

P-43

PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS EN CHILE 2006 2008.

Silva Víctor (1), Médicos y Tecnólogos Médicos del Programa Nacional de Vigilancia de las Infecciones Fúngicas Invasoras.

Centros asistenciales; H. Barros Luco Trudeau, H. Clínico U. de Chile, DIPRECA, H. Excequiel G. Cortés, H. Luis C. Machenna, H. Luis Tisné B, HOSMIL, H. Roberto del Río, H. Salvador, H. san Borja Arriarán, H. San José, H. San Juan de Dios, H. Sótero del Río, H. Carlos Van Buren, H. Gustavo Fricke, H. Regional de Talca, H. Regional de Concepción, H. Regional de Valdivia, Instituto de Salud Pública y Sociedad Chilena de Infectología. Grupo de Microbiología, Facultad de Medicina Universidad de Chile y Mayor (1).

P-44

MENINGITIS CRIPTOCOCCICA EN PACIENTES VIH-POSITIVOS, DIAGNOSTICADOS POR EL LABORATORIO DEL HOSPITAL LUCIO CORDOVA DURANTE LOS AÑOS 1990 A 2009.

Poblete Haydee, Aguad Lucia, Kranen Hildegard

Laboratorio de Microbiología y Biología Molecular Hospital Prof. Dr. Lucio Córdova.

P-45

DERMATOMICOSIS EN LA CIUDAD DE VALPARAÍSO (CHILE). PERÍODO 2007-2009.

Cruz Rodrigo, Ponce Eliette, Calderón Leslie, Delgado Natalia, Piontelli Eduardo

Micología Universidad de Valparaíso

P-46

TIPIFICACIÓN GÉNICA DE *CANDIDA ALBICANS* AISLADAS DE MUESTRAS CLINICAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LIMA PERÚ

Silva Viviana(1), Arce Zhandra (2), Silva Victor (1).

Grupo de Microbiología, Facultad De Medicina, Universidad Mayor (1), Universidad Peruana Cayetano Heredia (2)

P-47

ENDOCARDITIS INFECCIOSA, 34 CASOS EN ADULTOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO: EXPERIENCIA CLÍNICA 2006 - 2010.

Rosas Reinaldo, Álvarez Daniel; Dabanch Jeannette.

Servicio de Infectología, Hospital Militar Santiago

P-48

EPIDEMIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN PEDIATRIA.

Flores Carlos, Cabieses Báltica, Gallegos Doris, Torres Marisa, Espinoza Manuel y Flores Sandra.

Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Salud Pública, Programa de Magíster de Epidemiología / Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia, División de Planificación Sanitaria.

P-49

FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD MENINGOCOCCICA EN CHILE: 13 AÑOS DE VIGILANCIA.

Flores Carlos, Cabieses Báltica, Espinoza Manuel, Gallegos Doris, Torres Marisa y Flores Sandra

Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento Salud Pública, Programa de Magister de Epidemiología / Ministerio de Salud de Chile, Departamento de Epidemiología, Unidad de Vigilancia, División de Planificación Sanitaria.

P-50

PREVALENCIA DE *CHLAMYDIA TRACHOMATIS* EN ADOLESCENTES DE ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES DE LA PROVINCIA DE CONCEPCIÓN

Pardo K¹, Lamperti L¹, Jara S¹, Jara M², Aguayo M², Gallo M³, Entrocassi A³, Rodríguez M³, Boggiano G⁴, Castro E²

¹ Laboratorio de Inmunología Clínica, Departamento de Bioquímica, Facultad de Química y Farmacia, Universidad de Concepción, Chile. ² Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. ³ Departamento de Bioquímica Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad de Buenos Aires, Argentina. ⁴ Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción Sanitaria.

P-51

SERIE DE TUBERCULOSIS MILIAR: DESCRIPCIÓN DE 38 CASOS

Labarca Gonzalo, Miranda Macarena, Rodríguez Macarena, Munita Jose Manuel, Araos Rafael, Perez Jorge, Rodríguez Juan Carlos

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía de Tórax, Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo

P-52

BCG DISEMINADA SISTEMICA Y REGIONAL EN LACTANTES APARENTEMENTE INMUOCOMPETENTES

Fuentes Daniela*, Abarca Katia*, Fuentes Sergio**, Vizcaya Cecilia*, Poggi Helena***, Casanova J. Laurent****, Bustamante Jacinta****, Patillo J. Carlos*, Ferres Marcela*

*Hospital clínico Pontificia Universidad Católica, **Clínica Reñaca, *** Laboratorio Biología Molecular PUC, ****Laboratoire de Génétique Humaine des Maladies infectieuses

Preside: **Dr. Luis Miguel Noriega** Secretario: **Dr. José Cofré G.** Sala: **C- Calle Calle**

Area: **Infecciones Bacterianas y Fúngicas** Hora: **11:35 - 11:45**

PROGRAMA NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS INFECCIONES FÚNGICAS INVASORAS EN CHILE 2006 2008.

Primer Autor: Silva Victor (1)

Otros Autores: Médicos y Tecnólogos Médicos del Programa Nacional de Vigilancia de las Infecciones Fúngicas Invasoras.

Relator: Silva Victor

Lugar De Trabajo

Centros asistenciales; H. Barros Luco Trudeau, H. Clínico U. de Chile, DIPRECA, H. Excequiél G. Cortés, H. Luis C. Machenna, H. Luis Tisné B, HOSMIL, H. Roberto del Río, H. Salvador, H. san Borja Arriarán, H. San José, H. San Juan de Dios, H. Sótero del Río, H. Carlos Van Buren, H. Gustavo Fricke, H. Regional de Talca, H. Regional de Concepción, H. Regional de Valdivia, Instituto de Salud Pública y Sociedad Chilena de Infectología. Grupo de Microbiología, Facultad de Medicina Universidad de Chile y Mayor (1).

Introducción. Las infecciones fúngicas invasoras (IFI), especialmente las candidemias, han mantenido un aumento sostenido en los últimos años, afectando fundamentalmente a pacientes inmunodeprimidos y/o sometidos a procedimientos invasivos. En Marzo del 2000 se implementó en Chile la primera Red de Diagnóstico en Micología Médica con la participación de 13 hospitales en la vigilancia de las IFI, comprobando la etiología fúngica en 130 pacientes con infección invasora, siendo la mayoría IFI por levaduras, identificando agentes de 12 especies, prevaleciendo *C. albicans* (45%), *C. parapsilosis* (14%), *C. tropicalis* (11%) y *C. neoformans* (11%), presentando una muy buena sensibilidad *in vitro*. Entre los hongos filamentosos, predominaron especies del género *Aspergillus*.

Objetivo. El propósito de esta comunicación es mostrar los principales datos generados en el Programa de Vigilancia Epidemiológica de IFI y evidenciar cambios en la prevalencia de especies de levaduras que ayudarán en la toma de decisiones clínico epidemiológicas. **Material y Métodos.** Durante los dos años de vigilancia, cada centro remitió a nuestros laboratorios, las cepas aisladas de IFI y la ficha epidemiológica de cada paciente. Los hongos se identificaron según la metodología estándar y la sensibilidad antifúngica fue determinada por la combinación de método cualitativo y cuantitativo de difusión en agar. **Resultados.** Se incluyeron en el estudio 407 pacientes con IFI comprobada, de los cuales 366 (90%) presentaron aislamiento de levaduras y los restantes 41 pacientes, presentaron hongos filamentosos, siendo la distribución homogénea por sexo. El aislamiento de hongos prevaleció en adultos (71,4%). La mayoría de las levaduras fueron aisladas desde hemocultivos (285), seguidas de LCR (39) y líquido peritoneal (26). En cambio los filamentosos predominaron en muestras respiratorias (27), seguidas de hemocultivo (8). Considerando todas las muestras clínicas, en levaduras predominó *C. albicans* (176), seguida de *C. neoformans* (51), *C. parapsilosis* (43), *C. tropicalis* (33) y *C. glabrata* (30), mientras que en filamentosos fue *A. fumigatus* (17), seguido de *A. flavus* (6) y *R. oryzae* (5). Al analizar la prevalencia de especies por edad y género, observamos que *C. glabrata* predominó significativamente en adultos de sexo femenino ($P < 0,05$), *C. neoformans* en adultos de sexo masculino ($P < 0,05$) y *R. oryzae* en mujeres adultas. El antifungigrama a las 366 cepas de levaduras, evidenció altos niveles de sensibilidad frente a anfotericina B (100%), voriconazol (99,7%) y Caspofungina (98,6%) y una resistencia global de 3,3% a fluconazol detectada en 12 cepas (*C. krusei* 9/9, *C. glabrata* 2/30 y *C. albicans* 1/176). **Conclusiones.** Este estudio permitió evidenciar un cambio significativo en la prevalencia de algunas especies de levaduras en IFI, destacando la disminución *C. parapsilosis* y el aumento significativo de *C. glabrata*. A su vez evidencia la gran diversidad de especies de hongos que se están aislando de IFI y el buen patrón de sensibilidad antifúngica que presentan aun las levaduras en nuestro medio. Esto datos permiten que los esfuerzos en control, prevención y diagnóstico de IFI, se orienten hacia los principales agentes identificados.

Preside: **Dr. Luis Miguel Noriega** Secretario: **Dr. José Cofré G.** Sala: **C- Calle Calle**

Area: **Infecciones Bacterianas y Fúngicas** Hora: **11:45 - 11:55**

MENINGITIS CRIPTOCOCCICA EN PACIENTES VIH-POSITIVOS, DIAGNOSTICADOS POR EL LABORATORIO DEL HOSPITAL LUCIO CORDOVA DURANTE LOS AÑOS 1990 A 2009.

Primer Autor: Poblete Haydee

Otros Autores: Aguad Lucia, Kranen Hildegard

Relator: Poblete Haydee

Lugar De Trabajo

Laboratorio de Microbiología y Biología Molecular Hospital Prof. Dr. Lucio Córdova.

Introducción: Con el aumento en el número de casos de Meningitis criptococcica, en países en vías de desarrollo, su presencia está íntimamente ligada a personas con deficiencias en el sistema inmunitario, especialmente causado por su asociación con el SIDA, lo que ha incrementado el interés en conocer de su agente causal, la levadura encapsulada *Cryptococcus neoformans*. Este hongo comúnmente vive en la tierra, penetrando al cuerpo al respirar el polvo o el excremento seco de pájaros. **Objetivo:** Determinar el número de pacientes diagnosticados por métodos convencionales (tinta china y cultivo de hongos), distribución estacional y sexo. **Materiales y Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de los reportes de casos diagnosticados por nuestro Laboratorio, a pacientes VIH positivos con criptococcis meníngea durante los años 1990 a 2009. **Resultados:** Entre los años 1990-2009 se diagnosticaron 178 casos de *Cryptococcus neoformans*, de los cuales 158 casos (88.8 %) fueron diagnosticados con Tinta China más cultivo de hongos y 20 casos (11.2%), solo con cultivo. De estos 178 casos, a 101 pacientes se le realizó Hemocultivos de Hongos resultando 57 casos (56.4%) positivos. Con respecto al sexo, en nuestros pacientes, 167 casos (93.8%) correspondieron a hombres y 11 casos (6.2%) a mujeres. En cuanto a la distribución de los casos en el año, tuvimos un promedio de 8 casos por año, con máx. de casos presentados el año 2003 con 18 pacientes (10.1%) y un min. el año 2001 con 2 pacientes (1.1%). Cabe mencionar que entre los años 2007 al 2009, en 48 casos de pacientes oncohematológicos en que se realizó tinta china y cultivo de LCR no se encontró este patógeno. **Conclusión:** Entre los patógenos oportunistas causantes de infecciones graves, *Cryptococcus neoformans*, es uno de los agentes más importantes. Antes de la era VIH, la criptococosis era una enfermedad rara, pero actualmente es la causa mas común de meningitis y que pone en riesgo la vida de pacientes con VIH-SIDA, por ello es relevante el análisis del Líquido cefalorraquídeo para detectar el criptococo, el diagnóstico bacteriológico es fácil, siendo imprescindible centrifugar el líquido cefalorraquídeo, a 3000 rpm/10 min., reservando el sedimento, al cual se le realiza el exámen directo con Tinta China con un rendimiento de 88.8% de positividad, que permite observar la cápsula del hongo, lo que revela una clara aureóla en torno a las células de *C. neoformans*. El *Cryptococcus neoformans*, en nuestro Laboratorio se cultiva en los medios convencionales como Saboraud y Cornmeal sin antibióticos, con 100% de sensibilidad, manteniéndose los cultivos a 35°C por 15 días. La colonia levaduriforme es inicialmente blanco, pero posteriormente se torna beige y marrón, confirmándose con ureasa de Cristensen que en el 100 % de los caso resulta positiva. La Meningitis criptococcica es más frecuente en la población masculina, la razón hombre-mujer (H: M), ha tomado relevancia los últimos años, entre 2007 al 2009 con un promedio de 5:1 en el país, cifra similar a la observada en nuestro Hospital desde el 2006 en pacientes VIH positivos. Debemos destacar que la Tinta China, sigue siendo una herramienta útil en el diagnóstico del *Cryptococcus neoformans*, siendo una tinción simple, barata y rápida que nos sirvió para el diagnóstico de 158 casos (88.8%), completando el estudio bacteriológico con el cultivo de hongos con 100% de sensibilidad.

Preside: **Dr. Luis Miguel Noriega** Secretario: **Dr. José Cofré G.** Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Bacterianas y Fúngicas** Hora: **12:05 - 12:15**TIPIFICACIÓN GÉNICA DE *Candida albicans* AISLADAS DE MUESTRAS CLÍNICAS DE PACIENTES ONCOLÓGICOS DE LIMA PERÚ**Primer Autor:** Silva Viviana(1)**Otros Autores:** Arce Zhandra (2), Silva Victor (1).**Relator:** Silva Viviana**Lugar De Trabajo**

Grupo de Microbiología, Facultad De Medicina, Universidad Mayor (1), Universidad Peruana Cayetano Heredia (2)

Introducción. En los últimos 30 años se observa un importante incremento en las infecciones producidas por levaduras debido probablemente a la utilización de procedimientos de diagnóstico y/o terapéuticos agresivos, así como al incremento de pacientes inmunocomprometidos. Por otra parte, la incorporación del fluconazol al tratamiento de las infecciones fúngicas ha producido la selección de cepas con sensibilidad disminuida a este antifúngico y cambios en la prevalencia de especies. Las infecciones por hongos son la causa de una elevada tasa de morbimortalidad en las unidades de paciente crítico (UPC), siendo la candiduria una de las complicaciones más frecuentes, pues representa más del 40% del total de las infecciones adquiridas en los hospitales, además esta infección en pacientes graves puede representar un signo de mal pronóstico y reflejar una candidiasis sistémica, principalmente en prematuros no cateterizados vesicalmente. El conocimiento de la variabilidad genética entre las especies de *Candida* es un requisito para poder esclarecer las variaciones de los patrones de resistencia a agentes antifúngicos, la patogenicidad de cepas y especies del género. De los métodos disponibles para esto, el de amplificación aleatoria de ADN polimórfico (Random Amplified Polymorphic DNA - RAPD) presenta una gran utilidad, ya que ayuda a determinar el grado de relación clonal entre cepas de una especie y la similitud genética entre especies aisladas, lo cual nos lleva a entender la dinámica epidemiológica del género. **Hipotesis.** Existe relación clonal entre cepas de *Candida albicans* aisladas de muestras clínicas de pacientes oncológicos portadores de sonda uretral del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. **Objetivo.** Evaluar la relación clonal entre cepas de *C. albicans* aisladas de distintas unidades y muestras clínicas de pacientes oncológicos internados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, Perú y portadores de sonda vesical. **Materiales y Métodos.** Se seleccionaron 60 pacientes internados en cuatro áreas (Urología, Ginecología, UCI, Gastroenterología) del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas de Lima, Perú, portadores de sonda uretral por más de 24 horas, mayores de 18 años, sin cateterización previa; a los cuales se les tomó muestras de orina, hisopado y catéter urinario, posteriormente se procedió a sembrar las muestras en placas de agar saboureaud-glucosa con cloranfenicol e incubadas a 37°C por 24 horas. Las cepas aisladas fueron identificadas por los métodos tradicionales, se procedió a extraer DNA a las cepas de *C. albicans*, utilizando el kit wizard genomic DNA purification (PROMEGA ®) y con el DNA extraído se realizó la técnica de RAPD con los partidores OPBA 03, OPBA 09 y OPBA 10. Los patrones de bandas obtenidos se analizaron con el programa computacional Treecon® para construir la matriz de distancia y así finalmente obtener el árbol o dendrograma de similitud. **Resultados.** Quince cepas de *C. albicans* y 2 cepas de *C. glabrata* fueron aisladas de muestras de orina e hisopado vaginal respectivamente. Todas las cepas de *C. albican* fueron sensibles a los antifúngicos de administración sistémica. Con el dendrograma se pudo comparar la relación clonal entre las cepas aisladas de *C. albicans*. Las cepas 18, 27 y 28 al igual que las cepas 8 y 11 mostraron estar altamente relacionadas clonalmente $S_{ab} > 0.9$, indicando que presentan un origen común proveniente de una misma cepa. Las demás cepas tuvieron una relación moderada. **Conclusiones:** La técnica RAPD-PCR estableció que 3 cepas aisladas de urología (cepas 18, 27, 28) y dos de la UCI (cepas 8 y 11), están altamente relacionadas a nivel clonal entre sí, sugiriendo el origen común de la candidiasis nosocomial.

