente sobre esta y 3. Afectar la mortalidad o fecundidad de la presa. **Objetivo:** En este estudio se reportan resultados referentes a estos tres puntos en la interacción entre *Loxosceles laeta* y su posible control biológico: *Scytodes globula*. Ambas especies tienen temperaturas preferenciales y críticas y tolerancias a la desecación similares lo que sugiere similares microambientes preferidos. La distribución potencial de ambas arañas sólo coincide en la zona central, siendo las altas temperaturas favorables a ambas, pero mientras la araña del rincón prefiere bajas precipitaciones, la araña tigre prefiere un mayor nivel de éstas. Al interactuar directamente ambas especies, la probabilidad de agresividad en encuentros individuales es aproximadamente 60% y la probabilidad de victoria de la araña tigre es 68%. A nivel poblacional, al hacer crecer cohortes de la araña del rincón en presencia de *S. globula*, la mortalidad de las crías aumenta al doble. **Resultados:** Analizando el efecto de *S. globula* en la dinámica poblacional de *L. laeta* mediante matrices de proyección y simulación, considerando las variaciones estacionales de la fecundidad, encuentros aleatorios entre las especies y crecimiento poblacional de tipo logístico, encontramos que los parámetros más importantes para predecir las características de la población en situación de equilibrio son la fertilidad y la función de supervivencia de las arañas de estado de desarrollo avanzado. La acción de *S. globula* produce una significativa disminución del tamaño poblacional, de las fluctuaciones poblacionales y de la proporción de individuos reproductivos de *L. laeta*. El efecto más probable de *S. globula* sobre las poblaciones de *L. laeta* es un decrecimiento de 20% del tamaño poblacional. Este es insuficiente para considerar a esta especie como un agente de control biológico de *L. laeta*. Sin embargo, la acción de *S. globula* no es despreciable ya que el decrecimiento de 20% de la población de *L. laeta* podría significar una reducción de 15% en la incidencia de loxoscelismo. **Conclusión:** Esta acción es probablemente menos efectiva que otras medidas epidemiológicas como la limpieza de las casas y el uso de insecticidas/aracnidas y probablemente similar a la acción del hombre eliminando una o dos arañas adultas por año anuales; pero sin embargo ayuda. **Financiamiento:** Proyectos: FONDECYT 1110058.

CO-26 Aporte del laboratorio en el diagnóstico de la infección por virus Zika. Experiencia en un país no endémico

Vizcaya Cecilia, Perret Cecilia, Medina Rafael, Contreras Ana M., Martínez Constanza, García Tamara, Ferrés Marcela.

Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica. Laboratorio de Infectología y Virología Molecular.

Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: cperret@med.puc.cl

Antecedentes: La introducción del virus Zika (ZIKV) a América se conoció en mayo de 2015. A fines de ese año Brasil alerta la probable relación entre la epidemia y la microcefalia congénita. Desde entonces se ha presentado circulación autóctona en 42 países en todo el continente. Los viajeros están expuestos al viajar a zonas de riesgo. El diagnóstico serológico es difícil dado la reacción cruzada por la similitud antigénica entre ZIKV y virus dengue (DENV), ambos flavivirus. **Objetivo:** Describir el comportamiento de la reacción de polimerasa en cadena (RPC) de ZIKV. Evaluar reacción cruzada entre serología de ZIKV y DENV y sugerir algoritmo diagnóstico. **Metodología:** Se analizaron las muestras de pacientes enviados para diagnóstico de dengue o Zika al Laboratorio de Infectología y Virología Molecular de la Pontificia Universidad Católica de Chile, desde marzo a mayo de 2016. A todos los pacientes se les realizó IgM dengue y ZIKV. En el caso de ambas IgM positivas se incluyó para análisis sólo a aquellos que se pudo determinar el verdadero positivo. Algunos pacientes fueron enrolados para una cohorte de seguimiento clínico y de laboratorio por el periodo de dos meses. Para la RPC de ZIKV se utilizó una técnica *in house* con el protocolo del CDC. Para IgM de dengue se utilizó la técnica de ELISA usando el kit comercial Focus® y para ZIKV la técnica de ELISA con el kit de Euroimmune®. **Resultados:** Se analizaron 35 muestras de pacientes. 16 pacientes fueron IgM (+) DENV y nueve pacientes IgM ZIKV (+). Tres pacientes ZIKV (+) (33%) también tuvieron IgM DENV (+) estableciéndose como casos verdaderos de ZIKV; en dos de ellos por seroconversión IgG ZIKV e IgG DENV (+) y el tercero por nexo epidemiológico con caso ZIKV confirmado por RPC. A ocho pacientes enrolados en la cohorte de seguimiento se les realizó RPC ZIKV. Cinco tuvieron RPC (+), con sensibilidad global de 71%. En los con RPC efectuada con menos de cinco días de enfermedad, 100% la tuvo positiva. Tres pacientes fueron RPC (-): una de ellos fue IgM (+) para DENV e IgM (-) para ZIKV y dos de ellos con IgM (+) para ZIKV y DENV y en el seguimiento uno fue ZIKV IgG (+) y DENV IgG (-) y un caso con nexo epidemiológico con paciente con ZIKV confirmado por RPC. El promedio de días de evolución de los RPC (+) fue de 3,2 días, y el de los RPC negativo fue de seis días. $P < 0,00001$. En seis pacientes con seguimiento con IgG ZIKV y DENV, ninguna IgG resultó positiva antes de los 14 días; en dos, ambas IgG fueron positivas, una por dengue previo y la otra con absorbancia de ZIKV mucho más alta que la de IgG DENV. **Conclusiones:** En un país no endémico para la circulación de flavivirus, proponemos para diagnóstico inicial de infección por Zika realizar RPC antes de los cinco días de enfermedad dada su sensibilidad cercana a 100%. Pasado esos días IgM ZIKV y DENV dado que la reacción cruzada sería cercana a un tercio. Si IgM ZIKV (+) y DENV (-) se hace el diagnóstico de infección por virus Zika. Si ambos son positivos debería seguirse con IgG ZIKV y DENV a los 14 días de evolución. Seroconversión de IgG ZIKV solamente hace el diagnóstico de Zika. Si ambos son positivos se puede utilizar la diferencia en la absorbancia.



