



2011

Revista del Instituto de Medicina Tropical  
Asunción - Paraguay



ISSN 1996-3696  
Noviembre 2011  
Volumen 6 –  
Suplemento

© 2011

**Revista del Instituto de Medicina Tropical**

**ISSN 1996-3696**

**Asunción – Paraguay**

**Tirada semestral**

**Versión electrónica disponible en:**

**[www.imt.edu.py/](http://www.imt.edu.py/)**

---

*Revista del Instituto de Medicina Tropical* (ISSN 1996-3696) es una revista de publicación semestral, de distribución libre y gratuita, publicada por el Instituto de Medicina Tropical. Número inaugural publicado el 15 de diciembre de 2007. Dirección para correspondencia y suscripción Avda. Venezuela casi Florida. Tel/Fax. (+595 21) 292 164. Asunción - Paraguay.

Foto portada: Instituto de Medicina Tropical.

Los trabajos y opiniones que se publican en la revista son de exclusiva responsabilidad de los autores. La revista se reserva todos los derechos sobre los mismos.

La revista está integrada a **SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ON LINE (SciELO)**. <http://scielo.iics.una.py>

# Revista *del* Instituto de Medicina Tropical Asunción - Paraguay

Dr. Oscar Merlo Faella  
**Director General**

Dra. Nidia Mendoza  
**Directora Médica**

Prof. Dr. Antonio H. Arbo Sosa  
**Editor**

Biol. Gabriela Sanabria  
**Secretaria técnica de Edición**

---

## [COMITÉ EDITORIAL]

---

**Dr. Gustavo Aguilar.** Universidad Nacional de Asunción. Instituto de Medicina Tropical  
**Dr. Silvio Apodaca.** Instituto de Medicina Tropical  
**Dr. Gustavo Benítez.** Instituto de Medicina Tropical. Instituto de Previsión Social  
**Dra. Nidia Cáceres de Mendoza.** Instituto de Medicina Tropical  
**Dr. Carlos Kunzle.** Instituto de Medicina Tropical. Universidad del Pacífico  
**Dra. Dolores Lovera.** Instituto de Medicina Tropical  
**Dra. Rosa Mayor.** Instituto de Medicina Tropical  
**Dra. Cristina San Miguel.** Instituto de Medicina Tropical. Universidad Nacional de Asunción

---

## [CONSEJO EDITORIAL]

---

**Prof. Dr. Salvador Addario.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dr. Nicolás Aguayo.** Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Dr. Iván Allende.** Dirección General de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Dr. Eugenio Báez.** Instituto de Previsión Social

**Prof. Dr. José Bellasai.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dr. Enrique Courselles.** Academia Nacional de Medicina.

**Prof. Dra. Ana Campuzano de Rolón.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Prof. Dr. Esteban Grassi.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dr. Adolfo Galeano.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dr. Fernando Hamuy.** Instituto de Medicina Tropical. Universidad de las Naciones Unidas

**Dr. Juan Domingo Maciel.** Instituto de Medicina Tropical. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Dr. Julio Manzur.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dra. Celia Martínez de Cuellar.** Programa Nacional de Control de Tuberculosis. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

**Dr. Adolfo Morínigo.** Instituto de Medicina Tropical

**Dr. Duillo Núñez.** Instituto de Previsión Social

**Prof. Dr. Roger Rolón.** Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

**Dra. Gloria Samudio.** Hospital Nacional de Itauguá

**Prof. Dra. Ramona Valdez.** Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.



VIII CONGRESO  
PARAGUAYO DE  
**INFECTOLOGIA**  
II Jornada de Microbiología Clínica  
VI Jornada de Enfermería



## Comité Organizador del VIII Congreso de Infectología

### *Presidente*

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa

### *Vice - Presidente*

Dr. Hernán Rodríguez Enciso

### *Tesorera*

Dra. Stela Samaniego

### *Secretaria General*

Dra. Dolores Lovera

### *Secretaria de Actas*

Dra. Myriam Canas de Chirico

### *Coordinadores Científicos*

Dr. Duilio Nuñez (Infectología Clínica Adultos)

Dra. Gloria Celeste Samudio Dominguez (Infectología  
Pediátrica)

Dr. Mario Martinez (Microbiología Clínica)

Lic. Ana Sosa (Enfermería)

### *Coordinadora Pre - Congreso*

Dra. Monica Rodriguez

### *Coordinadores de Temas Libres*

Prof. Dr. José Plans Perrotta

Dra. Maria Luisa Macchi

Dra. Gloria Celeste Samudio Domínguez

Dr. Andrés Canese

Dra. Aurelia Taboada

### *Comité de Prensa y Publicidad*

Dr. Wilson Martin Agüero

Dr. Hernán Rodríguez

### *Comité Actos Sociales y Recepción*

Dra. Soraya Araya

Dra. Aurelia Taboada

Dra. Silvia Jojot

## Comisión Directiva de la Sociedad Paraguaya de Infectología

### *Presidente*

Dr. Gustavo Benitez Estigarribia

### *Vicepresidente*

Dra. Gloria Celeste Samudio Domínguez

### *Secretaria General*

Dra. Maria Luz Gonzalez

### *Tesorera*

Dra. Maria Stela Samaniego Nielebock

### *Secretario de Actas*

Dr. Mario Martinez

### *Secretario de Actividades Científicas*

Dr. Duilio Nuñez

### *Secretaria de Actividades Científicas*

Dra. Monica Rodriguez

### *Secretario de Relaciones*

Dr. Hernan Rodriguez

### *Vocales*

Dr. Hector Castro

Dra. Wilma Basualdo

### *Suplentes*

Dra Dolores Lovera

Dr. Silvio Apodaca

### *Tribunal de Certificacion*

Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa

Dr. Eugenio Baez Maldonado

Dr. Carlos Kunzle Durañona

Prof. Dr. Roger Rolon Arambulo

### *Presidente Honorario*

Prof. Dr. Carlos Maria Ramirez Boettner

## CONTENIDO

<b>CASOS CLÍNICOS ADULTOS</b>	
001	<b>Abdomen Agudo por Paracoccidioidomicosis. Reporte de un Caso.</b> MARTINEZ N, SEGOVIA H, SOSA I, SERVIN D, YAMANAKA W, BENITEZ L. Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas <span style="float: right;">09</span>
002	<b>Cardiopatía Chagásica Crónica Presentación de 3 Casos.</b> ARRÚA TORREANI N, VERA DE BILBAO N, SCHININI A, CARPINELLI M. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA <span style="float: right;">09</span>
003	<b>Caso Importado de Malaria Mixta Atendido en un Hospital de Emergencias y Urgencias de Lima-Perú.</b> RAMÍREZ WONG, FM ; DÍAZ TAVERA, ZR <span style="float: right;">09</span>
004	<b>Coccidioidomicosis como Primera Manifestación de SIDA.</b> ALARCÓN R, CARDOZO M, TABOADA, SAMANIEGO S, BENITEZ G, AGUILAR G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay <span style="float: right;">09</span>
005	<b>Encefalitis por Dengue.</b> LEIVA G. ARREDONDO M, TABOADA A., AGUILAR G., SAMANIEGO S., BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. <span style="float: right;">09</span>
006	<b>Hallazgo de BAAR en Médula Ósea en Pacientes con SIDA, Serie de Casos.</b> VILLALBA J, TABOADA A, AGUILAR G, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay <span style="float: right;">09</span>
007	<b>Hallazgo de Meningitis a <i>Listeria monocitogenes</i> en una Paciente Joven</b> GUERRERO A., NUÑEZ D, BENITEZ G, OVANDO F, CACERES C. <span style="float: right;">10</span>
008	<b>Hiperinfestación por <i>Strongiloides stercoralis</i>.</b> CANDIA E, OBREGON B. Instituto de Previsión Social – Hospital Central <span style="float: right;">10</span>
009	<b>Histoplasmosis Duodenal, Presentación de Caso Clínico</b> SAMUDIO T, VALDEZ M.R, AGUAYO N, MERLO OSCAR, Programa Nacional de Control del VIH/ SIDA/ ITS. (PRONASIDA) - Instituto de Medicina Tropical. (IMT). <span style="float: right;">10</span>
010	<b>Mujer Joven, HIV + y Sarcoma de Kaposi, con Pareja Heterosexual.</b> AQUINO N, MONTIEL D. Hospital Nacional de Itaguá <span style="float: right;">10</span>
011	<b>Paracoccidioidomicosis y Tuberculosis, Co-infección</b> VELAZQUEZ D, TABOADA A, ALARCÓN R, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos, Asunción. <span style="float: right;">11</span>
012	<b>Paracoccidioidomicosis Diseminada con Invasión al Sistema Nervioso Central.</b> AZAS M, TORRES E, SALINAS M. Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">11</span>
013	<b>Paracoccidioidomicosis. Forma de Presentación Inusual</b> CRISTALDO S, ESCALANTE E, SILVERO S. SALINAS M. Hospital Central del Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">11</span>
014	<b>Piomiositis a Propósito de un Caso.</b> ALONSO, G. Hospital Central del IPS <span style="float: right;">11</span>
015	<b>Tuberculosis Extrapulmonar. Presentación de Dos Casos</b> VERA V, SOSKIN A, BRAY C, MOLINAS F, CRISTALDO C, NUNES MC. Hospital Nacional de Itaguá <span style="float: right;">12</span>
016	<b>Recaída de Leishmaniasis Visceral en Pacientes Inmunocompetente.</b> PORTILLO M, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos <span style="float: right;">12</span>
017	<b>Celulitis a <i>Aeromonas sobria</i>. Presentación de un Caso.</b> VELAZQUEZ D, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical. <span style="float: right;">12</span>
018	<b>Espiroquetosis intestinal.</b> MARIN C, TABOADA A, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay <span style="float: right;">12</span>
019	<b>Fiebre tifoidea, reporte de casos.</b> VILLALBA J, TABOADA A, AGUILAR G, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay. <span style="float: right;">13</span>
020	<b>Hepatitis Grave en Dengue.</b> BENITEZ G., NUÑEZ D, GUERRERO A. Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">13</span>
021	<b>Hiperesplenismo secundario a Paracoccidioidomicosis sistémica.</b> PENAYO A, TABOADA A., BENITEZ G., SAMANIEGO S., ARMOA A., VALDEZ R, LURACHI V. <span style="float: right;">13</span>
022	Instituto de Medicina Tropical- Servicio de adultos. <b>TBC genitourinaria en un Paciente VIH Negativo.</b> MADRAZO, C. ESCRIBA, D. HAURON, G. GEORGIEFF, M. KNAPKE, F. CHAMORRO, L. Hospital Regional de Encarnación. Servicio de Clínica Médica. <span style="float: right;">13</span>
023	<b>Leishmaniasis Tegumentaria Americana tratado con Anfotericina Liposomal.</b> MARIN C., SAMANIEGO S., TABOADA A., BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay <span style="float: right;">13</span>
024	<b>Meningitis a <i>Cryptococcus neoformans</i> en pacientes no VIH.</b> ACUÑA S, TABOADA A, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos, Asunción-Paraguay. <span style="float: right;">14</span>
025	<b>Neumonía por <i>Rhodococcus equi</i> en paciente con SIDA</b> ALARCÓN R, TABOADA A, ARREDONDO M, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción - Paraguay <span style="float: right;">14</span>
026	<b>Quiste Hidatídico Pulmonar.</b> RUIZ-D R., NUÑEZ, D. OVANDO, F. GUERRERO A. Servicio de Infectología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">14</span>
027	<b>Reporte de un Caso de Infección Genital Recidivante por Tres Genotipos del Virus del Papiloma Humano (HPV)</b> PORTILLO C, VERA E, CANESE J. Laboratorio Portillo, Cátedra de Medicina. CinSida Universidad Nacional de Asunción. <span style="float: right;">14</span>
028	<b>Síndrome de Guillen Barré por <i>Mycoplasma pneumoniae</i></b> VELAZQUEZ D, TABOADA A, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical, servicio de adultos. <span style="float: right;">15</span>
029	<b>Toxoplasmosis cerebral en autopsia con TAC de cráneo normal.</b> VELÁZQUEZ D, TABOADA A, ALARCÓN R, BENITEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos. Asunción-Paraguay <span style="float: right;">15</span>
030	<b>Hemiparesia como Forma de Presentación de Infección por <i>Paracoccidioidomicosis brasiliensis</i>.</b> AZAS M. TORRES E. SALINAS M. Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">15</span>
031	<b>Hallazgo de Pancreatitis por <i>Actinomyces</i>.</b> GUERRERO A, BENITEZ G, NUÑEZ D, ORTIZ W, OVANDO F. Servicio de Infectología, Instituto de Previsión Social <span style="float: right;">15</span>
032	<b>Dengue en Paciente Trasplantado Renal Pediátrico. Presentación de Caso.</b> MARTINEZ M, TROCHE A, FRANCO S, JARA P, MAYOR M, ORUE G, ADORNO T, FRANCO O, SAMUDIO-D GC. Unidad de Trasplante, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y de Infectología, Instituto de Previsión Social. Universidad Católica de Asunción. <span style="float: right;">15</span>
<b>CASOS CLÍNICOS EN PEDIATRÍA</b>	
033	<b>Aislamiento de <i>Pasteurella multocida</i> Posterior a Mordedura.</b> ALMADA P, ORTIZ H, ARGÜELLO R, AGÜERO M, PERÉZ H, ORTELLADO J, RIQUELME I, ROLÓN R. <span style="float: right;">16</span>
034	<b>Bacteriemia por <i>Achromobacter denitrificans</i> en un Recién Nacido (RN) Internado en la UCIN de la Cátedra de Pediatría.</b> FCM – UNA. MOREL A N, MAUBETT N, RIQUELME I, CAMPUZANO DE ROLON A, ORTELLADO J, ORTIZ H. Comité de control de Infecciones Intrahospitalarias, Cátedra y Servicio de Pediatría, Laboratorio Hospital de Clínicas de San Lorenzo. FCM-UNA. <span style="float: right;">16</span>
035	<b>Colitis Pseudomembranosa. Reporte de un Caso</b> ZAYAS A. SAMUDIO D- GC, PARAVICINI E, NUÑEZ R. Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica e Infectología HC IPS. Universidad Católica <span style="float: right;">16</span>
036	<b>Enfermedad de Chagas Transfusional en Paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda en Inducción a Propósito de un Caso.</b> SAMUDIO A, ALCARAZ E, MATTIO I, FIGUEREDO D, BRIZUELA S, APONTE S, SERVIN J. Centro Materno Infantil San Lorenzo <span style="float: right;">16</span>
037	<b>Rotavirus un Caso en Pediatría.</b> MARTINEZ F. RODRÍGUEZ M, CASTRO H. Servicio de Pediatría. Postgrado UCA HC IPS. <span style="float: right;">17</span>

038	<b>Miositis Aguda Benigna por Dengue. Reporte de un Caso en un Paciente Pediátrico.</b> MESQUITA M, BASUALDO W, BENITEZ ML. Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"	17	GALEANO R, ROJAS A, PEREIRA Y, GÓMEZ P, SAMUDIO M, PAREDES H, CABELLO A, OJEDA A, ASSIS D, ALLENDE I. Dirección General de Vigilancia de la Salud/MSPYBS	
039	<b>Reporte de Casos de Difteria en un Barrio de Asunción</b> CABALLERO SANABRIA R, VALENZUELA ARGUELLO Z, CABALLERO CAÑIZÁ C, MESQUITA M, CASTRO H. Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. San Lorenzo.	17	<b>Frecuencia de Hepatitis A y C en Pacientes que Concurrieron al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Año 2009-2011.</b> GRANADO E, FERREIRA L, CARPINELLI MM, PICAGUA E. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción	20
040	<b>Toxocariasis Visceral. Caso Clínico</b> CHIRICO M, SOTOMAYOR V, BENITEZ LEITE S., GARCIA V, AGÜERO MC, PERALTA L. Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo.	17	<b>Hongos en Muestras Respiratorias Procesadas en el Hospital de Clínicas.</b> RIVAS M; CASCO M; VELÁZQUEZ G; CUEVAS A; LIRD G; LACONICH M; MAYOR M; GIMÉNEZ F; GÓMEZ C; ZUBELDÍA A; MÉNDEZ C.	21
041	<b>Trombosis Venosa Profunda Asociada a S. aureus en Paciente Adolescente.</b> FLORES, L DOMÍNGUEZ, J, RODRÍGUEZ M, BATISTA J. Servicio de Pediatría HC IPS. Postgrado UCA.	17	<b>Incidencia de Sífilis Congénita en el Paraguay. Año 2009.</b> AGUAYO N., ARANDA C., AGUILAR G., SUAREZ Z., KAWABATA A. PRONASIDA	21
042	<b>Síndrome de hiper IgE. A propósito de un caso.</b> AGÜERO M, QUIÑONEZ S, PORTILLO G. Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA	18	<b>Prevalencia de Portación Intestinal de EVR en la Cátedra y Servicio de Pediatría.</b> FCM-UNA	
043	<b>Abscesos hepáticos por Staphylococcus aureus meticilino sensible.</b> GOTZ S, FRETES J, AGÜERO WM. Sala de Infectología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción	18	ROLON, R. <sup>1</sup> CAMPUZANO, A. <sup>1</sup> RIQUELME, I. <sup>1</sup> MOREL, N. <sup>2</sup> ORTELLADO, J. <sup>2</sup> ORTIZ, H. <sup>2</sup> ALMADA, P. <sup>1</sup> , Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias-Cátedra y Servicio de Pediatría (C y S Ped) y Laboratorio de Microbiología. Hospital de Clínicas de San Lorenzo (HCL de SL)	21
044	<b>Celulitis orbitaria a S. sanguis en un Niño.</b> GONZÁLEZ B, VACCARO B, RODRÍGUEZ M, SERVIN P. Servicio de Pediatría HC-IPS. Postgrado UCA	18	<b>Primeros Indicios del Impacto de la Introducción de la Vacuna Rotavirus (RV) en Paraguay.</b> ARZA S, VEGA M, MALDONADO L, BASUALDO W, FIANDRO A, ARZA M, ARZA L, ARBO A, TORRES C y ALLENDE I. Dirección General de Vigilancia de la Salud.MSP y BS. Htal Nacional de Itaguá. Hospital Pediátrico de Reducto. Instituto de Previsión Social. Htal de Clínicas UNA. Instituto de Medicina Tropical. Programa Ampliado de Inmunizaciones	21
045	<b>Estafilococcia y Síndrome de Ramsay Hunt a propósito de un caso.</b> PORTILLO G. AGÜERO M. QUIÑONES S. GENES M. Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. San Lorenzo F.C.M. U.N.A	18	<b>Sistema Bonis. Nueva Estrategia de Vigilancia Comunitaria en Paraguay.</b> CABRAL M <sup>1</sup> , SAMUDIO M <sup>1,2</sup> , BASOGAINX <sup>3</sup> , GALVÁN P <sup>1</sup> , CANE V <sup>1</sup> , ASCURRA M <sup>1</sup> , CABELLO A <sup>1,2</sup> , ALLENDE I <sup>2</sup> , OLABE M <sup>3</sup> , ESPINOSA K <sup>3</sup> . 1. IICS-UNA. 2. Dirección General de Vigilancia de la Salud, MSP y BS. 3. Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea-España	21
046	<b>Meningitis Bacteriana Aguda. A Propósito de un Caso</b> JIMÉNEZ J, DELGADILLO L, QUIÑONEZ S. Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA	19	<b>Situación de la Tuberculosis (TB) en de 15 Años, en la Población Indígena (PI) de Paraguay Período 2004-2009.</b> ZELAYA N, AGUIRRE S, ÁLVAREZ M., MARTÍNEZ C. PNCT	22
047	<b>Reporte de Dos Casos de Dengue Neonatal-Servicio de Neonatología IPS.</b> RIENZI R, GUERIN C, ENCISO H, SAMUDIO G	19	<b>Situación de la Tuberculosis en las Prisiones de Paraguay.</b> MEDINA A; ZARATE G, AGUIRRE S; ÁLVAREZ M, MARTÍNEZ C.	22
048	<b>Sepsis en Pacientes Menores a 1 año por Chryseobacterium meningosepticum.</b> Centro de Emergencias Médicas. Paraguay. 2010. CANTERO J, KAWABATA A, Centro de Emergencias Médicas.	19	<b>Situación del VIH/SIDA en el Paraguay. 2008, 2009 Y 2010.</b> AGUAYO N., AGUILAR G., BARBOZA A., GIMENEZ L., KAWABATA A. NAGAI M. PRONASIDA	22
049	<b>Tratamiento Abreviado de Leishmaniasis visceral con Anfotericina B liposomal</b> GOTZ S, FRETES J, AGÜERO WM. Sala de Infectología. Centro Materno Infantil – San Lorenzo. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción	19	<b>Vigilancia Viroológica de Influenza y Otros Virus Respiratorios Durante el Periodo Post-Pandémico 2010-2011 En Paraguay.</b> VAZQUEZ C, GAMARRA ML, VILLALBA S, BOBADILLA ML, ORTEGA MJ, OVIEDO A, ARELLANO C, PAREDES W, OVIEDO E, FIGUEREDO S, RAMIREZ L, TORALES J, FARIÑA H. Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP)	22
050	<b>Fascitis Necrotizante en un Recién Nacido. Presentación de un caso.</b> BORJA N, FERNANDEZ M, ARANDA C, COUCHONNAL E, BRITZ S. Hospital Santísima Trinidad. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.	19	<b>Virus Sincial Respiratorio en Adultos.</b> VON HOROCH M <sup>1</sup> , LURASCHI P <sup>1</sup> , FIANDRO A. <sup>1</sup> , VAZQUEZ C. <sup>2</sup> , MARTINEZ M. <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Departamento de Epidemiología y Sistema de Información en Salud, Hospital Central – Instituto de Previsión Social. <sup>2</sup> Laboratorio Central de Salud Pública, MSPBS	23
<b>EPIDEMIOLOGIA</b>				
051	<b>Complicaciones más Frecuentes en Pacientes Internados por Dengue.</b> WERMUTH I, PENA L, GOMEZ C, CASTILLO O, ORTEGA G, SCHRODEL F, VALL R. Cátedra de Pediatría. Hospital Regional Ciudad del Este. Py	20	<b>Características Epidemiológicas y Clínicas de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en Centros Centinelas.</b> BATTAGLIA S <sup>1</sup> , VON HOROCH <sup>1,6</sup> , M. CABELLO, A. <sup>1,7</sup> VAZQUEZ, C. <sup>2</sup> BASUALDO, W. <sup>3</sup> VEGA, ME <sup>4</sup> . RAMIREZ, P <sup>5</sup> . SAMUDIO, M <sup>1</sup> . ALLENDE, I <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS), <sup>2</sup> Laboratorio Central de Salud Pública, <sup>3</sup> Hospital General Pediátrico. <sup>4</sup> Hospital Nacional de Itaguá. <sup>5</sup> INERAM,	23
052	<b>Enterobacterias Resistentes a Carbapenemes por Producción de KPC Aisladas en Hospitales de Asunción y Central.</b> MELGAREJO N. <sup>1</sup> , MARTÍNEZ M. <sup>1,3</sup> , FRANCO R. <sup>1</sup> , SOSA E. <sup>3</sup> , MEYER M. <sup>4</sup> , SOILAN B. <sup>5</sup> , LIRD G. <sup>2</sup> , PORTILLO R. <sup>7</sup> , FALCÓN M. <sup>1</sup> , GONZÁLEZ R. <sup>6</sup> . 1.Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP). Dpto. Bacteriología. Sección Antimicrobianos; 2.Hospital Central de Clínicas (HCL); 3.Instituto de Previsión Social, Hospital Central (IPS); 4.Laboratorio Meyer; 5.INERAM; 6. Hospital Nacional Itaguá; 7.Centro Medico La Costa	20		
053	<b>Estudio de Prevalencia de Sífilis VIH y Características Socio-comportamentales de la Población Indígena.</b> AGUAYO N, ESPÍNOLA H, AGUILAR G, BARBOZA A, ESTIGARRIBIA G, GIMÉNEZ L PRONASIDA	20		
054	<b>Factores Asociados al Óbito por SPH en el Chaco Central-PY, Año 2011.</b> LÓPEZ F, MUÑOZ M,	20		

	<sup>6</sup> Hospital Central del Instituto de Previsión Social. <sup>7</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (IICS.UNA)	
067	<b>Aislamiento de <i>Pseudomonas aeruginosa</i> al Diagnóstico en Niños con Fibrosis Quística.</b> ORTIZ-PARANZA L <sup>1</sup> , CASTRO H <sup>2</sup> , DALLE I <sup>3</sup> , ASCURRA M <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental, <sup>2</sup> Hospital Niños de Acosta Ñu –MSPyBS	23
068	<b>Brote de Difteria. Asunción - Paraguay. 2011.</b> LEON M., KAWABATA A., CHAMORRO G. Laboratorio Central de Salud Pública	23
069	<b>Capacidad vectorial de <i>Triatoma sordida</i> en la transmisión de la enfermedad de Chagas en un área bajo vigilancia entomológica del Paraguay.</b> SÁNCHEZ Z <sup>1</sup> , YURUHAN L <sup>2</sup> , GUILLÉN R <sup>1</sup> , FERREIRA E <sup>2</sup> , PAREDES B <sup>2</sup> , RUSSOMANDO G <sup>1</sup> <sup>1</sup> Departamento de Biología Molecular y Genética, IICS-UNA. <sup>2</sup> Laboratorio de Entomología, SENEPA, MSP y BS	23
070	<b>Características Clínicas y Epidemiológicas de las Queratitis Infecciosas Severas en la Fundación Banco de Ojos “Fernando Oca del Valle”.</b> BORDÓN M <sup>1</sup> , SÁNCHEZ DI MARTINO D <sup>1</sup> , RUIZ A <sup>1</sup> , MARTÍNEZ W <sup>1</sup> , LICI S <sup>1</sup> , SAMUDIO M <sup>2</sup> FARIÑA N <sup>2</sup> , LASPINA F <sup>2</sup> , SANABRIA R <sup>2</sup> , MIÑO DE KASPAR H <sup>2</sup> 1. Fundación Banco de Ojos. 2. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA)	24
071	<b>Características de la Circulación de Influenza A H3N2 en Paraguay 2010-2011.</b> CABELLO A <sup>1</sup> , VON HOROCH M <sup>1,6</sup> , BATTAGLIA S <sup>1</sup> , VAZQUEZ C <sup>2</sup> , BASUALDO W <sup>3</sup> , VEGA ME <sup>4</sup> , RAMIREZ P <sup>5</sup> , SAMUDIO M <sup>1</sup> , ALLENDE I <sup>1</sup> 1. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) 2. Laboratorio Central de Salud Pública 3. Hospital General Pediátrico 4. Hospital Nacional de Itaguá. 5. INERAM 6. Hospital Central del Instituto de Previsión Social	24
072	<b>Características epidemiológicas y clínicas de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) asociadas a Virus Sincicial Respiratorio (VSR).</b> VON HOROCH M <sup>1,6</sup> , CABELLO A <sup>1</sup> , VAZQUEZ C <sup>2</sup> , BATTAGLIA S <sup>1</sup> , BASUALDO W <sup>3</sup> , VEGA ME <sup>4</sup> , RAMIREZ P <sup>5</sup> , SAMUDIO M <sup>1</sup> , ALLENDE I <sup>1</sup> 1. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) 2. Laboratorio Central de Salud Pública 3. Hospital General Pediátrico 4. Hospital Nacional de Itaguá. 5. INERAM 6. Hospital Central del Instituto de Previsión Social	24
073	<b>Comparación de la epidemiología y presentación clínica de influenza estacional e influenza pandémica A (H1N1) en Paraguay.</b> VON HOROCH M <sup>1</sup> , CABELLO A <sup>1</sup> , OJEDA A <sup>1</sup> , SAMUDIO M <sup>1</sup> , BATTAGLIA S <sup>1</sup> , VAZQUEZ C <sup>2</sup> , BOBADILLA M <sup>2</sup> , ALLENDE I <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Dirección General de Vigilancia de la Salud <sup>2</sup> Laboratorio Central de Salud Pública	24
074	<b>Detección y caracterización de Bocavirus tipo 1 en niños con gastroenteritis aguda en Asunción, Paraguay.</b> PROENCA-MODENA, JL <sup>1</sup> , MARTINEZ, M <sup>2</sup> , AMARILLA, AA <sup>2,3</sup> , ESPÍNOLA, EE <sup>2</sup> , GALEANO, ME <sup>2</sup> , FARIÑA, N <sup>2,4</sup> , RUSSOMANDO, G <sup>2</sup> , PARRA, GI <sup>2,5</sup> #, ARRUDA, E <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Departamento de Biología Celular y Molecular e Centro de Pesquisa em Virologia, FMRP, USP, Brasil, <sup>2</sup> Departamento de Biología Molecular y Genética, IICS, UNA, Paraguay, <sup>3</sup> Departamento de Análisis Clínicas, Toxicológicas e Bromatológicas, FCFRP, USP, Brasil, <sup>4</sup> Laboratorio de Análisis Clínicos, Sanatorio San Roque, <sup>5</sup> Present address: Laboratory of Infectious Diseases, NIAID, NHI, USA.	24
075	<b>Diversidad Genética de Adenovirus Humanos en Paraguay.</b> ESPINOLA E.E. <sup>1</sup> , RUSSOMANDO G. <sup>1</sup> , BASUALDO W. <sup>2</sup> , BENITEZ D. <sup>1</sup> , MEZA G. <sup>1</sup> , MALDONADO L. <sup>2</sup> , PARANHOS-BACCALA G. <sup>3</sup> <sup>1</sup> Departamento de Biología Molecular y Genética, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. <sup>2</sup> Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay	25
076	<b>Frecuencia de aislamientos de agentes etiológicos causantes de queratitis micóticas, periodo 03-2010/08-2011 Hospital de Clínicas- Sede San Lorenzo</b>	25
077	<b>Incidencia de Infección Relacionada a Prótesis de Cadera y Rodilla.</b> CANDIA E, PEREZ L, GUERRERO A., SAMUDIO G, YAMBAY I, NUÑEZ D. Servicio de Infectología. Instituto de Previsión Social – Hospital Central.	25
078	<b>Medidas Preventivas contra la leishmaniosis tegumentaria utilizadas por pobladores de zonas endémicas del Departamento de San Pedro – Paraguay.</b> RUOTI, M.M. <sup>1</sup> , ORUE, E. <sup>1</sup> , LAMPERT, N. <sup>1</sup> , ODDONE, R. <sup>2</sup> , ALEXANDER, N. <sup>3</sup> , REHMAN, A. <sup>3</sup> , KRENTEL, A. <sup>3</sup> <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. IICS-UNA. Dpto. de Ciencias Sociales - <sup>2</sup> IICS- UNA. Departamento de Producción Bioquímica. <sup>3</sup> London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres (RU)	25
079	<b>Prevalencia de Bacterias aisladas en muestras de Secreciones Purulentas de Pacientes de Accidentes de Motos en el Centro de Emergencias Médicas. Paraguay 2010.</b> KAWABATA A, CANTERO J, MUÑOZ P, RIVEROS M, CANTERO A. Centro de Emergencias Médicas	25
080	<b>Prevalencia de Parasitosis Intestinal en Niños Escolares de la Comunidad de Isla Saka.</b> ARAUJO P, CHAMORRO G., TORALES J., AGUILAR G., WEILER N., BRITZ E., FELIU S., GRIJALBA A., AGÜERO MA. Cátedra de Microbiología, Universidad del Pacífico	26
081	<b>Impacto de la Evidencia en la Valoración Clínica Económica de la Carga de Enfermedad por <i>Neisseria meningitidis</i> (CENm) en la Población Paraguaya no Inmunizada. Una oportunidad para eliminar la Disparidad de Incidencias.</b> ARZA S, ARZA M, ARZA L, CHAMORRO G, ALLENDE I. Dirección General de Vigilancia de la Salud – Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sala XI-Hospital de Clínicas UNA y Laboratorio Central de Salud Pública.	26
082	<b>PCR - RFLP del Gen <i>cytb</i>: para la Identificación de Fuentes de Alimentación de Flebotomos (Diptera: <i>Psychodidae</i>) Vectores de la Leishmaniosis en Py.</b> CHENA L, NARA E, SANCHEZ Z, ODDONE R, TORALES M, ESPINOLA E, RUSSOMANDO G.	26
<b>INFECCIONES PARASITARIAS Y MICÓTICAS</b>		
083	<b>Ascariasis en Vías Biliares.</b> SEGOVIA H, MARTÍNEZ N, ESPINOLA A, SOSA I, YAMANAKA W, THEYS L. II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas	26
084	<b>Evaluación de la Respuesta Inmune Humoral en Pacientes con Leishmaniosis Mucocutánea.</b> CARPINELLI MM., PICAGUA E, GIMENEZ V, FERREIRA L, ROVIRA C. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción.	26
085	<b>Megacolon Chagásico. Nuestra Experiencia.</b> MARTINEZ N, FARIÑA L. II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas.	27
086	<b><i>Demodex spp.</i> como causante de Blefaritis Crónica</b> LASPINA F. <sup>1</sup> SANABRIA R., ARRÚA M <sup>2</sup> CARPINELLI L <sup>1</sup> , FARIÑAN. <sup>1</sup> , SAMUDIOM. <sup>1</sup> <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA). <sup>2</sup> Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas (UNA)	27
087	<b>Determinación de la Concentración Inhibitoria Mínima (CIM) de Especies de Cándida a los Antifúngicos Fluconazol y Anfotericina.</b> SANABRIA R. <sup>1</sup> , FARIÑA N. <sup>1,2</sup> , SAMUDIO M. <sup>1</sup> , LASPINA F. <sup>1</sup> , AGUILAR G. <sup>3</sup> , ESPINOLA C. <sup>3</sup> <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (U.N.A.). <sup>2</sup> Laboratorio San Roque, <sup>3</sup> Instituto de Previsión Social (IPS)	27
088	<b>Impacto de la Capacitación en Parasitología Clínica en el Programa de Evaluación Externa de Calidad.</b> GONZÁLEZ A, VERDEJO L, ALONSO MG. Dpto. de Laboratorio Hospital Nacional de Itaguá Guazú, MSP Y BS, Paraguay	27