Preside: **Dr. Luis Miguel Noriega** Secretario: **Dr. José Cofré G.** Sala: **C- Calle Calle**

Area: **Infecciones Bacterianas y Fúngicas** Hora: **13:05 - 13:15**

BCG DISEMINADA SISTEMICA Y REGIONAL EN LACTANTES APARENTEMENTE INMUOCOMPETENTES

Primer Autor: Fuentes Daniela*

Otros Autores: Abarca Katia*, Fuentes Sergio**, Vizcaya Cecilia*, Poggi Helena***, Casanova J. Laurent****, Bustamante Jacinta****, Patillo J. Carlos*, Ferres Marcela*

Relator: Fuentes Daniela*

Lugar De Trabajo

*Hospital clínico Pontificia Universidad Católica,**Clínica Reñaca,*** Laboratorio Biología Molecular PUC, ****Laboratoire de Génétique Humaine des Maladies infectieuses

Introducción: BCG es una vacuna compuesta por *Mycobacterium bovis* atenuado, de administración rutinaria a los recién nacidos en Chile. La mayoría de sus reacciones adversas corresponden a complicaciones en el sitio de inoculación y/o adenitis local, siendo de baja frecuencia la infección diseminada. La diseminación regional (abscesos y osteítis BCG) puede ocurrir en lactantes sanos, relacionándose a la cepa BCG administrada. En contraste, la enfermedad diseminada sistémica sugiere siempre compromiso de la inmunidad principalmente celular. En los últimos años se han identificado diversos defectos en el eje IL-12/23-IFN- γ agrupados en el Síndrome de Predisposición Mendeliana a Enfermedades Micobacterianas. Estos pacientes presentan una gran heterogeneidad clínica y pronóstico variable dependiendo de la alteración genética de base, la disponibilidad de tratamiento y la respuesta a éste (antimicobacterianos, IFN- γ , trasplante precursores hematopoyéticos). **Objetivos:** Describir las manifestaciones, el estudio inmunológico y la evolución de cuatro casos de infección BCG diseminada evaluados en nuestro centro. **Material y método:** Se revisó la historia clínica y los exámenes específicos realizados a cuatro niños con diagnóstico de infección BCG diseminada, confirmada mediante cultivo o PCR específica en el tejido afectado. En tres de los pacientes se realizó estudio de inmunodeficiencias clásicas mediante subpoblación linfocitos, inmunoglobulinas, estallido respiratorio, complemento y VIH; y estudio del eje IL-12/23-IFN- γ en un laboratorio de referencia en Francia (casos 2,3 y 4). **Resultados: Presentación clínica inicial: Caso 1:** Lactante sexo masculino de 7 meses, al ser estudiado por cuadro respiratorio se pesquiza lesión osteolítica en cuarta costilla derecha. Al examen destacaba adenopatía axilar izquierda. En la biopsia ósea la tinción de Ziehl Neelsen y el cultivo para *Mycobacterium* fueron (-), la PCR *M. tuberculosis complex* y *M. bovis* fueron (+). **Caso 2:** Lactante sexo masculino de 18 meses, consulta por aumento de volumen indoloro violáceo preesternal. El estudio del material drenado muestra Ziehl Neelsen (+), PCR *M. tuberculosis complex* y *M. bovis* (+) y cultivo para *M. bovis* BCG (+). **Caso 3:** Lactante sexo femenino de 5 meses, consulta por aumento de volumen tibial derecho asociado a fiebre y adenitis BCG supurada. Estudio de imágenes mostró lesiones osteolíticas en tibia derecha, ambos fémures, íleon derecho, calota, columna cervical y tórax con compromiso de médula espinal adyacente. En tejido óseo se encuentra Ziehl Neelsen (+), PCR *M. tuberculosis complex* y *M. bovis* (+) y cultivo para *Mycobacterium* (-). **Caso 4:** Lactante sexo femenino de 22 meses, con antecedente de adenitis BCG de larga evolución, consulta por síndrome febril prolongado asociado a múltiples adenopatías cervicales, axilares e inguinales. La biopsia ganglionar muestra Ziehl Neelsen (+) y cultivo *M. bovis* BCG (+), no se realizó PCR específica. **Estudio inmunológico, terapia y evolución:** Todos los pacientes eran sanos previamente, no presentaban historia de consanguinidad ni inmunodeficiencias familiares y la radiografía de tórax era normal. Los casos 1, 2 y 4 se trataron con rifampicina e isoniazida por 6 meses, presentando una buena respuesta clínica; el caso 3 persistió con signos de infección activa a pesar de la biterapia (focos óseos y subcutáneos persistentes), requiriendo adicional ciprofloxacino, etambutol e IFN- γ para su resolución clínica e imageneológica (18 meses de terapia, aún sin suspender). El estudio de inmunodeficiencias clásicas fue normal en los casos 2, 3 y 4. El estudio del eje IL-12/23-IFN- γ mostró una deficiencia parcial en el receptor 1 del IFN- γ (mutación I87T) en el caso 3, una deficiencia IRF8 AD (defecto maduración células dendríticas) en el caso 4 y ausencia de defectos en el caso 2. **Conclusiones:** Se documentan cuatro casos de infección diseminada por BCG en lactantes aparentemente inmunocompetentes, dos regionales (osteítis y absceso frío) y dos sistémicas; en estos últimos se identificaron defectos específicos del eje IL-12/23-IFN- γ . Los resultados enfatizan la necesidad de estudiar en forma completa a estos pacientes, incluyendo la evaluación de este eje a los que presentan diseminación sistémica. Sería deseable implementar una vigilancia nacional de las complicaciones severas de la vacuna BCG que permita estimar su real frecuencia y características.

P-53**PERFIL DE PACIENTES ADULTOS PORTADORES DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ZONA NO ENDÉMICA. HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO (2009 2010).**

WILSON G.^{1,3}, TORRES M.², NEIRA P³

1. *Unidad de Infectología, Servicio de Medicina, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso*
2. *Laboratorio Clínico, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso.*
3. *Cátedra Parasitología, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso*

P-54**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN CONTROL INFECTOLÓGICO-COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO TRUDEAU. (CABL)**

Cofré Mauricio, Palma Sofía, Tirreau Raúl, Cajas César, Beltrán Carlos, Zitko Pedro, Gambra M. Pilar, Pinto Mónica, Gonzalez Angelo

Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABL)

P-55**IDENTIFICACIÓN DE ZONAS DE RIESGO PARA DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LYME EN LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE_**

Rivera Dácil (MV)¹, Hamilton-West Christopher (MV, MSc, PHD),² Tolozá Jessica (MV, MSc).³ Urcelay Santiago (MV, MPVM)¹

¹Facultad de Medicina Veterinaria y Ciencias Silvoagropecuarias. Universidad de Chile

²Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

³Instituto de Ecología y Evolución. Facultad de Ciencias. Universidad Austral de Chile

P-56**PREVALENCIA DE *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH/SIDA.**

Neira Otero P 1, Wilson Lazo G 1,2, Bartel Münchmeyer E 2.

1 Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. 2 Policlínico de Inmunología Hospital Carlos van Buren Valparaíso.

P-57**LA LECHE NO PASTEURIZADA COMO VEHÍCULO DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA DE *CRYPTOSPORIDIUM* spp.**

Bustamante Ortiz P¹, Pino Quintanilla G², Neira Otero P², Muñoz Saldías N².

¹*Servicio Agrícola y Ganadero (SAG),* ²*Cátedra de Parasitología Depto. de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.*

P-58***CRYPTOSPORIDIUM PARVUM* EN MASCOTAS DE VALPARAÍSO.**

Neira Otero P ¹, Muñoz Saldías N¹, Stanley Villar B¹, Rosales Lombardo MJ².

¹*Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.* ²*Instituto de Biotecnología, Departamento de Parasitología, Facultad de Cien*

P-59**CRIPTOSPORIDIOSIS EN ANIMALES EN CAUTIVERIO DEL ZOOLOGICO DE QUILPUÉ, REGIÓN DE VALPARAÍSO.**

Neira Otero P¹, Muñoz Saldías N¹, Germain Vandewijngaerden J2, Velasco Poblete CL ².

¹Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. ² Estudiantes de 3er Año de Medicina. Bloque Curricular Metodología de la Inve

P-60**PRESENCIA DE UNA *EHRlichia* ZONOTICA EN ARICA**

López Javier, Abarca Katia, Mundaca María Isabel, Caballero Carla, Valiente-Echeverría Fernando

Hospital Veterinario Puente Alto; Laboratorio de Infectología y Virología Molecular, Pontificia Universidad Católica de Chile; Centro Veterinario Arica.

P-61**AISLAMIENTO Y CARACTERIZACIÓN DE CEPAS DE *ESCHERICHIA COLI* ENTEROTOXIGÉNICA (ETEC) ASOCIADAS A UN BROTE DE GASTROENTERITIS AGUDA EN LA REGIÓN DE ANTOFAGASTA.**

Kruger Eduardo¹, Valenzuela Patricio¹, Daniela Berrios², Durán Claudia¹, Chandía Sabrita¹, Del Canto Felipe¹, Farfán Mauricio ³, Vidal Roberto ¹

¹Laboratorio de Enteropatógenos, Programa de Microbiología y Micología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; ²Ingeniería en Biotecnología, Universidad Arturo Prat; ³Centro de Estudios Moleculares, Departamento de Pediatría Oriente, Facultad de Medicina-Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

P-62**PRESENCIA DE GENOMA DE VIRUS ANDES EN EL ESPACIO GINGIVO CREVICULAR DE PACIENTES QUE CURSAN LA FASE AGUDA DE LA INFECCIÓN POR HANTAVIRUS**

Marcela Ferrés¹, Pablo Vial², Claudia Marco², Constanza Martínez¹, Paula Godoy¹, Analia Cuiza², Francisca Valdivieso², Brian Hjelle³, Gregory Mertz³

¹Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Universidad del Desarrollo, ³University of New Mexico, Albuquerque, USA, NIH grant # U19 AI 45452

P-63**CONFIRMACIÓN SEROLÓGICA DE LEPTOSPIROSIS, IDENTIFICACIÓN DE SEROVARES CIRCULANTES EN CHILE 2002-2010**

Flores Roberto, Duery Oscar, Maldonado Aurora, Hormazabal Juan Carlos

Instituto de Salud Pública de Chile

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **11:35 - 11:45**

PERFIL DE PACIENTES ADULTOS PORTADORES DE ENFERMEDAD DE CHAGAS EN ZONA NO ENDÉMICA. HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, VALPARAÍSO (2009-2010).

Primer Autor: WILSON G.^{1,3}

Otros Autores: TORRES M.², NEIRA P³

Relator: WILSON G.

Lugar De Trabajo

1. Unidad de Infectología, Servicio de Medicina, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso
2. Laboratorio Clínico, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso.
3. Cátedra Parasitología, Facultad de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso

La enfermedad de Chagas es una histoparasitosis causada por el protozoo flagelado *Trypanosoma cruzi*. Su presencia en Chile se describe desde Arica hasta el Maule, focalizándose entre la Cordillera de la costa y la Precordillera, debido a la presencia de su vector biológico, *Triatoma infestans*. Por las características geográficas, la provincia de Valparaíso no es un área prevalente de esta enfermedad. Los estudios de prevalencia en Chile son escasos y se concentran en las zonas endémicas. En la actualidad, la infección; por mucho tiempo subestudiada; es considerada una patología emergente. **Objetivo:** describir el perfil de los pacientes chagásicos pesquisados y controlados en el hospital Carlos van Buren, durante el año 2009 hasta el 31 de Mayo del 2010. **Material y Método:** Se realizó un estudio prospectivo en base a los pacientes diagnosticados en el laboratorio de este centro, en el Centro de sangre y tejidos de Valparaíso (Banco de Sangre) y controlados en el policlínico de Infectología (adulto) del hospital van Buren. Se recolectó los datos epidemiológicos: residencia, familiares chagásicos, conocimiento previo de de la vinchuca y su picadura, haber vivido o visitado las zonas endémicas, transfusiones, cirugías, etc. Se les interrogó por síntomas cardiovasculares, síncope, trastornos digestivos y efectuó electrocardiograma de reposo, radiografía de tórax, hemograma, VHS para su posterior control. **Resultados:** Se diagnosticó 14 pacientes, 7 hombres y 7 mujeres, con una mediana de edad de 58 años (21-76 años). Ocho residían en Valparaíso, 4 en San Antonio, 1 en Santo Domingo y 1 en Quilpué. El diagnóstico se efectuó en 4 casos por donación de sangre, 5 en control de embarazo, 3 hospitalizados y 2 en consultorio de especialidades. Las confirmaciones se efectuaron por medio de IFI: 8 en el mismo hospital van Buren, 5 en el Gustavo Fricke y 1 en el ISP. Nueve pacientes conocían las vinchucas, 3 de estos habían vivido en áreas endémicas durante su infancia y 2 referían el antecedente de picadura por parte de estas. Nueve pacientes refirieron que alguno de sus padres provenían de zonas endémicas de Chagas. En 4 casos no se constató factores de riesgo de la infección. Una mujer refirió el antecedente de madre chagásica. Ningún paciente presentó alteración cardiológica o electrocardiográfica atribuible a la parasitosis. Se presentaron 2 casos de megacolon chagásico operados y 1 caso sospechoso de enfermedad de Crohn. Un paciente recibió tratamiento con Nifurtimox por 2 meses sin mayor problema, el resto no lo recibió por ser mayores de 50 años, por presentar secuelas y/ o porque su patología de base impedía el uso del antichagásico. **Discusión:** Apesar que la provincia de Valparaíso no es una zona endémica de Enfermedad de Chagas, es posible la detección de casos debido a la migración poblacional. El perfil de los pacientes corresponde a personas mayores de 50 años, con factores de riesgo de la infección, con secuelas crónicas detectables, predominando las de tipo colónicas. La avanzada edad y las patologías de base, hace que la terapia antichagásica no sea recomendable. Sería interesante conocer la realidad en otros centros, de zonas no endémicas, a lo largo de todo el país para constituir una cohorte nacional para su seguimiento.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **11:45 - 11:55**