CO-27 ¿Qué dicen los números de la evolución temporal de la enfermedad de Chagas?

Canals Mauricio^{1,2}, Canals Lucía, Canals Andrea^{1,3}, Cáceres Dante¹, Alvarado Sergio¹, Cattán Pedro E.⁴, Saavedra Miguel⁵, Zulantay Inés⁵, Apt Werner⁵.

¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Dirección Académica, Clínica Santa María. ⁴Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile. ⁵Laboratorio de Parasitología, ICBM, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

E-mail: mcanals@uchile.cl

Introducción: La enfermedad de Chagas sigue siendo altamente prevalente en Chile, especialmente entre las regiones de Arica y Parinacota y de Coquimbo. Desde 1999 se considera que en Chile se encuentra interrumpida la transmisión vectorial. Bajo esta premisa, la dinámica epidemiológica se debiera estar modificando. **Objetivo:** Analizar la evolución de la prevalencia de la enfermedad de Chagas. **Metodología:** A través del análisis de resultados de 64.995 xenodiagnósticos realizados en el Laboratorio de Parasitología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, entre 1949 y 2014, se comparó la evolución de las mortalidades y morbilidades disponibles en las bases de datos del Ministerio de Salud en los períodos en que fue posible. **Resultados:** La prevalencia de la enfermedad de Chagas en habitantes de zonas de riesgo para este período fue $9,31 \pm 0,1\%$, la tasa de morbilidad promedio 1987-2014 fue $3,70 \pm 2,47 / 100.000$, la tasa de mortalidad promedio 1985-2014 fue $0,35 \pm 0,05 / 100.000$. Se encontró un significativo decrecimiento del esfuerzo de muestreo, decayendo dos órdenes de magnitud, especialmente desde el año 2000. A pesar de la caída en el esfuerzo de muestreo la prevalencia en esta muestra se ha mantenido constante por 65 años ($F_{1,64} = 0,01$, $p = 0,9$) sin cambios desde el corte de la transmisión vectorial. Los datos ministeriales muestran un aumento progresivo de las tasas de morbilidad ($F_{1,25} = 35,8$, $p < 0,001$) con mantención de las tasas de mortalidad ($F_{1,64} = 0,32$, $p = 0,57$). El aumento progresivo de la morbilidad parece no relacionarse con el corte de la cadena vectorial ni con el mayor esfuerzo diagnóstico ocurrido en 2009, ya que era evidente desde antes ($F_{1,20} = 24,4$, $p < 0,001$). Los datos de prevalencia de la literatura son muy dispares, variando desde 16,7% en zonas rurales de riesgo a 1,9% en zonas urbanas y desde 0,5 a 3,7% en dadores de sangre según diferentes fuentes, contrastando con los valores de 1,5% a nivel rural y 0,6% a nivel urbano propuesto por la ENS 2009-2010. **Conclusión:** Este estudio muestra una situación preocupante, ya que mientras por una parte se destaca el corte de la transmisión vectorial y mejora en los sistemas de pesquisa, la preocupación por esta enfermedad parece ir decreciendo con menores esfuerzos diagnósticos y menor enseñanza a nivel superior, y por otra parte los números muestran que el problema si es que no está aumentando, al menos mantiene su descuidada magnitud histórica (FONDECYT 1150514).

CO-28 Enterovirus: caracterización clínica, molecular y análisis filogenético de casos detectados en el Laboratorio de Infectología y Virología Molecular año 2015, Pontificia Universidad Católica de Chile

Puente Marcela², Martínez Constanza³, Contreras Ana M.³, Vizcaya Cecilia¹, Ferrés Marcela¹⁻³.

¹Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica. ²Departamento de Enfermedades Infecciosas del Adulto.

³Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

E-mail: mpuentev@hotmail.com

Introducción: Los Enterovirus (EV) son virus ARN pequeños, desnudos. Entre sus variadas manifestaciones clínicas, algunas pueden ser causa de hospitalización como la fiebre en estudio y la meningitis viral. En octubre de 2015 circuló una alerta ministerial en relación a tres brotes de meningitis viral identificados en establecimientos educacionales del país. En forma concomitante, el Laboratorio de Infectología y Virología Molecular de la Universidad Católica (LIVM), detectó un aumento inusual de casos positivos desde distintas muestras clínicas lo que motivó su análisis molecular y filogenético. **Objetivos:** Caracterización virológica molecular y filogenética de los EV identificados en octubre-noviembre de 2015. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todas las muestras clínicas identificadas como positivas para EV entre octubre y noviembre de 2015. Las muestras de hisopado nasofaríngeo (HNF), EV (+) fueron detectadas por panel respiratorio molecular Seegene®. Todas las otras (LCR, sangre, deposiciones, lesiones cutáneas) fueron procesadas por RPC-TR en tiempo real específico para el género EV (5'UTR EV 200 pb). Adicionalmente, se realizó cultivo viral con las contra muestras disponibles en células E-Mix® (DH). Para la caracterización molecular se amplificó y secuenció un segmento de 200 pb del 5'UTR del ARN viral. Para la reconstrucción filogenética se utilizó el método Neighbor-Joining y Maximum Likelihood. Se obtuvieron datos clínicos desde los médicos tratantes. **Resultados:** En el período estudiado se identificaron 32 EV (17 HNF, 8 LCR, otros 7) desde 29 pacientes. La edad promedio de los pacientes fue de 8 años, (5 días a 65 años), y 57% sexo masculino. Los pacientes con clínica respiratoria, síndrome febril (SF) y lesiones cutáneas, fueron positivos a EV en HNF; en dos pacientes con SF pero sin lesiones cutáneas se detectó EV en plasma. En un caso de sospecha de eccema herpético, un raspado de la lesión cutánea fue positivo. En seis casos, dos niños y cuatro adultos, se pesquisó EV en LCR, con clínica de SF y meningoencefalitis. Se obtuvo aislamiento viral desde 27 muestras biológicas. El árbol filogenético se construyó mediante análisis de similitud añadiendo secuencias tipo provenientes del Genbank. El análisis de los fragmentos obtenidos desde las X muestras estudiadas identificó las cepas como Coxsackievirus y Echovirus. **Conclusiones:** Las enfermedades producidas por EV presentan una temporalidad de brotes no predecibles; de ahí la importancia de una vigilancia periódica desde los laboratorios de virología con una comunicación constante con los estamentos clínicos. La rapidez y mejoría de las técnicas virológicas como la secuenciación y sub-tipificación aporta en el conocimiento epidemiológico de las características del brote y en los aspectos clínicos de los pacientes identificar sub-tipos de riesgo asociados a mayor gravedad.