089	<b>Sensibilidad In Vitro de Cepas de <i>Trypanosoma cruzi</i> al Extracto de una Planta Paraguaya <i>Zanthoxylum chiloperone</i>.</b> HAMUY R, ACOSTA N, LOPEZ E, FERREIRA ME, VERA N. Universidad Nacional de Asunción - Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud - Dpto. de Medicina Tropical	27	adultos
090	<b>Hiperinfestación por <i>Strongiloides stercoralis</i>.</b> CANDIA E, OBREGON B	27	
<b>INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS</b>			
091	<b>Estafilococos Coagulasa-Negativos Clínicamente Significativos. Especies más Frecuentes y Factores de Virulencia.</b> FARIÑA N <sup>1,2</sup> , CARPINELLI L <sup>1</sup> , SAMUDIO M <sup>1</sup> , GUILLEN R <sup>1</sup> , LASPINA F <sup>1</sup> , SANABRIA R <sup>1</sup> , ABENTE S <sup>1</sup> , FIGUEREDO L <sup>2</sup> , MIÑO DE KASPAR H <sup>1</sup> . 1- Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud 2- Laboratorio San Roque	28	
092	<b>Evaluación de la Función e Inmuno-fenotipificación de Linfocitos T y B Periféricos en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa.</b> GIMENEZ V, PICAGUA E., FERREIRA L., PALACIOS Z., MENDOZA L. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA. INERAM. MSP y BS	28	
093	<b>Vigilancia de Enterococos Resistentes a Vancomicina</b> FALCÓN M <sup>1</sup> , TAKAHASHI V <sup>2</sup> , MENACHO C <sup>2</sup> , LIRD G <sup>2</sup> , ORTELLADO J <sup>2</sup> , IRALA J <sup>2</sup> . <sup>1</sup> LCSP, <sup>2</sup> H.N, <sup>2</sup> IPS, <sup>2</sup> HC, <sup>2</sup> CMI, <sup>2</sup> IMT	28	
094	<b>Infecciones del Tracto Urinario en Pacientes que Acudieron al INPRO. Abril 2009 a Agosto 2011.</b> MOLIN C, SANCHEZ M, D VALLE E, AYALA S, BARRIOS P, HERMOSA S. Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (Fdo. de La Mora. Py)	28	
095	<b>Niveles Séricos de Factor de Necrosis Tumoral <math>\alpha</math> Interferón y en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa.</b> PICAGUA E <sup>1</sup> , GIMÉNEZ V <sup>1</sup> , GUILLÉN I <sup>1</sup> , ROVIRA C <sup>1</sup> , PALACIOS Z <sup>2</sup> . 1. Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción. 2. INERAM. MSP y BS	29	
096	<b>Serología en Embarazadas de Enfermedades Infecciosas de Transmisión Vertical Prevenibles por Vacunas.</b> ROVIRA C, PICAGUA E, FERREIRA L, GIMÉNEZ V, CARPINELLI MM. Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción. UNA	29	
097	<b>Detección de Metapneumovirus Humano en Niños Menores de 5 Años Hospitalizados en Paraguay.</b> VAZQUEZ C, VILLALBA S, GAMARRA ML, BOBADILLA ML, ORTEGA MJ, ARELLANO C, CANDIA C, FIGUEREDO S, TORALES JB, CARRILLO M. Laboratorio Central de Salud Pública, Paraguay	29	
098	<b>Identificación por Métodos Moleculares de Micobacterias no Tuberculosas en Patologías no Pulmonares.</b> FRANCO LX, GUILLEN R, FARINA N, MEYER M, VELAZQUEZ G, LIRD G, ESPINOLA E, AMARILLA A, RUSSOMANDO G	29	
<b>INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN ADULTOS</b>			
099	<b>Abdomen Agudo Quirúrgico por Tuberculosis Intestinal.</b> SEGOVIA H, MARTÍNEZ N, ESPINOLA A, SOSA I, SERVIN D, THEYS L. II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas	29	
100	<b>Absceso del Psoas.</b> FARINA C, MARTÍNEZ N, SOSA I, AGUERO A. II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas	30	
101	<b>Absceso Hepático. Nuestra Experiencia.</b> FERREIRA R, MARTÍNEZ N, SOSA I, CAPPELLO A. II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas	30	
102	<b>Gangrena del Periné. Nuestros Resultados.</b> SEGOVIA H, MARTINEZ N, ESPINOLA A. SOSA I, AGUERO A. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas	30	
103	<b>Hallazgo de Bradicardia en los Pacientes con Dengue</b> PENAYO A, TABOADA A, MARIN C, ARREDONDO M, BENITEZ G, SAMANIEGO S, FERNANDEZ A, RODRIGUEZ R. Instituto de Medicina Tropical. Sala de	30	
104	<b>Neumonía Adquirida en la Comunidad. Utilidad de una Escala Pronóstica.</b> RODRIGUEZ L, OVANDO F, VAZQUEZ M, FONTCLARA L, BAEZ S.	30	
105	<b>Prevalencia de Tétanos en el Instituto de Medicina Tropical Durante Setiembre 2009 a Junio del 2011.</b> SANTOS M, GAONA C, VIRÉ F, PENAYO A, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S.	31	
106	<b>Tratamiento de la TB-MDR en Paraguay 2007-2010.</b> ROMÁN M, ALVAREZ M, MARTÍNEZ C. PNCT – MSP Y B	31	
107	<b>Dengue, aspectos clínicos en la última epidemia en Paraguay.</b> PENAYO, A. TABOADA, A. MARIN, C. ARREDONDO, M. BENITEZ, G. SAMANIEGO, S. FERNANDEZ, A. RODRIGUEZ, R. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos	31	
108	<b>Hallazgos en Punción aspirativa de Médula ósea en pacientes con SIDA.</b> VELAZQUEZ D, TABOADA A, VALDEZ R, BENITEZ G, SAMANIEGO S, MOLAS C, ARMOA A. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos	31	
109	<b>Hepatitis en nuestros pacientes internados con dengue</b> PENAYO A, TABOADA A, MARIN C, ARREDONDO M, BENITEZ G, SAMANIEGO S, FERNANDEZ A, RODRIGUEZ R. Instituto de medicina tropical. Sala de adultos.	31	
110	<b>Identificación de los Genotipos presentes en pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.</b> PORTILLO C, GIL PETTA N, STURBA E. Laboratorio Portillo, Servicio Gastroenterología H.C. IPS, Laboratorio Dr. Stambouljan. Argentina. Asunción - Paraguay	32	
111	<b>Infecciones en Pacientes Trasplantados Renales.</b> PEREZ L, CANDIA E, SAMUDIO-D GC, JARA P, NUÑEZ D. Servicio de Infectología. Instituto de Previsión Social – Hospital Central	32	
112	<b>Características morfológicas y de virulencia en <i>Cryptococcus neoformans</i> con formas atípicas aislados de pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical.</b> AGUILAR G <sup>1</sup> , CHAMORRO GA <sup>1,2</sup> , ESCURRA L <sup>2</sup> , RIQUELME A <sup>2</sup> , SITZMANN L <sup>2</sup> , VOMEL A <sup>2</sup> , WENTZEL, G <sup>2</sup> . <sup>1</sup> Laboratorio Central de Salud Pública. <sup>2</sup> Universidad del Pacifico	32	
113	<b>Morfologías atípicas de <i>Cryptococcus neoformans</i> en pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical</b> AGUILAR G <sup>1</sup> , CHAMORRO GA <sup>1,2</sup> , ESCURRA L <sup>2</sup> , RIQUELME A <sup>2</sup> , SITZMANN L <sup>2</sup> , VOMEL A <sup>2</sup> , WENTZEL, G <sup>2</sup> . <sup>1</sup> Laboratorio Central de Salud Pública. <sup>2</sup> Universidad del Pacifico	32	
114	<b>Prevalencia de Tuberculosis (TB) Pulmonar con Baciloscopia Positiva (TBP-BK) en Población Indígena del Py.</b> AGUIRRE S, VAZQUEZ D, ALVAREZ N, MARTINEZ DE CUELLAR C.	33	
<b>INVESTIGACIÓN CLÍNICA EN PEDIATRÍA</b>			
115	<b>Celulitis Caracterización Clínica y Epidemiológica.</b> CHIRICO M., SOTOMAYOR V., GAMARRA R., ARRUA V., PERALTA L., BENITEZ LEITE S. Servicio y Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA.	33	
116	<b>Conocimiento y Manejo de la Fiebre por Padres o Tutores de Lactantes.</b> CHIRICO M., SOTOMAYOR V., BRITZ S., ZARZA A., PARAVICINI E., GONZALEZ N. Servicio y Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM UNA- Hospital General Barrio Obrero	33	
117	<b>Localizaciones Infrecuentes de Osteomielitis en Pacientes Pediátricos.</b> BENITEZ I, GRAU L, GALEANO H, RODRIGUEZ M, DE LOS RIOS A. Servicios de Pediatría y Traumatología. Hospital Central IPS. Postgrado UCA Asunción Paraguay	33	
118	<b>Prevalencia de Sífilis Materna e Incidencia de Sífilis Congénita en el H.M.I. de Limpio, en Base a la Estrategia del Pronasida</b> GARELIK A <sup>1</sup> , CABRAL MB <sup>2</sup> . <sup>1</sup> HMI de Limpio/MSPBS, <sup>2</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA	34	

119	<b>Caracterización de la Infección Urinaria en Menores de 3 Meses.</b> CHIRICO M. SOTOMAYOR, V. PEIRO A., PERALTA L, FRANCO M BRACHO, C. Cátedra y Servicio Pediatría San Lorenzo FCM – UNA	34	133	<b>Prevalencia de Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC) en Personas que Viven con el VIH/SIDA (PVVS).</b> LÓPEZ,G; AGUILAR, G; OVELAR, P; SAMUDIO, T; VALDEZ, MR; AGUAYO, N. PRONASIDA	37
120	<b>Etiología de las Infecciones Urinarias en Menores de 3 Meses.</b> CHIRICO M. SOTOMAYOR, V. BRITTEZ, S. GENES, M. BENITEZ, S. PARAVICINI, E. Cátedra y Servicio Pediatría San Lorenzo F.C.M. – U.N.A.	34	134	<b>Valor Predictivo del Ac IgM CMV (Citomegalovirus) en el Desarrollo de la Enfermedad en Personas con el Virus del SIDA (PVVS).</b> LEZCANO, V, ALARCON, C. SAMUDIO T, AGUILAR, G. INSFRAN, I. OVELAR, P. VALDEZ, MR, AGUAYO, N. IMT/PRONASIDA. Asunción, Py.	37
121	<b>Infecciones en Pacientes Pediátricos con Trasplante Renal.</b> MARTINEZ PICO, M. SAMUDIO, G. TROCHE, A. FRANCO, S. MAYOR, M. JARA, P. ORUE, G. ADORNO, T. Hospital Central del Instituto de Previsión Social	34	135	<b>Características de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en Pacientes (Pts.) Infectados por el VIH.</b> ARAYA S, ZARATE C, DUARTE M; MESQUITA M, SALINAS B, LOVERA D, APODACA S; ARBO A. (IMT).	37
122	<b>Es posible Manejar el Shock por Dengue en la Unidad de Urgencias.</b> IRAMAIN, R. JARA, A. CARDOZO, L. BOGADO, N. Unidad de Urgencias Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA	35	136	<b>Estudio del Comportamiento, practicas, actitudes y Prevalencia del VIH Sífilis en Militares. Paraguay. 2011.</b> AGUAYO N, AGUILAR G, BARBOZA A, GIMENEZ L, KAWABATA A, NAGAI M. PRONASIDA.	37
123	<b>Evaluación del tratamiento de la Tuberculosis (TB) en pacientes con co-infección TB-VIH.</b> ZELAYA N, MARTÍNEZ C, ÁLVAREZ M. Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNCT)	35	137	<b>Índice de correlación de una prueba rápida para el diagnóstico de VIH/SIDA en población general y gestantes.</b> FIGUEREDO, A. KOHN J, PELÁEZ, R. CELAURO, N. BERNA, ML. CAMPOS, C. LÓPEZ, G. PRONASIDA	38
124	<b>Infecciones osteoarticulares bacterianas en niños del HC- IPS.</b> GRAU L, BENITEZ I, GALEANO H, RODRIGUEZ M., DE LOS RIOS A. Servicio de Pediatría y Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Central IPS. Postgrado UCA Asunción Paraguay	35	138	<b>Mortalidad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Niños en el Paraguay antes y después de la Implementación del Tratamiento (TTO) Antirretroviral (AR) de Gran Actividad (TARG).</b> PAREDES, B OVELAR, P; CAZENEUVE, R. AGUAYO, N. Instituto de Medicina Tropical - PRONASIDA.	38
125	<b>Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Virus Respiratorios en Pacientes Pediátricos Hospitalizados.</b> MESQUITA M, BASUALDO W, MALDONADO L, CABALLERO R. Hospital General Pediátrico “Niños de Acosta Ñu”	35	139	<b>Síndrome de Reconstitución Inmune (SIRI) en SIDA</b> SAMUDIO T; LLANES G; OVELAR, P; INSFRAN, I; LEZCANO, V; VALDEZ .C, MR; MERLO, O; AGUAYO, N. IMT/PRONASIDA.	38
126	<b>Características Viroológicas y Serológicas de Pacientes con Dengue Grave y Fallecidos por Dengue Durante la Epidemia del Año 2011 en Paraguay.</b> VAZQUEZ C, VILLALBA S, OVIEDO E, OVIEDO A, GAMARRA M, ORTEGA M, ARELLANO C, PAREDES W, FIGUEREDO S, RAMIREZ L, TORALES J, DUNJO P, NIELSEN K, PEREIRA J, FARIÑA H. Laboratorio Central de Salud Pública(LCSP)	35	140	<b>Tratamiento con Anfotericina B vs. Anfotericina B más Fluconazol en Pacientes con Criptococcosis Meníngea y SIDA, que Presentan Criterios de Gravedad.</b> PORTILLO M., TABOADA A., BENITEZ G., SAMANIEGO S. AGUILAR G., SANABRIA G. Instituto de Medicina Tropical	38
127	<b>Estudio del Comportamiento Clínico del Dengue en Población Pediátrica Durante los Últimos Años en el Paraguay.</b> ARAYA S. AVALOS C. SALINAS B. PAREDES L. MEZQUITA M. SANABRIA G. APODACA S. MERLO O. LOVERA D. ARBO A. Instituto de Medicina Tropical	36	141	<b>Absceso de Pared Gástrica Secundario a Gastritis Eosinofílica a Propósito de un Caso Pediátrico.</b> ESPINOLA E RB, SAMUDIO GC, MANAVELLA F BRIZUELA S, AGURRE C. Departamento de Pediatría del Hospital General barrio Obrero. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Universidad Católica de Asunción- Posgrado de Pediatría Clínica	38
128	<b>Estudio Prospectivo de Aplicabilidad del Nuevo Sistema de Clasificación Dengue (OMS) para el Manejo Clínico en Niños.</b> LOVERA D ARAYA S. SALINAS B. PAREDES L. MESQUITA M. AVALOS C. SANABRIA G. ACUÑA J. AGUIAR C. APODACA S. MERLO O. ARBO A. Instituto de Medicina Tropical	36	142	<b>Prevalencia de co-infección entre la tuberculosis y el VIH.</b> PANIAGUA, A.	39
<b>INVESTIGACIÓN EN VIH</b>					
129	<b>Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) en Perso<sup>n</sup>as que Viven con el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (PVVS).</b> SAMUDIO T, OVELAR P, LÓPEZ G, AGUILAR G, VALDEZ M.R, AGUAYO N. PRONASIDA.	36	143	<b>Anticuerpos IgM contra Citomegalovirus en Mujeres Embarazadas. Año 2008 – 2010.</b> FERREIRA L; GRANADO E; PICAGUA E; ROVIRA C; GIMÉNEZ V; CARPINELLI MM. Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA.	39
130	<b>Funcionalidad Renal Pre y Post Inicio del Tratamiento Antirretroviral.</b> LLANES, G. VERA, A; INSFRAN, I; LEZCANO, V; AGUILERA, J; BRITTEZ, A; ARMOA, A; CHAMORRO, C; SAMUDIO, T; VALDEZ, M.R; MERLO, O; AGUAYO, N. PRONASIDA/IMT. Asunción-Paraguay.	36	144	<b>Impacto del Recuento de CD4 y Carga Viral (CV) en la Evolución Clínica de la Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) en Niños con Infección por VIH.</b> ARAYA S, ZARATE C, DUARTE M, LEDESMA S, ARRIOLA A, LOVERA D. ARBO A .Instituto de Medicina Tropical. (IMT).	39
131	<b>Hallazgos Post Mórten En Pacientes con SIDA en un Hospital de Referencia.</b> ALARCÓN R ARREDONDO M, PENAYO A, MARIN C, TABOADA A, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Servicio de Adultos, Instituto de Medicina Tropical	36	<b>MICROBIOLOGÍA CLÍNICA</b>		
132	<b>Hallazgos de Leishmania en Médula Ósea con RK Negativo en Pacientes con VIH-SIDA.</b> VELAZQUEZ D, TABOADA A. BENITEZ G, SAMANIEGO S, VALDEZ R, ARMOA A. MOLAS C. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos.	37	145	<b>Detección de Streptococcus agalactiae en Mujeres Embarazadas que Acudieron al Laboratorio Central de Salud Pública Durante el 2010.</b> NAGAI M., ALVAREZ M. Sección Bacteriología Clínica. LCSP	39
			146	<b>El Zinc Eluido De Sondas, Guantes de Látex y Medicamentos Tópicos Induce ala Resistencia Reversible e Irreversible del Impipenem en Pseudomonas aeruginosa.</b> AGUILAR, G <sup>1</sup> . AMARILLA, C <sup>2</sup> . BAEZ, F <sup>1</sup> . WEILER, N <sup>2</sup> . 1 Laboratorio Central de Salud Pública. 2 Investigador independiente	40
			147	<b>Identificación por Métodos Moleculares de Micobacterias no Tuberculosas en Patologías no</b>	40

	<b>Pulmonares.</b> FRANCO LX. <sup>1</sup> , GUILLEN R. <sup>1</sup> , FARINA N. <sup>2</sup> , MEYER M. <sup>3</sup> , VELAZQUEZ G. <sup>4</sup> , LIRD G. <sup>5</sup> , ESPINOLA E. <sup>1</sup> , AMARILLA A. <sup>1</sup> , RUSSOMANDO G. <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, <sup>2</sup> Laboratorio San Roque, <sup>3</sup> Laboratorio Meyer Lab, <sup>4</sup> Laboratorio del Hospital de Clínicas, <sup>5</sup> Laboratorio del Sanatorio Italiano		Hospital Central	
148	<b>Microorganismos Aislados de Hemocultivos de Pacientes Internados en el Instituto de Medicina Tropical Año 2010.</b> AYALA E, SOSA S, IRALA, J, MAYOR L, ARAUJO P. Laboratorio de Microbiología-Instituto de Medicina Tropical, Asunción-Paraguay	40	<b>Estudio de Brote por <i>Klebsiella pneumoniae</i> Multirresistente y Productora de Carbapenemasa en una Unidad de Cuidados Intensivos de Adultos.</b> BERNAL C., RODRÍGUEZ M, GÓMEZ G, TAKAHASHI V, MARTÍNEZ H, VEGA ME. Hospital Nacional de Itaguá, Paraguay	42
149	<b><i>Trichosporo nasahii</i> como Agente Etiológico de Infección Urinaria.</b> ARAUJO P, ACUÑA S, AGUILAR G, IRALA, J. Instituto de Medicina Tropical, Asunción-Paraguay	40	<b>Frecuencia de Infecciones en las Reparaciones Protésicas de la Pared Abdominal.</b> CUENCA O, MARTINEZ N, SEGOVIA H, SOSA I, ESCOBAR D, BENÍTEZ L. Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas	43
150	<b>Perfiles Fenotípicos de KPC p Compatibles con KPC en Enterobacterias.</b> FRANCO, R <sup>1</sup> FALCON, M <sup>1</sup> , MEGALREJO, N <sup>1</sup> , ZUBELDIA, A <sup>2</sup> , SOSA, E <sup>2</sup> , LIRD, G <sup>3</sup> , CUEVAS, A <sup>3</sup> , MARTINEZ, M <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Laboratorio Central de Salud Pública, <sup>2</sup> IPS Central, <sup>3</sup> Hospital de Clínicas Central	40	<b>Incidencia de Infecciones Asociadas a Catéter Venoso Central y Catéter Urinario Permanente en Salas de Clínica Médica de un Hospital de Asunción, Paraguay.</b> MOREL N., VEGA ME. Hospital Central IPS.	43
151	<b>PCR Múltiple para la Detección Simultánea de Genes <i>mecA</i> y <i>pvl</i> en <i>Staphylococcus</i> spp.</b> CARPINELLI L <sup>1</sup> , GUILLÉN R <sup>1</sup> , FARIÑA N <sup>1</sup> , BASUALDO W <sup>2</sup> , AQUINO R <sup>2</sup> . <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. <sup>2</sup> Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.	41	<b>Portación de <i>Staphylococcus aureus</i> en Pacientes Dializados del Servicio de Nefrología HC-IPS.</b> SOILAN B <sup>1</sup> , GOMEZ G <sup>1</sup> , ORTELLADO J <sup>1</sup> , LIRD G <sup>1</sup> , MARIN M <sup>1</sup> , HEINICHEN O <sup>1</sup> , ALMADA P <sup>1</sup> , GALEANO A <sup>1</sup> , VERA R <sup>3</sup> , RAMOS C <sup>3</sup> , MAYOR M <sup>2</sup> , AYALA R <sup>2</sup> . <sup>1</sup> Cátedra de Microbiología, <sup>2</sup> Cátedra de Biofísica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica-Asunción. <sup>3</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Central, Instituto de Previsión Social	43
152	<b>Detección por PCR de <i>Chlamydomytila pneumoniae</i> en Pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad</b> GUILLÉN, R. <sup>1</sup> ; FRANCO, R. <sup>2</sup> ; OJEDA, M. <sup>2</sup> ; FRANCO, L. <sup>1</sup> ; MORAGA SCHMIDLIN, P <sup>2</sup> ; ESPINOZA, MD <sup>2</sup> ; RUSSOMANDO, G. <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud <sup>2</sup> INERAM, Hospital "Juan Max Boettner"	41	<b>Vigilancia de las Infecciones por Procedimientos Invasivos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UTIA) en un Hospital de Alta Complejidad.</b> RIQUELME I., PESTANA E, VEGA ME. Hospital Central IPS.	43
153	<b>Familia "Latin American Mediterranean". El Linaje RDRio en Cepas de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> Circulantes en el Paraguay.</b> DÍAZ C <sup>1,2</sup> ; CANDIA N <sup>2</sup> ; RUSSOMANDO G <sup>2</sup> ; RITACCO V <sup>3</sup> ; FRANCO L <sup>1</sup> , ROMERO N <sup>4</sup> ; GOMES H <sup>1</sup> ; SUFFYS P. <sup>1</sup> Instituto Oswaldo Cruz. Brasil 2. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Paraguay 3. Instituto Malbrán. Argentina 4. Laboratorio Central de Salud Pública. Paraguay	41	<b>EFECTOS NOSOCOMIALES EN PEDIATRÍA</b> <b>Efectos Colaterales Durante la Infusión de Anfotericina B en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</b> DOMANICZKY F, SAMUDIO G, CARRERAS D. Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de infecto logia y neonatología Universidad católica Nuestra señora de la Asunción.	43
154	<b>Prevalencia sensibilidad y perfil Genético de <i>Streptococcus pneumoniae</i> Serotipo 14, Paraguay. 2006 a 2010.</b> KAWABATA A <sup>1</sup> , LEON M <sup>1</sup> , CHAMORRO G <sup>1</sup> GOMEZ G <sup>2</sup> , QUINONEZ B <sup>3</sup> , ORTELLADO J <sup>4</sup> , RIVAS M <sup>5</sup> , LEGUIZAMON M <sup>6</sup> , BLASCO R <sup>7</sup> IRALA J <sup>8</sup> , FRANCO R <sup>9</sup> . <sup>1</sup> LCSP, <sup>2</sup> HN, <sup>3</sup> HGP, <sup>4</sup> CMI, <sup>5</sup> HC, <sup>6</sup> IPS, <sup>7</sup> HRCDE, <sup>8</sup> IMT, <sup>9</sup> INERAM	41	<b>Muertes por Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</b> BORJA N, FERNÁNDEZ M, CASTILLO A, BRITZ S, COUCHONNAL E, PRADO M	43
155	<b>Utilización de BACOVA en el Diagnóstico de la Vaginosis Bacteriana.</b> PALACIOS, Y. GALEANO, A. ALMADA, P, LIRD, G. SOILAN, B. ORTELLADO, J. GOMEZ, G, HEINICHEN, O. MARIN, M. Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Católica, sede Asunción.	41	<b>Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.</b> BORJA N, FERNÁNDEZ M, CASTILLO A, BRITZ S, COUCHONNAL E, PRADO M. Hospital Santísima Trinidad	44
156	<b>Frecuencia de Agentes Bacterianos y su Perfil de Sensibilidad en Urocultivos Procesados en el Laboratorio Central de Salud Pública en el 2010.</b> NAGAI M, ALVAREZ M, TORALES J, Laboratorio Central de Salud Publica	42	<b>Incidencia de Sepsis Intrahospitalaria, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ciudad del Este, en el Periodo Setiembre del 2009 a Agosto del 2011.</b> MEZA G, ROJAS G, JARA E, OPORTO M. Hospital Regional de Ciudad del Este	44
157	<b>Estafilococo Coagulasa Negativo. Especies más Frecuentes y Factores de Virulencia.</b> FARIÑA N <sup>1,2</sup> , CARPINELLI L <sup>1</sup> . SAMUDIO M <sup>1</sup> . GUILLEN R <sup>1</sup> . LASPINA F <sup>1</sup> . SANABIRA R <sup>1</sup> . ABENTE S <sup>1</sup> . FIGUEREDO L <sup>2</sup> . MIÑO DE KASPAR H <sup>1</sup> . <sup>1</sup> Instituto de Investigaciones de la Salud. <sup>2</sup> Laboratorio San Roque	42	<b><i>Staphylococcus</i> Adquirido en la Comunidad: Caracterización Clínica, Fenotípica y Genotípica de Aislados en Niños lue Concurren a Hospitales de Referencia de Asunción y Dpto. Central.</b> GUILLEN R, BASUALDO W, , CAMPUZANO DE ROLON A, MACCHI M, ORTELLADO J, ALMADA P, QUINHONES B, ARGUELLO R, CASTRO H RODRIGUEZ M, PALACIOS M, GRAU L, VELAZQUEZ G, ESPINOLA C, SAMUDIO G, GOMEZ G, CARPINELLI L, RUSSOMANDO G	44
158	<b>Candiasis Invasiva y Resistencia a Antifúngicos.</b> CANDIA E, PEREZ L, SAMUDIO GC, NUÑEZ D. Sevcio de Infectología. Instituto de Previsión Social –	42		

## CASOS CLINICOS ADULTOS

### 001. Abdomen Agudo por Paracoccidiodomicosis. Reporte de un Caso.

MARTINEZ N, SEGOVIA H, SOSA I, SERVIN D, YAMANAKA W, BENITEZ L.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas.

**Introducción:** La Paracoccidiodomicosis es una micosis profunda, granulomatosa y supurativa, producida por el *Paracoccidiodies brasiliensis*. Afecta principalmente el pulmón, tegumentos y ganglios linfáticos. En la forma crónica puede comprometer esófago e intestinos, con manifestaciones clínicas de dolor, diarreas, adelgazamiento y masa abdominal. **Caso:** Paciente de 52 años, portador de VIH, con historia de 48hs de dolor en fosa ilíaca derecha y flanco derecho, con defensa e irritación peritoneal, fiebre, astenia y pérdida de peso. Ecografía: líquido libre en espacio de Morrison. En la cirugía, se constata masa tumoral perforada en ciego y colon ascendente indurado, con adenopatías en pared abdominal y mesenterio. Se realiza colectomía derecha y anastomosis ileo-transversa. Biopsia: inflamación crónica con presencia de microorganismos compatibles con Paracoccidiodomicosis, las coloraciones con ácido periódico de Schiff son positivas, para dicho microorganismo. Se realizó tratamiento con itraconazol, con buenos resultados a los 6 meses. **Discusión:** La Paracoccidiodomicosis posee una forma infrecuente de presentación como neoplasia intestinal perforada. El diagnóstico presuntivo puede hacerse en la cirugía; siendo imprescindible el estudio micológico e histopatológico, para lograr el diagnóstico etiológico. **Palabras Claves:** Paracoccidiodomicosis. Diagnóstico. Tratamiento.

### 002. Cardiopatía Chagásica Crónica: Presentación de 3 Casos.

ARRUA TORREANI N, VERA DE BILBAO N, SCHININI A, CARPINELLI M.

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA

La Cardiopatía Chagásica Crónica se presenta entre 10 a 20 años después de la infección, en un 30 a 40% de los casos. Presentamos 3 pacientes recientemente admitidos al Consultorio Externo del IICS: **Caso 1**, masculino, 55 años oriundo de Santaní que inicia su insuficiencia cardíaca hace 3 años llegando al grado CF IV/IV y es internado por un episodio de edema agudo de pulmón requiriendo anticoagulación permanente por la disquinesia ventricular izquierda con presencia de trombos intracavitarios. **Caso 2**, de Paraguarí, 53 años, masculino, presenta tendencia arritmogénica de la Cardiopatía Chagásica Crónica con episodios pre sincopales secundarios a taquicardia ventricular no sostenida detectada por Holter a pesar de la terapéutica antiarrítmica implementada (Amiodarona). **Caso 3**, masculino, 36 años de Benjamín Aceval, internado por un síndrome febril prolongado que resultó ser Leishmaniasis Visceral, desarrolla todos los síntomas de una Insuficiencia Cardíaca Congestiva secundaria a una Miocardiopatía Dilatada. Pero el informe ecocardiográfico describe una Disfunción sistólica difusa compatible con pobre Función Ventricular secundaria a cardiopatía isquémica/hipertensiva. Nótese que la cardiopatía isquémica es poco prevalente a la edad de 36 años, y la presión arterial del paciente oscilaba alrededor de 110/70 teniendo escasos signos ecocardiográficos de hipertrofia ventricular izquierda. Todos resultaron positivos por los métodos IFI y ELISA para Chagas, nacieron en zona endémica y presentaban cardiomegalia en la Radiografía de Tórax. Dos de ellos con Hemibloqueo Anterior Izquierdo más Bloqueo Completo de Rama Derecha, y fibrilación auricular. **Conclusión:** Con estos casos, se ilustra la presencia de la Cardiopatía Chagásica Crónica en etapa avanzada de su evolución, en Paraguay, con las mismas características que en los países vecinos. **Palabras calves:** Hemibloqueo, Holter.

### 003. Caso Importado de Malaria Mixta Atendido en un Hospital de Emergencias y Urgencias de Lima-Peru.

Ramírez-Wong FM<sup>1</sup>, Díaz-Tavera ZR<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Infectólogo Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa. <sup>2</sup>Epidemióloga Universidad Nacional Callao

Presentamos un caso de Malaria Mixta V/F, que en Perú tiene una prevalencia en el rango de < 0.1-1% (vivax: 2+,50%;falciparum: 1+F, <5%). Habitualmente el paludismo ocurre en zona endémica y mayoritariamente por una sola especie de parásito. Con gota gruesa positiva informada por el laboratorio clínico del hospital Casimiro Ulloa sospechamos que el paciente probablemente adquirió la parasitosis en Pucallpa, e inicio su enfermedad insidiosamente con fiebre mayor de 39 °C, artromialgia vómitos biliosos, hipotensión, plaquetopenia severas. Exámenes laboratoriales: leucocitos 4000, plaquetas 20,000, linfocitos

10%, abastoados 13%, neutrofilos 86%, examen de orina: glucosa (-), cuerpos cetónicos (+), urobilinógeno (+). Las plaquetas a las 24 horas de tratamiento 21,000 y a las 48 horas 53,000. Planteamos como diagnóstico. 1) Malaria mixta, 2) Deshidratación / Hipotensión. Cursó quejumbroso, adolorido, nauseoso. El cuadro clínico remitió con cloruro de sodio; matamizol; cloroquina x 250mgs, 4-4-2 tabletas; primaquina x 15 mgs, 2 tabletas cada 24 horas, clindamicina 600 mgs. EV cada 8 horas esquema terapéutico igual de efectivo para los casos sensibles de zona endémica de la amazonía y norte del país; a las 72 horas de tratamiento gota gruesa de control: +/2 V; evolucionó favorablemente, estabilizado fue transferido a un servicio de medicina tropical. **Palabras clave:** Malaria mixta, microscopistas, emergencia, shock-trauma

### 004. Coccidiodomicosis como Primera Manifestación de SIDA.

ALARCÓN R, CARDOZO M, TABOADA, SAMANIEGO S, BENITEZ G, AGUILAR G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay

**Introducción:** La Coccidiodomicosis es una infección definitiva de SIDA, con una prevalencia de 0,2 a 0,3%, en áreas endémicas (zonas áridas desde Estados Unidos hasta Argentina, incluyendo el chaco paraguayo), en quienes se presenta en forma más severa, con una mortalidad mayor al 60%. **Caso clínico:** varón, 41 años, estancia en el Chaco Paraguayo dos años antes. Consulta por fiebre, disnea progresiva hasta el reposo, tos y cefalea, hiporexia, astenia, pérdida de peso de 7kg, FC:100x', FR: 40x, Tax: 39°C, pálido, tiraje supraesternal, no rales, se inicia TMP/SMX. Con empeoramiento, clínico y radiológico, se inicia antibacilares y anfotericina B, prednisona. CD4: 49, CV: 529.080, se inicia TARGA. Se recibe esputos que informa: Coccidiodies immitis, se suspende antibacilares. Rush en tronco y anemia. Evolución tórpida. Se hace Ganciclovir por Ag pk65(+). Completa anfotericina B 2500mg. 12 esputos p/ BAAR negativos. 71 DDI: es dado de alta con corticoides, en el contexto de SIRS, Fluconazol 400mg/d. Nuevo esputo compatibles con coccidiodies, se reinicia anfotericina B 100 mg tres veces por semana, completando 1500mg, más Itraconazol 400mg/d, con mejoría. **Discusión:** Se debe considerar el diagnóstico de Coccidiodies spp en aquellos pacientes con mal estado general, fiebre, síntomas respiratorios y que vivan o hayan vivido en áreas endémicas. El diagnóstico se puede establecer mediante estudios serológicos, histopatológicos y microbiológicos. El tratamiento con los nuevos antifúngicos y en combinación debe considerarse y sigue siendo un reto terapéutico en los pacientes con infección VIH-SIDA, pues no responden un solo anti fúngico, como en este caso que se tuvo que asociar. **Palabra claves:** Insuficiencia respiratoria, antifúngicos.