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS EN CONTROL INFECTOLÓGICO-COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO TRUDEAU. (CABL)

Primer Autor: Cofré Mauricio

Otros Autores: Palma Sofía, Tirreau Raúl, Cajas César, Beltrán Carlos, Zitko Pedro, Gambra M. Pilar, Pinto Mónica, Gonzalez Angelo

Relator: Palma Sofía

Lugar De Trabajo

Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABL)

Introducción: En los últimos años se estableció el tamizaje obligatorio de Chagas en los bancos de sangre desde la I a la VI región del país. Los casos derivados al Centro de Infectología CABL son confirmados con ELISA IgG e IFI para *Trypanosoma cruzi* y en algunos casos una tercera técnica de Western blot. Se realizó un protocolo de evaluación y seguimiento que consideraba: anamnesis, antecedentes epidemiológicos, radiografía de tórax, electrocardiograma, ecocardiograma 2D, holter de arritmias, hemograma, perfil bioquímico y en pacientes con síntomas digestivos imágenes abdominales. Posteriormente se les ofreció tratamiento a todos los pacientes, según lo establece la Guía ministerial del año 2006 con nifurtimox 8 mg/kg/día en 3 dosis por 8 semanas. Posterior al tratamiento se solicitó PCR para *T. cruzi*. **Objetivo:** Determinar la etapa de la infección chagásica de los pacientes que son tratados según la guía ministerial y evaluar la tolerabilidad y efectividad del tratamiento dado que se describe en la literatura reacciones adversas (RAM) frecuentes y efectividad limitada en adultos en fases crónica indeterminada y fase crónica con compromiso cardiaco o digestivo. **Material y método:** Estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de casos. Se registró RAM en todos los pacientes, su incidencia y severidad. Se realizó una PCR para *T. cruzi* post tratamiento. **Resultados:** EL promedio de edad fue 42,7 años (R: 17 a 73 años DE: 14,7), la mitad de los pacientes eran hombres. Habían habitado en algún momento de sus vidas zonas rurales entre la I y VI región el 62,5%. La vía de adquisición fue indeterminada en el 90,6%, un caso de transmisión vectorial antigua, otro se catalogó como posible transmisión vertical, y un paciente con vía probable transfusional. Comorbilidades: 9,3% Hipertensión arterial, 3,1 % Bloqueo auriculo ventricular completo, 3,1% reflujo gastroesofágico y constipación crónica, 3,1% Hemofilia. Tres pacientes (9,3%) tenían radiografía de tórax con aumento de la relación cardio torácica. El electrocardiograma, ecocardiograma 2D y el holter de arritmias resultaron alterados en el 18,8%, 22,2% y 26,6% respectivamente. Un paciente presentaba megacolon en TAC de abdomen. Etapas de infección: fase latente indeterminado el 74,6 %; Chagas crónico con compromiso cardiaco el 22,2% y Chagas crónico con compromiso gastrointestinal el 3,2%. No se detectaron casos de Chagas agudo. Se ofreció tratamiento luego del estudio basal a 22 pacientes de los cuales lo completaron 17 (77,2%), y 3 pacientes (13,6%) abandonaron controles luego de la indicación del tratamiento, 2 pacientes (9,1%) presentaron RAM que requirieron suspensión (1 paciente por síntomas gastrointestinales náuseas, anorexia severa y baja de peso, y el otro presentó disestesias, artralgiyas y náuseas). En el análisis de RAM destaca: anorexia-baja de peso y molestias gastrointestinales 45,5%, alergia 18,8%, cefalea 27,3%, parestesias o disestesia o hipoestesia el 13,4%. El 9,1% no presentó RAM. La baja de peso fue en promedio de 3,6 kg (rango de 0,9 a 7,5 kg.). La PCR para *T. cruzi* post-tratamiento fue negativa en el 62,5% de los casos tratados. No contamos con PCR pre tratamiento por lo que no podemos asegurar que todos los casos tratados hayan sido positivos para parasitemia. **Conclusiones:** La respuesta a tratamiento en nuestro medio no es mayor de un 62,5% y los efectos adversos a la terapia son frecuentes y mayores que los reportados en la literatura. Considerando la sensibilidad de la PCR y la no confirmación de parasitemia pre tratamiento, los resultados de este estudio no avalan las recomendaciones actuales y se requieren estudios multicéntricos randomizados de pacientes adultos en fases crónicas. Se propone desarrollar una cohorte nacional de pacientes con enfermedad de Chagas para evaluar eficacia y seguridad de la terapia e incorporar benznidazol para los pacientes con fracaso o RAM severas.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **11:55 - 12:05****IDENTIFICACIÓN DE ZONAS DE RIESGO PARA DISEMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE LYME EN LA REGIÓN METROPOLITANA, CHILE****Primer Autor:** Rivera Dácil (MV)¹**Otros Autores:** Hamilton-West Christopher (MV, MSc, PHD),² Toloza Jessica (MV, MSc).³ Urcelay Santiago (MV, MPVM)¹**Relator:** Toloza Jessica**Lugar De Trabajo**¹Facultad de Medicina Veterinaria y Ciencias Silvoagropecuarias. Universidad de Chile²Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).³Instituto de Ecología y Evolución. Facultad de Ciencias. Universidad Austral de Chile

Resumen: La enfermedad de Lyme (EL) es una zoonosis de distribución mundial causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*. Esta bacteria es transmitida por la mordedura de garrapatas, siendo su principal vector las pertenecientes al género *Ixodes*. Fueron analizados los factores de riesgo para la EL, descritos a nivel mundial, utilizando análisis de riesgo y análisis de tipologías, para identificar donde se ubican las zonas de mayor riesgo para la diseminación de esta enfermedad en la Región Metropolitana (RM) de Chile. La zona donde habría una mayor probabilidad de presentación y diseminación de la EL, sería el área Sur-Oeste de la RM (comunas de Melipilla, Maipú, La Florida, Providencia, Pudahuel, Puente Alto, San Bernardo y Villa Alhué).

Introducción: La EL es considerada una seria amenaza para la salud pública en diversos países desarrollados como Estados Unidos. Es causada por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, la que es transmitida por la mordedura de garrapatas, siendo su principal vector las pertenecientes al género *Ixodes*. La situación de esta enfermedad en Chile no es clara. Se sospechó por primera vez en 1989 en la comuna de Pudahuel, donde se reportó un caso de eritema crónico migrans (ECM), signo compatible con la EL y una biopsia cutánea con presencia de organismos espiriliformes. El caso sospechoso respondió favorablemente al tratamiento antimicrobiano. Entre 1992 y 1994, se describieron 118 casos con signología y serológica compatible con EL, de los cuales 105 pertenecían a la RM. El estudio serológico no pudo confirmar como agente etiológico a *B. burgdorferi*. Recientemente, se han notificado varias sospechas de EL en la RM. Este trabajo busca identificar que zonas de la RM serían más riesgosas para la presentación y diseminación de la EL.

Objetivos: Analizar la situación nacional para EL, en base a los factores de riesgo recopilados a partir de antecedentes mundiales. Identificar las zonas de mayor riesgo para la presentación y diseminación de EL en la RM.

Materiales y Métodos: Se recolectó información sobre los factores de riesgo descritos para EL a nivel global, los cuales hacen referencia a variables ambientales y a variables relacionadas con los posibles hospederos. Posteriormente, estos factores de riesgo fueron evaluados mediante una adaptación de la metodología de análisis de riesgo, recomendada por la OIE, para determinar qué factores serían más importantes para la diseminación de EL en la RM. A continuación, se recopiló información sobre los factores de riesgo relevantes a nivel de comuna; las cuales fueron clasificadas en tres grupos de riesgo, según la presencia y magnitud de presentación de dichos factores de riesgo, utilizando la metodología de análisis de tipologías. Finalmente se elaboró un mapa de riesgo para la presentación y diseminación de la EL en la RM.

Resultados: De las 52 comunas de la RM, 26 fueron consideradas de riesgo bajo, 18 de riesgo medio y 8 de riesgo alto. Las comunas de mayor riesgo fueron La Florida, Pudahuel, San Bernardo, Puente alto, Villa Alhué, Maipú, Melipilla y Providencia. Estas comunas comparten características de alta densidad humana, de roedores, de perros y posiblemente de garrapatas. Además, se registró la presencia de residuos sólidos domiciliarios en malas condiciones de almacenaje, como factor de riesgo para la mantención de poblaciones de roedores y perros. La distribución espacial de las comunas de mayor riesgo fue principalmente la zona Sur-Oeste de la RM, que presenta características rurales.

Conclusiones: La zona de mayor riesgo para la diseminación de la EL coincide con la distribución espacial de los casos sospechosos para la RM. Los antecedentes recopilados no permiten determinar si la EL está presente en Chile, pero identifican cuales serían las zonas de mayor riesgo y los factores clave para definir estrategias de prevención e implementar acciones de vigilancia epidemiológica.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **12:05 - 12:15**

PREVALENCIA DE *STRONGYLOIDES STERCORALIS* EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH/ SIDA.

Primer Autor: Neira Otero P 1.

Otros Autores: Wilson Lazo G 1,2, Bartel Münchmeyer E 2.

Relator: Wilson LAzo G.

Lugar De Trabajo

1 Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. 2 Policlínico de Inmunología Hospital Carlos van Buren Valparaíso.

Introducción: La estrogiloidosis descubierta en 1876, es una infección parasitaria producida por *Strongyloides stercoralis*; endémica en regiones tropicales y subtropicales, que constituye un problema de salud a causa de la capacidad de autoinfección del nemátodo; la resistencia a los tratamientos y su potencial de recrudescencia con desenlace fatal, en especial en individuos infectados inmunocomprometidos por enfermedad o terapia. En la actualidad se estima una incidencia de 10 a 20% en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); en ellos existe el riesgo de diseminación extraintestinal, sobretodo cuando los recuentos de LT CD4+ son menores de 200 células/mm³. A la fecha no existen reportes de prevalencia de *S. stercoralis* en pacientes que viven con VIH en Chile. **Objetivos:** Prevalencia de estrogiloidosis en pacientes que viven con VIH/SIDA en la Región de Valparaíso.

Material y método: Se analizó en forma directa y mediante Telemann modificado y tinción de Ziehl Neelsen muestras frescas y fijadas de deposiciones humanas de pacientes portadores de VIH, provenientes de la Región de Valparaíso, atendidos en el policlínico de Inmunología (VIH), del hospital "Carlos van Buren". La toma de muestra se efectuó sin fijador y fue analizada a la brevedad para búsqueda de larvas vivas de *S. stercoralis* en el laboratorio de parasitología de la Escuela de Medicina de la U. de Valparaíso. Posteriormente, muestras fijadas fueron concentradas mediante método de Telemann modificado para búsqueda de otros enteroparásitos y un extendido del sedimento fue teñido con Ziehl Neelsen. Se genotipificó la especie de *Cryptosporidium* en ooquistes del coccidio mediante PCR anidada. En los positivos para *S. stercoralis* se efectuó encuesta dirigida para búsqueda de antecedentes epidemiológicos (ciudadanía, actividad laboral, caminar descalzo, infraestructura sanitaria, hábitos alimenticios, presencia de animales) y se cotejó la ficha clínica (síntomas digestivos, recuento de CD4). **Resultados:** A la fecha de un total de 121 pacientes VIH (+) y/o SIDA, se ha detectado la presencia de *S. stercoralis* en 2 (1,7%), con desenlace fatal. El ZN reveló en uno de ellos coinfección por *Cryptosporidium* cuya genotipificación mediante PCR anidada demostró *C. parvum*. A través de la ficha clínica se comprobó coinfección con *Histoplasma capsulatum* determinado mediante biopsia de ganglio cervical, tinción y cultivo en agar en el otro caso. Entre los síntomas digestivos prevaleció la diarrea de más de 1 mes de evolución. El recuento de linfocitos CD4 < 100 céls/mm³ (71 y 23 céls/mm³). La muerte sobrevino entre los 33 y 43 días post diagnóstico. Entre los antecedentes destaca ciudadanía colombiana, heterosexual, actividad agrícola y caminar descalzo en uno de los pacientes; en el otro; ciudadanía chilena, homosexual, promiscuo, travesti. **Discusión y conclusiones.** La prevalencia de estrogiloidosis alcanza 1,7% (2/121 pacientes estudiados) en la ciudad de Valparaíso, y si bien es más baja que la reportada para estos pacientes a nivel mundial; se demuestra la presencia en dos casos con desenlace fatal y que constituyen los primeros detectados en pacientes que viven con SIDA en el país. Los antecedentes epidemiológicos recopilados avalan la presencia del nemátodo por la actividad laboral en un caso y la promiscuidad en el otro; pudiendo haberse infectado por prácticas de sexo oro-anal. La importancia de este trabajo radica en tomar conciencia de la posibilidad de una infección diseminada por este helminto en algunos pacientes y para el personal de salud; estar alertas para un oportuno diagnóstico, y adecuado tratamiento o prevención de las fatales consecuencias de la infección por este nemátodo.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **12:15 - 12:25**LA LECHE NO PASTEURIZADA COMO VEHÍCULO DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA DE *CRYPTOSPORIDIUM* spp.**Primer Autor:** Bustamante Ortiz P¹**Otros Autores:** Pino Quintanilla G², Neira Otero P², Muñoz Saldías N².**Relator:** Neira Otero Patricia**Lugar De Trabajo**¹Servicio Agrícola y Ganadero (SAG), ²Cátedra de Parasitología Depto. de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso.