CO-29 Caracterización clínica y económica de varicela en niños en la Región Metropolitana y Región de Valparaíso, Chile

Torres Juan P., De la Maza Verónica, Castro Magdalena, Conca Natalia, Izquierdo Giannina, Suau Thelma, Rodríguez Pilar, Contardo Verónica, Rosales Alejandra, Ducasse Karen.

Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna, Hospital Roberto del Río, Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Clínica Las Condes, Hospital Dr. Gustavo Fricke.

E-mail: jptorres@clc.cl

Introducción: La varicela es un problema relevante de salud pública en Chile. Aunque habitualmente tiene un curso de evolución leve en niños sanos, puede causar complicaciones graves, incluso mortales que se asocian a un considerable gasto en salud. Actualmente, en Chile sólo se dispone de una vigilancia centinela a nivel ambulatorio, sin conocerse el impacto de la varicela en casos más graves que determinan hospitalización. **Objetivos:** Descripción clínica y del costo asociado a la atención de niños con varicela, hospitalizados en la Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso, Chile. **Materiales y Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional y retrospectivo, en todos los casos de niños hospitalizados (0-15 años) con diagnóstico de varicela, entre enero de 2011 y diciembre de 2015 en los Hospitales Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Exequiel González Cortés, Roberto del Río, Dr. Gustavo Fricke y Clínica Las Condes. Se realizó una revisión de fichas para evaluar las características clínicas de la enfermedad y los costos asociados a la hospitalización por varicela. **Resultados:** A la fecha, se han revisado 352 casos de hospitalización. El 55% correspondió a sexo masculino, con una mediana de edad de 2,5 años (rango 0-15). El 62% (217/352) ocurrió durante la temporada primavera-verano. Sólo siete niños (2%) tuvieron el antecedente de haber recibido previamente vacuna varicela, 36 (10%) antecedente de inmunocompromiso y 154/352 (50%) antecedente de contacto (19% un hermano y 10% con un compañero de curso). Al ingreso, 81% de los casos presentó una cantidad moderada a grave de lesiones, 23% ingresó en regular estado general y 54% con fiebre (mediana: 37,3°C). La PCR y el recuento de leucocitos tuvieron una mediana de 30 mg/L y 10.000/mm³, respectivamente. La mediana de días de hospitalización fue de tres (RIQ 2-6). 32/352 (9%) de los niños ingresaron a UTI, ocupando 118 días/UTI y 20/352 (6%) ingresaron a Intermedio, ocupando 113 días. Los principales diagnósticos de egreso fueron: infección de piel y tejidos blandos 143 (40%); celulitis 107/342, impétigo 44/342, escarlatina 48 (14%), convulsiones 19 (5%), cerebelitis 15 (4%), *shock séptico* 7 (2%), neumonía bacteriana 7 (2%) y *shock tóxico* 3 (1%). No hubo casos de mortalidad. Se gastaron \$141.801.380 (US aprox.: 211,643; valor dólar: 670 pesos) en 4.423 días de hospitalización básica, \$7.273.810 US aprox.: 10,856 en 113 días Intermedio y \$15.728.220 (US aprox.: 23,474) en 118 días UTI; \$468.191 (US aprox.: 698) en cada paciente considerando sólo el costo del día cama. **Conclusiones:** La varicela es una enfermedad inmuno-prevenible frecuente. Se observaron casos con una mediana de tres días de hospitalización por complicaciones, especialmente sobreinfección bacteriana de piel, escarlatina y cuadros neurológicos. Un 15% de los casos requirió hospitalización en UTI o Intermedio, con un alto costo asociado, que podría disminuirse significativamente con la incorporación de la vacuna al PNI.

CO-30 Aumento del diagnóstico etiológico en lactantes bajo 3 meses de edad hospitalizados por síndrome febril sin foco al incorporar detección molecular para enterovirus y virus respiratorios

Piñera Cecilia, Valenzuela Romina, Coublé Bernardita, Moya Macarena, Vergara Alejandra, Suau Thelma, Fritis Ana, Roa Carolina, Santolaya M. Elena, Torres Juan P.