### 005. Encefalitis por Dengue.

LEIVA G. ARREDONDO M, TABOADA A., AGUILAR G., SAMANIEGO S., BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos.

**Introducción:** El dengue es la enfermedad infecciosa reemergente más importante en los últimos 50 años y la principal enfermedad viral humana transmitida por artrópodos. Puede presentar manifestaciones neurológicas en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, que puede ir desde leve a ser fatal. Se presenta éste caso por ser el único caso de encefalitis en la última epidemia que ha sufrido nuestro país. **Caso clínico:** varón, 21 años, consulta por 3 días de fiebre, mialgias, cefalea, 2 días náuseas y vómitos en 4 oportunidades, es visto en la urgencia, tratamiento sintomático más hidratación por ausencia de signos de alarma va la casa, volviendo horas después. Ingresó lúcido, estable, afebril, lazo negativo, lengua seca, palidez cutánea mucosa, abdomen indoloro. GB 3000 Ne: 32 Lc: 68 Hto: 34,5 Plaq: 82000, Hepatograma normal. Durante su internación presenta vómitos y gingivorragia, febril, luego hipotenso, con hematemesis, dolor en epigastrio, poca tolerancia vía oral. GB 1600 Ne: 11 Lc:83 Hto: 30,6 Hb:10,7 Plaq: 84000. Por neutropenia febril severa recibe ceftriaxona e ingresa a UTI por presentar nuevamente hematemesis y letargia. Evolucionó a la somnolencia, nula ingesta vía oral, hipoglicemia normotenso, febril, incontinencia urinaria, exantema generalizado no pruriginoso. GB 2100 Ne: 51 Lc: 47 Hb: 12 Hto: 36,1 Plaq: 50000 Horas después presenta convulsiones, entra en paro cardiorespiratorio, se realiza RCP avanzado por 60min sin éxito, PL normal. IgG, IgM para

dengue positivo. TAC cráneo con edema. **Discusión:** se sabe poco sobre la verdadera incidencia de las complicaciones neurológicas que provoca la infección del virus del dengue. En este reporte de caso se describe un caso con diagnóstico clínico y serológico de infección por dengue con afectación del sistema nervioso central, una complicación poco habitual, con desenlace fatal, a pesar de todas las medidas terapéuticas administradas. **Palabras claves:** Convulsiones, Enfermedad infecciosa.

#### 006. Hallazgo de BAAR en Médula Ósea en Pacientes con SIDA, Serie de Casos.

VILLALBA J. TABOADA A., AGUILAR G., SAMANIEGO S., BENITEZ G. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay

**Introducción:** La tuberculosis, causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, afecta al aparato respiratorio preferentemente, pero puede afectar cualquier órgano e incluso generalizarse, sobre todo en los pacientes con SIDA. La infiltración de médula ósea se describe poco, por lo que nos pareció relevante la presentación de estos casos. **Caso 1:** mujer, 36 años, con múltiples infecciones oportunistas, y varias internaciones, presenta anemia persistente a pesar de los cambios de medicación y las transfusiones. Punción espirativa de Médula ósea (PAMO) con frotis negativo, y cultivo positivo para *Mycobacterium Tuberculosis*, se inicia cuádruple terapia antibacilar con normalización de valores de hemoglobina. **Caso 2:** varón de 45 años, 1 mes de cefalea, fiebre y sudoración profusa, 15 días de astenia progresiva, anorexia, pérdida de peso. Anemia y plaquetopenia. Con múltiples infecciones oportunistas. Se realiza PAMO: BAAR +, se inicia tto antibacilar. **Caso 3:** mujer, 36 años. 8 meses de fiebre y sudoración profusa, astenia, pérdida de peso, tos, mareo, disnea progresiva. 30 días de lesión costrosa en nariz, diarrea, vómitos. Ecocardiograma: hipoquinesia difusa global, derrame pericardio leve. FE: 35%. Se realiza PAMO que informa BAAR +, Heces: BAAR +++. Lesión en piel: *Histoplasma capsulatum*, tratada con cuádruple terapia antibacilar y Anfotericina B. **Discusión:** la tuberculosis tiene un alto impacto en los pacientes con SIDA, con una incidencia y prevalencia muy alta, hallazgos de BAAR en PAMO son muy poco frecuentes. Esto nos enseña que en todo paciente con SIDA con alteración hematológica sin causa o un síndrome febril prolongado se debe de realizar la búsqueda de BAAR en PAMO, tanto al frotis como en el cultivo, sobre todo en paciente severamente inmunodeprimidos y con múltiples patologías oportunistas. **Palabras claves:** Antibacilar, Cefalea, PAMO.

#### 007. Hallazgo de Meningitis a *Listeria monocitogenes* en una Paciente Joven

GUERRERO A., NUÑEZ D., BENITEZ G., OVANDO F., CACERES C. La infección del SNC con la *Listeria monocitogenes* (LM) ocurre en aproximadamente el 50% es el cuadro clínico más común en la mayoría de los pacientes con listeriosis. Aproximadamente el 25% de la *Listeriosis* hace bacteriemia primaria sin foco evidente o metástasis. Y ocurre especialmente en pacientes inmunocomprometidos pero también puede ocurrir en pacientes embarazadas. El cuadro clínico se parece a una sepsis por gram-negativos. Las infecciones del SNC causadas por LM varía entre encefalitis difusa a abscesos bien localizados. La meningitis puede ocurrir en asociación con encefalitis, abscesos cerebrales o abscesos espinales. La meningoencefalitis o cerebritis sin meningitis es menos frecuente. El curso clínico no es específico de fiebre, cefalea y vómitos los primeros 10-14 días seguido por disfunción troncal, marcada por parálisis de los nervios craneales, sigue obnubilación y convulsiones. En la mayoría de los casos el LCR es estéril, pero los hemocultivos son positivos. **Caso clínico.** Sexo femenino 35 años. Hipertensa, dislipidemia, lupica en tratamiento con micofenolato, azatioprina y prednisona. Consulta por dolor torácico, fiebre, cuadro compatible con Pericarditis. Recibe bolos de metil prednisolona interpretándose como actividad lupica., al día 6 de internación presenta deterioro del sensorio en forma progresiva con somnolencia hasta llegar al estupor, afebril, con rigidez de nuca. Punción lumbar con citoquímico alterado, tinta china negativo. se inicia meropenem + fluconazol dosis meningítica, 24 hs líquido después ante la no mejoría del estado del sensorio nueva Punción lumbar ( falta LCR), recibe nuevo pulso de metil prednisolona. Continúa deterioro de la conciencia por lo que se trasladó a cuidados críticos. En el 13º día se recibe cultivo de cefalorraquídeo positivo para *Listeria monocitogenes* y la paciente fallece. **Comentario.** Considerando un cuadro relativamente escaso en nuestra población, considerado como más frecuente en edades extremas, es imperativo el pensamiento clínico en la patología sobre todo ante paciente inmunosuprimida, teniendo en cuenta la sensibilidad a la ampicilina del

germen y la buena respuesta a la terapia precoz. **Palabras claves:** Inmunosuprimida, UTI.

#### 008. Hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*.

CANDIA E., OBREGON B. Instituto de Previsión Social – Hospital Central

La strongiloidiasis diseminada se desencadena más frecuentemente en los huéspedes inmunodeprimidos, como pacientes con VIH, trasplantados, oncológicos, desnutridos, y en especial en aquellos que se encuentran bajo tratamientos prolongados con corticoides. Su hallazgo como enfermedad diseminada es extremadamente raro. Se presenta este **caso clínico** a fin de poner énfasis en la prevención de una patología posiblemente fatal. Varón, 53 años, con tumor intracerebral en tratamiento con corticoides. Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos para monitoreo postoperatorio inmediato de exéresis tumoral. Sedado, intubado, conectado a ventilación mecánica, con evolución favorable se lo extubó a las 48hs del ingreso, 48hs postextubación presenta Insuficiencia Respiratoria Aguda. Se inicia de forma empírica Meropenem + Vancomicina ante sospecha NAV. El lavado broncoalveolar identificó larvas rhabditoides de *Strongyloides stercoralis* y SAMR. Se agrega ivermectina 0,2mgkpd VO, con evolución tórpida, se repite BAL los días 7 y 14 de iniciado el tratamiento con ivermectina, con la desaparición de la larva en el segundo control. Masculino de 37 años, con Glioma Cerebral tratamiento con radioterapia concluido hace 3 años. Ingresó por paresia de miembros inferiores, dolor en región interescapular y parestesia en región anterior del tórax, en RMN se evidencia tumor intramedular C7-D1 por lo que se decide su intervención quirúrgica previo administración de dexametasona, luego de 2 semanas de internación presenta deposiciones líquidas en cuyo coprocultivo se aísla *Strongyloides stercoralis*, se inicia tratamiento con ivermectina 0.2mgkpd, 2 días después presenta tos con expectoración hemoptoica luego hemoptisis franca y sensación febril; en cultivo de esputo se aísla *Strongyloides stercoralis*, se agrega al tratamiento albendazol. Luego de 48hs presenta paro respiratorio falleciendo posteriormente. **Conclusión:** Ante pacientes inmunodeprimidos, que reciben o recibirán tratamiento con inmunosupresores, en especial con corticoides, la pesquisa y el inicio precoz de desparasitación contra *Strongyloides stercoralis* puede incidir en forma determinante en la evolución. **Palabras claves:** Corticoides, Enfermedad diseminada, Esputo.

#### 009. Histoplasmosis Duodenal, Presentación de Caso Clínico

SAMUDIO T., VALDEZ M.R., AGUAYO N Y MERLO OSCAR. Programa Nacional de Control del VIH/ SIDA/ ITS. (PRONASIDA) - Instituto de Medicina Tropical. (IMT).

**Introducción:** La histoplasmosis se presenta en pacientes muy inmunodeprimidos, CD4<100 cel/mm3, pudiendo ser en piel, pulmones o sistémica, pero, la localización intestinal única, es rara. **Caso clínico:** Masculino, de 45 años, trabajador rural, diagnosticado SIDA en el año 2007, presentó múltiples fallas terapéuticas, la última con CD4 7 cel/mm3 y CV 334.774 copias/ml, cambiándose su TARV a FTC/TDF+Lop/r, presentó epigastralgia, dispepsia, flatulencias, intolerancia gástrica y pérdida de peso. En la piel no se observaron nódulos ni úlceras. Pulmones limpios. No visceromegalias ni adenomegalias, con leve anemia, leucopenia, perfil hepático, renal y Rx de Tórax normales. La EDA mostró Gastritis hiperémica erosiva de antro, bulbo duodenal normal, en la 2da porción los pliegues dejaron ver alguna imagen dentada (“en peine”) con sobre elevaciones de la mucosa de aspecto hiperémico. **Biopsia:** Vellosidades poco desarrolladas por ocupación de la lámina propia por numerosos macrófagos que contenían organismos de núcleo basófilo rodeados de halo claro que correspondieron a Histoplasmosis. Recibió Anfotericina B y profilaxis con Itraconazol. Buena evolución clínica, virológica e inmunológica. **Discusión:** Se describe el caso por ser una presentación única y pequeña en un paciente muy inmunodeprimido, cuando lo habitual es la forma sistémica. **Palabras clave:** Histoplasmosis-inmunodeprimidos

#### 010. Mujer Joven, HIV + y Sarcoma de Kaposi, con Pareja Heterosexual.

AQUINO N., MONTIEL D. Hospital Nacional de Itauguá

**Objetivo:** Presentar una mujer joven con Sarcoma de Kaposi - Sida. **Introducción:** El Sarcoma de Kaposi en mujeres es sumamente raro, prevalencia del 3% según la literatura. De los pocos casos

informados se sabe que sostenían relaciones sexuales con hombres bisexuales; hasta ahora no se han informado casos en mujeres que adquirieron la infección a través del contacto exclusivamente heterosexual o por transfusión sanguínea. **Caso Clínico:** Mujer de 26 años, procedente de Curuguaty, consulta por fiebre y diarrea de 1 mes de evolución, pérdida de peso de 5 kg, aparición de lesiones violáceas en piel que inicia en pabellón auricular derecho hace 8 meses, posteriormente lesiones con iguales características a nivel de rostro, cuello, tronco y miembros inferiores de 4 meses de evolución. Antecedentes patológicos personales de *Herpes Zoster* hace 4 años, no usuaria de drogas ilícitas, no refiere antecedentes de transfusión sanguínea. Examen físico: Lesiones violáceas en oreja derecha, cara, en forma aislada en tronco y miembros inferiores, tatuaje en tórax y mano izquierda. **Comentario:** La paciente refiere haber tenido pareja bisexual hace 6 años. Se cita en la literatura que las mujeres con sarcoma de Kaposi tienen antecedentes de haber mantenido relaciones con pareja homosexual, lo que podemos constatar en nuestra paciente. Según información obtenida por LACIMET, se reportan 3 casos de mujeres con Sarcoma de Kaposi-Sida sin datos de haber mantenido relaciones con parejas bisexuales. **Palabras claves:** *Herpes zoster*, Sarcoma de Kaposi.

#### 011. Paracoccidioidomicosis (PCM) y Tuberculosis, Coinfección.

VELAZQUEZ D, TABOADA A, ALARCÓN R, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos, Asunción-Paraguay.

**Introducción:** La PCM produce lesiones en piel y mucosas, ganglios y pulmones, e incluso puede generalizarse. Su asociación con la tuberculosis se describe con una frecuencia aproximada del 20%, con compromiso pulmonar fundamentalmente. El compromiso de serosas es casi exclusivo de la tuberculosis. Este caso es el segundo de nuestra casuística. **Caso clínico:** varón, 64 años, con úlcera en labio inferior y lengua de 3 años de evolución, al que se agrega en forma progresiva disfonía, disfagia y odinofagia, 3 meses de fiebre intermitente, tos y pérdida de peso. Al ingreso: boca: lesión ulcero costrosa, fondo eritematoso en el labio inferior, superior y lengua de aspecto aframbuesado. Pie derecho, 1 dedo cara plantar con lesión ulcerada, profunda, de bordes sobre elevados, ganglio sub-maxilar 1,5 cm de diámetro, epiglotis amputada, tejido de granulación en ambos aritenoides, infiltrado pulmonar miliar. Recibió 1950mg de Anfotericina B. Escarificación de lesión de boca y del 1º dedo del pie: PCM. Mejoría clínica. Casi al alta Ecocardio: Derrame pericárdico moderado, con colapso parcial del atrio derecho e inicio del ventrículo derecho, se inició antibiología y corticoides. Cultivos de esputo: BAAR positivo. **Comentario:** Cuando se presenta la asociación de TBC y PCM el compromiso en generalmente pulmonar, se buscó desde el inicio BAAR es esputos, pero los frotis fueron negativos, el hallazgo de la pericarditis que no se describe en la PCM, nos orientó en el diagnóstico de TBC, por lo que se decidió iniciar el tratamiento, confirmándose con el cultivo de esputo a los 45 días. Siempre en todo paciente con PCM, sobre todo con compromiso pulmonar se debe de insistir en la búsqueda de BAAR, y ante la presencia de serositis se debe de iniciar el tratamiento antibiología, en espera de los cultivos y el resultado de los métodos diagnósticos. **Palabras claves:** Cultivo, Derrame pericárdico, Pulmonar, Serositis.

#### 011. Paracoccidioidomicosis (PCM) Diseminada con Invasión al Sistema Nervioso Central.

AZAS M, TORRES E, SALINAS M. Instituto de Previsión Social

**Introducción:** La PCM es una micosis endémica de varios países de América Central y del Sur. La primoinfección es habitualmente pulmonar, autolimitada y asintomática. Varios años después, la enfermedad puede reactivarse con manifestaciones sistémicas que, por lo general, comprometen las mucosas de la vía aerodigestiva superior, la piel, los ganglios, el tejido celular subcutáneo, las glándulas suprarrenales y, con menos frecuencia, el sistema nervioso central. En el 65% de los casos, las lesiones cerebrales son múltiples, en tanto que en el 35% restante son únicas. Cuando existen otras localizaciones de la enfermedad, el diagnóstico del compromiso neurológico se facilita y puede sospecharse por los hallazgos en neuroimágenes. Los exámenes complementarios comprenden fundamentalmente los estudios radiológicos y microbiológicos. Las imágenes son muy variadas y corresponden generalmente a abscesos. La presencia de estas lesiones plantea problemas diagnósticos diferenciales con neoplasias. **Caso clínico:** Masculino 53 años. Cuadro de 2 semanas de debilidad el hemicuerpo derecho. Se realiza radiografía de tórax, se constata imagen radiopaca inhomogénea redondeada en base derecha. Tomografía de cráneo imágenes compatibles con abscesos. Se observa esporas micóticas exoesporuladas compatibles

con PCM B. en muestra de BAL y lesión de paladar. Recibe TMP-SMX y anfotericina B. **Discusión:** El objetivo de esta comunicación es describir los hallazgos en un paciente con enfermedad diseminada crónica y abscesos cerebrales múltiples causados por *P. brasiliensis*. **Palabras claves:** Micosis, *P. brasiliensis*, Neoplasia.

#### 012. Paracoccidioidomicosis Diseminada con Invasión al Sistema Nervioso Central.

AZAS M, TORRES E, SALINAS M.

Instituto de Previsión Social

**Introducción.** La PCM es una micosis endémica de varios países de América Central y del Sur. La primoinfección es habitualmente pulmonar, autolimitada y asintomática. Varios años después, la enfermedad puede reactivarse con manifestaciones sistémicas que, por lo general, comprometen las mucosas de la vía aerodigestiva superior, la piel, los ganglios, el tejido celular subcutáneo, las glándulas suprarrenales y, con menos frecuencia, el sistema nervioso central. En el 65% de los casos, las lesiones cerebrales son múltiples, en tanto que en el 35% restante son únicas. Cuando existen otras localizaciones de la enfermedad, el diagnóstico del compromiso neurológico se facilita y puede sospecharse por los hallazgos en neuroimágenes. Los exámenes complementarios comprenden fundamentalmente los estudios radiológicos y microbiológicos. Las imágenes son muy variadas y corresponden generalmente a abscesos. La presencia de estas lesiones plantea problemas diagnósticos diferenciales con neoplasias. **Caso clínico:** Masculino 53 años. Cuadro de 2 semanas de debilidad del hemicuerpo derecho. Se realiza radiografía de tórax, se constata imagen radiopaca inhomogénea redondeada en base derecha. Tomografía de cráneo imágenes compatibles con abscesos. Se observa esporas micóticas exoesporuladas compatibles con PCM B. en muestra de BAL y lesión de paladar. Recibe TMP-SMX y anfotericina B. **Discusión:** El objetivo de esta comunicación es describir los hallazgos en un paciente con enfermedad diseminada crónica y abscesos cerebrales múltiples causados por *P. brasiliensis*. **Palabras claves:** Anfotericina B, BAL, Micosis.

#### 013. Paracoccidioidomicosis forma de presentación inusual.

CRISTALDO S<sup>1</sup>, ESCALANTE E<sup>2</sup>, SILVERO S<sup>3</sup>, SALINAS M<sup>3</sup>  
Hospital Central del Instituto de Previsión Social – Departamento de Medicina Interna – Servicio de Clínica Médica – Asunción – Paraguay

<sup>1</sup>Jefe de Sala Clínica Médica <sup>2</sup>Residente de 2do Año Clínica Médica <sup>3</sup>Residente de 1er Año Clínica Médica

**Introducción:** La paracoccidioidomicosis es una micosis sistémica producida por un hongo, *Paracoccidioides brasiliensis*, afecta principalmente al adulto masculino, afecta el pulmón en un 90%, seguida por la presentación mucocutánea y menos frecuente ganglios y otros órganos como glándula suprarrenal, hígado, bazo, tubo digestivo y SNC. El tto de elección es Itraconazol **Caso:** Mujer, 64 años refiere exacerbación de dolor abdominal tipo cólico, deposiciones líquidas con sangre y mucus, sensación febril, y pérdida de peso de 2 años de evolución. Al examen físico: Sx constitucional Múltiples ganglios aumentados; nivel supraclavicular, axilar y cadena carotídea, con secreción espontánea de aspecto purulento, no fétido. Cursa con deposiciones líquidas y dolor abdominal diarios. EDA: Normal, EDB: Enfermedad Inflamatoria Intestinal?. Biopsia colónica: proceso inflamatorio crónico en mucosa y submucosa, presencia de granulomas y esporas micóticas que podrían corresponder a Paracoccidioidomicosis, no se observó proceso maligno. Biopsia de ganglio supraclavicular izquierda: inflamación crónica con numerosas esporas micóticas. Examen en fresco de secreción de ganglio axilar der: esporas micóticas compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis*. Recibe 300mg Anfotericina B Dexociglicolato, con mala evolución. **Discusión:** La presentación intestinal y ganglionar es una presentación no frecuente de paracoccidioidomicosis. En el caso expuesto presenta características clínicas y laboratoriales que confirman el diagnóstico. **Palabras claves:** Micosis ganglionar e intestinal, Paracoccidioidomicosis.

#### 014. Piomiositis a propósito de un caso

ALONSO G. Hospital Central del IPS

**Introducción:** La piomiositis primaria es una rara infección bacteriana aguda del musculo esquelético habitualmente debida a *S. aureus*. Clínicamente se caracteriza por dolor muscular, tumefacción

y sensibilidad al tacto. Como en la mayoría de los pacientes no se identifica una puerta de entrada, se cree que se produce como complicación de una bacteriemia transitoria. Las localizaciones más habituales se producen en los miembros inferiores y los músculos del tronco. El tratamiento de elección es ATB y drenaje de la lesión.

**Descripción del caso:** Paciente femenina adulta mayor hipertensa que acude por cuadro de 10 días de dolor a nivel de la región clavicular y hombro izquierdo de inicio insidioso, opresivo, continuo que irradia a cuello y brazo izquierdo, se medica con AINES sin mejoría. Refiere cambios de coloración a nivel del pómulo y región anterior del tórax. Llama la atención signos inflamatorios en región esternoclavicular izquierda. Ingresa a sala en regular estado general recibe tratamiento antibiótico empírico por cuadro pulmonar presenta mala evolución clínica, llegando a sepsis. TAC de tórax: ECM engrosado previo a su inserción a nivel clavicular, múltiples adenomegalias e imágenes de condensación en base derecha con broncograma aéreo. Ecografía: aumento del tamaño del músculo ECM izq. así como heterogeneidad del mismo". En RMN proceso expansivo a nivel de la articulación esternoclavicular izquierda, con componente mixto (sólido/líquido) colección a nivel del vientre muscular del ECM en su porción anteromedial y otra colección a nivel de la inserción esternal del músculo pectoral mayor" interpretándose como Piomiositis. Hemocultivos negativos, cultivo de esputo: *Staphylococcus aureus* MR recibe antibioticoterapia dirigida con vancomicina, se decide no realizar punción dada la ubicación de la lesión. La paciente presenta mejoría del estado general y disminución del tamaño de la tumoración tras completar tratamiento antibiótico. Discusiones: Sin puerta de entrada evidente, se atribuye como etiología a una bacteriemia debido a su patología pulmonar. Se realizó tratamiento dirigido con buena respuesta y, a pesar de no haber sido drenado, el tamaño de la tumoración disminuyó considerablemente, con mejoría clínica y laboratorial. **Palabras claves:** Dolor muscular, *S. aureus*, Sensibilidad al tacto.

#### 015. Tuberculosis Extrapulmonar. Presentación de Dos Casos.

VERA V<sup>1</sup>, SOSKIN A<sup>2</sup>, BRAY C<sup>2</sup>, MOLINAS F<sup>1</sup>, CRISTALDO C<sup>2</sup>, NUNES MC<sup>2</sup>.

Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Nacional de Itagua. <sup>1</sup>Médico Residente - Servicio de Anatomía Patológica - Hospital Nacional de Itagua. <sup>2</sup>Médico Patólogo - Servicio de Anatomía Patológica- Hospital Nacional de Itagua.

**Introducción:** La TB extrapulmonar supone el 10-20% del total de TB que padecen los pacientes inmunocompetentes, y se incrementa en las personas con inmunodeficiencia. La afectación ganglionar es la más frecuente, seguida de la urogenital y la osteoarticular. Reportamos dos casos. **Descripción de los casos:** Paciente de 40 años, antecedente de parto domiciliario pre-término y óbito fetal. Presentó fiebre y alteración de la conciencia. Se le realizó histerectomía total con diagnóstico de sepsis de origen genital. Se constató útero aumentado de tamaño. A la microscopía proceso inflamatorio crónico granulomatoso. La paciente falleció a los 2 días post-cirugía. El otro, paciente masculino, 38 años. Cirugía 24 hs antes del ingreso por peritonitis, encontrándose 2 perforaciones del intestino delgado. A la microscopía se observó un proceso inflamatorio crónico granulomatoso. Fue dado de alta a los 9 días del ingreso. **Conclusión:** en general una tuberculosis extra pulmonar no es un diagnóstico en el cual pensamos en primer término dada la poca frecuencia de la enfermedad. **Palabras claves:** Afectación ganglionar, Inmunocompetente, TB extrapulmonar.

#### 016. Recaída de Leishmaniasis Visceral en paciente inmunocompetente

PORTILLO M, TABOADA A, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay

**Introducción:** La Leishmaniasis visceral sigue siendo una patología frecuente en población general, en la mayoría de los casos del área central. En nuestro servicio fueron tratados varios de éstos pacientes, la mayoría de ellos con buena respuesta, algunos pocos presentaron desenlace fatal siendo estos inmunodeprimidos o con patología de base conocida. Recaída se constató en un sólo paciente no VIH, el cual traemos a colación. **Caso clínico:** varón, 60 años, masculino, desocupado, procedente de San Lorenzo, 8 meses antes consultó por 3 meses de fiebre y astenia, anemia y leucopenia, Eritro: 112, IFI p/ Leishmania: positivo, RK39: positivo, Hepatoesplenomegalia, pérdida de peso de 30 Kg. PAMO: presencia de amastigotes de Leishmania. Se realizó 1000 mg. de Anfotericina B, con remisión de los síntomas. Reingresa por 10 días de fiebre, astenia y hepatoesplenomegalia, con anemia y leucopenia, IFI p/ Leishmania: negativo, RK 39: negativo, PANO: presencia de amastigotes de

Leishmania, recibió 1100 mg. de Anfotericina B, con buena evolución clínica y laboratorial, con elevación de urea y creatinina. CD4: 692 células. Actualmente afebril, sin vísceras palpables. **Discusión:** En éste caso en particular, consideramos que la carga parasitaria estuvo relacionada con la cantidad de medicación necesaria para obtener la curación del paciente. En la mayoría de los casos una dosis total de 1000mg de Anfotericina o 20 a 28 días de tratamiento con antimoniato de meglumina son suficientes para la curación del paciente. En éste caso probablemente la carga era mayor y podría ser que el tratamiento realizado en su primera internación, no fue suficiente para la cura, pero disminuyó en cantidad importante ésta carga, por lo cual la realización de la misma dosis en su segunda internación debió ser suficiente para obtener la cura. **Palabras claves:** hepatoesplenomegalia, RK 39 negativo.

#### 017. Celulitis a *Aeromona sobria*. Presentación de un caso.

VELAZQUEZ D, TABOADA A., BENÍTEZ G., SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay. **Introducción:** Las *Aeromonas*, son bacilos Gramnegativos cuya producción de toxinas, son los responsables de la patogenicidad. Los reservorios naturales son los reptiles, anfibios y peces, el hombre puede ser portador. Se presenta un caso de fascitis a raíz de una lesión adquirida en agua dulce. **Caso clínico:** varón, 74 años, 24hs de dolor y eritema en la planta del pie izquierdo posterior a la picadura de raya, con progresión del dolor, del eritema y la coloración violácea, donde realizó un corte en 1er dedo. Ingresa estable, Tax.38°C. Miembro inferior izquierdo: Pie, planta, tercio distal de la pierna de coloración violácea con eritema alrededor que abarca toda la pierna, con solución de continuidad en el 1º dedo del pie, de coloración más oscura, dolorosa. Empeoramiento a pesar del tratamiento, necrosis del 1ºdedo, cianosis de todo el pie, piernas, flictenas, tumefacción. Pancitopenia. Cultivo: *Aeromona sobria* y *Escherichia coli*. Se realizó punción y Biopsia de médula ósea. Paciente evoluciona febril, aumento de la tumefacción y eritema hasta raíz de muslo. Es derivado para debridamiento y amputación. **Comentario:** el hábitat natural de las *Aeromonas spp* es el agua corriente o estancada y el suelo. El cuadro clínico más frecuente es la gastroenteritis aguda, de forma ocasional puede producir bacteriemia y otras localizaciones e infecciones de piel y partes blandas que presentan un espectro clínico muy amplio y habitualmente son secundarias a traumatismos en contacto con agua dulce o tierra. *Aeromonas spp* debe ser tenido en cuenta como agente causal de celulitis en pacientes con antecedentes de traumatismo en aguas dulce, para el tratamiento oportuno. **Palabras claves:** Bacilo, Gramnegativo, Pancitopenia.

#### 018. Espiroquetosis intestinal

MARIN C., TABOADA A., SAMANIEGO S., BENÍTEZ G.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay **Introducción:** La Espiroquetosis afecta preferentemente al ciego, colon ascendente y transversal, objetivándose, con menor frecuencia, en colon descendente, sigma y recto. Es muy poco frecuente, se ha descrito una mayor prevalencia en varones homosexuales y VIH positivos. La incidencia de espiroquetosis en nuestro medio es una auténtica rareza, por lo que se presenta este caso. **Caso Clínico:** varón, 54 años. Internado por 8 días, por fiebre, cefalea, mialgias, astenia tos con expectoración, y diarrea de 15 días de evolución. Acudiendo nuevamente 1 semana post alta por fiebre y diarrea de 18 hs. de evolución. Ingresa con PA: 90/40 FC: 110x' FR: 30x' Tax: 39.5°C, pálido, relieves óseos marcados, dolor a la palpación profunda en hipogastrio, RHA aumentados, mucosas semisecas. GB: 14500 N: 89 L: 11. Heces: leucocitos mayor a 50, levaduras ++, hematíes 4-6 p/c, con neumonía a neu- mococo. Se realiza colonoscopia, sin lesiones, se toman biopsias, que informa: COLON: Leve edema e infiltrado inflamatorio crónico (linfoplasmocitario) en lámina propia. Se observa en superficie luminal del epitelio numerosos microorganismos compatibles con ESPIROQUETOSIS. **Discusión:** En varones homosexuales y en VIH la prevalencia es muy alta. En el Norte de Europa y los EEUU se reportan incidencias entre el 1.9% y el 10% de las biopsias colorrectales. Se discute si son o no patógenos, o si se trata de comensales que se vuelven patógenos oportunistas o la diferencia de cepas, así como alteraciones del medio, cambios en la morfología y la motilidad intestinal como causa de los síntomas. **Palabras claves:** Colonoscopia, Diarrea crónica.

**019. Fiebre tifoidea, reporte de casos.**

VILLALBA J, TABOADA A, AGUILAR G, SAMANIEGO S, BENITEZ G.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay.

**Introducción:** la Fiebre tifoidea producida por *Salmonella typhi*. Con fiebre prolongada, alteración del sensorio, frecuente esplenomegalia, roséala, trastornos gastrointestinales, con inflamación necrótica de las placas de Peyer y folículos linfáticos de la mucosa intestinal. Se presenten estos casos para tenerla en cuenta en situaciones similares, por ser una patología poco frecuente. **Caso 1:** Varón, 19 años, con 15 días de fiebre y escalofríos, mialgias, cefalea intensa y náusea. Estable T°: 39°, ganglios en n° de 2 en región submaxilar, no rales pulmonares, no dolor abdominal, lucido, soplo sistólico en foco mitral grado 3/6, ecocardiograma TE: Foramen Oval permeable con shunt de izquierda a derecha. Sin Eosinófilos Hemocultivo: *Salmonella typhi*. Monotest: positivo. Antígeno Tífico O: 1:16. Febril hasta su 8° día de internación. **Caso 2:** varón, 24 años, con 30 de fiebre, náuseas y vómitos ocasionales, dolor abdominal, deposiciones líquidas, lesiones eritematosas, puntiformes generalizadas, desorientación temporoespacial e incoherencia. Ingresó febril, estable, pálido, ganglios axilares e inguinal, hepatoesplenomegalia, Murmullo vesicular disminuido bibasal, bradipsíquico. Leucopenia, Orina simple con Leucocitos: 30-40p/c Acúmulos Leucocitarios: 1-2p/c Bacterias: +. TAC Tórax: infiltrado intersticial bibasal, derrame pleural bilateral leve. Hemocultivo: *Salmonella typhi*. Antígeno tífico H: 1/32 Ambos pacientes con evolución favorable. **Discusión:** La fiebre tifoidea en el curso de su evolución, puede afectar diferentes órganos y dar diferentes complicaciones, la afección neurológica es rara, y sin tratamiento los pacientes tienen una mala evolución. El segundo caso es un caso típico de fiebre tifoidea, descartándose todas las otras causas de afección neurológica, y con tpoque multisistémico. **Palabras claves:** *Salmonella*, alteración neurológica.