Introducción: Las especies de *Cryptosporidium* se asocian principalmente con el agua que ha sido contaminada por heces humanas o animales, y aunque estos coccidios no crecen en los alimentos ni se multiplican en el medio ambiente; los ooquistes se pueden encontrar en una serie de alimentos no elaborados, en particular en la leche cruda, la carne, los mariscos, las frutas y hortalizas frescas. No existen en Chile estudios que demuestren la presencia de ooquistes de *Cryptosporidium* spp en la leche recién ordeñada. **Objetivo:** Determinar la presencia de ooquistes de *Cryptosporidium* spp en leche no pasteurizada. **Material y método:** Se analizó un total de 134 muestras de leche de bovino Holstein Friesian (Holando americano) procedentes de los fundos Santa Rita (n=87) y El Mirador (n=47) de Casablanca, Región de Valparaíso. La leche, en cantidad de 80 ml, fue ordeñada, en forma manual directamente a un frasco estéril bajo normas de higiene: uso de guantes y pechera. El frasco fue identificado con el dispositivo de identificación individual (DIIO) del animal. Se aplicó sistema dipping; Yodigen 30 plus pre y post extracción para la desinfección y sellado del pezón respectivamente. Las muestras fueron conservadas en cooler con hielo hasta su traslado al laboratorio, donde se procesaron de inmediato. Para determinar la presencia de ooquistes de *Cryptosporidium* spp las muestras de leche fueron: mezcladas con dos ml de éter sulfúrico, agitadas y concentradas mediante centrifugación (2.500 rpm por 10 min). Con el sedimento se confeccionó un extendido que fue teñido con la tinción de Ziehl Neelsen modificada. Se consideró muestra positiva a aquella cuyos ooquistes de *Cryptosporidium* spp fueron identificados de acuerdo a sus características tintoriales y morfométricas. **Resultados:** Del total de muestras analizadas (N=134), el 9% resultó positiva. El 4,6% de la leche ordeñada en el fundo Santa Rita y el 17% de la extraída manualmente en el fundo El Mirador presentó contaminación con ooquistes de *Cryptosporidium* spp. **Discusión y conclusiones.** En este estudio se determina por primera vez la presencia de *Cryptosporidium* spp en leche de bovino en Chile. La leche que se ordeña de estos animales es almacenada en estanque de acero inoxidable, con capacidad de 6000 lts y es enviada a Quillayes y a la Sociedad productora y acopiadora de leche Casablanca Ltda., por el fundo Santa Rita y El Mirador respectivamente, quienes la distribuyen y venden a terceros. Si bien en estos fundos se encuentra implementada la trazabilidad como componente fundamental de los mecanismos de garantía sanitaria; el efectuar el depósito de la leche en los tanques impide identificar a que animal pertenece el producto contaminado. Las malas condiciones de manejo durante la extracción del producto favorecerían la contaminación de la leche lo que podría repercutir en la salud humana si no se aplican los procesos de pasteurización y/o ultrapasteurización (UHT) previo a la comercialización. Las altas temperaturas (135-140°C x 2 a 4 seg) seguidas del rápido enfriamiento (32°C) permiten la inocuidad de la leche y/o sus subproductos respecto a *Cryptosporidium* spp y otros agentes patógenos, ya que sus ooquistes si bien resisten el estrés ambiental no sobreviven al shock térmico producido en la pasteurización y ultrapasteurización. Sin embargo, en zonas rurales aún se consume lo que se conoce como "leche al pie de la vaca" (recientemente mostrado en un programa de TV) lo que expone a riesgo de infección con estos agentes patógenos, a quienes la consumen, si no se implementan las medidas higiénicas de manejo durante la ordeña. Cualquier alimento que pueda entrar en contacto con fomites contaminados durante la producción, y donde no existe un proceso posterior de esterilización para destruir los ooquistes, se verá afectado por la contaminación con *Cryptosporidium*, como sucedió con la leche de estos fundos. Se requiere de investigación epidemiológica para establecer medidas correctivas en beneficio de los consumidores.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **12:25 - 12:35***CRYPTOSPORIDIUM PARVUM* EN MASCOTAS DE VALPARAÍSO.**Primer Autor:** Neira Otero P¹**Otros Autores:** Muñoz Saldías N¹, Stanley Villar B1, Rosales Lombardo MJ².**Relator:** Neira Otero Patricia**Lugar De Trabajo**¹Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. ²Instituto de Biotecnología, Departamento de Parasitología, Facultad de Cien

Introducción: La presencia de ooquistes de *Cryptosporidium* spp fue detectada por primera vez en Chile en 1989; en 4/30 perros de la Sociedad Protectora de Animales "Carlos Puelma Beza" de Valparaíso. En el año 2006, Oschilewski y cols, comunican una prevalencia de 5,6% y 4,9% para perros que deambulan o pasean con sus dueños, en plazas del plan y en los cerros de la ciudad de Valparaíso respectivamente. En el mismo año, se comunicó una prevalencia de 1,9% en perros sanos y diarreicos de 3 comunas de Santiago. En el año 2007, López y cols en su estudio efectuado en animales de tiendas de mascotas, entre las que se incluyen perros y gatos comunica la presencia del coccidio en 3 tiendas con una prevalencia de 2,5% afectando a hurones, gatos y perros. En el 2008, Abarca y cols detectan la presencia del coccidio en 2 perros de 36 familias de niños y adolescentes inmunodeficientes (oncológicos, transplantados, con infección por VIH en tratamiento) que los poseían como mascotas. Las deposiciones de 100 felinos de raza mestiza reveló la presencia en 5 gatos menores de 1 año (prevalencia 7,5% en el grupo etéreo). No se han reportado más antecedentes en torno a la criptosporidiosis en animales domésticos y mascotas en el país y no se ha efectuado identificación de especie mediante herramientas de diagnóstico molecular en los estudios efectuados.

Objetivos: Genotipificar los ooquistes de *Cryptosporidium* presentes en mascotas de Valparaíso. **Material y método:** Las muestras fecales fueron obtenidas sin fijador de 361 *Canis familiaris* y 42 *Felis catus*. Fueron concentradas mediante centrifugación y con el sedimento se confeccionó un extendido que fue teñido con Ziehl Neelsen modificada. Las muestras positivas, en buffer de lisis, fueron sometidas a congelación y descongelación para la ruptura de los ooquistes. Se extrajo el ADN genómico mediante kit QIAamp (QIAGEN, Lab USA). Se efectuó PCR anidada y con el producto, electroforesis en cámara horizontal. La banda de 510 pb de la subunidad 18S del ARN ribosomal se observó en agarosa al 2%. Se purificó el producto mediante kit PCR QIAquick (QIAGEN, Lab USA), se cuantificó el ADN y secuenció en ambos sentidos. Los electroferogramas y las secuencias se analizaron con Sequence Scanner. Se comparó las secuencias mediante Blast para nucleótidos y se depositaron en Genbank. **Resultados:** La prevalencia de infección mediante ZN fue de 4,7% (17/361) en *Canis familiaris* y de 2,4% (2/82) en *Felis catus*. Los fragmentos de cada muestra fecal positiva para *Cryptosporidium*, analizada mediante PCR anidada de la SSU del gen ARN ribosomal, mostraron una banda de 510 pb. La introducción de cada secuencia en el programa bioinformático Blast para nucleótidos permitió la identificación de *Cryptosporidium parvum* en todas las muestras de perros y gatos.

Cabe señalar que los gatos infectados transmitieron zoonóticamente *C. parvum* a su propietaria egresada de medicina veterinaria y embarazada. **Discusión y conclusiones.** Aunque *Canis familiaris* y *Felis catus* tienen una especie específica de *Cryptosporidium* que los afecta; *C. canis* y *C. felis* respectivamente; estas mascotas pueden también infectarse con *C. parvum*, especie con potencial zoonótico, como fuera demostrado en todos los perros y gatos infectados por el coccidio en este estudio. En gatos se comprobó la transmisión zoonótica entre dos mascotas cachorros con diarrea y su propietaria egresada de medicina veterinaria y embarazada. Debido al nulo conocimiento que presentaba la paciente respecto a esta parasitosis siendo de transmisión zoonótica, nos permite sugerir dar mayor importancia a este tipo de parasitosis en esos estudios de pregrado debido al riesgo al que se someterán estas personas en su futuro profesional. Este estudio, demostró la existencia de riesgos ocultos e imperceptibles para la población humana de Valparaíso, propietaria de perros y/o gatos mascotas de Valparaíso, dada la posibilidad de infectarse con esta zoonosis a partir de las heces de sus mascotas.

Preside: **Dr. Thomas Weitzel**Secretario: **Dra. Marcela Ferrés G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Emergentes y Zoonóticas**Hora: **12:35 - 12:45**

CRIPTOSPORIDIOSIS EN ANIMALES EN CAUTIVERIO DEL ZOOLOGICO DE QUILPUÉ, REGIÓN DE VALPARAÍSO.

Primer Autor: Neira Otero P¹**Otros Autores:** Muñoz Saldías N¹, Germain Vandewijngaerden J2, Velasco Poblete CL ².**Relator:** Neira Otero Patricia**Lugar De Trabajo:** ¹Cátedra de Parasitología Departamento de Preclínicas Escuela de Medicina Facultad de Medicina Universidad de Valparaíso. ² Estudiantes de 3er Año de Medicina. Bloque Curricular Metodología de la Inve

Introducción: *Cryptosporidium* spp es un importante y ubicuo enteropatógeno de los seres humanos y el ganado. Las infecciones por este coccidio han sido reportadas en un amplio espectro de animales. El diagnóstico molecular muestra amplia diversidad genética en los *Cryptosporidium* de los animales, validándose 20 especies y notificándose 40 genotipos adaptados al hospedador. En Chile, el protozoo se ha reportado en ganado y mascotas; las infecciones en estos animales son comunes y la clínica es variable. El número y la diversidad de especies en parques zoológicos permiten el estudio en animales de diferentes lugares geográficos. En estos ambientes, los animales cautivos están en estrecho contacto con los seres humanos y otras especies animales, las que normalmente no se encuentran en el medio natural. La alta densidad de animales y el estrés del cautiverio, pueden aumentar la susceptibilidad a las enfermedades y la exposición a patógenos como *Cryptosporidium*. En Chile, no se conoce la incidencia de la criptosporidiosis en animales en cautiverio. **Objetivos:** Genotipificar especies de *Cryptosporidium* en animales cautivos en el Zoológico de Quilpué. **Material y método:** De 777 animales cautivos en el Zoológico de Quilpué, se tomó 131 muestras fecales (42 de mamíferos, 84 de aves y 5 de reptiles). Con el sedimento de heces concentradas, se confeccionó un extendido y tiñó con Ziehl Nielsen modificado. Los ooquistes se sometieron a shock térmico y la extracción de ADN genómico, se realizó mediante kit QIAamp (QIAGEN, Lab USA). Se efectuó PCR anidada y con el producto, electroforesis en cámara horizontal. La banda de 510 pb de la subunidad 18S del ARN ribosomal se observó en agarosa al 2%. Se purificó el producto mediante kit PCR QIAquick (QIAGEN, Lab USA), se cuantificó el ADN y secuenció en ambos sentidos. Los electroferogramas y las secuencias se analizaron con Sequence Scanner. Se comparó las secuencias mediante Blast para nucleótidos y se depositaron en Genbank. **Resultados:** De las 131 muestras de deposiciones, 18 (13,7%) resultaron positivas a la tinción de ZN; 12/42 de mamíferos, 6/84 de aves y 0/5 de reptiles. Los fragmentos de cada muestra fecal positiva para *Cryptosporidium*, analizada mediante PCR anidada de la SSU del gen ARN ribosomal, mostraron una banda de 510 pb. La introducción de cada secuencia en el programa bioinformático Blast para nucleótidos permitió la identificación de *Cryptosporidium parvum* en las 12 muestras de mamíferos y 5 de aves. Sólo se identificó *C. meleagridis* en flamenco. **Discusión y conclusiones.** La presencia de *Cryptosporidium* en los animales del zoológico de Quilpué fue demostrada en este estudio, pero la identificación de especies en muestras fecales debe considerarse con precaución por la potencial contaminación cruzada de fuentes ambientales; lo que puede dilucidarse al recolectarlas directamente del hospedador o postmortem. La genotipificación de especies de *Cryptosporidium* ha sido muy útil para los estudios de epidemiología molecular de la criptosporidiosis humana y animal. *Cryptosporidium parvum*, predomina en animales y se transmite al hombre y se ha detectado en infecciones humanas en Chile. *C. meleagridis* infecta a pavos y nuestro hallazgo en flamencos, permite reportar un nuevo hospedador para el parásito. Ya sea que las 18 muestras de mamíferos y aves asintomáticos, en este parque zoológico estén infectados con estas especies de *Cryptosporidium* o simplemente que los ooquistes pasen a través del tracto gastrointestinal post ingestión de alimentos o agua contaminados con excrementos, este estudio ha permitido identificar una nueva especie circulando en nuestro medio. La infección por *C. parvum* en mamíferos y aves y *C. meleagridis* en aves; nos permite sugerir que estos animales cautivos en el zoológico de Quilpué constituyen un potencial recurso de infección humana. Son necesarios más estudios para comprender la epidemiología y los modos de transmisión de las especies de *Cryptosporidium* potencialmente zoonóticas que infectan a los animales en Chile.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**

Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**

Sala: **C- Calle Calle**

Area: **Infecciones Virales**

Hora: **11:35 - 13:25**

P-64

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL Y EFECTOS SECUNDARIOS DE TARV EN HIJOS NACIDOS DE MADRES VIH(+) CONTROLADAS EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Cerón I, Peña A, Barttlet D, Cataldo K, Ernst D, Fernández AM, Ramírez AM, Lasso M

Hospital Dr. Sótero del Río, P. Universidad Católica de Chile

P-65

INFLUENZA A H1N1 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA 2009

Contardo MV, Hojman L, Karsulovic C, Acuña M

Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría, Unidad de Infectología, Sede Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

P-66

SEROPREVALENCIA DE VIRUS HUMANO LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T TIPO 1 Y 2 EN DONANTES DE SANGRE DEL AREA METROPOLITANA.

Eugenio Ramírez, Balanda Monserrat, San Martín Héctor

Laboratorio Virus Oncogénicos, Subdepto. Virología, Instituto de Salud Pública de Chile.

P-67

FARMACOVIGILANCIA EN VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Abusada Nancy, Awad José, Cares Víctor, Orellana Rodrigo, Pineda Rafael

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

P-68

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS POR INFLUENZA H1N1 DURANTE EL AÑO 2009 EN LA CIUDAD DE VALDIVIA.

Koch Erica, Pinos Yazmín, Garrido Francisco, Dabanch Jeannette, Navarrete Edison, Brun Gina, Calvo Mario.

Universidad Austral de Chile. Hospital Clínico Regional Valdivia. Valdivia.

P-69

COMPROMISO RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VIH

Contardo María Verónica, Rojo Angélica, Navarrete Carmen Luz, Galaz María Isabel

Hospital Roberto del Río

P-70

INMUNOFUORESCENCIA DIRECTA CON CITOCENTRIFUGADO COMO TÉCNICA DE TAMIZAJE EN LAS INFECCIONES POR VIRUS INFLUENZA A

Gonzalez Patricia, Leyton Oscar, Wilhelm Jan

Clínica Alemana de Santiago

P-71**ESTUDIO DESCRIPTIVO PROSPECTIVO SOBRE LA DETECCIÓN DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO**

Noguera Melissa(1), Báez Ximena(1), Peña Cindy (1), Río Rosemary (2) Torres Mariana (3), Vergara Rodrigo (1,4) y Ximena Collao (1)

Lab. de Virología, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso (1), Estadística UV (2), Lab. Hospital Carlos Van Buren (3), Pediatría Hospital Carlos Van Buren (4)

P-72**APLICACION DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS AGUDAS. EXPERIENCIA EN CLINICA LAS CONDES, AÑO 2010.**

Dra. Piemonte Paula, Bq. Vergara Ivonne, Aravena TM Pedro, TM Leon Monica, Dr. Torres Juan Pablo

Clinica las Condes

P-73**DETECCION DEL VIRUS DE HEPATITIS G EN PACIENTES INFECTADOS POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA: INFORME PRELIMINAR.**

Venegas Mauricio 1, Galaz José 2, Riquelme Ignacio 3, Scheel Cristoph 3. Afani Alejandro 2, 4 Beltrán Carlos.