Facultad de Medicina Universidad de Chile. Hospital Dr. Exequiel González Cortés, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

E-mail: ceciliapiñera@gmail.com

Introducción: En lactantes bajo tres meses de edad las infecciones bacterianas representan entre 7 y 20% de las causas de síndrome febril sin foco (SFSF), siendo habitualmente identificadas con métodos diagnósticos microbiológicos convencionales. Sin embargo, las infecciones virales, que se presume son la causa más frecuente de SFSF, son de difícil identificación etiológica, ya que los métodos virológicos convencionales (aislamiento y serología) son de baja sensibilidad, dando un rol a la biología molecular. **Objetivos:** Aumentar el diagnóstico etiológico de SFSF en lactantes bajo tres meses de edad, al incorporar técnicas de detección molecular para enterovirus (EV) en sangre y LCR, y virus respiratorios en ANF, por sobre el diagnóstico microbiológico convencional. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, en dos hospitales pediátricos. Se estudió a lactantes bajo 3 meses de edad, hospitalizados por SFSF, los que fueron manejados de acuerdo a protocolos locales. Se registraron variables demográficas y de evolución. Se solicitó dentro de las primeras 48 h de su ingreso muestras de sangre, LCR y ANF, las que se guardaron congeladas hasta su procesamiento. Posteriormente se determinó EV en sangre y LCR, y virus respiratorios en ANF por RPC en tiempo real. **Resultados:** Se enroló a 101 niños, edad promedio de 33 días (rango 4-89 días), 69% de sexo masculino. Los diagnósticos clínicos de egreso fueron: 38% infecciones bacterianas, siendo ITU la más frecuente; 25% infecciones virales y 33% SFSF. Se detectó virus respiratorios por RPC en 33% de los pacientes (rinovirus 14%, adenovirus 8%, EV 5%, coronavirus 4% y VRS 3%) y EV en 14% (ocho pacientes sólo en sangre, tres sólo en LCR y tres en LCR + sangre). El diagnóstico etiológico confirmado al incorporar detección molecular al microbiológico convencional aumentó la identificación viral de 2 a 32% (p 0,001); se aumentó la identificación de co-infección virus-bacteria de 1 a 11% (p 0,002), y se disminuyó los casos sin diagnóstico etiológico de 66 a 37% (p 0,001). Globalmente se logró un aumento del diagnóstico etiológico al incorporar biología molecular a los métodos microbiológicos convencionales de 34 a 63% (p 0,0001). **Conclusiones:** Los métodos de biología molecular, sumados a los microbiológicos convencionales, permitieron aumentar el diagnóstico etiológico del SFSF de 34 a 63%. La búsqueda sistemática de agentes etiológicos virales permitiría racionalizar el manejo de estos pacientes.



CO-31 Descripción de los egresos hospitalarios por hidatidosis en La Araucanía, 2005 a 2014

Fonseca-Salamanca Flery^{1,4}, Becerra Valeria², Soriano Cristofer², Melo Angélica³, Hidalgo Alejandro^{1,3,4}.

¹Departamento de Ciencias Preclínicas. ²Carrera de Medicina. ³Doctorado en Biología Celular y Molecular Aplicada. ⁴Laboratorio de Inmunoparasitología Molecular, Centro de Excelencia en Medicina Traslacional (CEMT), Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

E-mail: flery.fonseca@ufrofrontera.cl

Introducción: La hidatidosis o equinococosis quística, es una zoonosis endémica de notificación diaria obligatoria y de gran importancia en la salud pública de nuestro país. Producida por el estado larvario del cestodo *Echinococcus granulosus*, su localización es principalmente hepática y pulmonar y el tratamiento es principalmente quirúrgico. De gran importancia en salud pública, largas estadías hospitalarias, recurrencias y elevados costos económicos de hospitalización y licencias médicas. En la región de La Araucanía, por el alto grado de ruralidad y pobreza, es una de las patologías de mayor importancia y preocupación en salud humana, dado que a pesar de las campañas de salud y prevención realizadas, continúa siendo endémica.

Objetivos: Analizar los egresados por hidatidosis en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (HHHA) de 2005 a 2014. **Material y Método:** Se analizó retrospectivamente la base de datos de patologías infecciosas y parasitarias según egresos del HHHA, de 2005 a 2014, filtrando mediante el código de Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10, Helmintiasis B67 Equinococosis. El HHHA depende administrativamente del Servicio de Salud Araucanía Sur, es el único establecimiento de Alta Complejidad de la Red Asistencial de la región y es donde se opera casi la totalidad de los casos de hidatidosis de La Araucanía. **Resultados:** Se registraron 1.092 egresos, 45% sexo femenino y 55% sexo masculino, mediana de edad de 33 años (rango 2-93), promedio anual de 109 egresos (87-140). Según etnia, 41% pertenece a pueblos originarios, con 31% mapuche. Las principales ubicaciones fueron hepática 46% y pulmonar 40%, muy sobre las demás ubicaciones; la cerebral y abdominal en niños. Algunos quistes hidatídicos hepáticos presentaron segundo quiste pulmonar y viceversa. Respecto a la recurrencia, 526 pacientes fueron hospitalizados a lo menos dos veces por causas hidatídicas. El 76% de los pacientes fue tratado quirúrgicamente, promedio 20 días cama, dejando fuera una hospitalización de 293 días de paciente con hidatidosis espinal. **Conclusiones:** La hidatidosis continúa siendo una importante patología en La Araucanía, con un alto porcentaje de ruralidad al momento del egreso. Debe considerarse que el período de incubación va de los 12 meses a varios años, lo más probable es que la infección fue contraída en la infancia. El análisis de los datos indica una población principalmente rural, de etnia mapuche, con importante recurrencia, donde las variables estudiadas se mantuvieron relativamente constantes en los últimos 10 años analizados.

CO-32 Modelo de transmisión de la enfermedad de Chagas: desde la transmisión vectorial a la congénita

Canals Mauricio^{1,2}, Cáceres Dante¹, Alvarado Sergio¹, Canals Andrea¹, Cattán Pedro E.³.