**020. Hepatitis Grave en Dengue.**

BENITEZ G, NUÑEZ D, GUERRERO A

Instituto de Previsión Social

El dengue es una enfermedad infecciosa aguda causada por un arbovirus del género *Flavivirus* y es transmitida por la hembra del *Aedes aegypti*, *A. albopictus*, *A. scutellaris* y *A. polynesiensis*. El dengue está asociado en algunos casos con alteración de las funciones hepáticas y manifestaciones típicas de hepatitis aguda tales como dolor hipocondrio derecho, hepatomegalia, ictericia y elevación de los niveles de aminotransferasas. La enfermedad viral es autolimitada, pero puede ocurrir insuficiencia hepática en algunos pacientes. **Caso clínico:** Sexo masculino 36 años. No se conoce portador de patología de base. Niega episodio anterior de Dengue. Consulta por vómitos con estrías de sangre. Cuadro de 72 hs de evolución, fiebre, artralgias, mialgias, vómitos con estrías de sangre y deposiciones líquidas, fétidas. en su 5 día de enfermedad, 2°ddi persiste febril, se encuentra normotenso, taquicárdico, oligúrico, disneico, con tiraje intercostal con tos húmeda y expectoración amarillenta escasa. Clínica e imagen compatible con neumonía. Ingresó a Uti. No requiere inotropicos ni asistencia ventilatoria. Se inició atb. Levofloxacina + ceftriaxona. Aumento de leucocitos, transaminasas elevadas a 3000, ictericia. Derrame pericardíaco, derrame pleural bilateral, luego de 12 días en Uti, es dado de alta en buen estado clínico como laboratorio. **Conclusion:** El hígado es uno de los órganos diana de dengue y las manifestaciones clínicas de la disfunción hepática puede ocurrir durante el curso de la enfermedad. Los niveles de las aminotransferasas por lo general alcanzan unos valores máximos en todo el noveno día después del primer episodio de fiebre gradualmente a dejar a la normalidad dentro de dos semanas. La enfermedad es autolimitada, pero puede que algunos pacientes presenten insuficiencia hepática. El uso de paracetamol puede conducir a daño hepático y provocar o empeorar la lesión primaria causada por el virus del dengue y por lo tanto no está indicado en estos casos

**021. Hiperesplenismo secundario a Paracoccidiodomicosis sistémica**

PENAYO A, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S, ARMOA A, VALDEZ R, LURACHI V.

Instituto de Medicina Tropical- Servicio de Adultos. Asunción - Paraguay

**Introducción:** La Paracoccidiodomicosis ocurre en más del 95% en adultos, secundarios al largo período de latencia. Esta enfermedad puede ser benigna, autolimitada y pasar inadvertida en algunos casos. El hiperesplenismo secundario al mismo en una forma aún no descrita, lo que motiva la presentación de caso. **Caso Clínico:** varón, 41 años, agricultor. Internación previa por micosis tratado con Itraconazol por 9 meses en el año 2004. Ingresó por 4 meses de astenia, anorexia y pérdida

de peso, 22 días fiebre y cefalea, con GB: 800 Ne: 44 Lc: 43 Pla.: 70000. Ingresó estable, pálido, bazo a 17 cm, ganglios inguinales pequeños. GB: 1100 Ne: 34 Lc: 69 Eo: 7. FSP: Serie Blanca y Plaquetas disminuidos, neutropenia. PAMO: Celularidad: aumentada; No se observan células extrañas ni parásitos, síndrome mielodisplásico. Biopsia de ganglio: *Paracoccidiodoides braziliensis*. Persistencia de esplenomegalia, leucopenia con neutropenia, se agrega hepatomegalia a pesar del tratamiento completo y en forma. Nueva PAMO médula ósea hiperplásica. Biopsia de médula ósea: normal. Se plantea hiperesplenismo, EDA normal. Se realiza esplenectomía: Bazo 1450 gr., granulomas calcificados por paracoccidiodomicosis. **Discusión:** La paracoccidiodomicosis puede generalizarse y puede comprometer cualquier órgano. En este paciente se encontró afección ganglionar y esplénica, con mayor aumento del bazo y también de hígado a pesar del tratamiento adecuado, planteándose el hiperesplenismo secundario por pancitopenia con médula ósea hiperplásica y sin ningún otro hallazgo patológico en la biopsia, por lo que se realiza la esplenectomía, objetivándose mejoría de la leucopenia, y posterior normalización del hemograma. **Palabras claves:** leucopenia persistente, síndrome mielodisplásico.

**022. TBC genitourinaria en Paciente HIV Negativo**

MADRAZO C, ESCRIBA D, HAURON G, GERGIEFF M, KNAPLE F, CHAMORRO L. Hospital Regional de Encarnación.

Servicio de Clínica Médica

**Introducción:** La TBC genitourinaria es responsable del 14% de las manifestaciones no pulmonares. En el mundo occidental entre un 8-10% de los ptes TBC pulmonar desarrollan tuberculosis renal y en los países subdesarrollados la proporción de personas con *Mycobacterium tuberculosis* en la orina puede llegar del 15-20%. La TBC genitourinaria afecta personas >50 años en 75% de los casos con una relación 2:1 M/F. **Caso:** Pte masculino de 41 años no conocido portador de patología crónica que consulta por cuadro de fiebre prolongada, náuseas y vómitos, epigastralgia y dificultad respiratoria quedando internado. Durante la internación se constató acidosis metabólica, anemia moderada, leucocitosis con neutrofilia, enfermedad renal crónica, piuria estéril. Se mantuvo febril, hipertenso, poliúrico y lúcido. La radiografía de tórax revelaba infiltrado tipo miliariforme bilateral difuso. Por TACAR se constató atrofia renal izquierda, estrecheces en la uretra del lado derecho y microvejiga. Se colocó sonda de nefrostomía por hidronefrosis, lado derecho y se obtuvo retorno de cultivo de orina que informa crecimiento de *Mycobacterium sp.* en Lowenstein Jensen. Se inició tratamiento con drogas antibacilares y se corrigió el medio interno con mejoría clínica. Fue dado de alta con sonda de nefrostomía lado derecho en plan de ser evaluado por urólogo para decidir conducta quirúrgica si tuviera indicación. **Comentario:** La TBC genitourinaria es una siembra metastásica de microorganismos en sangre, que da lugar a una TBC secundaria, la cual ocurre frecuentemente por reactivación de una infección antigua o a punto de partida de un sujeto con infección activa. Posee un período de latencia de 10 a 40 años, presentándose habitualmente en forma de cistitis de evolución solapada, insidiosa y a predominio polaquiúrico, con orina piurica y urocultivo estéril. Los signos y síntomas de TBC genitourinaria son de intensidad y duración variables. No existe CC clásico de TBC renal, de hecho los síntomas más tempranos pueden originarse por afección vesical secundaria. **Palabras claves:** Antibacilares, *Mycobacterium tuberculosis*, TBC pulmonar.

**023. Leishmaniasis Tegumentaria Americana tratado con Anfotericina Liposomal.**

MARIN C, SAMANIEGO S, TABOADA A, BENITEZ G.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay **Introducción:** El tratamiento de elección de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana en nuestro medio son los antimoniales pentavalentes, asociado a efectos secundarios graves. La anfotericina B desoxicolato, también efectiva tiene efectos secundarios frecuentes, mientras que la formulación lipídica es mejor tolerada, siendo una alternativa en casos de enfermedad cardíaca o renal previas o en la aparición de efectos adversos graves durante el tratamiento con drogas de primera línea. **Caso Clínico:** varón, 64 años, cardiópata, acude por 3 años de lesión indurada en paladar duro, doloroso que se extiende a paladar blando, mucosa yugal y faringe, disfagia a sólidos, disfonía. Antecedente de leishmaniasis

cutánea en pierna derecha 14 y 4 años antes. Ingresa estable, lesión granulomatosa en mucosa yugal superior, paladares, istmo de las fauces, úvula hipertrofica. Laboratorio normal. IFI para Leishmania: 1/80; IDRM: 8,5mm. **Biopsia:** presencia de gran cantidad de Leishmania. Ecocardiografía: cardiopatía dilatada FE: 25%. Se inicia Anfotericina B desoxido- lato, con posterior insuficiencia renal e insuficiencia cardiaca, haciendo imposible la continuidad del mismo, por lo que se hace anfotericina liposomal a 18 mg/kp, dosis total, con buena evolución. **Discusión:** Llama la atención la falta de experiencia con Anfotericina B liposomal, en el tratamiento de la Leishmania Tegumentaria Americana en nuestro medio. Hasta la fecha no se dispone de datos sobre la dosis optima y la duración del tratamiento con anfotericina B liposomal. La concentración del fármaco en piel y mucosas es menor que en el hígado o el bazo y podrían ser necesarias dosis mas altas que en la leishmaniasis visceral. Sin embargo, hay descritos casos en adultos tratados exitosamente con pautas de dosis total de 18mg/Kg. Otros autores recomiendan dosis totales de 40mg/Kg. Nuestro paciente presentó una excelente respuesta al tratamiento con la dosis administrada. **Palabras claves:** insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca. **Palabras claves:** Anfoterisina B, Leishmania, Mucosa yugal.

#### 024. Meningitis a *Cryptococcus neoformans* en Pacientes no VIH ACUÑA S, TABOADA A, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S.

Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos, Asunción-Paraguay.

**Introducción:** La patogenicidad del *C. neoformans* está dada por la cápsula que impide la fagocitosis y la acción del complemento y por la enzima feniloxidasas que contribuye al neurotropismo del hongo, produciendo cuadros de meningitis o meningoencefalitis. **Caso 1:** varón, 22 años, 8 días de cefalea, náuseas, vómitos, T° de ingreso 38°, estable, lúcido con rigidez de nuca. Fotofobia. LCR: leucocitos: 60 MN, Tinta china (-). Tto para MBA, con pansinusitis y dx. meningitis por contigüidad. Presenta convulsiones tónico-clónicas, medicación: ceftriaxona + metronidazol por sospecha de absceso cerebral. Deterioro del sensorio, Glasgow 11/15. Cultivo de LCR: *C. neoformans*. CD4: 475. **Caso 2:** varón, 21 años, 22 días de cefalea, emite frases incoherentes 1 día antes; no reconoce a familiares, alterna periodos de agresividad con violencia. No fiebre. Ingresa estable, vígil, desorientado en tiempo y espacio. Rigidez de nuca. LCR: Tinta china: (+). CD4: 274/mm<sup>3</sup>. **Caso 3:** varón, 17 años. 1 mes de cefalea, fotofobia, acúfenos, debilidad, vómitos, fiebre, disfagia, astenia, pérdida de peso. Ingresa estable, T°: 38°, rigidez de nuca+++ . LCR: 120 leucocitos, 83% MN, Glucorraquia: 8, Albúmina: 109. Inicia HRZE+ Prednisona. Deteriora sensorio, alterna excitación con somnolencia, febril, signos meníngeos, fotofobia, cefalea, estrabismo convergente. A los 16 días informan: HMC y cultivo de LCR: *C. neoformans*. Cultivos para BAAR (-) CD4: 242, HTLV 1-2: (-). Evolución lenta, secuelar. **Discusión:** La Criptococosis tiene evolución crónica, con muy baja carga micótica en no VIH, por lo que el dx muchas veces se hace difícil, permitiendo que la infección evolucione, aumentando las secuelas. Es importante en todo pte. con sospecha de meningitis subaguda o crónica, realizar látex para cripto que tiene una alta sensibilidad y especificidad, para el dx y tto oportunos. **Palabras claves:** Alteración del sensorio, Patogenicidad.

#### 025. Neumonía por *Rhodococcus equi* en paciente con SIDA

ALARCÓN R, TABOADA A, ARREDONDO M, BENÍTEZ G, SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos.

*Rhodococcus equi*, afecta a pacientes con alteración de la inmunidad celular. Produce principalmente abscesos pulmonares. Es el primer caso en nuestro país. La demora en el diagnóstico (dx.) por la falta de conocimiento sobre esta patología nos llevó tardíamente al tratamiento (tto.) más adecuado y por el tiempo recomendado. Su conocimiento es fundamental para tenerla en cuenta en situaciones similares. **Resumen clínico:** varón, 27 años, primer ingreso por meningitis a *Cryptococcus*, con NIH con posterior formación de absceso, Cultivo de esputo y hemocultivo: bacilo Gram+ no tipificado, se rota al 5° día de tto. a TMP/SMX. CD4: 07 y Carga Viral: 11455, inició TARGA. Alta mejorado con TMT/SMX por 21 días, Rx. de tórax pequeña imagen de condensación sin absceso. Por fiebre de hasta 39°C, tos y dolor de puntada de costado reingresa. Rx de tórax absceso pulmonar. Hemocultivo y cultivo de esputo de su primer ingreso bioquímicamente compatible con *R. equi*. Inició vancomicina, meropenem y claritro. Persiste febril con cefalea, LCR: pleocitosis MN, nuevo CD4 135 y CV indetectable, se interpreta como SIRI, se inicia ibuprofeno sin mejoría, cediendo la fiebre con prednisona. **Comentario:** Es el primer caso en nuestro país y la poca experiencia ocasionó demora en el dx. y tto. adecuados. Nos enseñó que el amplio grupo de patologías

infecciosas que afectan a nuestros pacientes con SIDA es cada vez más numerosa. No existen hasta ahora guías de tto. estandarizado por lo que el tratamiento que realizamos fue el que está recomendado como adecuado por las experiencias previas de los pocos casos reportados. **Palabras claves:** absceso pulmonar, SIRI, *Cryptococcus*.

#### 026. Quiste Hidatídico Pulmonar.

GUERRERO A, RUIZ-D R, OVANDO F, NUÑEZ D.

Servicio de Infectología. Hospital Central del Instituto de Previsión Social

**Introducción.** La hidatidosis es producida por formas larvianas de *Echinococcus granulosus* que parasitan el intestino del perro. Alcanza una alta incidencia en países como Argentina, Uruguay, Chile, Australia, Nueva Zelanda y Europa. Los quistes característicos de la hidatidosis poseen diferentes localizaciones, un 65% se localiza en hígado y un 10% en pulmón, siguiendo en orden decreciente en cerebro. Los exámenes complementarios comprenden los estudios radiológicos e inmunoserológicos específicos. Las imágenes son muy variadas y corresponden a dos situaciones diferentes: los quistes intactos y los quistes complicados. La presencia de estas lesiones plantea problemas diagnósticos diferenciales con neoplasias y abscesos. **Caso clínico.** Femenino 37 años, sana. Por contacto con caso de tuberculosis confirmada, se realiza estudios de despistaje para *Mycobacterias*. Se realiza radiografía de tórax, se constata imagen radio opaca homogénea redondeada de 5 cm en base derecha. Tomografía de tórax imagen quística en base derecha. Se realiza exeresis quirúrgica. Por anatomía patológica: Quiste Hidatídico Unilocular (4.5 cm) conteniendo numerosas pre escolises. Recibió Albendazol 800 mg/ día. **Conclusión.** La hidatidosis es una patología poco frecuente en nuestro país, y la localización pulmonar es de presentación menos usual que la forma hepática. La exeresis quirúrgica es el tratamiento de elección. Nos pareció interesante reportar este caso. **Palabras claves:** Albendazol, Hidatidosis, *Mycobacterias*.

#### 027. Reporte de un Caso de Infección Genital Recidivante por Tres Genotipos del Virus del Papioma Humano (HPV).

PORTILLO C, VERA E, CANESE J.

Laboratorio Portillo, Cátedra de Medicina. CinSida Universidad Nacional de Asunción.

El virus del Papioma humano (HPV) es una infección de transmisión sexual en cuya cadena epidemiológica se encuentra el hombre. Existen más de 100 genotipos que pueden infectar a hombres y mujeres, clasificándose de alto y bajo riesgo de acuerdo a su rol en la carcinogénesis. Los tipos 6 y 11 son de bajo riesgo y se asocian a cambios benignos mientras los de alto riesgo pueden causar cánceres cervical, anal y otros cánceres genitales. En Argentina, Resistencia reporto una prevalencia 47,75% de Infecciones por HPV de alto riesgo en hombres con lesiones genitales. Se presenta a continuación, el caso de un paciente, masculino, menor de 16 años, con 3 lesiones en la región anal, no portador de HIV, ni sífilis pero con antecedente de abuso sexual. Se procede al tratamiento tópico con Acido Tricloroacético por 4 meses con seguimiento y ante la remisión de ellas, es dado de alta. Luego de 1 año 6 meses vuelve al consultorio con múltiples lesiones y algunas purulentas por lo cual se solicita la detección y tipificación del HPV en las verrugas genitales recidivantes presentes. Para ello se procede a realizar un hisopado para estudio bacteriológico y otro cepillado para la detección de HPV previo consentimiento del paciente. En el laboratorio de Biología Molecular la técnica utilizada fue, extracción del ADN viral con el QIAmp DNA Mini Kit, la amplificación por PCR de la región L1 de genoma de HPV, con cebadores SPF10 y el producto biotinilado obtenido se detectó con sondas de oligonucleótidos específicos por hibridación reversa con el INNO-Lipa HPV Genotyping AMP y EXTRA, Immunogenetics. Se utilizaron controles internos y uno Casky proveído por el ANLIS. Argentina. El resultado obtenido fue la detección del HPV de los genotipos 16, 18 y 45 respectivamente y en el bacteriológico se aisló al *Corynebacterium sp*. Ante el carácter oncogénico de la múltiple infección detectada, se reinició el tratamiento tópico así como los controles de VDRL, ELISA para HIV. Esta infección genital recidivante por HPV con tres genotipos de alto riesgo en paciente menor, masculino, es el primero reportado en país. **Palabras claves:** Biología Molecular, *Corynebacterium sp*, Extracción de ADN viral.

### 028. Síndrome de Guillen Barré por *Mycoplasma pneumoniae*.

VELAZQUEZ D, TABOADA A, SAMANIEGO S, BENITEZ G.

Instituto de Medicina Tropical, servicio de adultos. Asunción-Paraguay

**Introducción:** El Síndrome de Guillain-Barré o polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, cuya etiología es diversa. Puede haber evidencia serológica de infección reciente por CMV, VEB, HIV, *Campylobacter jejuni* o *Mycoplasma pneumoniae*, o post vacunación, intervención quirúrgica, picadura de insecto o en relación a un embarazo o enfermedad de Hodgkin. **Caso clínico:** varón, 31 años, 3 días de paresia que se inicia en miembro inferior izquierdo, y progresa al derecho y miembro superior izquierdo. 7 días antes fiebre, artromialgias difusas y deposiciones líquidas. Ingresa estable, afebril. Arreflexia en MMII, motilidad y trofismo conservados, tono y fuerza muscular disminuidos, lúcido. GB: 13400 Ne: 80% Lc: 20% Hb: 16. Com mejoría paulatina. LCR: albúmina 57. Electromiografía: lesión compatible con Guillain-Barré. IgM para *Mycoplasma pneumoniae*. **Discusión:** El espectro clínico de infecciones por *Mycoplasma pneumoniae* varía desde asintomática a neumonitis grave, con afección neurológica y hematológicas ocasionales. El diagnóstico de afección del SNC es por exclusión, por antecedentes de enfermedad respiratoria, y por un aumento de los títulos de anticuerpos frente a *Mycoplasma pneumoniae* en el suero. En éste paciente el diagnóstico fue por exclusión, por la negatividad de otros estudios y la positividad del IgM para *Mycoplasma*, y el antecedente febril y cuadro entérico, que también puede deberse al mismo, pero no pudimos tener el aumento de los títulos o la positivización de la IgG por falta de colaboración del paciente que no acudió a controles. **Palabras claves:** Polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda.

### 029. Toxoplasmosis Cerebral en Autopsia con TAC de Cráneo Normal.

VELÁZQUEZ D, TABOADA A, ALARCÓN R, BENITEZ G,

SAMANIEGO S. Instituto de Medicina Tropical, sala de adultos.

**Introducción:** La toxoplasmosis cerebral es el primer dx ante un paciente con SIDA con trastornos neurológicos y masa cerebral, con buena respuesta al tto en la mayoría de los casos. Hay descripciones de cerebritis por toxoplasmosis sin imagen evidente a la TAC, pero es difícil de sospecharla en estas circunstancias por lo que el tto. en general se demora. **Caso clínico:** varón, 36 años, con 15 días de cefalea, 7 días de alteración del sensorio, 3 días de diarrea, 1 día de fiebre, con excitación psicomotriz. GW 10/15, no focalizaciones. TAC simple de cráneo: normal. Se inicia haloperidol, mala evolución, febril, secreción pulmonar abundante, polipneico, roncus universales. Se inicia AMP/SBL y TMP/SMX. Mayor deterioro del sensorio, polipneico. Presenta paro cardiopulmonar, no responde a la reanimación cardiopulmonar avanzada. Se realiza autopsia. WB reactiva. Se constata a la histología cerebral encefalitis difusa por toxoplasmosis cerebral, sin formación de absceso. **Discusión:** el diagnóstico de la toxoplasmosis cerebral se basa en la clínica, serología, imagen y respuesta terapéutica, siendo su presentación habitual como abscesos cerebrales. Ante una TAC de cráneo normal se plantea otros dxs. retrasándose el inicio del tto. Esta presentación nos enseña que ante un paciente con SIDA con encefalitis aún sin imagen a la TAC de cráneo se debe de empezar el tto. anti toxoplasmosis, mientras se evalúa la respuesta y se completan los estudios. **Palabras Claves:** cerebritis difusa, masa cerebral.

### 030. Hemiparesia como Forma de Presentación de Infección por *Paracoccidioidomycosis brasiliensis*.

AZAS M, TORRES E, SALINAS M.

Htal Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de Clínica Médica **Introducción:** La PCM es una micosis endémica de varios países de América Central y del Sur. Los exámenes complementarios comprenden fundamentalmente los estudios radiológicos y microbiológicos. **Material y métodos:** tipo descriptivo. **Caso:** Masculino 53 años, agricultor (yerba y algodón, café), sin patología de base, etilista crónico y tabaquista de 50 paq/año. Ingresa por cuadro de debilidad del hemicuerpo derecho, de instalación progresiva. Presenta además adenomegalias cervicales y úlcera en prepucio. En TAC de tórax se constata imagen radioopaca inhomogénea redondeada con cavidades en su interior en base izquierda. RMN de cráneo imágenes compatibles con abscesos. Se observa esporos micóticos exoesporulados compatibles con PCM B. en muestra de BAL y lesión de paladar. Recibió TMP-SMX y anfotericina B. **Discusión:** El objetivo de esta comunicación es describir los hallazgos en un paciente con hemiparesia como presentación de una infección diseminada crónica con abscesos múltiples cerebrales causados por *P. brasiliensis*. Sugerimos la exploración neurorradiológica de todos los casos de infección con

signos clínicos sugestivos de invasión al SNC a fin de poder escoger una modalidad de tratamiento con penetración adecuada al líquido cefalorraquídeo. **Palabras claves:** Abscesos cerebrales; Hemiparesia; Paracoccidioidomycosis; *Paracoccidioides brasiliensis*

### 031. Hallazgo de Pancreatitis por *Actinomyces*.

GUERRERO A, BENITEZ G, NUÑEZ D, ORTIZ W, OVANDO F.

Servicio de Infectología, Instituto de Previsión Social

**Introducción:** La actinomicosis es una infección producida por diversas especies de *Actinomyces* y que se caracteriza por la formación de abscesos y fístulas, constituyendo una infección crónica y supurativa. La localización más frecuente es la región cervicofacial, con un 50-90% de los casos, asociándose con frecuencia a manipulaciones dentarias o traumatismos sobre cavidad oral. La afectación torácica supone un 15% de los casos y suele producirse por aspiración de gérmenes de la cavidad oral. Muy rara es la afectación ósea, del SNC y pélvica. Los estudios de imagen no suelen ser útiles y sólo la TAC ha sido valiosa en algunas ocasiones al visualizar masas sólidas infiltrativas con atenuación focal o masas quísticas con captación heterogénea del contraste. El diagnóstico definitivo de la actinomicosis abdominal es mediante aislamiento o visualización histológica del germen en muestras biológicas. **Caso Clínico:** Paciente femenino, 70 años, hipertensa. Ingresa por vómitos incoercibles, dolor intenso en hemiabdomen superior de 24 hs de evolución, con leucocitosis 23.000, neutrofilia. Ecografía abdominal no evidencia proceso en cavidad abdominal. Ante persistencia del dolor se realiza tomografía simple de abdomen, se constata páncreas aumentado de tamaño, a nivel de cabeza, sin evidencias de colección. Baltazar C, a las 24 hs alteración hemodinámica, ingresa a UTI, inicio vasopresores, meropenem 2 g/día, ciprofloxacina 400mg/ día, metronidazol. Presenta fiebre mayor a 38,5. Se agrega vancomicina, a las 48 hs, deterioro respiratorio por lo que se realiza intubación orotraqueal y ventilación mecánica, evolución tórpida, se realiza nuevo control tomográfico, tras lo cual se decide tratamiento quirúrgico sobre páncreas, constatándose en acto operatorio, necrosis mayor al 50% de la glándula. Se realiza retroperitoneo-gastroanastomosis, se envía cultivos. Tras 5 días de cultivo, sin crecimiento bacteriano, en medio enriquecido, se constata *Actinomyces*. Presenta falla renal y fallece al 13 día de internación. **Discusión:** Es infrecuente la afectación pancreática por *Actinomyces*, así como su aislamiento en líquido pancreático. A pesar de tratamiento con antibiótico de amplio espectro presento desenlace fatal por falla multiorgánica. **Palabras Clave:** *Actinomyces*. Pancreatitis.

### 032. Dengue en Paciente Trasplantado Renal Pediátrico.

**Presentación de Caso.** MARTINEZ M, TROCHE A, FRANCO S, JARA P, MAYOR M, ORUE G, ADORNO T, FRANCO O, SAMUDIO-D GC. Unidad de Trasplante, Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y de Infectología, Instituto de Previsión Social. Universidad Católica de Asunción.

**Introducción:** La infección por el virus del Dengue (VD) en pacientes con trasplante renal puede tener muchos efectos perjudiciales, inclusive, mortales. Se presenta un caso de posible transmisión de la infección por VD, en el peritransplante renal de donante vivo relacionado. **Descripción del caso:** masculino de 16 años de edad, PO de TRDVR de RI para CMV. Control clínico y laboratorial preoperatorio normales. Cirugía de trasplante renal sin complicaciones. Triple tratamiento inmunosupresor. Persiste hipertenso por 8 días, manejado con triple medicación antihipertensiva, con glóbulos blancos (GB) en promedio de 7600/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 227000/mm<sup>3</sup>. Al tercer día PO, presenta fiebre alta persistente por 48 hs y radiografía de tórax compatible con neumonía, se inicia Imipenem, Vancomicina, Claritromicina. IFI para virus respiratorios, serología para *Chlamydia* y *Mycoplasma*, hemocultivos negativos, PCR para CMV positivo, por lo que mantiene Gancyclovir. Día 6 del inicio de la fiebre, presenta hipertensión arterial, dolor abdominal en el sitio del injerto, bradicardia y líquido libre en cavidad abdominal por ecografía, sin modificación del índice de resistencia al flujo renal por doppler en relación a control a las 48 hs previas, con GB 2900/mm<sup>3</sup>, plaquetas y crasis sanguínea normales. Se solicita test rápido NS1 para Dengue, ELISA para Dengue, con resultado positivo a Serotipo 2. El día 7 de inicio de la fiebre, choque hipotensivo a difícil manejo, importante fuga capilar y sangrado profuso, a pesar de crasis normal. El día 8 de

inicio de la fiebre, fallece el paciente a pesar de las medidas instauradas. Estudios de Dengue del donante, previo al trasplante fueron negativos. **Conclusión:** los pacientes trasplantados pueden presentar múltiples tipos de infecciones, entre las que se puede presentar Dengue, sobre todo en

países endémicos como el nuestro, por lo que en todo paciente post trasplantado con fiebre, debe incluirse estudios de despistaje para Dengue, independientemente de la época del año. **Palabras claves:** Peritrasplante, NS1, ELISA.

## CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

### 033. Aislamiento de *Pasteurella multocida* posterior a mordedura.

Almada P, Ortiz H, Argüello R, Agüero M, Peréz H, Ortellado J, Riquelme I, Rolón R.

*Pasteurella multocida* es un cocobacilo Gramnegativo, anaeróbico facultativo, no esporulado, inmóvil de flora bucofaringea de animales. En humanos las enfermedades surgen de heridas contaminadas debido a mordeduras o arañazos de animales domésticos (perros y gatos). Se presenta un caso de infección por *P. multocida* secundario a mordedura de perro, que pese a manejo inicial adecuado se complicó con celulitis de rápida aparición. El paciente, un niño de 1 año y 6 meses de edad, residente en San Lorenzo, sufre mordedura de perro y a las 15 hs. se le realizó curación y sutura de herida en un Centro de Emergencias. Luego presenta fiebre, edema y secreción purulenta de heridas de 3 cm de longitud en palma y dorso de mano derecha por lo que acude al servicio de Urgencia Pediátrica del HCL-SL. Requiere hospitalización por 5 días, lavado profuso y colocación de drenaje en ambas heridas y antibióticos parenterales. En la toilette quirúrgica se toma muestra de secreción purulenta para cultivos. Se observaron abundantes BGN y abundantes PMN. Se observan colonias muy pequeñas en Agar Sangre y Chocolate. Se realizaron pruebas convencionales para descartar *Haemophilus sp.* Se utiliza el equipo Vitek 2 Compac para la tipificación de género y especie. El antibiograma se realizó en MH sangre de carnero y se interpretó según CLSI. El tratamiento fue Amoxicilina IBL 1 día, amikacina, clindamicina y metronidazol por 5 días. Las mordeduras por animales generan un número importante de consultas en los Servicios de Urgencia Es importante el buen manejo de las heridas, seguimiento de los pacientes y el apoyo del Laboratorio de Microbiología. **Palabras claves:** Cocobacilo, Gramnegativo, Secreción purulenta.

### 034. Bacteriemia por *Achromobacter denitrificans* en un Recién Nacido (RN) internado en la UCIN de la Cátedra de Pediatría. FCM – UNA.

MOREL A N, MAUBETT N, RIQUELME I, CAMPUZANO DE ROLON A, ORTELLADO J, ORTIZ H.

Comite de control de Infecciones Intrahospitalarias, Cátedra y Servicio de Pediatría, Laboratorio Hospital de Clínicas de San Lorenzo. FCM-UNA.

**Objetivo:** Determinar la causa de la bacteriemia por *Achromobacter denitrificans* (AD) en un RN. **Método:** Vigilancia activa de infecciones asociadas a dispositivos invasivos, observación directa, **Material:** Expediente clínico, y otros. El AD es un bacilo Gramnegativo, aeróbico, no fermentador, resistente a varios ATB. La bacteriemia causada por AD es rara. Si bien la mayoría de las infecciones son nosocomiales (70%) 1/3 también pueden adquirirse en la comunidad. El reservorio para *Achromobacter* es desconocido, sobrevive y se multiplica en soluciones acuosas, en jabones, antisépticos y otros. Se presenta una bacteriemia en un RN masculino, de 35 semanas, pretérmino de 3000 gr. DX. de ingreso a la UCIN: Hipertensión Pulmonar moderada que requiere AVM, se instala catéter onfalovenoso y arterial. Por Rx. neumonía connatal e inicia Ampicilina-Gentamicina. y recibe tres correcciones de Bicarbonato de Sodio, hipoactividad e ictericia, leucopenia y neutropenia.. Retorna preliminar de Hemocultivo con Bacilos Gram (-) en 2:2 muestras, Se interpretó inicialmente como Acinetobacter, se cambia ATB a Vancomicina-Amikacina y Meropenem, presenta anasarca, hipoactividad persistente, inicia NPT., Cultivo y antibiograma, confirma posteriormente *Achromobacter denitrificans* sensible a Ciprofloxacino. Con tratamiento a las 24 hs presenta mejoría clínica evidente. **Discusión:** El paciente recibió medidas terapéuticas con empeoramiento y alteraciones con criterios de una bacteriemia luego de 24 hs de la administración de 3 correcciones del Bicarbonato de Sodio, con alta sospecha de ser el contaminante por localización del mismo, que se encontraba en la heladera, con fecha de 5 días anteriores de la administración. **Conclusión:** Los factores que predispusieron al paciente a contraer una infección asociada a la atención de salud, fueron: la utilización de un catéter de acceso venoso central, la administración de sustancias en malas condiciones de conservación, el uso de dispositivos invasivos, AVM. **Palabras claves:** Neumonía, Meropenem.