1Laboratorio de Gastroenterología, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Laboratorio de Medicina Molecular, Centro VIH/SIDA. Hospital Clínico Universidad de Chile. 3Alumnos de 2º año de Medicina Univ

P-74**ENCEFALITIS HERPÉTICA EN EDAD PEDIÁTRICA; ¿EXISTEN MARCADORES CLÍNICOS QUE NOS HAGAN SOSPECHAR SU ETIOLOGÍA?**

Zúñiga Pamela, Hernández Pamela, Acuña Mirta, Galaz María Isabel, Ruiz Pablo, Tapia Lorena

Laboratorio de Virología Facultad de Medicina Universidad de Chile, Hospital Roberto del Río

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **11:35 - 11:45**

PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL Y EFECTOS SECUNDARIOS DE TARV EN HIJOS NACIDOS DE MADRES VIH(+) CONTROLADAS EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Primer Autor: Cerón I**Otros Autores:** Peña A, Barttlet D, Cataldo K, Ernst D, Fernández AM, Ramírez AM, Lasso M**Relator:** Peña A**Lugar De Trabajo**

Hospital Dr. Sótero del Río, P. Universidad Católica de Chile

Introducción: La terapia antiretroviral (TARV) ha logrado disminuir la transmisión perinatal del VIH. En nuestro país, la tasa de transmisión vertical (TV) ha caído de 30% a 2%, pero la instauración de TARV no está exenta de eventuales efectos adversos en los recién nacidos (RN), como posible riesgo de prematurez, bajo peso al nacer, malformaciones y otros. **Objetivo:** Describir la tasa de TV y los efectos secundarios de la TARV en los RN de madres VIH(+) controladas en el Hospital Dr. Sótero del Río (HSR). **Métodos:** Análisis retrospectivo de la cohorte de binomios madre VIH(+)-hijo controlados en el Programa VIH/SIDA del HSR, entre 1995 y junio de 2010. Se revisaron fichas clínicas de madres e hijos registrándose, para las madres: datos demográficos, estadio clínico y de laboratorio de la enfermedad al diagnóstico, durante el embarazo y al parto, temporalidad diagnóstica del VIH vs embarazo, TARV previa y durante embarazo y comorbilidades en la gestación; y para los hijos: edad gestacional, vía de parto, patología fetal, esquemas de prevención de TV, lactancia y efectos colaterales de la TARV. Análisis estadístico con test de Chi² y exacto de Fisher. Significancia estadística con valor $p < 0.05$. **Resultados:** Se identificaron 101 binomios madre VIH(+)-hijo, excluyéndose 7 por fichas incompletas, por lo que se analizaron 94 madres y 96 hijos (2 embarazos gemelares). Se observó aumento significativo en mediana anual de embarazos posterior a la incorporación del VIH/SIDA como patología GES: 1995-2005, 3 [1-9 emb/año] vs 2006-2009, 9 [9-14 emb/año], $p < 0.0001$. La mediana de edad de las madres fue 27 [15-40 años] y sólo el 18.1% (17) presentaba antecedentes mórbidos, destacando patología psiquiátrica (9.6%) y obstétrica (3.2%). Respecto al motivo de toma del ELISA VIH, en 36.2% fue por estudio de embarazo actual; 20.2% por pareja seropositiva; 12.8% por clínica sugerente de inmunosupresión; 8.5% por evidencia de otra ETS; 6.4% por estudio en embarazo previo y 15.9% por otras causas. Al diagnóstico, 11 pacientes presentaban alguna enfermedad marcador de SIDA, principalmente neumonía por *P. jirovecii* (5), candidiasis esofágica (2) y TBC (2); y según clasificación CDC, 35 pacientes (37.2%) estaban en etapa SIDA. En 47.9% el diagnóstico de VIH fue concomitante con el embarazo, en 2.1% se diagnosticó en el puerperio inmediato, y en 50%, previo al embarazo con una mediana de latencia de 24 meses [rango: 1-168 m]. En este grupo, 18 pacientes (38.3%) estaban recibiendo TARV al momento de la concepción: 4 con nevirapina, 5 con efavirenz y 9 con inhibidores de proteasa (IP). En el embarazo, el 57.4% (54 pacientes) inició TARV por "indicación fetal", con mediana de inicio a las 23 semanas de embarazo (rango: 0-38 sem). El 14.9% (14) recibió monoterapia, 8.5% (8) biterapia, 8.5% (8) triterapia sin IP y 64.9% (61) triterapia con IP. 23 pacientes (25.5%) presentaron comorbilidades durante el embarazo, destacando: anemia (6), DM gestacional (5), ITU (5) e hipertensión del embarazo (4). Al parto, la mediana de CD4 fue 341 cel/mm³ (rango: 76-952); 27 pacientes (28.7%) presentaban CV <80 copias y 38 (40.4%) CV <1000 copias. En 37 pacientes no se dispuso de CD4 ni CV previo al parto. En la gran mayoría (86,5%), la resolución del parto fue vía cesárea electiva. 14 RN (14,6%) fueron de pretérmino, no encontrándose relación con el uso materno de IP (16.7% con IP vs 12.9% sin IP, $p = 0.76$); mientras que 20 RN (20.8%) presentaron retardo de crecimiento intrauterino, tampoco relacionado al uso de IP (15.4% con IP vs 5.5% sin IP, $p = 0.58$). El 94.8% de los RN no recibió lactancia materna y el 66.7% recibió protocolo de prevención TV completo, según guías MINSAL. La tasa de transmisión vertical fue de 2.08% (2 RN) y hay 1 caso "indeterminado". Respecto a morbilidades, el 85.4% (82 RN) presentó patologías posiblemente atribuibles a la exposición a TARV: anemia (70.8%), acidosis láctica (32.3%), hiperkalemia (14.6%), hiperlactacidemia (9.4%), acidosis metabólica (9.4%), malformaciones cardíacas congénitas (9.4%), retraso crecimiento pondoestatural (2.1%), hipertonía (2.1%), hipercalcemia (1%) y neutropenia (1%). **Conclusión:** En nuestra cohorte, la TARV demostró ser efectiva en reducir la TV logrando tasas similares a 2%; pero no está exenta de efectos adversos en los RN, principalmente anemia y complicaciones metabólicas, por lo que es importante establecer programas de seguimientos de estos pacientes para prevenir secuelas posteriores.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **11:45 - 11:55****INFLUENZA A H1N1 EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS DURANTE LA PANDEMIA 2009****Primer Autor:** Contardo MV**Otros Autores:** Hojman L, Karsulovic C, Acuña M**Relator:** María Verónica Contardo Pérez**Lugar De Trabajo**

Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría, Unidad de Infectología, Sede Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Introducción: Durante el año 2009 se describe el virus de la influenza AH1N1, originado por un reordenamiento de una cepa de origen aviar, humano y porcino. Los primeros casos en el país se notificaron en mayo del mismo año, iniciándose una epidemia que ha alcanzó a los 12.302 casos confirmados por laboratorio y 368.118 casos compatibles en el país. **Objetivos:** Describir la evolución clínica, hallazgos radiográficos y de laboratorio, las coinfecciones y la necesidad de tratamiento antibiótico en los pacientes hospitalizados por influenza AH1N1 durante la pandemia 2009 en el Hospital Roberto del Río. **Métodos:** Se realizó una revisión retrospectiva de todas las fichas de los pacientes hospitalizados por Influenza Humana durante el año 2009 en el hospital Roberto del Río. Se incluyó a los pacientes menores de 15 años con infección por virus Influenza A H1N1 pandémico, confirmado mediante RPC de secreción nasofaríngea. Se excluyó a los pacientes cuyo motivo de hospitalización no fuese esta infección. **Resultados:** El total de niños hospitalizados durante el 2009 por influenza A fue de 218, que determina una tasa de hospitalización pediátrica del área norte de Santiago por Influenza A de 123,6 por 100 mil niños. Cumplieron con criterios de inclusión 58 pacientes, correspondientes a un 26% del total (157 pacientes fueron excluidos por no tener RPC para Influenza A H1N1 y 3 por hospitalizarse por razones quirúrgicas). De los pacientes incluidos el 62% eran hombres. Un 76% de los pacientes fue lactante (1 a 24 meses). El rango de edad de los pacientes fue 1 mes a 11 años, con un promedio de 2 años 1mes. En el 80% de los casos el motivo de hospitalización fue dificultad respiratoria y requerimientos de oxígeno, en el 12% fue la fiebre, en el 3% hemorragia digestiva alta secundaria a hiperémesis, en 1,7% deshidratación secundaria a la diarrea y mismo porcentaje para convulsión febril y shock séptico. El 57% presentó comorbilidad, destacando enfermedad broncopulmonar en un 34% (SBOR: 24%, asma: 7%, DBP en 3%), enfermedad cardíaca en un 6,7% (cardiopatía congénita: 5%, arritmia: 1,7%) y enfermedad neurológica en 3% del total de pacientes. En el 98% se diagnosticó bronconeumonía. Un 76% requirió apoyo con oxígeno, con un rango de 1 lt a FiO2 de 0,80. Un 20% de los pacientes requirió FiO2 >0,4. Un 8,6% requirió hospitalización en unidad de cuidados intensivos y un 12% en cuidados intermedios. Un 8,6% requirió apoyo con VMI y un 20% con VMNI. Ningún paciente requirió VAFO. El hemograma informó un recuento leucocitario promedio de 12.925, con un rango de 5.050 -31.300 cel/mm³. La proteína C reactiva fue en promedio 33,5 g/dl, con un rango 0-229 g/dl (VN<5). La radiografía de tórax mostró infiltrado intersticial 32%, infiltrado intersticio-alveolar en 26%, atelectasia en 26%, condensación en 10% e hiperinsuflación en 7%. Todos los pacientes recibieron tratamiento con oseltamivir y el 35% requirió tratamiento antibiótico. El 29% presentó coinfección con VRS y el 1,7% con PI. Ningún paciente falleció. El número de días promedio de hospitalización fue 9 días con un rango entre 1 y 37 días. **Discusión:** Se observó aumento importante en la tasa de hospitalización pediátrica por Influenza A en relación a años anteriores, en los que se describen tasas de 25 a 28 por 100 mil niños hospitalizados por Influenza durante los años 2005 a 2007 en el área norte de Santiago. Además se observó un predominio de lactantes dentro de los hospitalizados, similar a lo observado años anteriores. La mayor presencia de comorbilidades puede deberse, en parte, a la priorización que se realizó en el servicio de urgencia, dada la alta demanda que hubo durante los meses de invierno. Se observó una tasa de hospitalización en unidades de cuidados intensivos e intermedio y de requerimientos de apoyo con VMI y VMNI similar a la descrita en pacientes hospitalizados por influenza estacional en años anteriores (19% el 2006-7). **Conclusión:** La influenza H1N1 se asoció en nuestro hospital a un aumento en la tasa de hospitalizaciones, principalmente lactantes y niños con patologías crónicas. No observamos un aumento en la gravedad de ellos.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **12:05 - 12:15**

FARMACOVIGILANCIA EN VACUNACIÓN CONTRA INFLUENZA AH1N1 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Primer Autor: Abusada Nancy**Otros Autores:** Awad José, Cares Víctor, Orellana Rodrigo, Pineda Rafael**Relator:** Cares Víctor**Lugar De Trabajo**

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: e acuerdo a datos entregados por el MINSAL, el año 2009 se notificaron 368.118 casos compatibles con la definición de caso sospechoso de influenza AH1N1, de los cuales 12.302 fueron confirmados mediante PCR. En el sector público y privado se entregaron 634.450 tratamientos antivirales gratuitos. El presente año, en el país se desarrolló una campaña de vacunación contra la influenza AH1N1, como medida de prevención de su contagio y complicaciones. Tal vacuna, de reciente fabricación y lanzamiento al mercado internacional, es señalada por la autoridad como segura; sin embargo, reportes a nivel mundial de casos de efectos adversos sistémicos en poblaciones de Europa, Asia y Estados Unidos, hacen relevante que a nivel nacional se desarrollen estudios de farmacovigilancia que permitan determinar su seguridad y principales efectos adversos en nuestra población. Este año, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) vacunó a sus funcionarios dentro de la campaña contra la influenza AH1N1, utilizando vacunas trivalentes (Begrivac: B2010 y Vaxigrip: V-2010). Además, se incluyó a pacientes sometidos a Diálisis dentro de la campaña de vacunación MINSAL-SSMN, para lo cual se utilizó una monovalente (M-2010). **Objetivo General:** Determinar y caracterizar la incidencia de reacciones adversas a la vacuna contra la influenza AH1N1 en funcionarios y en pacientes sometidos a diálisis en el HCUCH. **Metodología:** Se realizó un estudio prospectivo sobre los efectos adversos presentados por la población vacunada en la campaña contra la Influenza AH1N1 en el HCUCH durante el período Abril a Junio de 2010. El estudio incluyó al personal del HCUCH y pacientes del servicio de Diálisis del HCUCH que fueron vacunados por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias del Hospital. La causalidad de las reacciones adversas se determinó mediante la metodología de Evaluación de Causalidad Posterior a Inmunización (AEFI) sugerida por la OMS. **Resultados:** Durante el período de estudio fueron vacunados 179 individuos, de los cuales 171 fueron evaluados post vacunación (95,5%) con una edad promedio de 44 +/- 13 años y 62,6% género femenino. La muestra por cada vacuna es la siguiente: B-2010: 44 individuos; V-2010: 69 individuos; M-2010: 58 pacientes. La incidencia global de RAM fue de 27,5% (68% género femenino), el análisis de cada vacuna por separado fue: incidencia RAM B-2010: 27,3%; V-2010: 31,9%; M-2010: 22,4%. De acuerdo a la evaluación de causalidad de RAM para vacunas de la OMS, el 36,2% fueron clasificadas como muy probables; 12,8% Probables; 42,5% Posibles y 8,5% Improbables. Las RAM referidas al sitio de inyección fueron molestias y dolor 23,4%; Inflamación regional 10,6%, calor local: 6,4%, Induración y eritema 2,1%. Las principales RAM sistémicas fueron cefalea (7,0%), compromiso del estado general (7,0%) y mialgia (5,8%). El detalle por vacuna es: B-2010: decaimiento general (11,4%), mialgias (9,1%), rinorrea (4,5%) y sequedad bucal (4,5%); V-2010: cefalea (11,6%), compromiso estado general (5,8%), estado gripal (5,8%), mialgias (4,3%) y rinorrea (4,3%); M-2010: cefalea (5,2%), compromiso estado general (5,2%), mialgia (5,2%), fiebre (3,4%). **Discusión:** Del universo en estudio hubo 8 individuos que no fue posible contactar posterior a la vacunación, por lo cual sus datos no fueron considerados. Durante el presente año la población manifestó muchas dudas respecto a la seguridad de la vacuna contra la Influenza humana AH1N1. Frente a cada vacunación los pacientes tienen cierto riesgo de presentar algunas reacciones adversas, sin que ello implique la necesidad de evitar la inmunización de la población. Todas las sospechas de reacciones adversas a medicamentos detectadas en nuestro estudio, dieron origen a reportes correspondientes, enviados con posterioridad al CENIMEF. **Conclusión:** La prevalencia de RAM en la población estudiada fue de 27,5%, siendo V-2010 la principal vacuna involucrada en estos eventos. Las principales RAM encontradas fueron molestias, dolor e inflamación en el lugar de inyección, cefalea, CEG y mialgias. No se detectaron RAM que pusieran en riesgo la vida de los pacientes. Debemos recordar que ciertos efectos adversos demoran mayor tiempo en manifestarse, por lo cual es necesario mantener programas de farmacovigilancia para detectar la aparición de estas RAM a largo plazo.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **12:25 - 12:35****COMPROMISO RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON VIH****Primer Autor:** Contardo María Verónica**Otros Autores:** Rojo Angélica, Navarrete Carmen Luz, Galaz María Isabel**Relator:** Contardo María Verónica**Lugar De Trabajo**