¹Programa de Salud Ambiental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ³Departamento de Ciencias Biológicas Animales, Facultad de Ciencias Veterinarias y Pecuarias, Universidad de Chile.

E-mail: mcanals@uchile.cl

Introducción: La enfermedad de Chagas sigue siendo altamente prevalente en Chile, especialmente entre las regiones de Arica y Parinacota y de Coquimbo, con una incidencia de alrededor de 11/100.000habs y una mortalidad de 0,3-0,4/100.000 habs. Desde 1999 se considera que en Chile se encuentra interrumpida la transmisión vectorial. Bajo esta premisa, la dinámica epidemiológica y los mapas de riesgo de esta enfermedad se debieran estar modificando. **Objetivo:** En el marco de un proyecto que pretende analizar la dinámica de la enfermedad de Chagas y construir mapas de riesgo de la enfermedad constatando el cambio desde una transmisión vectorial a congénita, modelamos la dinámica epidemiológica de esta enfermedad. **Metodología:** Basados en los modelos previos de Canals y Cattán (1992) de transmisión vectorial y de Raimundo et al. (2010) de transmisión congénita, proponemos un modelo que incluye ambas formas de transmisión y realizamos simulaciones. Realizamos estimaciones del número reproductivo y su sensibilidad a variaciones de los parámetros. **Resultados:** Mostramos que la transmisión congénita es "alimentada" por la transmisión vectorial y que sin ésta la enfermedad de Chagas congénita debiera decrecer exponencialmente hasta desaparecer en aproximadamente una generación. **Conclusión:** De no existir transmisión vectorial desde hace más de 15 años, no debieran existir seropositivos menores que esa edad y no debieran producirse casos congénitos o ser muy escasos (FONDECYT 1150514).



A

Abarca Katia P-67, CO-11, CO-12
 Acevedo William P-23, P-54, CO-1
 Acosta Gerardo CO-12
 Acuña Mirta P-66, CO-14, CO-15
 Acuña Pilar P-66
 Aguayo Carolina CO-23
 Alarcón Catalina P-8, P-17, P-56
 Alarcón Pedro CO-13, CO-17, CO-23
 Almonacid María P-16, P-33, P-41, CO-19
 Alvarado Sergio CO-27, CO-32
 Alvarado Sylvina P-61
 Álvarez Ana M. CO-14, CO-15
 Álvarez Claudia P-16, P-33, P-41, CO-19
 Amaro Andrea P-11
 Andrades-Lagos Juan CO-17
 Apt Werner CO-27
 Arancibia José M. P-10
 Arancibia Nicole P-51
 Aravena Carmen P-62
 Aravena Juan CO-1
 Aravena Luis P-8, P-17, P-56
 Araya Ingrid P-24, P-30
 Araya Leslie P-29
 Araya Pamela P-24, P-30, CO-13, CO-21, CO-23
 Araya Patricia P-32
 Arenas Catherine P-35
 Astudillo Camila P-66
 Astudillo Patricio CO-16
 Avendaño Marcela P-68
 Avilés Carmen L. CO-14, CO-15
 Azócar Manuel P-45
 Azócar Marta P-45
 Azócar Teresa P-67, CO-11, CO-12

B

Badilla Nora P-16, P-33, P-41, CO-19
 Báez Dania P-18
 Bahamondes Laura P-7, CO-1
 Balanda Monserrat P-53, CO-5
 Balcells Elvira CO-8
 Barnafi Livio P-64
 Barnafi Natalia P-64, P-65, CO-22
 Barraza Marlon P-44, CO-22
 Barrera Boris P-35, CO-21
 Barria Carla CO-10
 Barria Sebastián P-22
 Becerra Valeria CO-31
 Bello Angélica P-56
 Bello Helia P-32, P-34
 Bello-Toledo Helia CO-21
 Beltrán Carlos P-31, CO-6
 Benavente Rodrigo P-18
 Benavides Claudia P-31
 Bernal Fernando P-8, P-10, P-11, CO-3
 Blamey Rodrigo P-41, P-52
 Bravo Felipe P-60
 Brethauer Scarleth CO-16
 Briones Arturo P-13

Brstilo Iván

Burgos Pamela

C

Cabezas Catalina P-16, P-33, P-41, P-52, CO-19
 Cáceres Dante CO-27, CO-32
 Calvo Mario CO-12
 Campanini-Salinas Javier CO-17
 Campano Constanza P-24
 Canales Ana P-35
 Canales Mauricio P-39
 Canals Andrea CO-27, CO-32
 Canals Lucía CO-27
 Canals Mauricio CO-25, CO-27, CO-32
 Canals Sofia P-45
 Carrasco Sergio P-32, CO-21
 Castiblanco Adriana CO-6
 Castillo Camila P-57
 Castillo Yoselyn P-2
 Castro Alexis P-31
 Castro Magdalena CO-29
 Castro Sebastián P-57
 Catalán Paula P-45
 Cattán Pedro E. CO-27, CO-32
 Ceballos M. Elena P-46, P-47, CO-8
 Cerda Francisco P-4
 Cerón Elizabeth P-21
 Cerón Inés P-22
 Céspedes Alejandra P-17, P-60
 Chahin Carolina P-4, CO-3
 Chanqueo Leonardo P-8, P-10, P-11, P-17, P-56, P-60, CO-3
 Chomalí May P-41, P-52
 Cid M. Alicia P-31
 Cifuentes Marcela CO-21
 Clément Pascale P-55
 Cofré Fernanda P-55, CO-15, CO-16
 Conca Natalia CO-29
 Constenla Rodrigo P-62
 Contardo M. Verónica P-57, CO-29
 Contreras Ana M. P-70, CO-26, CO-28
 Contreras Leda P-18
 Cordero Jaime CO-9
 Coria Paulina CO-22
 Correa Francisco P-29
 Cortés Claudia CO-2, CO-3, CO-4
 Cortés Daniel P-44
 Cortés Jorge P-42
 Corvalán Valerie P-16, P-33, P-41, CO-19
 Couble Bernardita P-49, CO-30
 Cristóbal Suazo CO-6