### 035. Colitis Pseudomembranosa. Reporte de un Caso

ZAYAS A, SAMUDIO D- GC, PARAVICINI E., NUÑEZ R. Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica e Infectología HC IPS. Universidad Católica

**Introducción:** El diagnóstico de la infección por *Clostridium difficile* (ICD) se basa en una combinación de clínica y de laboratorio. La definición de caso de ICD incluye (1) la presencia de diarrea, definida como deposiciones de 3 o más, de heces sin forma, en 24 horas o menos. (2) un resultado positivo para la presencia de toxinas de *Clostridium difficile* o hallazgos endoscópicos o histopatológicos que demuestran colitis pseudomembranosa. Los mismos criterios deben utilizarse para diagnosticar ICD recurrente. Una historia de tratamiento con agentes antimicrobianos o antineoplásicos en las últimas 8 semanas está presente en la mayoría de pacientes. **Reporte de caso:** Femenina de 12 años de edad, que ingresa por NAC, tratada con Amoxicilina- IBL por 6 días y por evolución tórpida se rota a Cefotaxima + Clindamicina. A los 6 días del último esquema se constata diarrea amarillenta, con gleras, sin estrías de sangre, anorexia, vómitos, distensión abdominal importante, picos febriles hasta 38,5 °C, se solicita enterotoxinas tipo A y B para *Clostridium difficile* en heces (EIA) las cuales retornan positivas. Se inicia Metronidazol a 40 mg/kg/día por vía oral. Se constata Placas blanquecinas en colon con diagnóstico de Colitis Pseudomembranosa y se completa 14 días de tratamiento. A los 7 días del retiro del tratamiento, presenta recaída del cuadro, iniciando Vancomicina + Metronidazol vía oral con buena evolución al tercer día del último esquema **Conclusión:** la presencia de una diarrea nosocomial en un paciente que recibe antibióticos, debe hacer sospechar e investigar la presencia de *Clostridium difficile* productor de enterotoxinas, de manera a implementar abordajes diagnósticos y terapéuticos tempranos que impidan una alta morbimortalidad en esta patología poco frecuente en nuestro medio. **Palabras claves:** Antibioticoterapia, *Clostridium difficile*.

### 036. Enfermedad de Chagas Transfusional en Paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda en Inducción. A Propósito de un Caso.

SAMUDIO A., ALCARAZ E., MATTIO I, FIGUEREDO D., BRIZUELA S., APONTE S., SERVIN J. Centro Materno Infantil San Lorenzo.

**Introducción:** La Enfermedad de Chagas es una parasitosis endémica causada por el *Tripanozoma cruzi* y transmitida de manera vectorial, vertical y transfusional y representa mayor gravedad en inmunosuprimidos. Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, con diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda que adquiere infección por *T. cruzi* estando en fase de inducción de LLA, durante la cual recibió transfusiones de hemocomponentes. **Descripción del caso:** Paciente con LLA que luego de quimioterapia de fin de inducción se interna por neutropenia severa febril y se diagnostica Infección Aguda por Enfermedad de Chagas transfusional al observarse parásitos en FSP, con serología para chagas negativa y parasitemia positiva. Presenta falla de múltiples órganos (Distress respiratorio, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, choque séptico) y hemorragia intracerebral por discrasia sanguínea. Inicia tratamiento con benznidazol y soporte de asistencia respiratoria mecánica, soporte con inotrópicos y hemodiafiltración, además de tratamiento antibiótico de amplio espectro, superando la infección aguda, sin embargo queda con secuelas neurológicas severas. **Discusión:** La enfermedad de Chagas en pacientes inmunosuprimidos es una patología grave y potencialmente mortal, por lo que la sospecha clínica, el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para evitar la muerte o el compromiso orgánico severo. **Palabras claves:** hemocomponentes, *T. cruzi*.

**037. Hantavirus: un caso en Pediatría.**

MARTINEZ F. RODRÍGUEZ M, CASTRO H.  
Servicio de Pediatría. Postgrado UCA HC IPS.

**Introducción:** Los hantavirus (familia Bunyaviridae, género hantavirus) infectan a una diversidad de roedores y se transmiten al hombre a través de la manipulación y contacto directo con ellos o sus tejidos y secreciones (orina, heces y saliva). Son los agentes causales de la fiebre hemorrágica con síndrome renal (FHSR) en países de Asia y Europa, y el síndrome pulmonar por hantavirus (SPH) en el continente americano. **Caso Clínico:** Paciente adolescente de sexo femenino previamente sana procedente de Benjamin Aceval, con antecedente de madre fallecida 11 días antes del ingreso por hantavirus. Acude por fiebre, constipación nasal, tos seca, ptequias generalizadas de dos días de evolución acompañado de dificultad respiratoria más vómitos y dolor abdominal de 1 día de evolución. Ingreso febril, deshidratada, taquicárdica, taquipneica, con exantema ptequial, hemoconcentración, plaquetopenia y Tiempo de protrombina prolongado. Laboratorios: Hemograma: GB: 5500/mm<sup>3</sup> N: 73% L: 25% Hb: 15.2g/dL Hto: 45.3% Pla: 15000/mm<sup>3</sup> TP: 60%, PCR: positivo 96, Creat: 1.07, GOT: 253 GPT: 227 FA: 378, Glic: 93 Bt: 0.37. Orina Simple no patológica. Gasometría Arterial: pH: 7.46 pO<sub>2</sub>: 100%, pCO<sub>2</sub>: 24mmHg, HCO<sub>3</sub>: 17, EB: -4. NS1-Ag: negativo. Serología para Dengue: IgG e IgM negativos. Radiografía de Tórax: infiltrados intersticiales bilaterales. Ecografía Abdominal: no líquido libre, vesícula biliar poco distendida. Ecografía Pleural: ambas bases pleurales libres. Tipificación: 0 RH:+Serología Hantavirus IGM+, IgG negativo. Recibió tratamiento hidratación parenteral, tratamiento sintomático, Vitamina K. Permaneció internada días y fue dada de alta con mejoría del estado clínico, tendencia al aumento de plaquetas y hematocrito estable. **Discusión:** Paciente adolescente que acude al servicio por fiebre y ptequias donde se plantean varias etiologías, siendo el antecedente de madre fallecida por un cuadro similar vital para el diagnóstico inmediato adecuado y una pronta terapéutica y buena evolución posterior. La infección por hantavirus debe ser tenida en cuenta en nuestra población y se debe implementar campañas educativas para su prevención. **Palabras claves:** Buneaviridae, Síndrome pulmonar.

**038. Miositis Aguda Benigna por Dengue. Reporte de un Caso en un Paciente Pediátrico.**

MESQUITA M, BASUALDO W, BENITEZ ML.  
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

**Introducción:** La miositis es una forma de presentación no frecuente del Dengue. **Caso clínico:** Niño de 10 años que a 14to día de un cuadro febril, presenta dolor intenso en pantorrilla derecha acompañada de impotencia funcional e hinchazón. El hemograma mostro leucopenia que llego a 3000 /mm<sup>3</sup>, con plaquetopenia con un nadir de 136.000/mm<sup>3</sup>. Se descarto oclusión vascular por ecografía doppler. Laboratorio: GOT de 149mU/ml, GPT 41 un/ml, la CK fue de 3775 U/l, (rango hasta 174) la serología para Dengue al 6to día (IGG 5,3 e IGM 4,2). Se descarto Influenza A y B y Adenovirus. El to sintomático y la evolución fue benigna con recuperación total a los 10 días. **Discusión:** El virus del dengue afecta números órganos y sistemas. En las fibras musculares, produce un cuadro inflamatorio, caracterizada por infiltración mononuclear y acumulación de lípidos. En la primera serie de casos (n=40) publicada en 2005, la mayoría eran varones con edad promedio de 5 años y la evolución en todos fue buena. Considerando que en nuestro país el Dengue es endémico, es de esperar que vayamos viendo formas de presentación clínica no muy frecuentes y a edades más tempranas. La miositis como síntoma predominante es una de estas formas de presentación y el diagnóstico se basa en la clínica, y CPK aumentada. La evolución generalmente es benigna. **Palabras claves:** Dengue, Miositis aguda de la infancia.

**039. Reporte de Casos de Difteria en un Barrio de Asunción**

CABALLERO SANABRIA R, VALENZUELA-ARGUELLO Z,  
CABALLERO CAÑIZÁ C, MESQUITA M, CASTRO H

Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. San Lorenzo. Paraguay. **Introducción** En mayo del corriente año, se detectó un brote registrándose dos casos de difteria faríngea en una niña de 3 años, y su hermana de 10 años. En países en vías de desarrollo como el nuestro y los de nuestra región se sigue reportando casos por la escasa cobertura de vacunación. **Caso Clínico:** *Primer caso:* Niña de de 3 años de edad, procedente de Asunción, con historia de rinorrea y tos, de 11 días de evolución; dificultad respiratoria, 8 días antes del ingreso. Tumefacción cervical bilateral, de 8 días de evolución. Fue internada en un centro hospitalario de Asunción por dificultad respiratoria, con los diagnósticos de Síndrome Bronquial Obstructivo y Faringoamigdalitis Pultácea. Estado de

vacunación: no porta carnet de vacunación y la madre desconoce el esquema de vacunación. *Segundo caso:* Niña de 9 años de edad, hermana del caso índice. Historia de fiebre de 24 horas de evolución, acompañada de cefalea frontal, moderada intensidad. Diagnóstico al ingreso: Difteria Faríngea, en base a datos recabados de historia clínica, así como retorno de cultivo positivo para *C. diphtheriae*, quedando internadas bajo medidas de aislamiento por gotitas. Ambas recibieron tratamiento con Amoxicilina-Sulbactam EV por 14 Días, y Antitoxina diftérica EV. **Discusión** Rescatamos la importancia de recordar que la difteria es una enfermedad que debe estar presente siempre entre los diagnósticos diferenciales ante cuadros con presencia de membranas blanquecinas faringoamigdalinas, así como es imprescindible la vigilancia epidemiológica permanente para la detección oportuna de los casos, para así poder instaurar tratamiento específico y temprano, previniendo la aparición de más casos. **Palabras claves:** Antitoxina diftérica, *C. diphtheriae*, Pediatría.

**040. Toxocariasis visceral. Caso Clínico.**

CHIRICO M, SOTOMAYOR V, BENITEZ LEITE S., GARCIA V,  
AGÜERO MC, PERALTA L.

Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. La toxocariasis es una parasitosis que afecta más frecuentemente a niños entre 2 y 6 años. La contaminación del ambiente con huevos infectantes de *Toxocara canis*, eliminados a través de las deposiciones de perros, permite que el hombre sea huésped accidental al ingerirlos. Hay 3 síndromes reconocibles: larva migrante visceral, larva migrante ocular y toxocariasis oculta. El primero se asocia a determinaciones de IgE elevadas, eosinofilia y al hallazgo de anticuerpos antitoxocara. **Caso Clínico:** Lactante menor de 1 año y 3 meses sexo masculino procedente de Ybycui, nivel socioeconómico bajo. Motivo de consulta: fiebre, tos y dificultad respiratoria con historia pre hospitalaria de fiebre graduada (38-39) de 5 días de evolución, tos seca, que luego se vuelve productiva de 5 días de evolución, dificultad respiratoria de 24 horas de evolución. APP: madre refirió antecedente de geofagia y convivencia con perros y gatos **Examen físico:** lactante menor hipoactivo, irritable, polipeico (FR: 51 por minuto), con presenta hepatomegalia 3.5 cm por debajo del reborde costal derecho, maculas hipocromicas de bordes difusos en cara. **Evolución:** presenta radiografía con infiltrado bilateral de predominio perihiliar derecho ingresa con los diagnósticos de Neumonía adquirida en la comunidad: hemograma con Hemoglobina 9.2 g/dl, 31000 glóbulos blancos, 45% neutrofilos, 42% linfocitos, plaquetas 852000, recibe ATB por 10 días. A pesar del tratamiento persiste tos y fiebre por lo que se realiza nuevo hemograma que retorna con 15% de eosinofilos (2070 por ml ) y, se realiza serología para Toxocara IgG que retorna positivo. Se realiza proteinograma electroforético que informa porción alfa globulina aumentado. IgE aumentada por lo que recibe tratamiento con albendazol (15mg/kp/d) con buena respuesta. Diagnósticos finales: Toxocariasis visceral. Anemia moderada. **Discusión:** Niños entre 1 y 4 años constituyen el grupo etario de mayor contacto con huevos de *Toxocara canis*, por lo que larva migrans visceral es típicamente una enfermedad de lactantes y preescolares. Se ha reportado una seroprevalencia en niños hispanos de hasta un 16%. Los principales factores de riesgo para desarrollo de esta parasitosis son el tener perros, especialmente cachorros y la geofagia. Dentro de las diversas formas clínicas, la larva migrante visceral se caracteriza por fiebre, hepatomegalia, eosinofilia persistente, hipergammaglobulinemia con niveles elevados de IgE y anticuerpos antitoxocara; se manifiesta como mal incremento ponderal, malestar general, anemia, adenitis, exantema y en raros casos, neumonía, endocarditis y miocarditis. Una de las complicaciones de la toxocariasis es el síndrome hipereosinofílico, que puede complicarse con infiltración multisistémica, siendo las más frecuentes la neurológica, cardíaca y cutánea por lo tanto recomendamos el diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones severas. **Palabras claves:** Lactantes, Neumonía, Toxocariasis visceral.

**041. Trombosis Venosa Profunda asociada a S. aureus en paciente adolescente**

FLORES L, DOMÍNGUEZ J, RODRÍGUEZ M, BATISTA J.  
Servicio de Pediatría HC IPS. Postgrado UCA.

**Introducción:** La trombosis venosa profunda es una patología poco frecuente en la edad pediátrica, relacionada con factores predisponentes como acceso venoso central (60%), cáncer (25%),

Cardiopatía Congénita (19%), cirugía (15%), infección (12%), trauma (10%), obesidad (2%) Lupus eritematoso sistémico (1,5%) y (2%) con trombofilia congénita asociada. La incidencia de eventos trombóticos en pediatría es muy baja con respecto a la población adulta (5,3/10000 vs. 2,5-5% respectivamente). **Caso clínico:** Paciente de 13 años de edad de sexo masculino, previamente sano con historia pre-hospitalaria de 8 días de evolución de fiebre y tumefacción de miembro inferior izquierdo acompañado de signos inflamatorios. Al ingreso se realiza el diagnóstico de Celulitis de pierna izquierda, se inicia antibioticoterapia con Cefazolina, se solicita ecografía de partes blandas que confirma el mismo. Presenta una evolución tórpida por lo que se cambia el tratamiento a Clindamicina; retorno de hemocultivo posterior con *S. aureus* metilino sensible se cambia el tratamiento nuevamente a Oxacilina. Disminuye la tumefacción, el eritema y el dolor en la zona afecta pero ante la persistencia de una zona indurada en el trayecto venoso se solicita Ecodoppler que informa: trombosis venosa superficial en territorio de la vena safena interna lado izquierdo y trombosis venosa profunda sectorial en parte de la femoral superficial izquierda. Se inicia Heparina de bajo peso molecular a 1 mg/kg/día, y se solicitan estudios laboratoriales fibrinogeno y dímero D que retornan normales y otros adicionales como dosaje de Antitrombina III, proteína C y proteína S y perfil reumatológico. **Conclusión:** Se trata de un adolescente masculino previamente sano sin factores de riesgo aparentes, que presenta una trombosis venosa superficial y profunda del miembro inferior izquierdo relacionada con etiología infecciosa por *S. aureus*. Esta es una complicación por lo tanto a considerarse dentro los cuadros producidos por este germen, ya que la importancia del diagnóstico precoz radica en el inicio temprano de la anticoagulación para así evitar eventos de embolias. **Palabras claves:** Diagnóstico precoz, Eventos trombóticos, Pediatría.

#### 042. Síndrome de hiper IgE. A propósito de un caso

AGÜERO M, QUIÑONEZ S, PORTILLO G

Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA

**Introducción:** El síndrome de Job o de hiperinmunoglobulinemia E es una inmunodeficiencia compleja, caracterizada por eczema precoz, abscesos recurrentes, infecciones respiratorias con formación de neumatoceles pulmonares, características faciales toscas, y elevación sérica de IgE. **Caso clínico:** Pre escolar 2 años masculino con historia de fiebre, irritabilidad y diarrea, séptico, hemodinámicamente lábil, alteración de sensorio, rigidez de nuca, hipo ventilación campo pulmonar izquierdo, radiografía de tórax evidencia derrame pleural izquierdo, se coloca tubo de drenaje pleural izquierdo. Hemograma con glóbulos blancos 22000/mm<sup>3</sup> N 80% L 20%, PCR 48mg/dl, cit químico de líquido cefalorraquídeo leucocitos 2500/mm<sup>3</sup> proteínas 665mg/dl, glucosa 77mg/dl, PANDY positivo. Hemocultivo *Staphylococcus aureus* metilino sensible (2:2) LCR y líquido pleural *Staphylococcus aureus* metilino sensible. Antibioticoterapia cefotaxima, oxacilina, rifampicina. Re ingreso por cuadro respiratorio, neumonía adquirida de la comunidad bilateral, antibioticoterapia ampicilina sulbactam, estudios laboratoriales dato relevante IgE superior a 2000 UI/ml (hasta 45 UI/ml) IgA IgG normal, PPD negativa. **Discusión:** Este caso trata de inmunodeficiencia rara, la cual debería sospecharse ante infecciones a repetición, para lograr diagnóstico precoz y evitar complicaciones severas y niveles séricos elevados de IgE. **Palabras claves:** Hiperinmunoglobulinemia, *Staphylococcus aureus*, Síndrome de Job.

#### 043. Abscesos hepáticos por *Staphylococcus aureus* metilinosensible.

GOTZ S, FRETES J, AGÜERO WM.

Sala de Infectología. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción

En el absceso hepático, las bacterias pueden alcanzar el hígado por cuatro rutas, la arteria hepática, la vena umbilical, invasión directa y por los ductos biliares. Los microorganismos gramnegativos han sido los principales agentes patógenos aislados en el absceso hepático piógeno en adultos, destacándose especialmente *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Aerobacter* sp, *Pseudomonas aeruginosa* y *Proteus* sp. En niños, se han reportado hasta 33% de los abscesos piógenos debidos a *Staphylococcus aureus*. Presentamos un paciente de sexo masculino, 13 años, que ingresó con cuadro de abdomen agudo quirúrgico, y en el postoperatorio presenta picos febriles con dolor abdominal intenso, además de hepatomegalia importante. En la ecografía y tomografía computarizada abdominal se observaron abscesos hepáticos, con aislamiento de *Staphylococcus aureus* sensible a metilino. Manejado con cefazolina con el retorno del resultado laboratorial, con buena evolución clínico-radiológica, completando el manejo con una cefalosporina de 1ª

generación por vía oral. **Palabras claves:** Gramnegativos, Microorganismos, Patógenos.

#### 044. Celulitis orbitaria a *S. sanguis* en un niño.

GONZÁLEZ B, VACCARO B, RODRÍGUEZ M, SERVIN P.

Servicio de Pediatría HC-IPS. Postgrado UCA

**Introducción:** La celulitis orbitaria se presenta con relativa frecuencia en los niños. La sinusitis, especialmente la etmoiditis es el factor predisponente más común, sin embargo puede también resultar de la extensión de una dacriocistitis, un absceso dentario, una lesión superficial en piel, una injuria directa a la órbita, o por diseminación hematógena. Los gérmenes hallados con mayor frecuencia son el *S. aureus*, el *S. pneumoniae* y el *S. pyogenes*. El diagnóstico y el tratamiento médico y/o quirúrgico temprano y adecuado es fundamental para evitar complicaciones y secuelas graves. **Caso clínico:** Paciente de 3 años de sexo masculino con Sx de Beckwith Wiedeman, ingresa con diagnóstico de celulitis en región orbitaria izquierda por tumefacción palpebral con signos inflamatorios, imposibilidad para la apertura ocular espontánea y al examen ocular presenta proptosis, quemosis y plejía. Se solicita TAC de cráneo y orbita con contraste donde se visualiza velamiento completo del seno maxilar y etmoidal izquierdo con solución de continuidad de su pared externa a cavidad orbitaria, además de la presencia de proptosis, edema de tejidos blandos y absceso subperióstico en región posterior del techo de la órbita. Se realiza diagnóstico de Celulitis orbitaria grado III, sinusitis maxilar y etmoidal izquierdas. Recibe tratamiento empírico inicial con Cefotaxima y Oxacilina, presenta drenaje espontáneo de parpado inferior con secreción fétida que se cultiva y retorna *Streptococcus sanguis*. Evolución torcida, no se pudo realizar drenaje quirúrgico por el dificultoso acceso al sitio de colección, se rota a Clindamicina con lo cual observa una franca mejoría en 72 horas y una evolución posterior satisfactoria. Permanece internado y recibe antibiótico parenteral por 20 días, va de alta sin complicaciones con amoxicilina sulbactam para completar 28 días de tratamiento. **Conclusión:** Niño pre escolar con celulitis orbitaria grado III con aislamiento de *S. sanguis* germen de la flora de la boca poco usual en esta patología, que por la localización del absceso no pudo realizarse drenaje del mismo pero que respondió al tratamiento antibiótico específico para el germen aislado. Consideramos de vital importancia la intención de rescate bacteriológico y la estafilococia por TAC para direccionar adecuadamente el manejo médico y quirúrgico esta patología. **Palabras claves:** Etmoiditis, Pediatría, Sinusitis.

#### 045. Estafilococia y Síndrome de Ramsay Hunt a propósito de un caso.

PORTILLO G, AGÜERO M, QUIÑONES S, GENES M.

Cátedra y Servicio de Pediatría. Hospital de Clínicas. San Lorenzo F.C.M. U.N.A

**Introducción:** El *S. aureus*, es una bacteria coco Grampositiva. Causa de enfermedades nosocomiales, y piógenas de piel. La infección puede ser resultado de la invasión del tejido o de la lesión causada por varias toxinas y enzimas. El Sx. de Ramsay-Hunt producido por la reactivación del VVZ en el ganglio geniculado, originando lesiones vesiculares, radiculoneuropatía y ganglionitis; produce parálisis facial periférica, erupción vesicular en el pabellón auricular y afectación cocleo-vestibular del mismo lado. **Caso clínico:** paciente de 10 años, sexo femenino, de Lambaré, acude por: edema de parpado derecho, pabellón auricular, imposibilidad para la apertura ocular y fiebre. Antecedente de varicela a los 5 años. Ingres a Taquicárdica, mala mecánica respiratoria, rales bilaterales, Rx de torax con infiltrado difuso bilateral con opacidad en base del pulmón izquierdo. HMG con GB 20300 con predominio de neutrófilos, PCR superior a 48, dx.: Sx. de Ramsay Hunt, Celulitis Orbitaria Derecha, NAC Bilateral Complicada con Derrame izquierdo, Estafilococemia, hemocultivo positivo a SAMR, cobertura antibiótica con ceftazidima, trimetoprin sulfametoxazol y Anfotericina B. TAC de tórax con imagen de aspecto redondeado hipodenso, compatible a abscesos pulmonares y derrame pleural izquierdo. **Discusión:** Es el *S. aureus* es causante de enfermedades piógenas y mediadas por toxinas. El SRH corresponde a un tipo de reactivación del VVZ, también llamado HZ ótico, causa PFP, en niños. **Palabras claves:** Antibióticos, Estafilococemia, VVZ.

**046. Meningitis Bacteriana Aguda. A Propósito de un Caso**

JIMÉNEZ J, DELGADILLO L, QUIÑONEZ S

Cátedra y Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas, FCM-UNA

**Introducción:** *Haemophilus influenzae* tipo b, bacteria Gramnegativa que causa enfermedad invasora sobre todo en los niños menores de 5 años de edad, siendo la meningitis el proceso clínico que con mayor frecuencia presenta. La prevención frente a infecciones provocadas por este germen dio un giro importante tras la aparición de la vacuna. **Caso Clínico:** Lactante de 6 meses, masculino, procede de San Pedro, con historia de fiebre y vómitos de 4 días, irritabilidad de 24 hs, alteración del sensorio, ingreso a UCIP, hemodinamia inestable requerimiento de inotrópicos, en asistencia respiratoria mecánica. Datos laboratoriales: Glóbulos blancos 6700/mm<sup>3</sup> N50% L45% Bandas 3%, TP 80% PCR 64%, hemocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo con germen *Haemophilus influenzae* tipo b, fondo de ojo a su ingreso papilas netas no hemorragias, antibiograma cefotaxima, mala evolución clínica, tras 48hs paciente hipotérmico, reflejos de tronco ausentes, pupilas arreactivas. TAC de cráneo ausencia de diferenciación sustancia gris y blanca, dilatación ventricular. Paciente con carnet de vacunación incompleto, incapacidad geográfica de acceso a un puesto de salud. **Discusión:** La letalidad es un indicador que depende, entre otros factores, de la calidad y oportunidad de la atención médica, de la respuesta del huésped y de la virulencia del agente. **Palabras claves:** *Haemophilus influenzae* tipo b, Pediatría, TAC de cráneo.

**047. Reporte de dos Casos de Dengue Neonatal-Servicio de Neonatología IPS**

RIENZI R, GUERIN C, ENCISO H, SAMUDIO G.

El riesgo de infección por el virus del dengue durante el embarazo está incrementado con el aumento y la severidad de las epidemias; las consecuencias sobre el feto y el recién nacido por transmisión vertical del dengue están poco descritas y reportadas, en Paraguay no existen reportes de dengue neonatal. Entre las semanas 19 y 33 de la epidemia del año en curso según el boletín de epidemiología del MSPyBS se informaron 3476 casos, confirmados 2250/3476 (64,7%), de los cuales la mortalidad fue de 20/2250 (1%) del serotipo DEN 1 y 2. **Caso Clínico: Caso 1:** RN segundo gemelar de madre de 26 años, procedente de Ciudad de Este, con fiebre graduada hasta 38 grados, nace producto de sexo femenino, de 34 sem de EG, peso: 1900, talla: 42, PC: 31 cm (dentro de percentiles) apgar 6-8 con edema bipalpebral y dificultad respiratoria, se agregan episodios de cianosis y pausas respiratorias por lo cual se intuba e ingresa a UCIN. Laboratorio del ingreso con GB: 8000, hb 16, hto 47, plaquetas 144.000 TP: 29%. Gasometría con acidosis metabólica. Se inicia cefotaxima +ampicilina por antecedente de fiebre materna, a las 72 horas por persistencia de leucopenia y plaquetopenia, acidosis evolución tórpida y cuadro de shock séptico con hemorragia pulmonar, se policultiva y solicita serología NS1 por los antecedentes maternos y procedencia de zona endémica que informa positivo. Los cultivos fueron todos negativos excepto el de secreción traqueal que informa positivo para *Burkholderia cepacia*. Al séptimo día de vida presento rash cutáneo generalizado siguió con evolución clínica tórpida sin mejoría hematológica, se asumió en el contexto de dengue grave e infección nosocomial, que evoluciona hacia una falla orgánica múltiple y fallece a los 13 días de vida. Cabe destacar que se solicitó serología a la madre y el 1er gemelar dando ambos NS1 positivo con cuadro de dengue no grave y buena evolución. **Caso 2:** RN, masculino procedente de Ciudad del Este con clínica y fiebre un día antes del parto, 39 semanas, peso: 2800 grs, talla: 49 cm, PC: 34 cm, Apgar 7-8 con edema bipalpebral, presenta episodio de fiebre en alojamiento conjunto por lo cual se interna y se realiza serología al binomio madre e hijo resultando NS1 positivo e IgM positivo IgG positivo 1:1000 en el RN, laboratorio de ingreso GB:7600, hb 15, hto:40. Plaquetas 30.000, TP: 55%, ecografía con líquido libre en cavidad, evoluciona en forma favorable y es dado de alta a los 16 días de vida, sin complicaciones. **Conclusión:** Las embarazadas con dengue clásico por lo general presentan un parto y puerperio normales, pero con riesgo de parto pre termino, ruptura prematura de membranas y/o restricción del crecimiento intrauterino. Actualmente todos los ejes subnacionales notifican casos dentro de lo que se considera el canal endémico, lo que implica una persistencia de la circulación viral y obliga al monitoreo estricto de la ocurrencia de casos, su investigación y aplicación de las medidas de intervención; razón por la cual es necesario estrechar la vigilancia de las embarazadas con dengue dados los efectos nocivos sobre la evolución del recién nacido. **Palabras claves:** Embarazada, Recién nacido, Virus del Dengue.

**048. Sepsis en Pacientes Menores a 1 año por *Chryseobacterium meningosepticum*. Centro de Emergencias Médicas. Paraguay. 2010**

CANTERO J, KAWABATA A.

Centro de Emergencias Médicas.

**Introducción:** La detección de bacterias no usuales en las Unidades de Cuidados Intensivos como las *Chryseobacterium meningosepticum* ponen a prueba los sistemas de vigilancia de las infecciones nosocomiales. Esta bacteria gram negativa es causante de infecciones en recién nacidos y pacientes inmunodeprimidos. Su reporte es poco frecuente en las Unidades Neonatales, de ahí creemos la importancia de la presentación de los casos. **Descripción Caso 1 (09/09/2009):** Paciente de 1 mes de edad, masculino, internado desde el 29/Agosto/2009 en UTI-P. El 09/09 se remite una muestra de Secreción Traqueal (sospecha de neumonía bacteriana), a las 72 horas se aislamiento de *C. meningosepticum*. Paciente obitó el 13/09. **Caso 2 (11/01/2011):** Paciente de 7 meses de edad, femenino, internada desde el 12/12/2010 en la UTI-P. Remite muestra de tipo Aspirado Traqueal (sospecha de neumonía bacteriana), a las 48 horas se aísla *C. meningosepticum*. Paciente obitó el 05/02. **Discusión:** La contribución de este reporte, resalta los cuidados a tener en cuenta en el manejo de gérmenes no usuales, de características agresivas y alta resistencia que pueden ser causantes de la alta mortalidad neonatal. La participación activa del plantel hospitalario en la vigilancia de este tipo de gérmenes y el uso racional de los antibióticos así como el cumplimiento de las reglas de bioseguridad, son necesarios para la prevención de las infecciones intrahospitalarias. **Palabras claves:** Aspirado traqueal, Infecciones nosocomiales, UTI.

**049. Tratamiento Abreviado de Leishmaniasis Visceral con Anfotericina B Liposomal.**

GOTZ S, FRETES J, AGÜERO WM.

Sala de Infectología. Centro Materno Infantil – San Lorenzo.

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Asunción La leishmaniasis visceral es una enfermedad endémica en América del Sur, y los antimoniales pentavalentes han sido la base de su tratamiento. Ante la aparición de fracasos terapéuticos, y los conceptos de costo derivados de la estancia hospitalaria prolongada y los efectos adversos, desde hace 2 décadas existen en la literatura mundial referencias a tratamientos abreviados basados fundamentalmente en Anfotericina en sus formas no liposomales (desoxicolato) y liposomales, con experiencias variables en cuanto a recaídas especialmente. Presentamos nuestra primera experiencia clínica en este sentido, manejando a una paciente de sexo femenino, de 1 año 3 meses de edad, con historia de síndrome febril prolongado, palidez de piel y mucosas, hepatoesplenomegalia, pancitopenia y laboratorialmente con RK 39 positivo. Fue manejada con Anfotericina B liposomal en dos dosis de 10 mg/kg cada una, por dos días consecutivos, con buena respuesta clínica y laboratorial, y un seguimiento por consultorio ambulatorio sin recaídas. **Palabras claves:** Desoxicolato, RK 39

**050. Fascitis Necrotizante en un Recién Nacido. Presentación de un caso.** BORJA N, FERNANDEZ M, ARANDA C,

COUCHONNAL E, BRITZ S. Hospital Santísima Trinidad. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

**Introducción:** La fascitis necrotizante es definida como una infección rápidamente progresiva, que afecta la piel, tejido celular subcutáneo, fascia superficial y ocasionalmente, la profunda, produce necrosis hística y severa toxicidad sistémica. Es una entidad clínica rara en la edad neonatal. **Presentación de caso clínico:** Paciente de 12 días de vida de término. Irritabilidad de 10 días de evolución, 8 días de fiebre no graduada. Lesión en piel del abdomen de 6 días tipo en sacabocado, en número de 3, con secreción purulenta, acompañado de hinchazón, eritema y cambio de coloración del extremo distal del dedo índice izquierdo, con progresión perianal. Laboratorio de ingreso GB 7700 N 30% L 60% M 5% con GT 5%. Plaquetas 56000. Se realiza exéresis de todos los tejidos necróticos de la herida con cultivo a las 72 hs de un *Staphylococcus aureus* meticilino resistente, con hemocultivos negativos, recibe 20 días de vancomicina y 5 de amikacina. En ARM por 6 días para manejo del dolor, recibe NPT por 10 días. Alta a los 20 días de internación **Discusión:** La fascitis necrotizante es una enfermedad de baja presentación en el periodo neonatal. El *S. aureus* es un patógeno que causa infecciones de diversa gravedad. En el año 1970, más del 90%

de las cepas provenientes de la comunidad habían adquirido resistencia a este antibiótico. La aparición de infecciones causadas por *S. aureus* resistentes a la meticilina provenientes de la comunidad es un problema de

salud pública de magnitud en diversas regiones del mundo. **Palabras claves:** Necrosis, *Staphylococcus aureus*.

## CASOS CLINICOS DE PEDIATRIA

### 051. Complicaciones más Frecuentes en Pacientes Internados por Dengue

WERMUTH I, PENA L, GOMEZ C, CASTILLO O, ORTEGA G, SCHRODEL F, VALL R.