Hospital Roberto del Río

Introducción: El compromiso de la función renal está descrito en los pacientes infectados con VIH, sin embargo existen escasos reportes en la población infantil. Este incluye una amplia gama de presentaciones clínicas como insuficiencia renal aguda, insuficiencia renal crónica progresiva, nefropatía asociada a VIH, síndrome nefrótico, disfunción tubular y desórdenes de los electrolitos plasmáticos. Se reporta que entre un 10-15% de los niños afro-americanos presentan nefropatía asociada a VIH. En Chile un estudio reciente que incluyó 18 pacientes reportó una incidencia importante de compromiso renal en los niños con VIH. Por otro lado se sabe que un buen control inmunológico de los pacientes previene la aparición de nefropatía. **Objetivo:** Evaluar el compromiso renal en los niños infectados con VIH controlados en el Hospital Roberto del Río. **Métodos:** estudio de corte transversal. **Resultados:** Se evaluaron 28 pacientes, 12 varones y 16 mujeres; edad promedio al momento del diagnóstico fue 2 años con un rango de 1 mes a 14 años y al momento de la evaluación fue 8 años 2 meses con un rango entre 9 meses y 15 años 9 meses. En 27 pacientes la transmisión de la infección fue por vía vertical y en 1 por vía horizontal. En relación a la etapa clínica 2 de 28 pacientes estaba en etapa N, 6 de 28 en etapa A, 7 de 28 en etapa B y 13 de 28 en etapa C. De los 28 pacientes 21(75%) estaba en etapa inmunológica 1, 4 (14%) en etapa 2 y 3 (11%) en etapa 3. El 86% (24/28) se encontraba recibiendo terapia antirretroviral, con una duración promedio de 5 años 6 meses y 36% (10/28) estaba recibiendo gamaglobulina. El 57% de los pacientes presentó carga viral indetectable. Si consideramos sólo los pacientes con carga detectable, estos presentaron una mediana de 4,1log, con un valor máximo de 5,3 log. El porcentaje promedio de CD4 fue 28%, con un rango entre 0 y 40%. Ningún paciente presentó acidosis metabólica al momento de la evaluación, sin embargo 3/28 pacientes estaban en tratamiento con bicarbonato oral en dosis pequeñas. Todos estaban recibiendo antirretrovirales inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. Ningún paciente presentó hematuria ni leucocituria. La microalbuminuria fue negativa en 25 pacientes (en 3 no fue realizada). Todos presentaron función renal normal (Nitrógeno ureico y Clearance de Creatinina). En relación a la presión arterial 1 paciente presentó PA entre el P 90-95, 2 en P 95 y 1 en P 99. La Ecografía renal sólo estuvo alterada en un paciente, que presentó alteración en la diferenciación córtico-medular. **Discusión:** No encontramos nefropatía ni marcadores precoces de ésta en el grupo de pacientes evaluados. Esto puede deberse al buen control inmunológico y virológico logrado en este grupo de pacientes. Los 3 pacientes que recibían bicarbonato por antecedente de acidosis metabólica estaban con antirretrovirales inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa. La literatura describe que un 29% de los niños que reciben esta terapia presentarían acidosis láctica. Uno de estos pacientes además presentó alteración de la diferencia córtico-medular y elevación de la presión arterial, sin embargo se requieren más controles de ésta para realizar el diagnóstico de HTA. Llama la atención que la paciente que presentaba mayor requerimiento de bicarbonato era la única que presentaba transmisión horizontal. **Conclusión:** Es fundamental un buen control inmunológico y virológico de los pacientes pediátricos con VIH para prevenir la aparición de nefropatía. Creemos necesario realizar un estudio de ácido láctico y tubulopatías a los pacientes con acidosis metabólica para realizar un correcto diagnóstico etiológico de esta.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **12:45 - 12:55**

ESTUDIO DESCRIPTIVO PROSPECTIVO SOBRE LA DETECCIÓN DE LOS VIRUS RESPIRATORIOS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAÍSO

Primer Autor: Noguera Melissa(1)

Otros Autores: Báez Ximena(1) ,Peña Cindy (1), Río Rosemary (2)Torres Mariana (3) , Vergara Rodrigo (1,4) y Ximena Collao (1)

Relator: Melissa Noguera

Lugar De Trabajo

Lab. de Virología, Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso (1), Estadística UV (2),Lab. Hospital Carlos Van Buren (3), Pediatría Hospital Carlos Van Buren (4)

Las infecciones respiratorias virales constituyen una importante causa de morbilidad en nuestro país, especialmente en población infantil, siendo los virus respiratorio sincicial (VRS), influenza, parainfluenza y adenovirus (Ad) los más comunes. En la última década, gracias a las técnicas de amplificación genómica, se han detectado nuevos virus respiratorios tales como: metapneumovirus, bocavirus y la variante pandémica AH1N1 del virus influenza. En el Hospital Carlos van Buren de Valparaíso se utiliza inmunofluorescencia indirecta (IFI) para la detección de los virus comunes, no existiendo herramientas diagnósticas para la detección de nuevos virus como metapneumovirus y bocavirus, por lo que se desconoce el rol que cumplen en las infecciones respiratorias. Por otro lado, la mayor sensibilidad de técnicas como la reacción en cadena de la polimerasa, disminuye el número de falsos negativos obtenidos en las técnicas tradicionales. Esta situación motivó la realización de éste trabajo cuyo **objetivo principal** fue conocer la etiología viral de las infecciones respiratorias en muestras diagnosticadas como negativas por IFI, **Materiales y métodos:** Se recolectaron 701 muestras de aspirado nasofaríngeo de pacientes (adultos y niños del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso analizadas durante el período agosto 2009 y enero 2010, que resultaron negativas por IFI para los virus: influenza, VRS, Ad y parainfluenza. Un total de 182 muestras (26%) fueron analizadas en este estudio. Se extrajo el material genético utilizando la metodología Boom (Biomérieux) y posteriormente se realizaron 3 reacciones de amplificación genómica para el diagnóstico virológico: una transcripción reversa y reacción en cadena de la polimerasa (TR-RCP) específica para metapneumovirus, otra RCP específica para bocavirus y una tercera para detectar un grupo de virus: sincicial A y B, Influenza A,B,C y Ad. Se utilizaron reacciones de amplificación anidadas, descritas previamente. **Resultados:** Se detectaron 65 muestras con resultado positivo (35,7%) en las muestras analizadas, de las cuales 33 (18,1% de 182) correspondió a metapneumovirus, 12 (6,6%) a bocavirus y 12 (6,6%) a adenovirus. Se detectaron coinfecciones en 6 muestras (3,3%). Cabe señalar que se detectaron sólo 2 casos (1,1%) de virus respiratorio sincicial y no se detectaron casos de influenza. El mayor número de casos de metapneumovirus se detectó en los meses de octubre y noviembre del año 2009, bocavirus tuvo un leve predominio en el mes de septiembre y no se apreciaron diferencias en la detección de adenovirus en los meses estudiados. De los 182 pacientes incluidos en el estudio 91 (50%) tenían menos de 1 año, 41 (22,5%) tenían entre 1 y 2 años, 16 (8,8%) se encontraban en el rango de 3 a 5 años, 23 (12,6%) en el rango de 6 a 18 años y 10 (5,5%) eran mayores de 19 años. Se encontró un predominio de metapneumovirus en niños menores de 1 año, y el mayor número de casos de Bocavirus y Ad se observó en niños de 1-2 años de edad. **Conclusiones:** Este estudio confirma la importancia metapneumovirus como agente responsable de infecciones respiratorias, especialmente en niños menores de 1 año. Se destaca el aporte de la reacción en cadena de la polimerasa anidada, que permitió detectar un porcentaje mayor al obtenido en un estudio anteriormente realizado en el mismo hospital, utilizando TR-RCP. En relación a bocavirus, este sería el primer hallazgo de este virus en la zona. La utilización de una metodología que permita detectar un panel de virus respiratorios en una única reacción de amplificación, resultó ser útil en este estudio, encontrándose un 45% de falsos negativos de la IFI para adenovirus, comprobando la utilidad de IFI en la detección de VRS e influenza en muestras pediátricas. Este estudio nos acerca a la realidad epidemiológica de los virus respiratorios en la zona, y nos permitirá desarrollar nuevos estudios (clínicos, epidemiológicos y moleculares), contando con nuevas herramientas diagnósticas, útiles para la detección de los virus respiratorios estudiados.

Preside: **Dra. Marlis Täger F.**Secretario: **Dra. Katia Abarca V.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **Infecciones Virales**Hora: **12:55 - 13:05**

APLICACION DE LA BIOLOGÍA MOLECULAR PARA EL DIAGNOSTICO DE INFECCIONES VIRALES RESPIRATORIAS AGUDAS. EXPERIENCIA EN CLINICA LAS CONDES, AÑO 2010.

Primer Autor: Dra. Piemonte Paula

Otros Autores: Bq. Vergara Ivonne, Aravena TM Pedro, TM Leon Monica, Dr. Torres Juan Pablo

Relator: Dra. Piemonte Paula

Lugar De Trabajo

Clinica las Condes

Introducción: Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son una importante causa de consulta y hospitalización, especialmente en la población pediátrica. Aproximadamente el 50% de ellas son causadas por virus, sin embargo, varios trabajos sugieren que los virus respiratorios están infradiagnosticados por los métodos tradicionales (Test pack, IFD, etc) por su baja sensibilidad y no identifican virus de gran incidencia como *Rhinovirus* o emergentes como *Bocavirus*. La aplicación de nuevas metodologías de diagnóstico molecular amplían el universo de virus para detectar infecciones y coinfecciones. **Ojetivos:** 1) General: aplicación por técnica de biología molecular del Kit CLART PneumoVir de Genómica (CE) para la detección de los 17 virus más frecuentes de IRAs en pacientes pediátricos y adultos que consultaron por sintomatología respiratoria en Clínica las Condes (CLC) entre el 1° de enero y 31 de agosto año 2010. 2) Específicos: conocer los virus respiratorios que afectan a esta población y la frecuencia en cada grupo etario; b) evaluar la presencia de coinfecciones y c) correlacionar los resultados con los obtenidos por los centros centinelas. **Material y Método:** Estudio descriptivo retrospectivo con datos recolectados directamente de las ordenes de trabajo del laboratorio de biología molecular CLC, entre el 1° de enero y 31 de agosto 2010. Las muestras analizadas correspondían a aspirados nasofaríngeos tomados el mismo día de consulta de los pacientes. El "n" total fue de 233, de los cuales 212 correspondían a pediatría y 21 a muestras de adultos. Una vez que las muestras llegaron al laboratorio, se estabilizaron con buffer de lisis. Método de extracción automatizado utilizado: NucliSENS easyMag de Biomérieux. Posteriormente, se medía la concentración de ácidos nucleicos extraídos y evaluación de su pureza utilizando el equipo NanoDrop. En los procesos de amplificación y detección se utilizó el Kit CLART PneumoVir de Genómica, basado en la amplificación por RT-PCR (termociclador Applied Biosystems 9700) de fragmentos específicos del genoma del virus y su detección por hibridación con sondas de captura específicas para cada virus. La visualización se realizó con una plataforma tecnológica basada en microarrays de baja densidad incluidos en la parte inferior de un tubo de 2 ml (Array Tube-AT) con metodología tipo ELISA. Los virus analizados son: *Adenovirus*; *Bocavirus*; *Coronavirus*; *Enterovirus*; *Influenza A, B y C*; *Metapneumovirus* (subtipos A y B); *Parainfluenza 1, 2, 3 y 4* (subtipos A y B); *Rhinovirus*; *Virus Respiratorio Sincitial tipo A y tipo B*. La lectura se realiza en un equipo de captura que cuenta con un Software específico para el Kit y procesa la imagen obtenida del microarray generando en forma automática un informe por cada muestra analizada. **Resultados:** En pacientes pediátricos n=212, el panel arrojó resultados positivos en 191 casos (91%), entre ellos se observaron coinfecciones en 91 pacientes (52,3%) y en 21 casos resultó negativo (9,9%). De los 191 paneles positivos, se observó coinfección con dos virus en 67 casos (35%); con tres virus en 19 (9,9%); con cuatro virus en 5 (2,6%). El principal virus detectado fue el VRS tipo A y el tipo B en 171 pacientes (89,5%), sólo o coinfectando; seguido del virus *Influenza B* con 39 casos (20,4%) que en su mayoría se asoció a otros virus, principalmente al VRS-A o VRS-B. El *Metapneumovirus* (ambos subtipos) se detectó en 32 casos (16,75%), en su mayoría asociado también al VRS-A y VRS-B (84,3%). Se determinó infección por *Bocavirus* en 27 casos (14,1%) sólo o asociados a otros virus (16 y 11 casos respectivamente). Con menor frecuencia se detectó *Rhinovirus* en 15 casos (7,9%); *Parainfluenza 2, 3 y 4* en 13 (6,8%), siendo el tipo 3 el más frecuente; *Influenza A H3N2* en 8 (4,2%); *Adenovirus*, *Enterovirus* y virus *Influenza C* en 2 casos cada uno (1%). Los paneles de las muestras de los 21 adultos, 12 (57,1%) resultaron positivos y 9 (42,9%) negativos. El virus más frecuente fue el VRS-A y VRS-B en 9 casos (75%), seguido del virus *Influenza B* con 5 casos (41,6%). Se detectó 2 (16,6%) casos de *Influenza A H3N2* y 1 (8,3%) caso de *Metapneumovirus* y *Rhinovirus* (8,3%). **Conclusiones:** 1) En ambos grupos etarios el virus más detectado fue el VRS-A y VRS-B (77,2%) y en su mayoría coinfectando (67,2%). 2) En el total de casos se observó coinfección en un 40,7%. 3) Los *Bocavirus*, virus *Parainfluenza* (subtipos 2, 3 y 4) y *Enterovirus* no se detectaron en adultos, probablemente porque ya presentan inmunidad. 4) Existió buena correlación epidemiológica año 2010.

P-75

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y APODERADOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Cares Víctor, Acevedo William, Romero Williams, Castro Ariel

HCUCH

P-76

SEROPREVALENCIA DE COINFECCIONES POR VIRUS HERPES 1 Y 2, VIRUS HEPATITIS B, VIRUS HEPATITIS C, TREPONEMA PALLIDUM, TOXOPLASMA GONDII Y TRYPANOSOMA CRUZI EN PACIENTES VIH/SIDA CONTROLADOS EN HSJD

Chanqueo L (1, 2), Suárez F (3), Muñoz M (3), Vásquez P(1), Rodríguez B (2), Giadalah C (1), Gutiérrez L (1)

Centro de Atención VIH/SIDA Hospital San Juan de Dios (HSJD) (1), Laboratorio Clínico HSJD (2), Alumnos Medicina Universidad del Desarrollo (3)

P-77

ESTADO CLÍNICO DE PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN CENTRO DE ATENCIÓN DE PVVIH DE HOSPITAL DE TEMUCO DURANTE LOS AÑOS 2009 Y 2010.

Mansilla Rodrigo, Chahín Carolina, Moya Claudia, Morales Omar.

Hospital Hernan Henríquez Aravena

P-78

SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Roessler Patricia 1, 2, Villagrán Alejandra1, Ahumada Tamara 3, Vásquez Patricia1, Chanqueo Leonardo 1, Serri Michel 1

1. Servicio de Infectología Hospital San Juan de Dios 2. Sección Inmunología, VIH y Alergias Hospital Clínico Universidad de Chile 3. Alumna quinto año de Medicina Universidad de Chile

P-79

PRESENTACIÓN A ATENCIÓN CON COMPROMISO INMUNOLÓGICO AVANZADO EN PACIENTES VIH

Palma Sofía, Pinto Mónica, Zitko Pedro, Beltrán Carlos, Gamba M. Pilar, Cofré Mauricio, Tirreau Raúl, Cajas César.

Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABL)

P-80

DESCRIPCIÓN CLÍNICA, INMUNOLÓGICA Y VIROLÓGICA DE PACIENTES EMBARAZADAS VIH/SIDA CONTROLADAS EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTIAGO EN PERÍODO 2006-2010

Vásquez Patricia, Giadalah Carolina, Gutierrez Luz, Chanqueo Leonardo

Policlínico de VIH/SIDA, Hospital San Juan de Dios (HSJD)

P-81**CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO Y SEXO NO PROTEGIDO, EN PACIENTES VIH QUE INGRESA A CONTROL MEDICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.**

Giadalah Carolina, Serri Michel, Gutierrez Luz, Vasquez Patricia.

Policlínico de Infectología. Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile

P-82**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA VISITA DOMICILIARIA EN PVVIH EN CONTROL EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL DR. LUCIO CÓRDOVA**

Pavez Jesica, Muñoz Victoria; González Alejandra; Bahamondes Laura

Hospital Dr Lucio Córdova

P-83**VIH SIDA EN MAYORES DE 50 AÑOS.**

Olea Pilar, Valdés Claudio, López de Maturana Juan

Hospital Dr. Lucio Córdova

P-84**TERAPIA ANTIRETROVIRAL EN PACIENTES DEL ÁREA PRIVADA**

Ripoll Erna

Departamento de Enfermedades Respiratorias y Alérgicas, CENTROMED, Viña del Mar

P-85**COINFECCION TBC/VIH-SIDA, EN PACIENTES VIRGEN A TRATAMIENTO DIAGNOSTICADOS POR EL LABORATORIO DEL HOSPITAL LUCIO CORDOVA DURANTE LOS AÑOS 2003 A 2009**

Poblete Haydee, Aguad Lucia, Kranen Hildegard

Laboratorio de Microbiología y Biología Molecular Hospital Prof. Dr. Lucio Córdova.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **11:35 - 11:45**

CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y APODERADOS DE LA REGIÓN METROPOLITANA

Primer Autor: Cares Víctor**Otros Autores:** Acevedo William, Romero Williams, Castro Ariel**Relator:** Cares Víctor**Lugar De Trabajo**

HCUCH

Introducción: Los adolescentes son un grupo particularmente vulnerable para adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS) como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), dado la mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo, su mayor susceptibilidad biológica, y la mayor dificultad para acceder a atención médica. La IV Encuesta Nacional de la Juventud, estimó que 33 % de los jóvenes entre 15 y 18 años son sexualmente activos y que la edad de inicio de la actividad sexual en Chile se ha reducido, lo que nos obliga como sociedad a estar más atentos de las conductas sexuales de nuestros adolescentes y de los riesgos que ellas significan. De acuerdo al Ministerio de Salud, las tasas de infección por VIH se han elevado Chile, aumentado los casos notificados en el grupo de 10-19 años, desde 31 en el periodo 1986-1990, a 204 en el periodo 2001-2005. Se ha demostrado que el conocimiento sobre las ETS y la infección por VIH es un factor protector de conductas sexuales de riesgo, por lo que es relevante evaluar cuanto saben nuestros jóvenes. **Objetivo:** El objetivo general de nuestro estudio fue evaluar el nivel de conocimiento espontáneo sobre ETS e infección por VIH/SIDA en adolescentes de enseñanza media de la Región Metropolitana y sus apoderados. Metodología: Se aplicó una encuesta de preguntas abiertas y verdadero o falso a alumnos de II, III y IV medio y sus apoderados. **Resultados:** n: 650 alumnos (varones 50.2%) y 101 apoderados (varones 38.6%) Edad promedio: 16,9 y 46.3 años respectivamente. Las ETS más conocidas fueron VIH/SIDA, gonorrea y sífilis. Los adolescentes mostraron un mayor conocimiento estadísticamente significativo en el 50% de las preguntas sobre ETS y los apoderados en el 14.3% destacando que 90.6% de los adolescentes v/s el 69.3% de los apoderados sabe que el preservativo no es 100% efectivo para evitar el contagio, 82.5% de los adolescentes v/s 72.3% de los apoderados sabe que no es necesaria la presencia de heridas en los genitales para la transmisión. Los adolescentes mostraron un mayor conocimiento estadísticamente significativo en el 57.1% de las preguntas sobre VIH/SIDA y los apoderados en el 9.5%: destacando que 83% de los adolescentes v/s el 72% de los apoderados sabe que no existe vacuna para prevenir el contagio de VIH/SIDA. **Conclusiones:** El VIH/SIDA es la ETS más conocida por los adolescentes y apoderados, sin embargo la mayoría de las ETS no son conocidas por ellos, lo cual es un factor de riesgo para su contagio. La sintomatología y formas de contagio de las ETS en general son desconocidas por los encuestados, lo cual disminuye la probabilidad de consulta médica, su detección y tratamiento oportuno. Los apoderados mostraron un menor conocimiento general sobre ETS y VIH/SIDA, lo cual es preocupante, dado que ante la consulta de sus hijos es probable que la respuesta entregada sea deficiente o errónea. Es imprescindible diseñar nuevos modelos de educación sexual para los adolescentes e integrar a sus padres en estas actividades con el fin de entregar conocimientos sólidos a nuestra población que permitan una detección temprana de estas enfermedades, optimizar su tratamiento y disminuir su contagio.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **11:55 - 12:05**

ESTADO CLÍNICO DE PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN CENTRO DE ATENCIÓN DE PVVIH DE HOSPITAL DE TEMUCO DURANTE LOS AÑOS 2009 Y 2010.

Primer Autor: Mansilla Rodrigo

Otros Autores: Chahín Carolina, Moya Claudia, Morales Omar.

Relator: Mansilla Rodrigo

Lugar De Trabajo

Hospital Hernan Henriquez Aravena

Introducción: Existen en la actualidad pocos estudios a nivel nacional del estado inmunológico, virológico y clínico de los pacientes que ingresan a control en los centros de atención para VIH en las regiones de Chile. Existen aun menos estudios acerca de la influencia de la ruralidad y etnicidad de los pacientes VIH en Chile. A pesar de que la Cohorte Chilena de SIDA a publicados numerosos trabajos acerca de la realidad de los pacientes que inician TAR en Chile, Son escasos los estudios de la realidad de los pacientes que ingresan a un centro de atención y solo dan cuenta de cómo los pacientes se infectaron. El presente estudio intenta ser una primera aproximación a la realidad de un paciente que ingresa a un centro regional que tiene población de etnia mapuche y características rurales. **Método:** Estudio retrospectivo de 94 pacientes que ingresaron a el centro de atención entre Junio de 2008 y Septiembre de 2009, se registraron los antecedentes de diabetes, hipertensión arterial, dislipidemia, así como antecedentes familiares de las mismas patologías. Los valores de CD4, carga viral, sexo, ruralidad, etnia, basal, Colesterol Total, colesterol HDL, Triglicéridos, Glicemia, GOT, GPT, serológicas para PPD, VDRL, hepatitis A, B y C, peso, talla, enfermedades marcadoras de SIDA y si el paciente requiere TAR. En una segunda fase fueron compararon con controles de pacientes de la región metropolitana a razón de uno a tres, por sexo y edad, buscando identificar modalidades propias de presentación del paciente en la región. **Objetivos:** Describir el estado inmunológico, virológico y clínico de los pacientes que ingresan a control por infección de VIH en Temuco. Comparar los pacientes estudiados con pacientes de centros urbanos en parámetros clínicos, inmunológicos y virológicos. Determinar incidencia de la variable étnica y de ruralidad en los pacientes estudiados. **Resultados:** Los pacientes presentan índices de Diabetes (1,2%), Hipertensión arterial (4,7%), dislipidemia 3,5% y tabaquismo 51,8%; menores que los reportados en la encuesta nacional en Salud y los reportados en los centros usados como controles. Estos indicadores parecen estar asociados a condiciones de ruralidad o etnicidad en conjunto ($p > 0.001$) y sin significación estadística por separado, requiriéndose una muestra mayor con un periodo de observación mas extenso para determinar su valor diferenciado. Respecto al estado inmunológico de los pacientes estos presentan un deterioro menor al observado en los centros controles con una mediana de $274 \text{ CD4} \times \text{mm}^3$ versus $164 \text{ CD4} \times \text{mm}^3$ en los centros controles, presentándose una menor cantidad de casos que requieren inicio de TAR por su estado inmunológico, siendo mayoritariamente rurales y mapuches en esta condición. Requiriendo más casuística para validar este hallazgo. Respecto al estado clínico de los pacientes un 36,6% de los pacientes, ingresa al centro con una patología SIDA versus un 20,6% en los centros control, esto es altamente significativo ($p < 0,001$), remarcando fuertemente si el paciente tiene el componente rural y mapuche ($p < 0,001$) indicando un precario estado de estos pacientes al ingresar a control, las patologías marcadoras no parecen ser predominantes identificándose el PCP, la TOX y el COF al igual que en la región metropolitana como las mas recurrentes, sin predominio asociado. **Conclusiones:** Las poblaciones mapuches y rurales presentan estados de progresión de VIH en etapa SIDA mayores que las poblaciones urbanas controles. La presentación del estado inmunológico y virológico de los pacientes es peor que en los centros metropolitanos controles, sin embargo presentan patologías asociadas a progresión de la enfermedad. Se requieren estudios de series mayores y más largas para determinar la verdadera ponderación de la ruralidad y etnicidad en esta población así como la evolución de los pacientes en el tiempo y el riesgo de progresión y sobrevida.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **12:05 - 12:15****SÍNDROME DE RECONSTITUCIÓN INMUNE EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS****Primer Autor:** Roessler Patricia 1, 2**Otros Autores:** Villagrán Alejandra1, Ahumada Tamara 3, Vásquez Patricia1, Chanqueo Leonardo 1, Serri Michel 1**Relator:** Roessler Patricia**Lugar De Trabajo**

1.Servicio de Infectología Hospital San Juan de Dios 2. Sección Inmunología, VIH y Alergias Hospital Clínico Universidad de Chile 3. Alumna quinto año de Medicina Universidad de Chile

Antecedentes: El Síndrome de Reconstitución Inmune (SRI) en la infección por VIH, corresponde a un grupo de cuadros clínicos asociados con la restauración de la respuesta inmune antígeno-específica secundaria a la terapia antirretroviral (TARV). Para su diagnóstico es necesaria la existencia de síntomas clínicos consistentes con un proceso inflamatorio, disminución de la carga viral (CV) y aumento de CD4 desde niveles basales, y que las manifestaciones clínicas no sean consistentes con el curso esperado de una infección oportunista previamente diagnosticada, de una nueva infección oportunista, ni con toxicidad farmacológica. **Objetivos:** Describir patrón clínico, microorganismos involucrados, frecuencia y factores asociados a la presencia de SRI en pacientes con infección por VIH que iniciaron TARV durante el año 2007 en el Hospital San Juan de Dios. **Material y Métodos:** Se revisaron las fichas clínicas de 159 pacientes del policlínico de VIH del Hospital San Juan de Dios. En los pacientes que habían iniciado TARV y que tenían un seguimiento de al menos un año posterior a su inicio, se constataron causas de morbilidad, seleccionándose aquellas compatibles con SRI de acuerdo a la clasificación actual. Para éstas, se realizó una caracterización demográfica, clínica, inmunológica y virológica, características que se compararon con los pacientes que no desarrollaron SRI. **Resultados:** De las fichas analizadas, 92 correspondían a pacientes que iniciaron TARV, de los cuales 68 tuvieron un seguimiento por al menos un año (11 mujeres y 57 hombres). Hubo 26 episodios sugerentes de SRI (38,2%) correspondientes a 24 pacientes. No hubo diferencias en cuanto a edad ni relación hombre/mujer entre ambos grupos. Los cuadros clínicos más frecuentes de SRI correspondieron a infecciones por mycobacterias (n: 6), por *Pneumocystis jiroveci* (n:3) y por *herpes zoster* (n:3). Se presentaron 4 cuadros de SRI no infeccioso: parálisis de Bell, hipertiroidismo, sinovitis y activación de una artritis reumatoidea (AR). De los cuadros de SRI, 6 correspondieron a reactivaciones de patologías diagnosticadas previo a la TARV: 2 tuberculosis pulmonares, 2 neumonías por *P. jiroveci*, 1 sarcoma de Kaposi y 1 AR. El promedio de tiempo entre el inicio de la TARV y el inicio del SRI fue de 71 días, siendo de 63 días para los SRI por mycobacterias (rango 15 a 180), de 14 días para neumonías por *P. jiroveci* y de 83 días para *herpes zoster*. El promedio de aparición de los SRI no infecciosos o autoinmunes fue de 17,6 meses posterior al inicio de la TARV. La CVI basal promedio para el grupo que desarrolló SRI fue de 722.316 copias/ml, mientras que en el grupo que no desarrolló SRI fue de 521.595 copias/ml. El promedio de CD4 basal fue de 63 cel/uL para aquellos que desarrollaron SRI versus 164 cel/uL en aquellos que no lo desarrollaron. **Conclusiones:** Se describen los cuadros de SRI en pacientes que iniciaron TARV durante un año de estudio. La mayoría de los SRI encontrados correspondieron a aparición de novo de cuadros infecciosos, siendo menos frecuente la reactivación de infecciones diagnosticadas previo al inicio de la TARV. El principal agente infeccioso involucrado correspondió a *mycobacterias*. El tiempo desde el inicio de TARV y la aparición de SRI fue variable, destacando que la aparición fue más tardía para los SRI no infecciosos que para aquellos en que existía un agente infeccioso involucrado. Un bajo recuento de CD4 y una alta CV se asociaron a la aparición de SRI. Estos hallazgos son consistentes con la literatura. En este trabajo se muestran resultados preliminares de un estudio en curso y se trata de la primera aproximación para la caracterización de SRI asociado a TARV en nuestro país.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **12:15 - 12:25****PRESENTACIÓN A ATENCIÓN CON COMPROMISO INMUNOLÓGICO AVANZADO EN PACIENTES VIH****Primer Autor:** Palma Sofía**Otros Autores:** Pinto Mónica, Zitko Pedro, Beltrán Carlos, Gambra M. Pilar, Cofré Mauricio, Tirreau Raúl, Cajas César.**Relator:** Palma Sofía**Lugar De Trabajo**

Complejo Asistencial Barros Luco Trudeau (CABL)

Introducción: El diagnóstico tardío asociado a compromiso inmunológico avanzado continúa siendo un problema de salud pública e individual que limita la eficacia de la terapia antirretroviral (TAR), pese a los programas de acceso expandido. El descenso del recuento de CD4 por debajo de 200 céls/mm³ se asocia a un incremento importante de enfermedades oportunistas y mayor mortalidad pese a TAR. Se ha definido como compromiso inmunológico avanzado a recuentos CD4 menores a 200 céls/mm³ y muy avanzado cuando los CD4 son menores de 50 céls/mm³. **Objetivos:** Evaluar el grado de compromiso inmunológico con que los pacientes se presentan a atención en el CABL a través de los años y determinar los factores asociados a presentación tardía a atención **Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de fichas de pacientes con diagnóstico VIH entre el 1/01/2000 y el 15/04/2010. Se registró fecha de confirmación en ISP (Instituto de Salud Pública), sexo, edad, ELISA VIH previos a confirmación diagnóstica en ISP, CD4, Carga viral basal (CV) y etapa clínica CDC. Mediante un análisis univariado y multivariado se analizaron los factores asociados a CD4 menores de 200 y 50 al ingreso. El análisis fue realizado en Stata 10.0. **Resultados:** Se analizaron un total de 457 fichas (de 490) 93,4%. El promedio de edad al diagnóstico VIH fue 36 años (R:16-78 años DE 10,9), sexo masculino 86,4% y femenino 13,6%. La etapa clínica observada al diagnóstico fue A: 278 (60,8%), B: 84 (18,4%) y C: 90 (19,7%). El promedio de CD4: 263 céls/mm³ (DE 225) con distribución <50: 67 pacientes (14,6%); < 200: 117 pacientes (25,6%); 201-350: 111 (24,3%); >350 CD4: 162 (36,3%). El promedio de carga viral fue 44.000 copias/ml. No se habían realizado ELISA VIH previo 245 pacientes (61,5%) y 153 lo habían realizado previamente (38,4%). El análisis univariado mostró que la probabilidad de ingresar con CD4 menor a 50 céls/mm³ fue significativamente mayor al aumentar la edad (OR 1,03; IC 1.01-1.05) mientras que en el análisis multivariado no resultaron significativas las variables edad, test previo, ni año de diagnóstico. El análisis univariado para el grupo con CD4 menores a 200 céls/mm³ resultó significativo para edad (OR 1,04; IC 1,03-1,06), realización de test previo (OR 0,55; IC 0,36-0,85), año de diagnóstico 2008 (OR 0,29; 0,09-0,87) y 2009 (OR 0,30; IC 0,10-0,86). En el análisis multivariado se mantiene como factor protector el test previo (OR 0,52; IC 0,33-0,83) y como factor de riesgo la edad (OR 1,04; IC 1,02-1,06). **Conclusiones:** El diagnóstico a mayor edad es un factor de riesgo de presentarse a atención con compromiso inmunológico avanzado, en cambio la realización previa de test VIH se asoció a menor compromiso inmunológico al momento del ingreso. Sexo no se asoció a diagnóstico avanzado y la distribución por grado de avance de la enfermedad al ingreso no mostró variaciones significativas a lo largo de los años del estudio, en el análisis multivariado. Es importante conocer los factores de riesgo de compromiso inmunológico avanzado, para diseñar medidas que incentiven el diagnóstico oportuno y así disminuir la morbilidad y mortalidad de este grupo de pacientes.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **12:35 - 12:45**

CONOCIMIENTO SOBRE CONDUCTAS DE RIESGO Y SEXO NO PROTEGIDO, EN PACIENTES VIH QUE INGRESA A CONTROL MEDICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Primer Autor: Giadalah Carolina

Otros Autores: Serri Michel, Gutierrez Luz, Vasquez Patricia.