D

Dabanch Jeannette P-27, P-70
 De la Barra Tiare P-19, P-20
 De la Cerda Gabriela P-46, P-47
 De la Fuente Sebastián P-16, P-33, P-41, CO-19
 De la Maza Verónica CO-14, CO-29

P-68, CO-13

CO-13

Delgado Carolina P-20
 Delpiano Luis CO-16
 Díaz Constanza P-14, P-50, P-58, P-63
 Domínguez Daniel CO-21
 Domínguez Mariana P-34, P-32
 Donato Paulina P-4
 Donoso Carmen P-22
 Ducasse Karen CO-15, CO-29

E

Ebensperger Roberto P-28
 Elgorriaga Eliu P-19
 Enberg Margarita CO-8
 Escobar Carola CO-6
 Escobar Leslie P-29
 Espinosa Fidel P-18
 Espinoza Ricardo P-33

F

Fajardo Cristian P-43, CO-9
 Farfán Mauricio CO-14, CO-19
 Farfán Mauricio J. CO-18
 Fernanda Cofré P-44
 Fernández Ana María CO-3
 Fernández Heriberto P-15
 Fernández Jorge P-24, P-32, CO-21, CO-23
 Fernández José P. P-69
 Ferrés Marcela P-70, CO-26, CO-28
 Fica Alberto P-27, P-37
 Figueroa Adela CO-16
 Flores Jordana P-35
 Flores Sandra P-15
 Fonseca-Salamanca Flery P-59, CO-31
 Fredes Daniela P-9, P-12, P-54, CO-1
 Fritis Ana CO-30
 Fritis Anita P-49

G

Gajardo Abraham P-49
 Galaz M. Isabel P-1
 Gallardo Pablo CO-18
 Gárate Diego P-24, P-30
 García Alejandra P-7
 García Camila P-16, P-33, P-41, CO-19
 García Patricia P-22
 García Patricio P-45
 García Tamara CO-26
 Garrido Natacha P-13
 George Sergio P-21
 Giadalah M. Carolina P-8, P-10
 Goecke Carola P-69
 Gómez Alex P-31
 González Ángelo CO-6
 González Cecilia CO-13
 González Cecilia P-68
 González Claudio P-29
 González Erika P-7