Cátedra de Pediatría. Hospital Regional Ciudad del Este. Py

**Objetivos:** Citar las complicaciones más frecuentes en pacientes internados por dengue teniendo en cuenta sexo y edad además prevalencia de fallecimientos. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes internados en los meses de enero a junio por dengue, en quienes se determinó las complicaciones más frecuentes, teniendo en cuenta edad y sexo, luego de obtener todos los datos se realizó el conteo y transcripción en tablas. Posteriormente se ilustró dichos datos en formato de tortas con sus respectivos valores en porcentajes. **Discusión:** se observa que de un total de 156 pacientes que se internaron 81 fueron del sexo femenino y 75 masculino. Según edad 4 eran menores de 1 año, 35 entre 1 y 5 años, 40 entre 6 y 10 años y 77 entre 11 y 14 años. Entre ellos 20 se internaron por dolor abdominal, 11 dolor abdominal mas ascitis, 17 con epistaxis, 19 dolor abdominal con hepatoesplenomegalia, 83 con todas las complicaciones mencionadas y 6 con otras menos frecuentes como vómitos incoercibles y decaimiento del estado general. Con un total de dos óbitos, en pacientes con comorbilidades. **Conclusiones:** De un total de 1652 consultas por síntomas de dengue 156 pacientes se internaron por complicaciones del mismo, donde se observa una prevalencia en el sexo femenino y con respecto a la edad hubo un mayor número de internados de 11 a 14 años. Entre las complicaciones más frecuentes se observa el dolor abdominal, acompañado de hepatoesplenomegalia, derrame pleural, ascitis, epistaxis. **Palabras claves:** Ascitis, Derrame pleural, Hepatoesplenomegalia.

### 052. Enterobacterias Resistentes a Carbapenemes por Producción de KPC Aisladas en Hospitales de Asunción y Central

MELGAREJO N<sup>1</sup>, MARTÍNEZ M<sup>1-3</sup>, FRANCO R<sup>1</sup>, SOSA E<sup>3</sup>, MEYER M<sup>4</sup>, SOILAN B<sup>5</sup>, LIRD G<sup>2</sup>, PORTILLO R<sup>7</sup>, FALCÓN M<sup>1</sup>, GONZÁLEZ R<sup>6</sup>

1.Laboratorio Central de Salud Pública (LCSP). Dpto. Bacteriología. Sección Antimicrobianos; 2.Hospital Central de Clínicas (HCL); 3.Instituto de Previsión Social, Hospital Central (IPS); 4.Laboratorio Meyer; 5.INERAM; 6. Hospital Nacional Itaugua; 7.Centro Medico La Costa

**Objetivo:** Describir hallazgos de enterobacterias resistentes a carbapenemes por producción de carbapenemasas del tipo KPC. **Materiales y métodos:** De septiembre 2.009 a agosto de 2.011, fueron remitidas desde diferentes laboratorios de Hospitales de Asunción y Central al LCSP cepas de enterobacterias con sospecha de ser productoras de KPC. En el LCSP se les realizaron estudios fenotípicos, microbiológicos y moleculares para confirmación de las mismas. **Resultados:** Fueron confirmadas 76 cepas con portación de genes que confieren resistencia a los carbapenemes mediante la enzima KPC en 8 centros sanitarios públicos y privados de Asunción y Central: 66 de estas cepas correspondieron a *K. pneumoniae* (87 %), 8 a *E. cloacae* (11 %), 1 a *K. oxytoca* (1 %) y 1 a *S. marcescens*. También fueron detectadas en las mismas otros mecanismos de resistencia como Beta lactamasas de espectro extendido (tipo CTX-M y PER-2) y genes de resistencia a quinolonas (qnr). Los sitios de aislamiento más frecuentes fueron materiales respiratorios (32 %); orina (18 %) y sangre (10 %). **Conclusiones:** En varios hospitales de Asunción y Central, tanto públicos como privados, existe circulación de Enterobacterias resistentes a carbapenemes por producción de KPC, siendo la más frecuente *K. pneumoniae*. Es necesaria la correcta y rápida detección de estos patógenos a fin de la toma oportuna de medidas terapéuticas y la implementación de medidas de contención y control. **Palabras claves:** Carbapenemes, Enterobacterias, *Klebsiella pneumoniae*, KPC.

### 053. Estudio de Prevalencia de Sífilis/VIH y Características Sociocomportamentales de la Población Indígena. Caaguazú. 2011.

AGUAYO N, ESPÍNOLA H, AGUILAR G, BARBOZA A, ESTIGARRIBIA G, GIMÉNEZ L, PRONASIDA.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de infección por la sífilis y el VIH y los factores asociados en población indígena en la región de Caaguazú en el año 2011. **Materiales y Métodos:** estudio descriptivo con corte

transversal, incluye encuesta y con pruebas serológicas confidenciales ligadas en el periodo de 2011. **Muestreo:** por conglomerados bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa (conglomerados) fueron las comunidades y las de segunda etapa (unidades de análisis) las mujeres y hombres de la población indígena. **Instrumento de medición:** 1-Pruebas de laboratorio. 2-Cuestionario. **Resultados:** La población de Mbokaja'i (34.83%) fue la de mayor frecuencia, siendo de la etnia Mby'a el 73.57%. La frecuencia de la población femenina fue del 62%. La distribución de grupo de edad de 12 a 24 años fue del 46% seguida del grupo 25 a 39 años (31.41%). Cerca del 50% de la población iniciaron su relación sexual antes de los 14 años. Y sólo el 5% de las personas utilizaron condón en la última relación sexual. La prevalencia de sífilis fue del 13.5% y 0.64% de VIH. **Conclusiones:** La facilidad de mantener relaciones sexuales y la baja percepción sobre los peligros de las enfermedades que se pueden adquirir debido a este tipo de conductas, hace que sea un sector de la población muy vulnerable. Y en donde se tendrían que tomar medidas mediante las cuales se podría mejorar la calidad de vida de las mismas. **Palabras claves:** Factores asociados, Mbokaja'i, Mby'a.

### 054. Factores Asociados al Óbito por SPH en el Chaco Central-PY, Año 2011

LÓPEZ F, MUÑOZ M, GALEANO R, ROJAS A, PEREIRA Y, GÓMEZ P, SAMUDIO M, PAREDES H, CABELLO A, OJEDA A, ASSIS D, ALLENDE I. / Dirección General de Vigilancia de la Salud/MSPYBS

**Objetivo:** Determinar los factores asociados al óbito por SPH en el Chaco Central. **Materiales y métodos:** búsqueda retrospectiva de casos sospechosos de SPH, mediante la revisión de registros de hospitales de referencia de la zona. Definición de caso sospechoso: egresos entre el 01/01 al 22/09/2011, con fiebre, dificultad respiratoria y necesidad de hospitalización, que presentaran uno o más de los síntomas: tos seca, mialgias, escalofríos, náuseas, vómito, cefalea, dolor abdominal. Estudio de casos y controles (CC) para identificar factores asociados a la defunción por SPH, considerando Caso: SPH confirmado por lab. con defunción y Control: SPH confirmado por lab. sin defunción. **Resultados:** revisados 6.291 registros, 88 cumplían con la definición de caso sospechoso, 34 se confirmaron por IgM, de esos 82% fueron varones, la mediana de edad fue 29 años (4-84), 81% son de zona rural, y 24% evolucionaron a óbito. De los 34 casos confirmados 27 fueron incluidos en el CC (8 casos y 19 controles). Todos los óbitos fueron varones. Los factores asociados fueron: almacenamiento no seguro de alimentos (OR 8,40 p<0,03) y ser indígena (OR 11,25 p<0,01). **Conclusión:** Los factores asociados a óbito tienen relación con: almacenar alimentos de forma no segura lo que podría atraer a los roedores y la precaria asistencia a la población indígena puede retardar el manejo clínico adecuado. Recomendamos orientación a la población sobre las formas de transmisión y signos/síntomas para demandar asistencia temprana. **Palabras claves:** Factores de Riesgo, Hantavirus, Óbito.

### 055. Frecuencia de Hepatitis A y C en Pacientes que concurrieron al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Año 2009-2011.

GRANADO E, FERREIRA L, CARPINELLI MM, PICAGUA E. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de anticuerpo IgM contra el virus de la hepatitis A y anticuerpo IgG contra el virus de la hepatitis C en pacientes que concurrieron al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, desde setiembre de 2009 a setiembre de 2011. **Materiales y métodos:** En este estudio observacional descriptivo se evaluaron los resultados de 72 pacientes de ambos sexos con pedido médico de anticuerpos contra el virus de la hepatitis A, 9 fueron niños de 1 a 17 años y 63 adultos de 18 a 82 años, y 209 pacientes de ambos sexos, con pedido médico de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, de quienes 16 fueron niños de 2 meses a 17 años y 193 adultos de 18 a 82 años. Se empleó el método serológico de ELISA

para ambas determinaciones. Se respetó la confidencialidad de los datos de los pacientes en todo momento. **Resultados:** Del total de pacientes estudiados, 7 % (5/72) fueron positivos para el anticuerpo IgM contra el virus de la Hepatitis A, de estos 3 % (2/72) fueron niños. En cuanto al anticuerpo IgG contra el virus de la Hepatitis C, no se registraron casos positivos en niños, observándose 2 % (4/209) de positividad en adultos. **Conclusión:** A pesar que la población pediátrica en este estudio es pequeña, se encontró 3% de niños con hepatitis A, siendo esta una frecuencia alta. Por lo tanto, deberían tenerse en cuenta las medidas de saneamiento ambiental y control de higiene personal y alimenticia, así como la promoción de la inmunización en edades tempranas. En cuanto a la hepatitis C, se encontró pacientes positivos solamente en adultos que es lo más frecuente. Considerando que esta es una enfermedad que genera un alto impacto a nivel mundial debido a sus consecuencias como cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular es importante la disponibilidad de marcadores serológicos de esta hepatitis dentro del sistema sanitario accesibles tanto en la atención primaria como en la especializada, lo cual permitirá diagnosticar la mayor parte de las hepatitis, haciendo más eficaces las medidas de prevención y control. **Palabras claves:** Anticuerpo IgM, Inmunización, Niños.

#### 056. Hongos en muestras respiratorias procesadas en el Hospital de Clínicas.

RIVAS M, CASCO M, VELÁZQUEZ G, CUEVAS A, LIRD G, LACONICH M, MAYOR M, GIMÉNEZ F, GÓMEZ C, ZUBELDÍA A, MÉNDEZ C.

Durante un año (agosto 2010-2011) en el Laboratorio Central del Hospital de Clínicas se procesaron 1062 muestras respiratorias. Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal con el objetivo de conocer los hongos más frecuentemente aislados. En todas las muestras se realizó el examen en fresco con KOH al 40%, coloración de GRAM, cultivo en Sabouraud glucosa, Sabouraud cloranfenicol y cicloheximida en estufa a 37°C y Temperatura ambiente. Cuando se presentó aislamiento de levaduras se subcultivó en agar CHROME por 48 hs a 37°C donde se interpretaron los colores según el patrón especificado por el comerciante. En casos dudosos se recurre a la tipificación por VITECK 2 utilizando las tarjetas YST y si el médico lo solicita se realiza estudios de sensibilidad con las tarjetas AST-YS01. De las 245 muestras positivas (100%) para levaduras, fueron identificadas 188 (77%) *C. albicans*, 20 (8,2%) *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*, 7 (2,9%) *C. krusei*, 6 (2,4%) *P. brasiliensis* y 4 (1,6%) *C. glabrata*. Para los casos en que se realizó estudio de sensibilidad (*C. albicans*, *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*), resultaron sensibles a fluconazol (<1µg/ml), flucitosina (<11µg/ml), Anfotericina B (<0.51µg/ml), y voriconazol (<0.121µg/ml) según los puntos de corte de la CLSI. Otros hongos encontrados fueron *Cladosporium sp* (2), *Geotrichum candidum* (1), *Geotrichum capitatum* (1), *Acremonium sp* (2), *Penicillium sp* (9), *Aspergillus fumigatus* (22), *Aspergillus flavus* (2), *Paecilomyces sp* (1), *Trichoderma sp* (1). En una sola muestra se observó *P. jiroveci* con la tinción de o-toluidina. En los casos en que se presentó asociación, la más frecuentemente encontrada fue *C. tropicalis* y *C. albicans*, *C. parapsilosis* y *C. albicans* y una muestra de esputo con *P. brasiliensis*, *C. tropicalis* y *C. parapsilosis*. **Conclusión:** Siguen siendo las levaduras las más frecuentemente aisladas en material respiratorio de muestras significativas y todavía conservan la sensibilidad a las drogas comúnmente utilizadas, lo cual es importante para instaurar una terapia empírica rápida. Si bien en ciertas ocasiones se presentó *C. krusei* no hubo problemas con la tipificación, lo que es necesario por su conocida resistencia a los imidazoles. La escasa presencia de *P. jiroveci* puede deberse a que son pocos los pacientes con HIV hospitalizados en este centro asistencial. Se destaca la necesidad de tipificar adecuadamente los hongos y estudiar la susceptibilidad a los Antifúngicos por la posibilidad de aparición de resistencias. **Palabras claves:** Gérmenes, Imidazoles.

#### 057. Incidencia de Sífilis Congénita en el Paraguay. Año 2009.

AGUAYO N, ARANDA C, AGUILAR G, SUAREZ Z, KAWABATA A. PRONASIDA.

La sífilis congénita sigue siendo un problema importante de salud pública y constituye un indicador de la calidad de los servicios de salud que debe ser monitoreado constantemente. **Objetivo:** Determinar la incidencia de los casos de sífilis congénita en el sector público de salud del Paraguay. **Materiales y Métodos:** observacional, descriptivo, retrospectivo. Muestreo probabilístico, por conglomerados, bietápico. La unidad de análisis son los recién nacidos de los servicios del sector Público de las Regiones Sanitarias del país, excluyendo aquellas de la región del Chaco. **Resultados:** de 6739 registros de recién Nacidos examinados se

encontraron 69 que cumplían con los criterios de definición de caso de sífilis congénita. La incidencia de sífilis congénita encontrada fue de 10,23 por 1000 nacidos vivos. El 73,9 % de las madres de los/las niños/as con sífilis congénita acudieron al control prenatal. En el 37,6% de las mujeres el diagnóstico se realizó menos de un mes antes del parto seguido del 34,7% que fueron diagnosticadas en el embarazo y no recibieron tratamiento o recibieron tratamiento incompleto. 2 de los recién nacidos con sífilis fallecieron. **Conclusión:** La alta incidencia expresa la necesidad de reconsiderar a la enfermedad entre los problemas prioritarios e intensificar las acciones que se llevan a cabo para su control. La mayoría de las mujeres con niños con sífilis congénita acudieron al control prenatal lo que indica que existen oportunidades perdidas en los servicios de salud. **Palabras claves:** Control Prenatal, Recién nacidos, Salud Pública.

#### 058. Prevalencia de portación intestinal de EVR en la Cátedra y Servicio de Pediatría. FCM-UNA.

ROLON R,<sup>1</sup> CAMPUZANO A,<sup>1</sup> RIQUELME I,<sup>1</sup> MOREL N,<sup>2</sup> ORTELLADO J,<sup>2</sup> ORTIZ H,<sup>2</sup> ALMADA P<sup>1</sup>

Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias- Cátedra y Servicio de Pediatría (C y S Ped.) y Laboratorio de Microbiología. Hospital de Clínicas de San Lorenzo (H CL. de SL.)

De 16 especies de *Enterococos*, el *E. faecium* es el más frecuente en infec. intrahospitalarias y con mayor resistencia a la vancomicina. A finales de 2007 y al inicio de 2008 hubo un <sup>1</sup>Brote Epidémico de EVR (*Faecium*) en la (C y S Ped.), originado en Hemato oncología. Desde entonces existen acciones para la prevención y control del EVR. Se presenta un estudio de prevalencia de infecciones o colonizaciones de *E. faecium*. **Objetivo:** ¿Es el EVR endémico en la Institución? Por lo que se estudia la tasa de portación intestinal, la identificación de las salas con mayor aislamiento de EVR y cual es la especie de Enterococo más frecuente. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, con muestras de hisopados rectales y coprocultivos de pacientes internados en la (C y S Ped); desde 09/ 2008 hasta 15/ 09/ 2011. Los datos fueron recabados del registro del servicio de Bacteriología (HCL de SL.) **Resultados:** Se estudiaron 750 muestras, 234 fueron EVR lo que dio una tasa de colonización de 31%. La sala de Hemato-oncología con 152 muestras positivas 55 (36,1%), Lactantes con 177 muestras, 59 (33,3%) fueron (+), siendo la especie más frecuente el *E. faecium*, de 120(51,2% fueron (+). **Conclusión:** Este estudio demuestra la prevalencia de portación intestinal con EVR *E. faecium*, lo que implica considerar a todo paciente que reingresa, como portador de EVR y aprender a convivir con los mismos. **Palabras claves:** *Enterococcus sp*, Hematooncología, Infecciones intrahospitalarias

#### 059. Primeros Indicios del Impacto de la Introducción de la Vacuna Rotavirus (RV) en Paraguay.

ARZA S, VEGA M, MALDONADO L, BASUALDO W, FIANDRO A, ARZA M, ARZA L, ARBO A, TORRES C y ALLENDE I. Dirección General de Vigilancia de la Salud.MSP y BS. Htal Nacional de Itauguá. Hospital Pediátrico de Reducto. Instituto de Previsión Social. Htal de Clínicas UNA. Instituto de Medicina Tropical. Programa Ampliado de Inmunizaciones

**Objetivo:** Evaluar el impacto de la vacuna antirrotavírica mediante el comparativo de carga de la enfermedad diarreica en <5 años hospitalizados: pre (PrV) y post (PtV) introducción del biológico. **Materiales y Métodos:** Estudio de vigilancia activa y prospectiva en < 5 años hospitalizados por enfermedad diarreica generada por RV en 4 Centros Centinelas (CC). Fueron comparados dos periodos 2004-09 (PrV) y 2010- 1<sup>er</sup> trimestre 2011(PtV), analizados datos clínicos y carga ocasionada. **Resultados:** 2355 hospitalizaciones por diarrea fueron captados en el período PrV representando 10% del total de hospitalizaciones por cualquier causa. 25% (589/2355) de los cuales fueron generados por RV, con 55% de incidencia en el rango etario <12 ms. De acuerdo a la escala de presentación clínica (Vesikari) 35% fue moderado, 33% grave y 22% leve. Sin embargo, en el período PtV, 665 hospitalizaciones fueron por diarrea (8% del total de hospitalizaciones). 21% (139/665) fueron asociados con RV. La mayor distribución se presentó en el rango etario > 12 ms (62%), con una reducción de 20% en el rango <12ms. La incidencia de cuadros graves de diarrea aminoró 8%, viéndose incrementado los moderados en 6% [cobertura vacuna RV 69% y 57% (1<sup>era</sup> y 2<sup>da</sup> ds 2010), 48% y 44% (1<sup>era</sup> y 2<sup>da</sup> ds h/SE35 2011)]. El promedio de

hospitalización PrV fue de 4,5 días comparados con 1,5 días en el período PtV ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** Importante disminución de diarrea severa e incidencia estacional por RV fue valorado en el período PtV, c/ aumento de cuadros moderados en  $> 12$  ms como primeros indicios del impacto de la introducción de la vacuna RV. **Palabras clave:** Impacto vacuna rotavirus, carga de enfermedad

#### 060. Sistema Bonis. Nueva estrategia de vigilancia comunitaria en Paraguay

CABRAL M<sup>1</sup>, SAMUDIO M<sup>1,2</sup>, BASOGAIN X<sup>3</sup>, GALVÁN P<sup>1</sup>, CANE V<sup>1</sup>, ASCURRA M<sup>1</sup>, CABELLO A<sup>1,2</sup>, ALLENDE F<sup>2</sup>, OLABE M<sup>3</sup>, ESPINOSA K<sup>3</sup>.

1. IICS-UNA. 2. Dirección General de Vigilancia de la Salud, MSP y BS. 3. Universidad del País Vasco – Euskal Herriko Unibertsitatea-España. La Universidad Nacional con el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social con el apoyo técnico de la Universidad del País Vasco de España, ha desarrollado un sistema de vigilancia comunitaria para síndromes febriles llamado BONIS. El sistema fue diseñado para promover la participación de la comunidad en la vigilancia sindrómica. En este estudio se reportan los resultados preliminares de la implementación de la nueva estrategia de vigilancia comunitaria. El sistema se ha implementado en forma piloto en el Bañado Sur en la Unidad de Salud Familiar- CAMSAT en mayo de 2010. La búsqueda activa comunitaria se inicia con la llamada telefónica realizada por el paciente-usuario, quien sigue 9 pasos para la notificación del caso febril. La aplicación cuenta con varios servicios, accesibles a través del navegador web: *Llamadas; Listado de visitas priorizadas por agente; Pacientes; Seguimiento*. Se realizaron varias actividades de difusión y capacitación tanto para la comunidad como para el personal de salud involucrado directamente con la vigilancia epidemiológica. Hasta agosto de 2011, se registraron en el sistema 1028 llamadas, las cuales originaron el registro de 140 pacientes que tuvieron 224 seguimientos entre 1 a 4 por paciente. Con el seguimiento por las agentes comunitarias, se pudo determinar la etiología en 68 pacientes, 56 con dengue y 12 con influenza. Las limitaciones que se vieron en esta primera etapa fueron: dificultad para el llenado del árbol de preguntas por no conocer o negarse a proveer su número de cedula y costo de la llamada, entre otros. A pesar de estas dificultades, Paraguay cuenta con un sistema de notificación comunitaria basado en las TICs, de bajo costo, software libre, extensible, y escalable. Incorporando la comunidad para decidir sobre su salud individual y colectiva es una forma diferente de abordar la salud. Sin embargo es necesario fortalecer los programas de promoción y educación en la comunidad. El uso de las TICs transforma el sistema de vigilancia epidemiológica en un estudio de caso de Telemedicina (e-Health) en Paraguay. **Palabras clave:** Paraguay, Salud Pública, Vigilancia epidemiológica.

#### 061. Situación de la tuberculosis (TB) en < de 15 años, en la población indígena (PI) de Paraguay: Período 2004-2009.

ZELAYA N, AGUIRRE S, ÁLVAREZ M, MARTÍNEZ C. PNCT

La incidencia de la TB en la PI de Paraguay es 10 veces superior a la observada en la población general (PG). **Objetivo:** Comparar la situación epidemiológica de la TB en < de 15 años en la PI y PG de Paraguay en los años 2004-2009. **Metodología:** estudio descriptivo a partir del análisis de la notificación de casos del PNCT. **Resultados:** Se notificaron 1753/13.368 (13,1%) casos de TB en <15 años, 38% en PI. TB extrapulmonar se presentó en el 11,4% de los casos y fue más frecuentemente en PI (10,6% vs 12,3%). El 25% de los casos de TB extrapulmonar fueron formas meníngeas, 25,2% en PI y 24,7% en PG. La mortalidad por TB en <15 años fue de 4,3%, siendo observada en mayor proporción en niños de la PG, 5,5% vs 2,4% ( $p < 0,05$ ). La mortalidad por TB meníngea se observó en el 46% de los casos, de los cuales 62% ocurrieron en la PG y 23,8% en PI ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de TB entre ambos grupos. Se observó una mayor mortalidad en niños de la población general. Futuros estudios son necesarios para determinar si esto se debe al diagnóstico tardío de TB en la población general. **Palabras clave:** Diagnóstico tardío, Niños, TB extrapulmonar.

#### 062. Situación de la Tuberculosis en las Prisiones de Paraguay. Período 2005-2009. PNCT – MSP y BS

MEDINA A, ZARATE G, AGUIRRE S, ÁLVAREZ M, MARTÍNEZ C. Los penitenciarios (CP) cuentan con una infraestructura inadecuada favoreciendo la transmisión de la tuberculosis (TB). **Objetivo:** Analizar el comportamiento epidemiológico de la TB en prisiones, período 2005-2009. **Metodología:** estudio descriptivo a partir de las notificaciones del

PNCT. **Resultados:** se identificó 4122 sintomáticos respiratorios (SR), entre los cuales se identificaron 623 casos de TB todas las formas. La incidencia de TB se incrementó de 1480/100000 (año 2005) a 2059/100.000 (2009). En 2009 la incidencia fue 74 veces superior a la población general. El 56% de los casos provenían del penal de Tacumbú, 596/623 (95%) fueron pulmonares, y 93% (556/596) fueron BK+. El 3,2% (20/623) presentó coinfección TB-VIH/SIDA. La tasa de curación aumentó de 49% en el 2005 al 83% en el 2009. **Conclusión:** la incidencia de TB se incrementó en el periodo de estudio, coincidiendo con un mayor número SR identificados y examinados en los CP. La TB pulmonar BK+ fue la más frecuente contribuyendo a la transmisión de la enfermedad. Para abordar esta situación el Paraguay elaboró un proyecto para el trabajo en CP, el cual fue aprobado y se está implementando desde Octubre de 2010. **Palabras clave:** Bk+, Tacumbú, TB pulmonar.

#### 063. Situación del VIH/SIDA en el Paraguay. 2008, 2009 y 2010.

AGUAYO N, AGUILAR G, BARBOZA A, GIMENEZ L,

KAWABATA A, NAGAI M. PRONASIDA.

De acuerdo a los datos del informe de ONUSIDA del 2008 se estima que 33,4 millones de personas viven con el VIH/SIDA y más de 5 millones reciben tratamiento para el VIH. **Objetivo:** Caracterizar la situación del VIH/SIDA en el Paraguay durante el periodo 2008, 2009 y 2010. **Método:** Datos proporcionados por el Departamento de Información Estratégica de PRONASIDA. (2008, 2009 y 2010). Se estudió la situación del VIH/SIDA por regiones, grupo de edad y sexo. **Resultados:** Se notificaron 3026 PVVS, de los cuales 32,74% (991) son casos SIDA, 33,15% (1003) personas con VIH sin condición SIDA y 1001 personas no se ha podido determinar a cuál de los grupos corresponde. Las personas fallecidas fueron 23. La razón actual hombre/mujer es de 1,55/1, con un 57,87% (1699) de hombres y 42,13% (1237) en mujeres. El grupo de edad más afectado fue de 25-29 (20,63%). Las regiones con mayor notificación fueron Central (58,12%) y Capital (15,96%).

**Conclusión:** Desde la primera notificación en 1985 y hasta entonces la notificación de casos ha ido en aumento constante. Se concentra la epidemia en hombres en edades de plena actividad laboral y sexual pero con una tendencia en aumento de más casos en mujeres, la mayoría proveniente de Central y Capital. La promoción activa de la vigilancia epidemiológica y el permanente monitoreo de la evolución de la epidemia constituyen pilares esenciales de las políticas públicas que buscan dar respuesta a la infección por VIH/SIDA. **Palabras clave:** Epidemia concentrada, Vigilancia epidemiológica.

#### 064. Vigilancia virológica de Influenza y Otros Virus Respiratorios Durante el Período Post-pandémico 2010-2011 en Paraguay

VAZQUEZ C, GAMARRA ML, VILLALBA S, BOBADILLA ML, ORTEGA MJ, OVIEDO A, ARELLANO C, PAREDES W, OVIEDO E, FIGUEROA S, RAMIREZ L, TORALES J, FARIÑA H. Laboratorio Central de Salud Pública

La circulación de una cepa pandémica de Influenza A en el 2009, desplazó a las previamente circulantes, en frecuencia y rango etario de infección. En agosto del 2010, la OMS declaró el paso al Período Post-pandémico, señalando la importancia de continuar monitoreando el comportamiento del virus pandémico. El LCSP como Centro Nacional de influenza, se avocó a cumplir su rol en esta etapa. A fin de Caracterizar virológicamente los virus influenza, describir su comportamiento, y el de otros virus respiratorios circulantes en Paraguay durante el periodo post-pandémico 2010-2011, fueron incluidos 7553 pacientes con sospecha de ETI o IRAG recibidas en el LCSP. Las muestras fueron procesadas por rRT-PCR (protocolo del CDC) para la detección, tipificación y subtipificación de influenza. Por IFI Millipore para la detección de Virus respiratorio sincicial (VRS), Adenovirus (AdV), y Parainfluenza (PIV). Se realizaron aislamientos virales en cultivos de células MDCK. El 35% de las muestras resultó positivo para alguno los de virus, de las cuales 42% fue FluA/H3, 7,5% FluA/H1N12009, 7,5% FluB, 32% VRS, 7% PIV y 3,6% AdV. Las cepas aisladas fueron sensibles a Oseltamivir y correspondieron a la vacuna recomendada para el hemisferio sur. Fue detectado un brote de FluA/H3 en el verano 2010-2011, predominando en todas las edades, excepto menores de 2 años en quienes predominó el VRS. El virus pandémico circuló en forma moderada en el 2010 y escasamente en el 2011, sin

complicaciones clínicas significativas asociadas. **Palabras claves:** Caracterización virológica, Oseltamivir, Pandemia

#### 065. Virus Sincicial Respiratorio en adultos.

VON HOROCH M<sup>1</sup>, LURASCHI P<sup>1</sup>, FIANDRO A<sup>1</sup>, VAZQUEZ C<sup>2</sup>, MARTINEZ M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Departamento de Epidemiología y Sistema de Información en Salud, Hospital Central – Instituto de Previsión Social. <sup>2</sup>Laboratorio Central de Salud Pública, MSPBS.

**Objetivo:** Caracterizar los casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) asociados a VSR en población adulta hospitalizados en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social (HC-IPS). **Material y método:** Fueron incluidos en el estudio pacientes captados prospectivamente a través de la Vigilancia Hospitalaria de IRAG del HC-IPS desde julio 2010 hasta agosto 2011. Los datos se colectaron en la ficha de notificación y descargados en una base de datos en Excel. Hisopado nasal y faríngeo fueron tomados para diagnóstico de infección por VSR por la técnica de Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). **Resultados:** Identificamos 757 pacientes adultos hospitalizados por IRAG, se tomaron 759 (99%) muestras; 23 (3,1%) se identificó VSR. 70% (16/23) de los casos se presentó durante los meses de mayo a julio. Entre los casos asociados a VSR se presentó un predominio femenino (74%) con respecto al masculino (26%). Grupo etario más afectado fue el de 60 años y más (12), seguido 40 a 59 años (7); 4 casos se presentaron en 20 a 39 años. Una o más comorbilidades se encontró en el 52% de los casos (12/23). El requerimiento de cuidados intensivos fue del 30% (7/23) y la Letalidad del 39% (9/23). De los 9 fallecidos 7 presentaron una o más comorbilidades asociadas. **Conclusión:** El VSR es una importante causa de IRAG en adultos mayores durante los brotes de invierno, con significativa morbilidad y mortalidad asociada. **Palabras claves:** Adultos, Hisopado nasal, VRS.

#### 066. Características Epidemiológicas y Clínicas de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) Asociadas a Virus Sincicial Respiratorio (VSR)

VON HOROCH M<sup>1,6</sup>, CABELLO A<sup>1</sup>, VAZQUEZ C<sup>2</sup>, BATTAGLIA S<sup>1</sup>, BASUALDO W<sup>3</sup>, VEGA ME<sup>4</sup>, RAMIREZ P<sup>5</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, ALLENDE I<sup>1</sup>

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) 2. Laboratorio Central de Salud Pública 3. Hospital General Pediátrico 4. Hospital Nacional de Itaguá. 5. INERAM 6. Hospital Central del Instituto de Previsión Social

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los casos de IRAG asociados a VSR. **Material y Métodos:** Se incluyeron todos los casos reportados por los Centros Centinelas desde enero hasta agosto de 2011 (SE1-35). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, ingreso a UCI, fallecidos, comorbilidad y/o factores de riesgo, toma de muestras respiratorias e identificación del VSR. **Resultados:** Se notificaron 2624 casos de IRAG hasta la SE 35. Se tomaron muestras a 2012 (77%). De éstas 194 (9,6%) fueron positivas para VSR. No hubo diferencias en la distribución por sexo. En cuanto a la edad, 91% se presentó en población pediátrica y 8,2% en población adulta. El 20% de los casos en población pediátrica ingresó a UCI y la letalidad fue del 3,4% en comparación con el 37,5% de requerimiento de UCI en adultos con una letalidad del 50%. La presencia de comorbilidad entre los fallecidos en la población pediátrica fue del 50% y en adultos del 75%. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este trabajo ponen en evidencia que la presencia de comorbilidad en pacientes fallecidos con IRAG asociado al VSR constituye un factor agravante en el pronóstico de estos pacientes principalmente en la población adulta. **Palabras claves:** Adultos, Comorbilidad, UCI.

#### 067. Aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* al Diagnóstico en Niños con Fibrosis Quística.

ORTIZ -PARANZA L, CASTRO H, DALLES I, ASCURRA M.

Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental, Hospital Niños de Acosta Ñu -MSPyBS.

**Introducción:** El diagnóstico y tratamiento precoz del 1º aislamiento de *Pseudomonas aeruginosa* (PA) en pacientes (ptes) con fibrosis quística (FQ) puede evitar o postergar la infección crónica. **Objetivo:** Evaluar la presencia de PA al diagnóstico en pacientes pediátricos con FQ, de dos centros asistenciales de referencia. **Material y Método:** Diseño retrospectivo. Tamaño muestral: 25 ptes pediátricos entre 0 a 13 años de edad, con diagnóstico de FQ, atendidos en el Hospital "Niños de Acosta Ñu" (2004-2010) y en el Programa de Prevención FQ (2005-2011).