Relator: Serri Michel

Lugar De Trabajo

Policlínico de Infectología. Hospital San Juan de Dios. Santiago de Chile

Introducción: A nivel nacional existe un aumento sostenido de nuevos casos de pacientes infectados por VIH. Para facilitar la implementación de políticas de salud dirigidas a disminuir la incidencia de nuevos casos, es necesario entender las conductas de riesgo en relación a características socio-demográficas y conductuales. **Objetivo:** Entender la relación entre características socio-demográficas con el conocimiento de conductas de riesgo, abuso de sustancias y sexo no protegido; en pacientes VIH que ingresan a control médico en nuestro hospital. **Método:** Desde Junio 2010, se implementó un cuestionario a todos los pacientes VIH que ingresan a control al Policlínico de Infectología del Hospital San Juan de Dios (Santiago). Se excluyeron los pacientes que habían estado hospitalizados por la patología, traslados de otros centros o habían presentado alguna consulta médica en relación a la infección. Se eligió un cuestionario utilizado y validado por la OMS, US CDC y Family Health International (FHI); adaptado y traducido al español. Consta de 39 preguntas, distribuidas en 3 secciones: antecedentes sociales y demográficos (edad, sexo, nivel educacional), antecedentes conductuales (orientación sexual, abuso de sustancia y alcohol, uso de preservativo y sexo no protegido); conocimientos sobre VIH y conductas de riesgo (14 preguntas con respuestas de Sí, No y No Sabe). Se realizó un análisis estadístico mediante test de Chi-cuadrado (variables categóricas), Mann-Whitney (continuas) y modelo de regresión multivariable. Se utilizó programa Stata 10,1. Significancia estadística de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 40 pacientes, con edad media 34 años (rango 20-62), 33 (82,5%) hombres. 62,5% con estudios superiores (técnico o universitario). En relación a antecedentes conductuales 29 (72,5%) de orientación homo-bisexual y sólo 25% se habían realizado un ELISA VIH anteriormente. 12 pacientes (30%) tiene pareja estable. 40% no sabían la condición de infección de su última pareja (o actual). 95% (38 pac.) consumen alcohol menos de 1 vez por semana. 31 pacientes nunca han usado drogas. 42,5% (17 pac.) siempre utilizan condón, 11 (27,5%) nunca. 47,5% de los pacientes no utilizó preservativo en su última relación sexual. En el análisis multivariable, la no utilización de preservativo en últimos 3 meses (y última relación) fue más frecuente entre los 25-35 años ($p < 0,02$), educación superior ($p = 0,04$) y uso de drogas ocasional ($p = 0,042$). Sobre el conocimiento de conductas de riesgo, el promedio de respuestas correctas fue 10 (rango 6-14). 8 pacientes respondieron el 100% en forma correcta. Las preguntas con más errores fueron "El sexo con una persona VIH sin tratamiento, es más riesgoso" (45%) y "Se contrae VIH realizando sexo oral" (52,5%). Las preguntas con más respuestas correctas fueron "Se puede contraer el VIH por compartir agujas" (97,5%), "La terapia contra el VIH mejora la calidad de vida" (92,5%), "El uso correcto del condón previene el VIH" (90%). Preguntas en relación a los llamados mitos "Las pastillas anticonceptivas previenen el VIH" y "Los enjuagatorios bucales después del sexo oral previenen la infección" tienen menos de 75% de acierto. Los individuos entre 25-35 años tienen más respuestas correctas (12, rango 11-14). El nivel educacional bajo se asoció a más proporción de respuestas erradas o "no sabe". No hubo diferencias significativas en relación a sexo y orientación sexual. **Conclusión:** Los factores socio-demográficos influyeron en las conductas de riesgo y los conocimientos sobre la infección por VIH, en pacientes que ingresan a control en nuestro centro. Su análisis es necesario para la implementación de políticas de educación en relación a la prevención para evitar reinfección, adquirir ETS y detectar abuso de sustancia. El presente trabajo es un informe preliminar.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **12:45 - 12:55**

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA VISITA DOMICILIARIA EN PVVIH EN CONTROL EN LA UNIDAD DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL HOSPITAL DR. LUCIO CÓRDOVA

Primer Autor: Pavez Jesica**Otros Autores:** Muñoz Victoria; González Alejandra; Bahamondes Laura**Relator:** Pavez Jesica**Lugar De Trabajo**

Hospital Dr Lucio Cordova

Introducción: La visita domiciliaria (VD) nace como una práctica de la medicina junto a la cama del paciente. Actualmente permite a las trabajadoras sociales, entre otros profesionales, interactuar con el paciente y su entorno, apoyar en el enfrentamiento de los problemas biopsicosociales y sanitarios, personalizando y humanizando la atención, lo que es de especial relevancia en los PVVIH. En nuestro centro de atención la VD se indica para rescate de abandonos de control como también evaluar y apoyar la adherencia a terapia antirretroviral (TARV), con el objeto de disminuir el riesgo de progresión de la enfermedad y consecuente disminución del costo económico sanitario y la mortalidad. La VD también la indicamos para facilitar la comunicación del equipo de salud y las PVVIH en situaciones como informar oportunamente del diagnóstico y dar óptimo cumplimiento a los plazos de inicios y cambios de TARV. **Objetivo:** evaluar el impacto de la VD en la atención integral de PVVIH. **Método:** se revisó el registro de las VD realizadas entre enero-2008 y julio-2010, obtenido de fichas clínicas y ficha social de un grupo de PVVIH en control en nuestro centro de atención integral. **Resultados:** En el periodo estudiado se realizaron 118 VD en PVVIH. En 32 PVVIH (40%) la indicación fue rescate de abandonos de control y TARV, en 18 (19,5%) para entregar diagnóstico de VIH, en 13 PVVIH (12,7%) para citar a inicios y cambios de TARV, en 9 PVVIH (8,5%) para evaluación y refuerzo de adherencia a TARV y 16 pacientes (19,5%) por otros motivos varios. Para el rescate de abandonos se realizó promedio 1,5 VD por paciente (47 VD para 32 PVVIH). Estos PVVIH tenían en promedio 15,2 meses de abandono (rango: 3 a 47 meses) y 29 (90%) abandonaron TARV, de ellos 15 pacientes (51,7%) con CV<LDE al abandonar y 17 (48,3%) restantes en fracaso de TARV. Posterior a la VD 18 pacientes (56,3%) retomó y permaneció en control, en 4 (12,5%) se logró establecer contacto y retoman control pero no permanecen y 10 (32%) no retoma controles. Entre los motivos del abandono los pacientes refieren: falta de tiempo y/o sin permiso en el trabajo en 37,5%, residencia fuera de Santiago o fuera del país en 18,8%, sentirse "deprimido" en 15,6%, "no desea" controles ni terapia en 12,5%, abuso de alcohol/drogas en 9,4%. Entre los 10 pacientes que no retoman control, 5 (50%) corresponden a domicilio falso, 3 (30%) aducen razones laborales y 2 (20%) no desean controlarse. En las 18 VD programadas para citar al informe del diagnóstico de VIH se cumplió el objetivo en 12 personas (66,6%), en 3 se constató fallecimiento (16,6%) y en 3 (16,6%) no se logra establecer contacto por domicilio falso. Las 13 VD programadas para cumplimiento de plazos de inicios y cambios de terapia se realizan 100%, se logra el objetivo en 77% y en el 33% restante se retrasa el contacto con el paciente por registrar domicilio falso. Las 9 VD programadas para reforzar adherencia a TARV y conteo de píldoras se cumplieron 100%. **Conclusiones:** El motivo más frecuente de la VD fue el rescate de abandono de control y TARV (40%), le sigue en frecuencia la citación para informar del diagnóstico de VIH (19,5%), dar cumplimiento a los inicios y cambios de TARV (12,7%) y finalmente para evaluación y refuerzo de adherencia a TARV (8,5%). En cuanto al cumplimiento del objetivo de la VD este fue 100% cuando la indicación fue conteo de píldoras y reforzar adherencia a TARV, 77% cuando la indicación fue inicios y cambios de TARV en plazo oportuno, 68,8% en el rescate de abandono de control y TARV y el menor cumplimiento (66%) corresponde a la VD por citación de personas para informe del diagnóstico de VIH. La principal razón del no cumplimiento del objetivo de la VD fue domicilio falso, situación que se presentó en 10% de los PVVIH, correspondiendo a 50% de las VD con fracaso de rescate de abandono de control y TARV, 33% de fracaso de VD para inicio o cambio oportuno de TARV, 16,6% de fracaso de VD para informar diagnóstico de VIH.

Preside: **Dra. Patricia Vasquez T.**Secretario: **Dr. Pablo Gaete G.**Sala: **C- Calle Calle**Area: **VIH - ETS**Hora: **13:15 - 13:25**

COINFECCION TBC/VIH-SIDA, EN PACIENTES VIRGEN A TRATAMIENTO DIAGNOSTICADOS POR EL LABORATORIO DEL HOSPITAL LUCIO CORDOVA DURANTE LOS AÑOS 2003 A 2009

Primer Autor: Poblete Haydee

Otros Autores: Aguad Lucia, Kranen Hildegard

Relator: Poblete Haydee

Lugar De Trabajo

Laboratorio de Microbiología y Biología Molecular Hospital Prof. Dr. Lucio Córdova.

Introducción: Si bien en Chile la Tuberculosis está en la etapa de la erradicación, esta enfermedad sigue siendo un problema en los grupos de mayor riesgo tales como: adultos mayores, etnias, reclusos, pobres y pacientes VIH/SIDA. Este último grupo ha contribuido a agudizar el impacto de la tuberculosis debido a que las personas infectadas con VIH y *M.tuberculosis* tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar tuberculosis activa, además se ha demostrado un efecto deletéreo de la tuberculosis sobre el curso de la infección VIH, aumentando la replicación viral por encima de 160 copias y hace avanzar más rápidamente a la etapa SIDA. **Objetivo:** Determinar el número de pacientes con coinfección TBC/VIH, localización, edad y sexo de los pacientes diagnosticados en nuestro Laboratorio. **Materiales y Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de los reportes de casos de tuberculosis pulmonares y extrapulmonares, diagnosticadas por nuestro Laboratorio a pacientes sin antecedentes de tratamiento anti-tuberculoso (virgen a tratamiento), durante los años 2003 a 2009. **Resultados:** Entre los años 2003-2009 se reportaron 343 casos de tuberculosis, de los cuales 252 (74.3 %) corresponden a TBC en pacientes VIH negativos y 91 (25.7 %) a coinfección TBC/VIH-sida, con un promedio de 13 casos por año. Con respecto al sexo, en nuestros pacientes con coinfección, 85 pacientes (93.4 %) corresponden a hombres y 6 pacientes (6.6 %) a mujeres, concentrándose el mayor número de pacientes en el grupo entre los 35-44 años, con un 30 casos (33.0%). La localización, de la Coinfección TBC/VIH, en el 72.5% correspondió a TBC pulmonar, de estos 66 casos (79.1%) fueron diagnosticados con baciloscopias que resultaron positivas además del cultivo. La TBC extrapulmonar corresponden 27.5% de los casos, con 25 pacientes de los cuales el 70,8% solo el cultivo resultó positivo, encontrándose como principal localización extrapulmonar la meníngea con 9 casos (9.9%), en segundo lugar 7 casos (7.7%) en sangre y en tercer lugar con 6 casos (6.6%) en ganglio. Además cabe destacar que se han reportado 22 casos de Mycobacterias atípicas 19 casos corresponden a *Mycobacterium avium intracellulare* en muestras de sangre, y 3 casos *Mycobacterium kansasii*, todas con localización pulmonar. **Conclusión:** Al ser nuestro Hospital un servicio que trata pacientes con enfermedad infecto-contagiosa como es la Tuberculosis y el VIH, nuestro Laboratorio ha orientado su quehacer al diagnóstico de infecciones oportunistas que afectan a los pacientes en su expectativa y calidad de vida, producto de ello se realiza una búsqueda activa de la coinfección Tuberculosis/VIH, siendo las cifras indicadas en nuestro estudio seguramente sobrestimadas en cuando a la realidad nacional. Aunque se debe considerar este aspecto, es relevante tomar los datos de este estudio como una orientación para aquellos pacientes VIH positivos que presentan una enfermedad respiratoria prolongada sin diagnóstico claro, pues el principal foco es pulmonar con 66 casos (72.5 %). La edad de presentación, es en pacientes jóvenes entre 35-44 años, mientras que los pacientes tuberculosos son más añosos. Aunque es más frecuente en la población masculina, similar a casos de TBC, la razón hombre: mujer (H: M) es mayor en casos con coinfección, presentándose con cifras similares entre los años 2003 y 2004, observándose 12 o 13 hombres enfermos por cada mujer con tuberculosis/VIH, descendiendo a 3:1 en el año 2005, no pesquisándose casos positivos en mujeres los años comprendidos entre 2006 y 2008, reapareciendo el año 2009 con 2 casos quedando la razón H:M de 7:1. Debemos destacar que la baciloscopias siguen siendo una herramienta útil en el diagnóstico de la TBC en estos paciente, es un método simple y rápido que nos permitió, solo con ésta tinción, el diagnóstico de 52 pacientes (79.1%) de TBC pulmonar y en TBC extrapulmonar con localización ganglionar 5 pacientes (85.7%).