González Gerardo	CO-17	Martínez Josefa	P-17	Pérez Héctor	CO-16
González-Rocha Gerardo	P-32, P-34, CO-21	Martínez Pabla	P-35	Perret Cecilia	P-70, CO-26
Guerrero Carlos	P-14, P-50, P-58, P-63	Martínez-Valdebenito Constanza	CO-11, CO-12, P-67, P-70	Picó Nell	P-9, P-12
Gutiérrez Catalina	P-10, P-56	Maturana Marcelo	P-51	Pineda Susana	P-19, P-20
Gutiérrez Cecilia	P-36, P-41	Medina Gustavo	P-15	Pinto Mónica	P-38, CO-4
Gutiérrez Perla	P-30	Medina Rafael	CO-26	Piñera Cecilia	P-49, CO-30
Guzmán Ana M.	P-22	Melo Angélica	P-59, CO-31	Plaza José C.	P-28
Guzmán Pablo	P-59	Méndez Carolina	CO-16	Poblete Haydee	P-54
H		Mollo Juan	P-23, P-54	Prat M. Soledad	P-24
Hamilton-West Christopher	CO-20	Mollo Julio	P-3, P-6	Prat Soledad	P-30, P-32, CO-21
Harris Paul	P-21	Montecinos Luisa	P-23, P-54	Prieto Alfonso	P-14, P-50, P-58, P-63
Hernández Andrés	CO-11	Montenegro Sonia	P-19, P-20	Puente Marcela	CO-8, CO-28
Hernández Mariluz	CO-16	Montero Yasna	CO-11	Puentes Rodrigo	CO-23
Hervé Béatrice	P-16, P-33, P-36, P-41, P-43, P-52, CO-19	Morales Jorge	P-44, P-45, CO-22	Q	
Hidalgo Alejandro	CO-31	Moreno Andrea	CO-10, CO-20	Quezada-Aguiluz Mario A.	CO-21
Hinojosa Nicolás	CO-17	Moreno Fernando	P-40	Quintana Fabiola	P-16, P-33, P-41, CO-19
Hormazábal Juan C.	P-24, P-32, CO-13, CO-21, CO-23	Moreno Lucila	CO-25	R	
Hormazábal Sara	P-16, P-33, P-41, CO-19	Moreno Sergio	P-59	Rabello M. Marcela	CO-14, CO-15
I		Morgado Camilo	P-2	Ramírez Alejandro	P-17
Ibáñez Daniel	P-24, P-30	Moya Macarena	P-49, CO-30	Ramírez Eugenio	P-53, CO-5
Izquierdo Giannina	P-29, P-41, P-43, P-44, P-52, CO-9, CO-15, CO-16, CO-29, CO-18	Mucientes Francisco	P-20	Reyes Alejandra	CO-16
J		Muñoz Agatha	P-35	Reyes Cristian	P-19, P-20
Jorquera Manuel	CO-1	Muñoz Maximiliano	P-14, P-50, P-58, P-63	Reyes Gastón	P-48
Juanet Cristián	P-46, P-47	Muñoz Rodrigo	P-4	Riffo Carlos	P-23, P-54
K		Muñoz Tomás	P-51	Ríos Cristián	CO-21
Kral Alejandro	P-25, P-26, P-42, CO-3	Muñoz Victoria	P-9, P-12, CO-1	Rivacoba Carolina	P-65
L		N		Rivacoba M. Carolina	P-44, P-64
Labarca Jaime	P-22, CO-8	Neves Patricia	P-15	Rivas Jeanette	P-36, P-41
Labraña Yenis	CO-15, CO-16	Noemí Isabel	P-64, P-65	Rivera Dácil	CO-20
Lasso Martín	P-4, CO-3	Northland Rebeca	CO-2	Rivera F. Nancy	P-39
Lazcano Andrea	P-57	Novoa Catalina	CO-4, P-38	Rivera Karina	P-56
Legarraga Paulette	P-22	O		Rivero Pamela	P-40
Leiva Jordan	P-27, P-37	O'Ryan Miguel	CO-18, P-21	Roa Carolina	P-49, CO-30
Letelier Francisco	CO-3	Ocampo Renato	P-5, CO-4	Roach Freddy	P-14
Liempi Sandra	P-59	Oliva Natalia	P-28	Robinson Sandy	P-39
Lima Celia	P-32, CO-21	Olivares Carolina	P-35	Rodríguez Arelys	P-68
Lincopan Nilton	P-15	Opazo Andrés	P-34	Rodríguez Pilar	CO-29
Lindemann Cristina	CO-16	Opazo-Capurro Andrés	CO-21	Rojas Loreto	P-31, CO-6
Lizama Danae	CO-2	Orellana Gustavo	P-29, CO-16	Rosales Ruth	P-31
Llanos Jenny	P-62	Ortiz Guillermo	P-64	Rosalez Alejandra	CO-29
Llull Gabriel	P-11, P-17	Ortúzar Matías	P-54	Rosas Cristóbal	P-35
López Javier	P-67, CO-11, CO-12	Ossa Ximena	P-59	Rumie Hossn	P-8
López Miguel	P-9, P-12	Oth Carolina	P-15	S	
Luna Mariana	P-36, P-41	P		Saavedra Miguel	CO-27
M		Pacheco Paula	P-2	Saavedra Pablo	P-13
Maldonado Aurora	CO-13	Palma Julia	P-45	Saavedra Renato	P-39
Maldonado M. Eliana	CO-22	Palma Sofia	P-31, CO-6	Sáez Paula	P-50, P-58
Mamani Nora	P-21	Pantoja Miguel Á.	CO-16	Salas Alberto	P-16, P-33, P-41, CO-19
Mancilla Miguel	CO-10	Paredes Fabio	CO-7	Saldaña Adiela	P-68
Martínez Constanza	CO-26, CO-28	Paulos Claudio	P-28	Salinas Valentina	CO-6
		Paurimani Ronald	P-31	Salvador Francisco	P-2, P-14, P-50, P-58, P-63
		Pavez Jessica	P-9, P-12	San Martín Héctor	P-53, CO-5
		Payá Ernesto	P-61, CO-15	San Martín Iván	P-34
		Penroz Jaqueline	P-51	Sánchez Tomás	P-22
		Peralta Gerardo	P-25	Sandoval Alejandra	CO-16
		Pérez Carlos	CO-8		



Sandoval Carmen	CO-15	Torres Juan P.	P-43, CO-14 , CO-29, CO-30	Vergara Roger	P-13
Sandoval Rosa	P-25	U		Vergara Teresa	P-27 , P-37
Sanhueza Camila	P-16, P-33, P-41, P-52, CO-19	Ulloa Karen	CO-24	Vidal Roberto	CO-18
Santana Roxana	P-43, CO-9	Ulloa Soledad	P-24	Villagra Nicolás	P-35
Santolaya M. Elena	P-45, P-69, CO-14 , CO-15, CO-30	Ureta Carolina	P-2	Villarroel Milena	CO-14
Schade Ankie	P-40	Usedo Pedro	P-2	Villavicencio Leonel	P-23
Segovia Laura	CO-6	V		Villena Rodolfo	P-29, P-43, P-61, CO-15
Seguel Ana M.	CO-24	Valdebenito Soledad	P-8, P-10, P-11, P-56	Vizcaya Cecilia	P-70, CO-15, CO-26, CO-28
Selman Cathia	P-57	Valdivia Gonzalo	P-17	Volpato Francesca	P-8, P-10, P-11
Serri Michel	P-10	Valenzuela Claudia	P-27	Von Borries Cecilia	P-69
Silva Francisco	P-35, CO-21	Valenzuela Lilian	P-3, P-6	W	
Singer Randall	CO-10	Valenzuela Pablo	CO-8	Weitzel Thomas	P-67, CO-11, CO-12
Solar Sebastián	P-38	Valenzuela Romina	P-45, P-49, CO-14 , CO-30	Wilhelm Jan	P-68
Solis Rigoberto	CO-25	Valverde Cristian	P-43, CO-9	Wilson Gonzalo	P-25 , P-42, CO-3
Soriano Cristofer	CO-31	Vargas R. Claudio	CO-7, CO-24	Wolff Marcelo	P-5, P-38, CO-2, CO-3, CO-4
Soto Andrés	P-27	Vásquez Ana M.	P-59	Z	
Soto Mauricio	CO-12	Vásquez Patricia	P-10	Zambrano Paula	P-14, P-50, P-58, P-63
Sotomayor Celine	P-60	Vásquez Rodrigo	P-68	Zamora Francisco	P-31, CO-7, CO-24
Suau Thelma	P-49, CO-29, CO-30	Vásquez-Velásquez David	CO-17	Zavala Carolina	P-1
T		Velásquez Katia	CO-11	Zenis Javier	CO-21
Tapia Camila	P-33	Véliz Elena	P-37	Zitko Pedro	P-31, CO-6
Tapia Jaime	P-3, P-6	Vera Alejandra	P-32	Zubietta M. Marcela	CO-14 , CO-15
Tapia Natalia	P-2	Vera Cecilia	P-8, P-10	Zulantay Inés	CO-27
Tejeda Carlos	P-67	Vera Claudia	P-28	Zúñiga Caterine	CO-3
Thompson Luis	P-38	Vera Désirée	P-5	Zúñiga Marcela	P-1
Toledo Viviana	CO-20	Vergara Alejandra,	CO-30	Zylbersztajn Brenda	P-43, CO-9
Torres Gabriela	P-39	Vergara María	P-3, P-6		
Torres J. Pablo	P-44, P-45, CO-9, CO-22	Vergara Nicolás	P-53, CO-5		