Variables: sexo, edad al diagnóstico, clínica predominante y presencia o no PA en esputo. **Resultados:** Sexo: Masculino 12/25. Un 64% (16/25) fueron diagnosticados en los primeros 6 meses de vida. Solo un 8% (2/25) presentó clínica respiratoria exclusiva y un 24% (6/25) no presentó clínica respiratoria, pero 5 presentaron edema, anemia e hipoalbuminemia y 1 íleo meconial. Un 68% (17/25) tuvo una clínica mixta (Fallo de medro y neumonía o Sx bronquial obstructivo a repetición, taquipnea persistente o Sx. Coqueluchoide). La PA fue aislada en el 36% (9/25) de los ptes, 5 correspondieron a una colonización crónica y 4 no volvieron a presentar cultivo positivo en los siguientes 6 meses de control. **Conclusión:** Se recalca la posibilidad e importancia de la detección y tratamiento precoz de la infección por PA, a fin de disminuir la morbimortalidad y el costo emocional y económico que esta conlleva. La colonización crónica se ve muy precozmente. **Palabras claves:** Sx bronquial obstructivo, Sx. Coqueluchoide.

#### 068. Brote de Difteria. Asunción - Paraguay. 2011

LEON M, KAWABATA A, CHAMORRO G.

Laboratorio Central de Salud Pública

**Introducción:** Es una enfermedad distribuida por todo el mundo, fundamentalmente en zonas urbanas pobres donde el hacinamiento y el grado de protección de la inmunidad inducida por la vacuna es bajo. Debido a los programas de inmunización activa la difteria se ha convertido en una enfermedad infrecuente en nuestro medio. **Descripción Caso 1 (27/05/2011):** Paciente de 3 años de edad, femenino, internado en Hospital Barrio Obrero. Remite una sola muestra de hisopado de fauces al LCSP por motivos de sospecha de difteria. A las 72 horas se confirma el Caso Índice con aislamiento de *C. diphtheriae*. **Caso 2 (03/06/2011):** Paciente de 9 años de edad, femenino, internado en el Hospital General Pediátrico. Remite una muestra de hisopado de fauces al LCSP por motivos de sospecha de difteria. A las 72 horas se confirma segundo caso con aislamiento de *C. diphtheriae*. **Contactos (03/06/2011):** pacientes: 46 años, sexo femenino; 10 años, sexo femenino; 4 años, sexo masculino; 30 años, sexo masculino. Aislamientos realizados en el LCSP de *C. diphtheriae* Prueba de toxigenicidad positiva y buena evolución de todos los casos. **Discusión:** Pacientes de la misma zona, Barrio San José (Zona Mercado 4-Asunción), no portan carnet de vacunación, no poseen registro de nacido vivo. Viven hacinados en una vivienda precaria, no tuvieron acceso al Programa Ampliado de Inmunización por causas de desconocimiento referidos por los miembros de dicha familia. Se destaca la eficiencia de la intervención, por el tipo de lugar del evento. **Palabras claves:** *C. diphtheriae*, Programa Ampliado de Inmunización. Prueba de toxigenicidad.

#### 069. Capacidad vectorial de *Triatoma sordida* en la transmisión de la enfermedad de Chagas en un área bajo vigilancia entomológica del Paraguay

SÁNCHEZ Z<sup>1</sup>, YURUHAN L<sup>2</sup>, GUILLÉN R<sup>1</sup>, FERREIRA E<sup>2</sup>, PAREDES B<sup>2</sup>, RUSSOMANDO G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Biología Molecular y Genética, IICS-UNA,

<sup>2</sup>Laboratorio de Entomología, SENEP, MSP y BS

**Objetivo:** Determinar aspectos sobre la capacidad vectorial de *T. sordida* como: colonización de viviendas e índice de infección natural con *Trypanosoma cruzi* en ejemplares de una región del Paraguay. **Materiales y Métodos:** Se analizaron 216 ejemplares de *T. sordida* capturados en 83 viviendas de 40 localidades del Dpto. de Concepción, en fase de vigilancia entomológica, durante el periodo 2004 al 2007, según datos de sitio de captura y estadío de los ejemplares, proveídos por el Programa Nacional de Chagas. Se realizó la extracción de ADN por el método Fenol-Cloroformo y la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para detección e identificación de linajes de *T. cruzi*. **Resultados:** La colonización intradomiciliar (ninfas) fue detectada en 18 viviendas de las 83 analizadas. Se detectó infección con *T. cruzi* en 23 de 216 ejemplares (10,6%) y el sublinaje predominante fue el TcIIc (58%). **Conclusión:** La infección con *T. cruzi* en ejemplares de *T. sordida* colonizante y capturados en el intradomicilio permiten inferir su participación como vector eficiente en la transmisión de la enfermedad de Chagas en el área estudiada. **Palabras claves:** *Trypanosoma cruzi*, Linajes, *Triatoma sordida*, PCR

#### 070. Características Clínicas y Epidemiológicas de las Queratitis Infecciosas Severas en la Fundación Banco de Ojos "Fernando Oca del Valle"

BORDÓN M<sup>1</sup>, SÁNCHEZ DI MARTINO D<sup>1</sup>, RUIZ A<sup>1</sup>, MARTÍNEZ W<sup>1</sup>, LICHI S<sup>1</sup>, SAMUDIO M<sup>2</sup>, FARIÑA N<sup>2</sup>, LASPINA F<sup>2</sup>, SANABRIA R<sup>2</sup>, MIÑO DE KASPAR H<sup>2</sup>

1. Fundación Banco de Ojos. 2. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA)

**Objetivo:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con queratitis infecciosas severas que acudieron a la Fundación Banco de Ojos (FBO) entre abril 2009 a septiembre 2011. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo con componentes analíticos de pacientes con diagnóstico de queratitis infecciosa severa, definido por el tamaño de la úlcera  $\geq 2$ mm, en quienes se registraron datos demográficos y clínicos, tratamiento instituido, evolución, y factores de riesgo. El tratamiento empírico consistió en moxifloxacina 5mg/ml, más fluconazol 2mg/ml; a las queratitis en estadio avanzado, antibiótico reforzado (cefazolina 50mg/ml o vancomicina 50mg/ml + gentamicina) y en caso de sospecha de *P. aeruginosa* ceftazidima 50mg/ml. Una vez que se obtuvieron los resultados del laboratorio se inició el tratamiento específico, que consistió en natamicina 5% o fluconazol 0,2%, en las queratitis micóticas cada 1h, asociado a moxifloxacina cada 6 hs. En las queratitis bacterianas se utilizó moxifloxacina y en casos avanzados se utilizó cefazolina o vancomicina para Gram(+), gentamicina para Gram(-) y ceftazidima para *P. aeruginosa*, cada 1h. **Resultados:** Cumplieron con los criterios de inclusión, 48 pacientes, de los cuales el 62,5% fueron del sexo masculino; de ellos 25% agricultores. El motivo de consulta fue en el 62,5% ojo rojo y doloroso. El 81,3% de las úlceras tenía una ubicación central. El tiempo de evolución varió entre 1 a 30 días (mediana 7d). En el 64,5% se demostró la presencia de hongos, siendo *Fusarium sp* (n=17) el más frecuente. Se reportaron: 21 pacientes con antecedente de trauma, 18 con tratamiento previo y 3 por uso de lentes de contacto. Se obtuvo la curación en 22 de 27 pacientes con seguimiento mediante tratamiento tópico, en 5 se recurrió al recubrimiento conjuntival. **Conclusión:** Es destacable el alto porcentaje de etiología fúngica desmostado por cultivo, lo que dirigió el tratamiento apropiado. En los pacientes con tratamiento intensivo y controles periódicos se obtuvo curación con secuelas, pero en condiciones de ser sometidos a trasplante de córnea. **Palabras claves:** Antibióticos, *Fusarium sp*, *P. aeruginosa*. **Apoyo Financiero:** Fundación Georg-Hannelore Zimmermann (Alemania)

#### 071. Características de la Circulación de Influenza A H3N2 en Paraguay 2010-2011.

CABELLO A<sup>1</sup>, VON HOROCH M<sup>1,6</sup>, BATTAGLIA S<sup>1</sup>, VAZQUEZ C<sup>2</sup>, BASUALDO W<sup>3</sup>, VEGA ME<sup>4</sup>, RAMIREZ P<sup>5</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, ALLENDE I<sup>1</sup>

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) 2. Laboratorio Central de Salud Pública 3. Hospital General Pediátrico 4. Hospital Nacional de Itagua. 5. INERAM 6. Hospital Central del Instituto de Previsión Social

**Objetivo:** Describir las características de la circulación del virus de Influenza A H3N2 en el Paraguay. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron las muestras positivas para Influenza AH3N2 tomadas en pacientes con ETI e IRAG de los Centros Centinelas a partir de la SE 01 del 2010 a la SE 35 del 2011. Las variables analizadas fueron: virus circulantes, semanas epidemiológicas, estaciones climáticas. **Resultados:** Se tomaron 7232 muestras de pacientes con ETI e IRAG. Fueron positivos 795 para Influenza AH3N2 (11%). Entre la SE 12 a la SE 37 del 2010 correspondientes a los meses de otoño e invierno, se reportaron 11 casos de AH3N2 (1,4%), y entre la SE 38 del 2010 a la SE 11 del 2011, correspondientes a los meses de primavera-verano, 774 (97%) de los casos. Diez casos (1,2%) entre la SE 12 a la SE 35 del 2011 fueron positivos para Influenza A H3N2. **Conclusiones:** Los virus de influenza estacional se caracterizan por una baja incidencia fuera de los meses de invierno. La observación de la circulación H3N2 en primavera-verano, indicaría que el virus es capaz de establecer la circulación en los meses más cálidos y húmedos, en condiciones climáticas sub óptimas. **Palabras claves:** Estacionalidad, Virus.

#### 072. Características epidemiológicas y clínicas de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) en Centros Centinelas

BATTAGLIA S<sup>1</sup>, VON HOROCH M<sup>1,6</sup>, CABELLO A<sup>1</sup>, VAZQUEZ C<sup>2</sup>, BASUALDO W<sup>3</sup>, VEGA ME<sup>4</sup>, RAMIREZ P<sup>5</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, ALLENDE I<sup>1</sup>

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGVS) 2. Laboratorio Central de Salud Pública 3. Hospital General Pediátrico 4. Hospital Nacional de Itagua. 5. INERAM 6. Hospital Central del Instituto de Previsión Social

**Objetivo:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de los casos de IRAG. **Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los casos reportados por los Centros Centinelas desde enero hasta agosto de 2011 (SE1-35). Las variables analizadas fueron: edad, sexo, ingreso a UCI, fallecidos, comorbilidad y/o factores de riesgo, toma de muestras respiratorias e identificación del agente causal. **Resultados:** Se notificaron 2594 casos de IRAG hasta la SE 35. La distribución por grupo etario mostró que un 35% (889/2594) tenía menos de 2 años y 14% (372/2594) 60 años y más. El 16% (417/2594) de los casos ingresó a UCI y fallecieron 156 casos (6%). El 27% (692/2594) de los casos tenía alguna comorbilidad y/o factor de riesgo asociado. Se tomaron muestras en el 77% de los casos (1993/2594) resultando positivas en el 14% (294/1993). El Virus Sincicial Respiratorio (VSR) fue el agente viral más frecuentemente identificado 63% (186/294), seguido por Influenza A H3N2 26% (76/294) y Adenovirus 5% (14/294). El periodo otoño-invierno (SE 9 a 22) fue el de mayor circulación para VSR (168/186). **Conclusiones:** El principal virus respiratorio involucrado en la etiología de las IRAG en el periodo otoño-invierno fue el VSR, y no el virus de la influenza como era de esperarse, afectando no solo a los niños sino también a los adultos mayores. **Palabras claves:** Influenza, UCI, Virus Sincicial Respiratorio.

#### 073. Comparación de la epidemiología y presentación clínica de influenza estacional e influenza pandémica A (H1N1) en Paraguay

VON HOROCH M<sup>1</sup>, CABELLO A<sup>1</sup>, OJEDA A<sup>1</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, BATTAGLIA S<sup>1</sup>, VAZQUEZ C<sup>2</sup>, BOBADILLA M<sup>2</sup>, ALLENDE I<sup>1</sup>.

1. Dirección General de Vigilancia de la Salud 2. Laboratorio Central de Salud Pública

**Objetivo:** Comparar la epidemiología y presentación clínica de los casos de influenza entre los periodos junio 2009 a agosto 2010 y septiembre 2010 a agosto 2011 mediante un sistema prospectivo de vigilancia para infecciones respiratorias agudas en Paraguay. **Materiales y Métodos:** Fueron incluidos en el análisis todos los casos de IRAG notificados entre 2009-2011. **Resultados:** El sistema de vigilancia registró 2715 casos de IRAG en el primer periodo y 2837 en el segundo periodo. La toma de muestra aumentó significativamente ( $p < 0,01$ ) en el segundo periodo (97% vs 46%). El patrón del agente etiológico fue diferente entre los dos periodos, en el primero se encontró mayor porcentaje de Influenza pAH1N1 (13,9%) seguido de AH3N2 (3%), quedando 12,7% sin sub tipificar en comparación al segundo periodo donde el 8% fue positivo para AH3N2, pAH1N1 (0,6%) y solo en 2 casos no se sub tipificó. Los adultos mayores fueron afectados en el 38% por AH3N2 en el segundo periodo en comparación a la afectación en el 67,5% en el grupo de 5 a 59 años por el virus pAH1N1 en el primer periodo, siendo la diferencia significativa ( $p < 0,01$ ). La presencia de comorbilidad fue significativamente ( $p = 0,0004$ ) mayor en los casos afectados por AH3N2 que pAH1N1 (33,6% vs 20,6%); la letalidad fue significativamente mayor ( $p < 0,00001$ ) en los casos afectados con el pAH1N1 que con la AH3N2 (17,7% vs 2,3%). **Conclusiones:** La influenza pandémica se caracterizó por una mayor afectación en adultos jóvenes y con mayor letalidad que el virus estacional. La vigilancia de IRAG permitirá caracterizar mejor el comportamiento del pAH1N1, probablemente ya como virus estacional. **Palabras claves:** Agente etiológico, AH3N2, IRAG.

#### 074. Detección y caracterización de Bocavirus tipo 1 en niños con gastroenteritis aguda en Asunción, Paraguay.

PROENCA-MODENA, JL<sup>1</sup>, MARTINEZ, M<sup>2</sup>, AMARILLA, AA<sup>2,3</sup>, ESPÍNOLA, EE<sup>2</sup>, GALEANO, ME<sup>2</sup>, FARIÑA, N<sup>2,4</sup>, RUSSOMANDO, G<sup>2</sup>, PARRA, GI<sup>2,5,#</sup>, ARRUDA, E<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Departamento de Biología Celular y Molecular y Centro de Pesquisa em Virologia, FMRP, USP, Brasil, <sup>2</sup> Departamento de Biología Molecular y Genética, IICS, UNA, Paraguay, <sup>3</sup> Departamento de Análises Clínicas, Toxicológicas e Bromatológicas, FCFRP, USP, Brasil, <sup>4</sup> Laboratorio de Análisis Clínicos, Sanatorio San Roque, <sup>5</sup> Present address: Laboratory of Infectious Diseases, NIAID, NHI, USA.

\*Estos autores contribuyeron de manera equitativa. # Autor correspondiente.

**Objetivo:** detectar la circulación de Bocavirus Humano tipo 1 (HBoV-1) en muestras de heces de niños menores de 5 años, con cuadro de gastroenteritis aguda (GA). **Materiales y Métodos:** muestras de heces (n=349) colectadas de enero a diciembre de 2004. Las muestras fueron analizadas por reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real, amplificando el gen NP1 y se cuantificó la carga viral. La secuenciación de las muestras positivas se realizó utilizando como blanco los genes VP1/VP2. **Resultados:** el genoma de HBoV fue detectado en 37 de 349 (10.6%) muestras. No se observó estacionalidad marcada. Fue detectada co-infección con rotavirus (8/37; 21,6%) y norovirus (7/37; 18,9%). La mediana de carga viral fue de  $2.05 \times 10^4$  copias de genoma viral/ml de heces (media  $\pm$  DE,  $2.26 \times 10^5 \pm 8.47 \times 10^5$ ) y no se encontró asociación entre cargas virales altas e infección única por HBoV. La secuencia parcial de los genes VP1/VP2 mostró alto nivel de identidad (~99%). **Conclusión:** se detectó HBoV-1 en muestras de niños con GA, frecuentemente co-infectando con rotavirus y norovirus. Más estudios son necesarios para dilucidar la asociación real entre los tipos de HBoV y el desarrollo de gastroenteritis aguda. **Palabras claves:** Bocavirus humano, Epidemiología molecular, Paraguay.

#### 075. Diversidad Genética de Adenovirus Humanos en Paraguay

ESPINOLA E.E.<sup>1</sup>, RUSSOMANDO G.<sup>1</sup>, BASUALDO W.<sup>2</sup>, BENITEZ D.<sup>1</sup>, MEZA G.<sup>1</sup>, MALDONADO L.<sup>2</sup>, PARANHOS-BACCALA G.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Biología Molecular y Genética, Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay

<sup>2</sup>Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay. <sup>3</sup>Emerging Pathogens Laboratory, Fondation Mérieux, Lyon, France

**Objetivo:** Determinar los genotipos circulantes de adenovirus humanos en niños menores de 5 años hospitalizados por infección respiratoria aguda en el Departamento Central, Paraguay. **Materiales y Métodos:** En este estudio observacional descriptivo de corte transversal, aspirados nasofaríngeos fueron colectados en el día de admisión en niños (n=50) menores de 5 años hospitalizados por infección respiratoria aguda, en el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu (Departamento Central, Paraguay), entre mayo a noviembre 2010, con el consentimiento informado de los padres. La detección fue realizada por reacción en cadena de la polimerasa anidada, de una región parcial del gen hexon correspondiente a la región proteica C-terminal. Posteriormente, se llevaron a cabo análisis de restricción, secuenciación de ADN, y reconstrucción filogenética a fin de determinar las relaciones genéticas con cepas de referencia. **Resultados:** Adenovirus humanos fueron detectados en 9/50 muestras clínicas (18%). El análisis filogenético determinó que los genotipos circulantes se agrupaban en tres especies: Adenovirus-16 (especie B), Adenovirus-1, Adenovirus-2, Adenovirus-5, y Adenovirus-6 (especie C), y Adenovirus-15 (especie D). **Conclusión:** El presente estudio permitió identificar los genotipos de adenovirus asociados a infecciones respiratorias agudas en niños, resultados que proveerán una guía para futuros estudios sobre la prevalencia y epidemiología de adenovirus. Este es el primer reporte sobre variabilidad genética de adenovirus humanos en Paraguay. **Palabras clave:** Adenovirus humano, Variabilidad Genética, Análisis filogenético, Paraguay

#### 076. Frecuencia de aislamientos de agentes etiológicos causantes de queratitis micóticas, periodo 03/2010-08/2011 Hospital de Clínicas-Sede San Lorenzo.

ARGUELLO R; ORTIZ H; PEREZ H; ALMADA P; AGUERO M; MOLIN C; ORTELLADO J.

En los últimos años, el número de casos de queratitis fúngica se ha incrementado, debido a un mejor diagnóstico y aumento de incidencia. Los hongos aislados son ubicuos, pero la infección sólo tiene lugar, cuando penetran las barreras normales o cuando están menoscabadas las defensas normales del huésped. Cualquier especie de hongo puede causar infección corneal, pero relativamente pocas se ven con regularidad. La mayor parte de queratitis producidas por hongos filamentosos son debidas a especies de *Fusarium* (*F. solani* es el más frecuente) o *Aspergillus* (*A. fumigatus* es el más frecuente), predominando en países subdesarrollados. El **objetivo** de este trabajo retrospectivo, observacional fue determinar los principales agentes etiológicos causantes de queratitis micótica en muestras de pacientes en el periodo de marzo 2010 a agosto 2011 estudiadas en el laboratorio del Hospital de Clínicas-San Lorenzo. **Resultados:** De un total de 142 muestras, se aislaron 26 hongos, esto

equivale al 18,3% del total. El hongo más frecuentemente aislado fue *Fusarium sp.*, siendo un hongo oportunista frecuentemente reportado en la literatura como agente causal de úlceras de córnea, luego le sigue *Acremonium sp* y *Aspergillus sp.* **Palabras claves:** *Aspergillus sp.*, Hongos, *Fusarium sp.*

#### 077. Incidencia de Infección Relacionada a Prótesis de Cadera y Rodilla

CANDIA E, PEREZ L, GUERRERO A, SAMUDIO G, YAMBAY I, NUÑEZ D.

Servicio de Infectología. Instituto de Previsión Social – Hospital Central.

**Objetivos:** Determinar la incidencia de infección relacionada a prótesis de cadera y rodilla en pacientes internados en el Servicio de Traumatología del Instituto de Previsión Social – Hospital Central. **Material y Métodos:** Trabajo descriptivo prospectivo, longitudinal mediante revisión de historias clínicas de pacientes internados en el Servicio de Traumatología en el periodo de enero a setiembre/2011 con dx de infección relacionada a material protésico en menos de 1 año. **Resultados:** De un total de 70 cirugías de reemplazo de rodilla, ingresaron 2 ptes con infección relacionada a la prótesis, ambos >60años, sexo femenino, una portadora de Artritis Reumatoide, se aisló *Enterobacter cloacae* y *Staphylococcus aureus* sensible a metilicina recibiendo antibioticoterapia dirigida por 4 semanas con evolución favorable. De un total de 145 cirugías de reemplazo de cadera, ingresaron 3 ptes con infección relacionada a la prótesis, todos mayores de 60 años, diabéticos, asilándose *Acinetobacter baumannii* multiresistente, *Enterobacter cloacae* sensible solo a carbanem y *Gemella morbillorum* sensible a Vancomicina. Por lo tanto la tasa de infección global corresponde a 2,3% en un año. **Conclusión:** La tasa de infección global encontrada es similar a la descrita a nivel mundial. Antes de un año, los gérmenes aislados de material protésico, son prevalentemente multiresistentes, tanto Gram(+) y Gram(-), lo cual es preocupante. **Palabras claves:** Bacterias, Infecciones, Traumatología.

#### 078. Medidas Preventivas Contra la Leishmaniasis Tegumentaria Utilizadas por Pobladores de Zonas Endémicas del Departamento de San Pedro - Paraguay

RUOTIMM<sup>1</sup>, ORUE E<sup>1</sup>, LAMPERT N<sup>1</sup>, ODDONE R<sup>2</sup>, ALEXANDER N<sup>3</sup>, REHMAN A<sup>3</sup> Y KRENTEL, A<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. IICS-UNA. Dpto. de Ciencias Sociales - <sup>2</sup>IICS- UNA. Departamento de Producción Bioquímica <sup>3</sup>London School of Hygiene & Tropical Medicine, Londres (RU). Trabajo Financiado por la Unión Europea (Contrato INCO 015407)

**Objetivo:** Identificar acciones preventivas utilizadas por pobladores de zonas endémicas del Dpto. de San Pedro-Paraguay contra la leishmaniasis tegumentaria. **Material y Método:** Estudio observacional descriptivo transversal. Encuesta aplicada en 463 hogares de 39 localidades Instrumento estructurado, sometido a prueba piloto, llenado por medio de entrevistas realizadas por profesionales del área social, previo consentimiento informado por escrito. Muestreo Probabilístico. Tamaño calculado en base a estudio piloto. Procesamiento con STATA 8.0. **Resultados:** 54% (250/463) conocía la enfermedad, de los cuales, 79,2% (198/250) señala que se puede prevenir con la limpieza de la casa y del ambiente, 14.8% (37/250) no sabía que se podría prevenir y 6% (15/259) dijo que "no se puede prevenir". 29 % (72) refiere al flebotomo como responsable de la transmisión de la leishmaniasis. Del total, 86,4% (400/463) han tratado de eliminar los flebotomos alrededor de la casa. 73%(338) realiza limpieza del ambiente como prevención. 6,7% (31) usa mosquitero por la noche. 99.1% (459) duerme dentro de la casa. 81.0% (375) aceptaría fumigación peridomiciliar y 52.1% (241) intradomiciliar. **Conclusiones:** Han referido a las picaduras de insectos como responsables de la transmisión, lo que se ve reflejado en que la gran mayoría ha tratado de eliminar los flebotomos alrededor de la casa. Considerando el porcentaje bajo que conocen al vector causante de la enfermedad, no se puede atribuir a la eliminación de insectos como medida preventiva específica para la prevención de la leishmaniasis, debido a que confunden mosquito con el flebotomo. Aunque casi todos duermen dentro de la casa, el uso de mosquitero es bajo. La limpieza de la casa y la fumigación son los métodos más comunes de prevención señalados. **Palabras claves:** Encuesta, Flebotomo, Prevención.

**079. Prevalencia de Bacterias aisladas en muestras de Secreciones Purulentas de Pacientes de Accidentes de Motos en el Centro de Emergencias Médicas. Paraguay. 2010**

KAWABATA A, CANTERO J, MUÑOZ P, RIVEROS M, CANTERO A. Centro de Emergencias Médicas.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de los principales gérmenes aislados en muestras purulentas aisladas de pacientes de accidentes de motos, internados en el Centro de Emergencias Médicas, en el año 2010. **Materiales y Métodos:** Descriptivo de Corte Transversal y Retrospectivo. Muestras purulentas de pacientes internados por causas de accidente de motos remitidas a la Sección de Bacteriología 11.2% (358/3203). Análisis y cargado de base de datos se realizaron con los programas Epi-Info 3.5.1 y Whonet 5.5. **Resultados:** La mayor parte de las muestras 24% (86/358) provenían de pacientes la zona Central, San Pedro (8.3%), Alto Paraná (5.8%), Caaguazú (6.6%). Y la mayor frecuencia se registró entre los meses de Abril y Junio. El grupo de edad más frecuente estaba comprendido entre los 21 y 25 años (20%), y eran del sexo masculino en un 85%. Bacterias mayormente aisladas fueron *E. cloacae* (13.7%), MSSA (10.3%), *K. pneumoniae* (8.6%), *E. coli* (8.6%) y *Pseudomonas aeruginosa* (8%). El 28% no desarrollaron crecimiento. **Conclusión:** La alta frecuencia de aislamiento en los cultivos de muestras purulentas podría deberse al tipo de lesiones que se presentan. La imprudencia en los motociclistas es una de las principales causas de los accidentes y prevaleciendo la población joven. El fortalecimiento de los controles sobre la circulación de los motociclistas sería una opción como prevención a los accidentes. **Palabras claves:** *E. coli*, *E. cloacae* *K. pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*

**080. Prevalencia de Parasitosis Intestinal en Niños Escolares de la Comunidad de Isla Saka.**

ARAUJO P, CHAMORRO G, TORALES J, AGUILAR G, WEILER N, BRITZ E, FELIU S, GRIJALBA A, AGÜERO MA. Cátedra de Microbiología, Universidad del Pacífico Privada

Las parasitosis humanas representan un expresivo problema de salud pública que necesita mayor atención de las autoridades sanitarias. Los niños en edad escolar son los más afectados por enfermedades parasitarias debido a que, generalmente, sus hábitos de higiene son inadecuados y su inmunidad todavía no está suficientemente desarrollada para eliminar los parásitos. El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la prevalencia de parasitosis intestinal en niños de la Escuela Básica "San José" de la comunidad de Isla Saka, Dpto. de Caazapá. **Materiales y métodos:** Fueron analizadas las muestras de heces de 74 niños por los métodos de sedimentación de Burrows, método de flotación de Willis y coloración de Ziehl Neelsen para búsqueda de Coccidios. **Resultados:** Se detectó la presencia de parásitos intestinales en el 44,6% (33/74) de las muestras analizadas. La distribución de los parásitos hallados fue la siguiente: *Blastocystis hominis* 31,8%, *Ascaris lumbricoides* 22,7%, *Entamoeba coli* 22,7%, *Uncinarias* 15,9%, *Giardia duodenalis* 15,9% e *Iodamoeba butschlii* 2,3%. No se hallaron coccidios intestinales. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados obtenidos puede observarse un elevado porcentaje de parasitación (44,6%) en los niños escolares de la comunidad de Isla Saka. Este resultado es bastante alarmante considerando los importantes trastornos que en el desarrollo físico y en el rendimiento escolar pueden ocasionar las enfermedades parasitarias. **Palabras claves:** Parasitos, Población indígena

**081. Impacto de la Evidencia en la Valoración Clínico Económica de la Carga de Enfermedad por *Neisseria meningitidis* (CENm) en la Población Paraguaya no Inmunizada: Una Oportunidad para Eliminar la Disparidad de Incidencias**

ARZA S, ARZA M, ARZA L, CHAMORRO G y ALLENDE I. Dirección General de Vigilancia de la Salud-Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sala XI-Hospital de Clínicas UNA y Laboratorio Central de Salud Pública

**Objetivos:** 1- Valorar costos y complicaciones clínicas estimando CENm. 2- Medir el impacto de la evidencia científica oportuna en la toma de decisiones en población paraguaya no Inmunizada. **Materiales y Métodos:** Estudio de vigilancia activa y prospectiva poblacional de neuroinfecciones e/ 2005 -1<sup>er</sup> semestre 2011. Fueron analizados datos clínicos, demográficos y costos ocasionados por *Nm*, más impacto de la evidencia mediante comparación de posible intervención poblacional **Resultados:** Captados 1.555 pacientes con neuroinfección. 10% (104/1007) notificados como sospechosos de MBA por *Nm*. 84% (87/104) fueron confirmados de MBA y 29% (25/87) presentó meningococemia. Serogrupos comprometidos fueron B (64%), emergencia de W135 e Y (26% y 6%) a partir del año 2007 y C (4%). Las RS de mayor afectación fueron Central y Alto Paraná. La tasa de ataque mostró distribución en U y mediana 17 años. 46% (40/87) ingresaron en UTI. Fueron estimados 36.346 AVAD y tasa 586 AVAD/100.000 habitantes (ambos promedio). Con mayor pérdida e/15-59 años s/t por AVP. El promedio de hospitalización fue 13,5 días, costo promedio 5200\$/pcte. Se realizó un análisis comparando posible intervención pob. regional con inmunización selectiva cubriendo 4Nm(ACW135Y) observando que podrían ser evitados 438.239 AVAD más y 2.041 AVP en los próximos 10 años. **Conclusiones:** El presente estudio demuestra importante CENm en pob. no Inmunizada y el profundo impacto generado con una intervención oportuna amparado en la evidencia. **Palabras claves:** AVAD, AVP, Carga de Enfermedad

**082. PCR - RFLP del Gen *cytb*: para la Identificación de Fuentes de Alimentación de Flebótomos (Diptera: *Phlebotomidae*) Vectores de la Leishmaniosis en Py.** CHENA L, NARA E, SANCHEZ Z, ODDONE R, TORALES M, ESPINOLA E, RUSSOMANO G

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, UNA, <sup>2</sup>Laboratorio Central de Salud Pública, MSP y BS, <sup>3</sup>SENEPA, MSP y BS,

**Objetivo:** Estandarizar la técnica PCR-RFLP del gen *citocromo b* (*cytb*) para determinar la fuente de alimentación sanguínea de flebótomos capturados en regiones endémicas de leishmaniosis. **Materiales y Métodos:** Se analizaron 30 grupos de flebótomos, 18 del distrito Tava'i del departamento de Caazapá y 12 de los distritos de Curuguaty, Nueva Esperanza y Salto del Guairá del departamento de Canindeyú, utilizando la PCR de una región del gen *cytb*, seguido de cortes con enzimas de restricción (RFLP), generando patrones de electroforesis específicos para diferentes vertebrados. **Resultados y Conclusión:** Se logró la estandarización de la técnica de PCR del gen *cyt b*, observándose el producto de amplificación de 358 pb y el análisis de los patrones de bandas obtenidos con el corte con las enzimas *Hae* III y *Mwo* I dio los tamaños de fragmentos esperados para humano, gallina, perro y roedores. Se identificó sangre humana como fuente de alimentación en tres grupos de flebótomos de la especie *Lutzomyia whitmani*, capturados en peridomicilio e intradomicilio, en los distritos de Curuguaty y Nueva Esperanza del departamento de Canindeyú. Estos resultados muestran la utilidad de la técnica de la PCR-RFLP del gen *cytb* para estudios epidemiológicos relacionados a la enfermedad. **Palabras claves:** PCR, citocromo b, fuente de alimentación.

## INFECCIONES PARASITARIAS Y MICOTICAS

**083. Ascariasis en Vías Biliares**

SEGOVIA H, MARTÍNEZ N, ESPINOLA A, SOSA I, YAMANAKA W, THEYS L.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la ictericia obstructiva por *Ascaris lumbricoides*. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de pacientes internados en el período de marzo de 2000 a mayo de 2011. **Resultados:** De 564 pacientes con diagnóstico de ictericia obstructiva, 19 pacientes fueron por *Ascaris Lumbricoides*, 10 varones y 9 mujeres. La edad promedio fue 44 años. El laboratorio informó bilirrubina aumentada a expensas de la directa, en todos los casos. Se realizó

ecografía a todos, en el cual se informó colédoco dilatado y ocupado por refringencias lineales móviles, compatibles con *Ascaris* en 14, y en los 5 restantes litiasis vesicular y colédoco aumentado a los que se le realizó Colangiografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), con extracción del parásito sin inconvenientes. Todos recibieron tratamiento antiparasitario con pamoato de pirantel o mebendazol con buenos resultados, tuvimos un óbito debido a patología clínica. **Conclusiones:** La frecuencia de ictericia obstructiva por *Ascaris lumbricoides* fue del 3,4%. La ecografía y la CPRE son opciones eficaces para el diagnóstico, y el tratamiento conservador resuelve más del 80% de los casos. **Palabras Claves:** *Ascaris lumbricoides*, Diagnóstico, Tratamiento.

#### 084. Evaluación de la Respuesta Inmune Humoral en Pacientes con Leishmaniosis Mucocutánea

CARPINELLI MM, PICAGUA E, GIMENEZ V, FERREIRA L, ROVIRA C.

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción.