Pueden emplearse desde su primera mención en el texto, tablas y figuras.
Sin embargo, use el término completo en los títulos y en su primera cita en resúmenes.

ADN : ácido desoxi ribonucleico	IFD : inmunofluorescencia directa	SNC : sistema nervioso central
ADV : adenovirus	IFI : inmunofluorescencia indirecta	TAC : tomografía axial computarizada
AMP : adenosin monofosfato	IFN : interferón	TBC : tuberculosis
ARN : ácido ribonucleico	IL : interleukina	TORCH : síndrome de infección congénita por <i>Toxoplasma</i> , otros, rubéola, CMV, H. simplex
ASO : anti estreptolisina O	IRA : infección respiratoria aguda	TTL : toxina termolábil
ATP : adenosin trifosfato	ITU : infección tracto urinario	TTS : toxina termosensible
BAAR : bacilo ácido-alcohol resistente	LBA : lavado broncoalveolar	TCID ₅₀ : dosis media infectante en cultivo de tejidos
BCG : bacilo de Calmette-Guerin	LCR : líquido cefalorraquídeo	VDRL : <i>Venereal Disease Research Laboratories</i>
CBM : concentración bactericida mínima	LPS : lipopolisacárido	VEB : virus de Epstein Barr
CIE : contraímmuno electroforesis	MBA : meningitis bacteriana aguda	VHA : virus de hepatitis A
CIM : concentración inhibitoria mínima	PBP : <i>penicillin binding protein</i> (proteína ligadora de penicilina)	VHB : virus de hepatitis B
CMV : citomegalovirus	PCR : proteína C reactiva	VHC : virus de hepatitis C
CVC : catéter venoso central	PMN : polimorfonuclear	VHD : virus de hepatitis D
DTP : difteria-tétanos-pertussis	PPD : <i>purified protein derivative</i>	VHE : virus de hepatitis E
ECEA : <i>Escherichia coli</i> enteroadherente	RAM : recuento absoluto de monocitos	VHH 6-8 : virus herpes humano 6-8
ECEH : <i>Escherichia coli</i> enterohemorrágica	RAN : recuento absoluto de neutrófilos	VHS : velocidad de eritrosedimentación
ECEI : <i>Escherichia coli</i> enteroinvasora	RIA : radioinmunoanálisis	VHS 1 : virus herpes simplex tipo 1
ECEP : <i>Escherichia coli</i> enteropatógena	RM : resonancia magnética	VHS 2 : virus herpes simplex tipo 2
ECET : <i>Escherichia coli</i> enterotoxigénica	RN : recién nacido	VIH : virus de inmunodeficiencia humana
EIA : Ensayo inmunoanálisis	RPC : reacción de polimerasa en cadena	VPI : virus polio inactivado
ELISA : ensayo inmunoenzimático	RPR : <i>Rapid Plasma Reagin</i>	VPO : virus polio oral
ETS : enfermedades de transmisión sexual	SAMR : <i>S. aureus</i> meticilina resistente	VRS : virus respiratorio sincicial
FC : fijación de complemento	SAMS : <i>S. aureus</i> meticilina sensible	VVZ : virus varicela-zoster
FLU : influenza	SDA : síndrome diarreico agudo	
FNT : factor de necrosis tumoral	SDRA : síndrome de <i>distress</i> respiratorio del adulto	
HBsAg : antígeno de superficie de hepatitis B	SIDA : síndrome de inmunodeficiencia adquirida	
Hib : <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b		
HTLV : virus linfotrópico de células T humanas		

ABREVIATURA DE INSTITUCIONES Y ORGANISMOS DE USO FRECUENTE

ACIP : Advisory Committee for Immunization Practices
CDC : Centers for Disease Control and Prevention
CONASIDA : Comisión Nacional del SIDA
EORTC : European Organization for Research and Treatment of Cancer
FDA : Food and Drug Administration
ISP : Instituto de Salud Pública
MINSAL : Ministerio de Salud
CLSI : Clinical and Laboratory Standards Institute
NIH : National Institute of Health
OMS : Organización Mundial de la Salud
OPS : Organización Panamericana de la Salud
PNI : Programa Nacional de Inmunizaciones
SOCHINF : Sociedad Chilena de Infectología

ABREVIATURAS DE UNIDADES Y MEDIDAS DE USO COMÚN

Término	Abreviatura
Centímetro	cm
Centímetro cúbico	cc
Gramo	g
Kilogramo	kg
Hora	h
Litro	l
Microgramo	µg
Miligramo	mg
Mililitro	ml
Milímetro	mm
Milímetro cúbico	mm ³
Minuto	min
Segundo	seg
dosis media infectante en cultivo de tejidos	TCID ₅₀
Unidades formadoras de colonias	ufc
Unidad formadora de placa	ufp

El Comité Editorial acogerá favorablemente la sugerencia de otras abreviaturas enviadas por los lectores.