**Objetivo:** Evaluar la respuesta inmune humoral en pacientes con leishmaniosis mucocutánea que concurren al Instituto de investigaciones en Ciencias de la Salud durante el año 2011. **Material y Métodos:** En este estudio observacional, descriptivo, se estudiaron 20 pacientes con diagnóstico de leishmaniosis mucocutánea realizado por biopsia, intrademostración de Montenegro, inmunofluorescencia indirecta y datos clínicos, (3 del sexo femenino y 17 del sexo masculino), con un rango de edad entre 31 y 72 y un promedio de 48 años, con pedido médico y cuyos datos y resultados fueron numerados en forma confidencial. Se evaluó la inmunidad humoral mediante la determinación sérica de la IgG e IgM por el método de inmunodifusión radial. **Resultados:** De los 20 pacientes estudiados el 75% (15/20) presentó IgG por encima del valor normal y 50% (10/20) tenían la IgM elevada. **Conclusión:** En este estudio las inmunoglobulinas IgG e IgM, se encontraron elevadas en más del 50% de los pacientes con leishmaniosis mucocutánea. Es importante la determinación de estas inmunoglobulinas como estudio complementario de la inspección clínica considerando que las IgG elevadas corresponden a una respuesta secundaria de formación de anticuerpos y las IgM pueden aumentar pero no persisten elevadas en el transcurso de la enfermedad. **Palabras claves:** Leishmaniosis, IgG, IgM

#### 085. Megacolon Chagásico. Nuestra Experiencia

MARTINEZ N, FARIÑA L.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital de Clínicas.

**Objetivos:** Conocer las complicaciones del Megacolon Chagásico, su diagnóstico y tratamiento. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal de pacientes con diagnóstico Megacolon Chagásico de enero de 2001 a diciembre de 2010. **Resultados:** Fueron analizados 23 pacientes con diagnóstico Megacolon Chagásico, de los cuales 73.9% (17) fueron de sexo masculino y el 26.1% (6) del sexo femenino. Ingresaron por urgencias 22 pacientes (19 con diagnóstico de fecaloma y 3 con oclusión intestinal por vólvulo de sigmoides), 1 paciente por consultorio con diagnóstico de dolico megacolon. Se realizó IFI para chagas con resultado positivo en el 91% de los casos (21 pacientes). El 74% fue intervenido quirúrgicamente realizándose Cirugía de Hartman en 6 pacientes y en 11 pacientes Duamel-haddad. **Conclusiones:** Las complicaciones de la Enfermedad de Chagas son manifestaciones poco frecuentes cuyo tratamiento en la mayoría de los casos es quirúrgico con predominancia del sexo masculino. **Palabras Claves:** Enfermedad de Chagas, Diagnóstico, Tratamiento.

#### 086. Demodex spp como causante de Blefaritis Crónica

LASPINA F.<sup>1</sup> SANABRIA R, ARRÚA M.<sup>2</sup> CARPINELLI L<sup>1</sup>, FARIÑAN.<sup>1</sup>, SAMUDIOM.<sup>1</sup>

1. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (UNA). 2. Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas (UNA)

**Objetivo:** determinar la prevalencia de *Demodex spp*, en pacientes con blefaritis crónica (BC) que consultaron en la Cátedra de Oftalmología del Hospital de Clínicas (HC). **Materiales y Métodos:** Fueron incluidos, en forma consecutiva, todos los pacientes con blefaritis crónica, que consultaron en la Cátedra de Oftalmología del HCl, de marzo de 2007 a julio de 2008, y que accedieron voluntariamente a participar del estudio. Se extrajeron 6 pestañas del párpado superior e inferior y se procedió a la búsqueda del ácaro por observación directa inmediata al microscopio (A40X). Para el cultivo de gérmenes se tomaron muestras del bléfar con espátula de kimura, fueron cultivadas en agar sangre y en medios de enriquecimiento e incubadas en CO<sub>2</sub> al 5% a 35° C por 72 horas. **Resultados:** Se estudiaron veintiocho pacientes con BC, con un rango de edad entre 17 y 87 años. Se obtuvo una prevalencia de *Demodex sp* en 15(54%); de éstos 8(53%) fueron del sexo femenino. La mayor prevalencia se registró en pacientes a partir de los 60 años. Cuatro cultivos resultaron negativos y en 9 (32%) fueron aisladas bacterias de flora normal. **Conclusiones:** Se observó *Demodex sp* en pacientes con blefaritis crónica, con una prevalencia de 54%, resultado que coincide con otros estudios. La infestación por de *Demodex spp* en los folículos del borde palpebral en humanos es frecuente y se lo ha considerado causante de blefaritis aunque algunos autores lo consideran parásito oportunista. A pesar de que el tamaño de la muestra es pequeño, se aconseja realizar la búsqueda del parásito cuando la clínica así lo requiera, debido a la

sencillez del método diagnóstico de la blefaritis por *Demodex spp*. **Palabras claves:** Blefaritis, *Demodex spp*, Etiología.

#### 087. Determinación de la Concentración Inhibitoria Mínima (CIM) de Especies de Candida a los Antifúngicos: Fluconazol y Anfotericina B

SANABRIA R.<sup>1</sup>, FARIÑA N.<sup>1,2</sup>, SAMUDIO M.<sup>1</sup>, LASPINA F.<sup>1</sup>, AGUILAR G.<sup>3</sup>, ESPINOLA C.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (U.N.A.)<sup>2</sup>

Laboratorio San Roque, <sup>3</sup>Instituto de Previsión Social (IPS)

**Objetivos:** Determinar (CIM) de especies de candida a los antifúngicos: fluconazol y anfotericina B, y conocer la frecuencia de sensibilidad de especies de candida a estos antifúngicos. **Materiales y Métodos:** Se utilizó el método de referencia, recomendado por el Clinical Laboratory Standard Institute (CLSI), de microdilución en placas. Se estudiaron levaduras, aisladas de muestras clínicas significativas de pacientes del sanatorio San Roque e IPS. **Resultados:** De 48 aislados: 19 (39,6%) correspondieron a *C. albicans*; 10 (20,8%) a *C. parapsilosis*; 9 (18,8%) a *C. glabrata*; 8 (16,7%) a *C. tropicalis*; 2 (4,1%) a *C. krusei*. Resultaron resistentes al fluconazol dos aislados de *C. krusei* y dos de *C. tropicalis* con CIM mayor a 64 ug/ml. Un aislado de *C. albicans* resultó resistente al fluconazol con CIM 64ug/ml. Resultaron con sensibilidad dosis dependiente al fluconazol: Una cepa de *C. glabrata*, una de *C. parapsilosis*, y una de *C. tropicalis*. Todos los aislados fueron sensibles a la Anfotericina B. y la frecuencia de sensibilidad obtenida fue de 89,6% al fluconazol y 100% a la Anfotericina B. **Conclusión:** La sensibilidad de *Candida spp* al fluconazol y a la anfotericina B. fue muy buena. **Palabras claves:** *Candida spp*, Fluconazol, Anfotericina B

#### 088. Impacto de la Capacitación en Parasitología Clínica en el Programa de Evaluación Externa de Calidad

GONZÁLEZ A, VERDEJO L, ALONSO M.G.

Dpto. de Laboratorio Hospital Nacional de Itauguá Guazú, MSP Y BS, Paraguay

**Introducción:** La capacitación permite aumentar la eficiencia para el hallazgo y la identificación morfológica de parásitos en heces por el laboratorio. **Objetivo:** Evaluar el efecto de una capacitación para el hallazgo, identificación morfológica y nomenclatura internacional en el área de la parasitología clínica a los profesionales Bioquímicos Clínicos. **Materiales y métodos:** Diseño: cuasi experimental. Población estudiada: Bioquímicos de laboratorios de Análisis Clínicos Públicos y Privados de la Capital y del Dpto. Central durante los años 2005, 2006, 2008. Criterios de Inclusión: laboratorios participantes de la Evaluación Externa de Calidad en Parasitología. Muestreo: no probabilístico de casos consecutivos. Variables: capacidad de identificación de parásitos en heces y conocimiento de normas de Nomenclatura Internacional. **Resultados:** El porcentaje de Laboratorios Clínicos con desempeño aceptable para la identificación morfológica antes de la capacitación fue del 57,3% y después de la capacitación fue del 84%. Para la nomenclatura correcta, antes de la capacitación fue del 10% y después de la capacitación fue del 95%. **Conclusiones:** La capacitación produjo un efecto significativo en el desempeño de los laboratorios para la identificación morfológica y en cuanto a la nomenclatura internacional, el efecto fue muy significativo. Las capacitaciones permiten el aseguramiento de la calidad analítica en el área. **Palabras claves:** Identificación morfológica, Parasitos.

#### 089. Sensibilidad In Vitro de Cepas de Trypanosoma Cruzi al Extracto de una Planta Paraguaya Zanthoxylum chiloperone

HAMUY R, ACOSTA N, LOPEZ E, FERREIRA ME, VERA N.

Universidad Nacional de Asunción - Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud - Dpto. de Medicina Tropical

**Objetivo:** Determinar la sensibilidad *in vitro* de diferentes cepas de *Trypanosoma cruzi* al extracto de *Z. chiloperone* ("tembetary hu"). **Materiales y método:** Diseño: estudio experimental, con muestreo no probabilístico. Fueron utilizadas para el ensayo formas epimastigotes de 10 cepas de *T. cruzi* pertenecientes a diferentes linajes, incluidas 3 cepas de Paraguay. Se utilizó el extracto etanólico concentrado de hojas de *Z. chiloperone*, colectadas en la zona de Piribebuy (Paraguay), en concentraciones de 500, 700 y 900 ug/mL. El grado de sensibilidad al extracto fue estimado por el porcentaje de lisis (muerte) de los parásitos, de acuerdo a la siguiente escala: 0%: nula,

1-25%: escasa, 26-50%: poca, 51-75%: aceptable, 76-100%: alta. Los controles se hicieron a las 24 y 48 horas, por triplicado. **Resultados:** A la concentración de 500ug/mL la sensibilidad fue: en 7 cepas alta; en 1 cepa aceptable; en 1 cepa poca y en 1 escasa. A la concentración de 700ug/mL en 8 cepas alta y en 2 cepas aceptable. A la concentración de 900 ug/ml se observó lisis total en todas las cepas. **Conclusión:** Con este trabajo se ha demostrado, la propiedad tripanocida del extracto de *Z. chiloiperone* y que las cepas de *T. cruzi*, presentan distintos grados de sensibilidad a diferentes concentraciones del extracto, aspecto que debe ser considerado en ensayos para la búsqueda de nuevas drogas tripanocidas. **Palabras claves:** Drogas tripanocidas, Epimastigotes, Piribebuy.

#### 090. Hiperinfestación por *Strongiloides stercoralis* CANDIA E, OBREGON B.

Instituto de Previsión Social – Hospital Central

La strongiloidiasis diseminada se desencadena más frecuentemente en los huéspedes inmunodeprimidos, como pacientes con VIH, trasplantados, oncológicos, desnutridos, y en especial en aquellos que se encuentran bajo tratamientos prolongados con corticoides. Su hallazgo como enfermedad diseminada es extremadamente raro. Se presenta este caso clínico a fin de poner énfasis en la prevención de una patología posiblemente fatal. Varón, 53 años, con tumor intracerebral en tratamiento con corticoides. Ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos para monitoreo postoperatorio inmediato de exéresis tumoral. Sedado, intubado, conectado a ventilación mecánica, con evolución favorable se lo extubó a las 48hs del ingreso,

48hs postextubación presenta Insuficiencia Respiratoria Aguda. Se inicia de forma empírica Meropenem + Vancomicina ante sospecha NAV. El lavado broncoalveolar identificó larvas rhabditoides de *Strongyloides stercoralis* y SAMR. Se agrega ivermectina 0,2mg/kg VO, con evolución tórpida, se repite BAL los días 7 y 14 de iniciado el tratamiento con ivermectina, con la desaparición de la larva en el segundo control. Masculino de 37 años, con Glioma Cerebral tratado con radioterapia concluido hace 3 años. Ingresó por paresia de miembros inferiores, dolor en región interescapular y parestesia en región anterior del tórax, en RMN se evidencia tumor intramedular C7-D1 por lo que se decide su intervención quirúrgica previo administración de dexametasona, luego de 2 semanas de internación presenta deposiciones líquidas en cuyo coprocultivo se aísla *Strongiloides stercoralis*, se inicia tratamiento con ivermectina 0.2mg/kg, 2 días después presenta tos con expectoración hemoptoica luego hemoptisis franca y sensación febril; en cultivo de esputo se aísla *Strongiloides stercoralis*, se agrega al tratamiento albendazol. Luego de 48hs presenta paro respiratorio falleciendo posteriormente. **Conclusión:** Ante pacientes inmunodeprimidos, que reciben o recibirán tratamiento con inmunosupresores, en especial con corticoides, la pesquisa y el inicio precoz de desparasitación contra *Strongyloides stercoralis* puede incidir en forma determinante en la evolución. **Palabras claves:** Corticoides, Enfermedad diseminada, Esputo.

### INVESTIGACIONES BIOMEDICAS

#### 091. Estafilococos coagulasa-negativos Clínicamente Significativos.

##### Especies más frecuentes y Factores de virulencia

FARIÑA N<sup>1,2</sup>, CARPINELLI L<sup>1</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, GUILLEN R<sup>1</sup>,  
LASPINA F<sup>1</sup>, SANABRIA R<sup>1</sup>, ABENTE S<sup>1</sup>, FIGUEREDO L<sup>2</sup>, MIÑO  
DE KASPAR H<sup>1</sup>

1-Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud 2-Laboratorio San Roque.

**Objetivo.** Identificar a nivel de especie los aislados más frecuentes de estafilococos coagulasa-negativos (ECN) causantes de infecciones y sus factores de virulencia. **Metodología.** Fueron incluidos en este estudio observacional de corte transversal aislamientos de ECN considerados significativos de pacientes que acudieron al Laboratorio San Roque desde marzo del 2009 a julio del 2011. La identificación se realizó por el método simplificado de De Paulis y col y el micro sistema comercial API. La producción de biofilm, hemolisinas, lipasas, lecitinasas, DNAsas fue determinada por métodos convencionales. La proteína PBP2a por método comercial (Oxoid®), el gen mec A y el Panton-Valentine por PCR multiplex, la meticilina resistencia por difusión. **Resultados.** De 64 aislados, 26 (40,6%) fueron *S. epidermidis*, 13 (20,3%) *S. haemolyticus*, y 10 (15,6%) *S. lugdunensis*. Tanto el gen mec A como la PBP2a fueron detectados en el 69,2% de *S. epidermidis*, 92,3% de *S. haemolyticus* y en ninguno de *S. lugdunensis*. La producción de biofilm fue detectada en el 73,1% de *S. epidermidis*, 53,8% de *S. haemolyticus* y 40% de *S. lugdunensis*. El 83% de los aislamientos de *S. epidermidis* mec A positivos fueron productores de biofilm. El 97,1% de los aislados mec A positivos fueron detectados por difusión. **Conclusión.** Con el método simple utilizado fue posible identificar las especies más frecuentes, por lo que se recomienda su implementación. La concordancia entre gen mec A y la meticilina-resistencia por difusión fue muy buena. La producción de biofilm fue mayor en los estafilococos meticilina resistentes. **Palabras claves:** Estafilococo coagulasa-negativo-Especie-Biofilm- Mec A. **Apoyo financiero:** Fundación Georg-Hannelore Zimmermann

#### 092. Evaluación de la Función e Inmunofenotipificación de Linfocitos T y B Periféricos en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa

GIMENEZ V, PICAGUA E, FERREIRA L, PALACIOS Z, MENDOZA L.

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA. INERAM. MSP y BS.

**Objetivo:** Evaluar la función e inmunofenotipificación de linfocitos T, B periféricos y moléculas coestimuladoras en pacientes con tuberculosis pulmonar activa sin tratamiento y después de finalizado el tratamiento. **Material y métodos:** El estudio constó de dos partes, la primera, un estudio con muestreo transversal analítico (en la que se estudiaron pacientes con tuberculosis pulmonar activa recién diagnosticados y controles) y la segunda, un estudio de series temporales (en la que se estudiaron los pacientes de la primera etapa luego de haber completado

seis meses de tratamiento). En la primera parte se estudiaron 43 pacientes del Instituto "Prof. Dr. Juan Max Boettner" y 30 controles; en la segunda parte 22 de los 43 pacientes iniciales, durante 2010-2011. Se analizó la inmunofenotipificación de los linfocitos T, B y moléculas coestimuladoras por el método de citometría de flujo y la función a través del ensayo de proliferación celular, utilizando fitohemaglutinina como mitógeno, por el método bromuro de dimetilazoldifeniltetrazolio. **Resultados:** Comparando el recuento de las subpoblaciones de linfocitos T (CD3+, CD4+, CD8+), B CD19+ y las moléculas coestimuladoras CD28+ se encontró una disminución significativa en los pacientes con respecto a los controles (p<0,0001). En cuanto al CD86 se encontró un aumento significativo en los pacientes con respecto a los controles (p<0,005). No se observó diferencia en el índice de estimulación en la proliferación de linfocitos T entre pacientes y controles. Al comparar la respuesta inmune de pacientes antes y después del tratamiento se observó un recuento aumentado en los linfocitos B (p<0,05) y CD28 (p<0,05), una disminución de CD86 (p<0,005) y un ligero aumento del índice de estimulación (p=0,02) luego del tratamiento. **Conclusión:** Las diferencias encontradas en recuentos de linfocitos B, T CD28 y CD86 en pacientes antes del tratamiento tienden a normalizarse luego del mismo, por lo tanto estos datos contribuirían al conocimiento de la inmunopatogénesis de la tuberculosis. **Palabras claves:** tuberculosis, linfocitos T, linfocitos B, inmunofenotipificación

#### 093. Evaluación de la Función e Inmunofenotipificación de Linfocitos T y B Periféricos en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa

GIMENEZ V, PICAGUA E, FERREIRA L, PALACIOS Z, MENDOZA L.

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA. INERAM. MSP y BS.

**Objetivo:** Evaluar la función e inmunofenotipificación de linfocitos T, B periféricos y moléculas coestimuladoras en pacientes con tuberculosis pulmonar activa sin tratamiento y después de finalizado el tratamiento. **Material y métodos:** El estudio constó de dos partes, la primera, un estudio con muestreo transversal analítico (en la que se estudiaron pacientes con tuberculosis pulmonar activa recién diagnosticados y controles) y la segunda, un estudio de series temporales (en la que se estudiaron los pacientes de la primera etapa luego de haber completado seis meses de tratamiento). En la primera parte se estudiaron 43 pacientes del Instituto "Prof. Dr. Juan Max Boettner" y 30 controles; en la segunda parte 22 de los 43 pacientes iniciales, durante 2010-2011. Se analizó la inmunofenotipificación de los linfocitos T, B y moléculas coestimuladoras por el método de citometría de flujo y la función a través del ensayo de proliferación

celular, utilizando fitohemaglutinina como mitógeno, por el método bromuro de dimetilazoldifeniltetrazolio. **Resultados:** Comparando el recuento de las subpoblaciones de linfocitos T (CD3+, CD4+, CD8+), B CD19+ y las moléculas coestimuladoras CD28+ se encontró una disminución significativa en los pacientes con respecto a los controles ( $p < 0,0001$ ). En cuanto al CD86 se encontró un aumento significativo en los pacientes con respecto a los controles ( $p < 0,005$ ). No se observó diferencia en el índice de estimulación en la proliferación de linfocitos T entre pacientes y controles. Al comparar la respuesta inmune de pacientes antes y después del tratamiento se observó un recuento aumentado en los linfocitos B ( $p < 0,05$ ) y CD28 ( $p < 0,05$ ), una disminución de CD86 ( $p < 0,005$ ) y un ligero aumento del índice de estimulación ( $p = 0,02$ ) luego del tratamiento. **Conclusión:** Las diferencias encontradas en recuentos de linfocitos B, T CD28 y CD86 en pacientes antes del tratamiento tienden a normalizarse luego del mismo, por lo tanto estos datos contribuirían al conocimiento de la inmunopatogénesis de la tuberculosis. **Palabras claves:** tuberculosis, linfocitos T, linfocitos B, inmunofenotipificación

#### 094. Infecciones del Tracto Urinario en Pacientes que Acudieron al INPRO. Abril 2009 a Agosto 2011.

MOLIN C, SANCHEZ M, D VALLE E, AYALA S, BARRIOS P, HERMOSA S. Instituto Nacional de Protección a Personas Excepcionales (Fdo de La Mora. Py)

**Introducción:** La infección del tracto urinario (ITU) es una patología muy frecuente en personas con disfunciones miccionales neurógenas, y en diabéticos. Estos son el tipo de pacientes que más frecuentan el INPRO. Los individuos con lesión en medula espinal tienden a mayor riesgo de infecciones urinarias, debido a la micción incompleta, la presión intravesical elevada y el empleo de sondas, así también los pacientes diabéticos que tienen el sistema inmune alterado. Se define ITU como la colonización, invasión y multiplicación, en la vía urinaria, de microorganismos, que provienen de la región perineal, también existe la posibilidad de infección por vía sistémica o directa. **Objetivo:** Determinar la etiología causante de ITU en pacientes que acudieron al INPRO. Abril 2009 a agosto 2011. **Material y métodos:** En este estudio retrospectivo se incluyeron 506 muestras de orina cultivo. Se incluyeron pacientes de ambos sexo. Se recibe en el laboratorio las muestras para cultivo con toda sospecha de ITU. **Resultados:** 210 de 506 muestras resultaron ser positivas; 62% (130/210) eran del sexo femenino y 38% (80/210) masculinos. *E. coli* fue el patógeno más aislado en 57% (120/210), seguido de *Klebsiella pneumoniae* 10% (21/210); BGNNF 5,2% (11/210), *Enterobacter sp* 2,9 % (6/210); *Proteus sp* 7,6 % (16/210); *Enterococcus sp* 4,3% (9/210), *Klebsiella oxytoca* 1,4% (3/210), *Citrobacter freundii* 1,4% (3/210), *Morganella morganii* 0,5% (1/210), *Streptococcus sp* 2,4% (5/210), *SCN* 3,8 (8/210). **Conclusión:** El uropatógeno predominante fue *E.coli*, seguido de *Klebsiella pneumoniae*, BGNNF, *Enterobacter sp*, *Proteus sp*, *Enterococcus sp* y otros. *E. coli* fue el agente predominante en todas las edades, como así también en el sexo femenino. **Palabras claves:** Disfunción miccional, Etiología, Lesión en médula espinal.

#### 095. Niveles Séricos de Factor de Necrosis Tumoral- $\alpha$ e Interferón- $\gamma$ en Pacientes con Tuberculosis Pulmonar Activa

PICAGUA E<sup>1</sup>, GIMÉNEZ V<sup>1</sup>, GUILLÉN I<sup>1</sup>, ROVIRA C<sup>1</sup>, PALACIOS Z<sup>2</sup>. 1. Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción. 2. INERAM. MSP y BS **Objetivo:** Determinar el nivel sérico de Factor de Necrosis Tumoral- $\alpha$  e Interferón- $\gamma$  antes y después del tratamiento antituberculoso en pacientes con tuberculosis pulmonar activa. **Materiales y Métodos:** En este estudio de series temporales se incluyeron 38 pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar activa, de ambos sexos con edad promedio de 30 y rango entre 18 a 79 años, que presentaron baciloscopia positiva, sin tratamiento previo y sin infección con VIH, provenientes del Instituto "Prof. Dr. Juan Max Boettner", de los cuales 18 finalizaron el tratamiento. Además se incluyeron 20 individuos sin tuberculosis pulmonar activa. Todos los pacientes fueron incluidos en el estudio previo consentimiento informado. Los niveles séricos de las citoquinas se midieron por ELISA de captura antes del tratamiento y seis meses después del mismo. **Resultados:** Antes del tratamiento 3 pacientes presentaron niveles séricos de Factor de Necrosis Tumoral- $\alpha$  por encima del punto de corte y después del tratamiento solamente 2 pacientes. En cuanto a los niveles séricos de Interferón- $\gamma$ , antes del tratamiento 6 pacientes presentaron niveles por encima del punto de corte y después del tratamiento se encontró niveles elevados en 3 pacientes. Se observó que, antes del tratamiento, 2 pacientes presentaron niveles séricos elevados de ambas citoquinas y a los 6 meses postratamiento uno de ellos presentó valores por debajo del punto de corte.

**Conclusiones:** Los niveles séricos encontrados en este estudio sugieren la importancia del dosaje de estas citoquinas para una mejor comprensión del estado del paciente con tuberculosis. Se debería analizar la inclusión de Factor de Necrosis Tumoral- $\alpha$  e Interferón- $\gamma$  en la evaluación clínica rutinaria de pacientes con tuberculosis. **Palabras claves:** Tuberculosis pulmonar activa, TNF- $\alpha$ , IFN- $\gamma$

#### 096. Serología en Embarazadas de Enfermedades Infecciosas de Transmisión Vertical Prevenibles por Vacunas

ROVIRA C, PICAGUA E, FERREIRA L, GIMÉNEZ V, CARPINELLI MM.

Departamento de Inmunología. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Universidad Nacional de Asunción. UNA.

**Objetivo:** Evaluar la presencia de agentes infecciosos de transmisión vertical como los virus de la rubéola y hepatitis B en mujeres embarazadas. **Materiales y Métodos:** En este estudio observacional descriptivo retrospectivo, se examinaron las fichas laboratoriales debidamente codificadas de 103 mujeres embarazadas con edad promedio de 25 y rango comprendido entre 14 y 40 años con pedido médico de control prenatal, que acudieron al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud desde setiembre de 2009 a setiembre de 2011. El método de ELISA fue utilizado para la determinación de la rubéola y del antígeno de superficie de la hepatitis B. **Resultados:** Con respecto a la rubéola: tuvieron IgG positivo 79 embarazadas, 3 con IgG negativo y a 21 pacientes no se les pidió este dosaje. En cuanto a la IgM fueron positivas 9 embarazadas. El HBsAg se observó positivo en 1 embarazada, 78 fueron negativas y a 24 de las embarazadas no se les solicitó esta determinación. **Conclusiones:** De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, y para evitar el daño que producen estos virus al feto y al recién nacido, sería importante considerar la vacunación contra el virus de la rubéola y hepatitis B antes del embarazo. **Palabras claves:** Embarazadas, Hepatitis B, Rubéola.

#### 097. Detección de Metapneumovirus Humano en Niños Menores de 5 Años Hospitalizados en Paraguay

VAZQUEZ C, VILLALBA S, GAMARRA ML, BOBADILLA ML, ORTEGA MJ, ARELLANO C, CANDIA C, FIGUEREDO S, TORALES JB, CARRILLO M

Laboratorio Central de Salud Pública, Paraguay

El Metapneumovirus humano (hMPV) constituye una importante causa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) en niños hospitalizados. En Paraguay, las IRAs están entre las primeras causas de hospitalización durante la infancia, siendo los virus los principales agentes causales. Sin embargo, aún persiste una alta proporción de casos sin etiología identificada. La pandemia de Influenza en el año 2009, condujo a una intensificación de la vigilancia de las infecciones respiratorias, lo cual permitió al mismo tiempo la búsqueda de otros virus como el hMPV. Nuestro objetivo fue detectar hMPV en niños hospitalizados por IRAs en Paraguay durante el año 2009. Fueron estudiadas 240 muestras respiratorias de niños <5 años internados por IRAs en Paraguay durante el año 2009, que habían resultado negativas para otros virus respiratorios. Fue utilizado el reactivo LightMix Kit human MPV de TIBMOLBIOL, para la detección del gen N de hMPV por PCR en Tiempo Real, siguiendo el procedimiento indicado por el fabricante. De las 240 muestras estudiadas, 29 (12%) resultaron positivas para hMPV, con la mayor detección en julio y agosto; predominando en mayores de 1 año. Los principales signos y síntomas fueron tos, fiebre y dificultad respiratoria; y las complicaciones más frecuentes neumonía y bronquiolitis. Estos resultados proveen las primeras evidencias en Salud Pública, de la importancia del hMPV asociado a niños hospitalizados por IRAs en Paraguay. **Palabras claves:** hMPV, IRAs.

#### 098. Identificación por Métodos Moleculares de Micobacterias No Tuberculosas en Patologías No Pulmonares

FRANCO LX.<sup>1</sup>, GUILLEN R.<sup>1</sup>, FARIÑA N.<sup>2</sup>, MEYER M.<sup>3</sup>, VELAZQUEZ G.<sup>4</sup>, LIRD G.<sup>5</sup>, ESPINOLA E.<sup>1</sup>, AMARILLA A.<sup>1</sup>, RUSSOMANDO G.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, <sup>2</sup> Laboratorio San Roque, <sup>3</sup> Laboratorio Meyer Lab, <sup>4</sup> Laboratorio del Hospital de Clínicas, <sup>5</sup> Laboratorio del Sanatorio Italiano.

El objetivo de este trabajo observacional descriptivo fue caracterizar aislados de micobacterias no tuberculosas obtenidos de pacientes con

micobacteriosis remitidos al Departamento de Biología Molecular del IICS-UNA, en el periodo 2006-2010, utilizando el método PCR-Restriction Enzyme Analysis (PRA) y secuenciación, métodos que identifican las especies mediante el análisis del gen *hsp65*. El 93,3% de los pacientes infectados con micobacterias de crecimiento rápido presentaron factores de riesgo predisponentes como: antecedentes de procedimientos quirúrgicos y heridas post-traumáticas en 80% (12/15) y 13,3% (2/15), respectivamente. La secuenciación de los productos de PCR dio una concordancia del 80% con PRA. La especie más frecuente fue *M. abscessus* 40% (n=6), seguida de *M. fortuitum* 26% (n=4), *M. smegmatis*,

*M. bolletii*, *M. wolinski*, *M. masilense* y *M. peregrinum* en un 7% respectivamente. Este trabajo corresponde al primer reporte de estas especies por métodos moleculares en Paraguay y muestra la utilidad del método PRA en la identificación rápida de especies de Micobacterias, esencial para un tratamiento adecuado, por lo que, no sólo contribuye a mejorar el diagnóstico, sino a identificar la distribución de la infección por micobacterias no tuberculosas en Paraguay. **Palabras claves:** Micobacterias no tuberculosas, PRA, *hsp65*, Identificación.

## INVESTIGACION CLINICA EN ADULTOS

### 099. Abdomen Agudo Quirúrgico por Tuberculosis Intestinal SEGOVIA H, MARTÍNEZ N, ESPINOLA A, SOSA I, SERVIN D, THEYS L.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas.

**Objetivos:** Determinar la frecuencia del abdomen agudo por Tuberculosis intestinal y su localización más frecuente. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de pacientes con diagnóstico de abdomen agudo quirúrgico por Tuberculosis Intestinal, de marzo de 2002 a febrero de 2011. **Resultados:** Ingresaron 396 pacientes con abdomen agudo de los cuales 8 casos de origen bacilar (6 del sexo masculino y 2 del femenino). La edad promedio fue de 47,5 años. Ingresaron por dolor abdominal generalizado con diagnóstico peritonitis aguda en 6 pacientes y oclusión intestinal en 2 pacientes. El hallazgo quirúrgico fue perforación ileal en 5 pacientes y en los restantes adenopatías mesentéricas, adherencias interesas y fibrosis. El diagnóstico se confirmó por la baciloscofia directa. Tuvimos asociación al virus de la inmunodeficiencia adquirida en 2 casos y los demás con antecedente de TBC pulmonar. Todos recibieron terapia antibacilar con buena evolución. Un paciente óbito por shock séptico. **Conclusiones:** La frecuencia del abdomen agudo por Tuberculosis intestinal fue del 2% con afección ileal predominantemente. **Palabras claves:** Tuberculosis Intestinal, Diagnóstico, Resultados.

### 100. Absceso del Psoas

FARINA C, MARTÍNEZ N, SOSA I, AGUERO A.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas.

**Objetivo:** Determinar la etiología, diagnóstico y tratamiento del Absceso del Psoas. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal de pacientes diagnosticados de Absceso del Psoas en el período de enero de 2007 a junio de 2011. **Resultados:** Fueron atendidos 9 pacientes con Absceso del Psoas, 5 del sexo femenino y 4 del sexo masculino. La edad promedio fue 41 años. Fueron diagnosticados mediante ecografía en 8 pacientes y tomografía computarizada en 1 paciente. 5 pacientes tenían antecedente de insuficiencia renal crónica, 1 paciente con litiasis renoureteral y 3 pacientes de etiología desconocida. Recibieron tratamiento quirúrgico por vía extraperitoneal en todos los casos con cultivo positivo para *staphylococcus aureus* en el 33%, *streptococcus sp* en el 22% y cultivo negativo en el 45%. El tratamiento empírico inicial fue con ciprofloxacina más metronidazol y posteriormente según antibiograma. El promedio de internación fue de 9 días. No tuvimos óbitos. **Conclusiones:** El Absceso del Psoas representa una afección rara en los últimos tiempos. La mayoría de los pacientes presentó alguna patología renal previa. El tratamiento está basado en el drenaje del absceso y antibioticoterapia adecuada. **Palabras claves:** Absceso Hepático, Etiología, Tratamiento.

### 101. Absceso Hepático. Nuestra Experiencia

FERREIRA R, MARTÍNEZ N, SOSA I, CAPPELLO A.

II Cátedra de Clínica Quirúrgica, Hospital de Clínicas.

**Objetivo:** Determinar la etiología, diagnóstico y tratamiento. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de corte transversal de pacientes tratados por Absceso hepático en el período de enero de 2005 a junio de 2011. **Resultados:** Fueron diagnosticados 23 pacientes con Absceso Hepático (femenino 12 y masculino 11). El motivo de consulta fue dolor en hipocondrio derecho en el 100%, acompañado de fiebre en 8 pacientes e ictericia en 3 pacientes. Fueron diagnosticados mediante ecografía y/o tomografía. La etiología más frecuente fue criptogénica en 10 pacientes, por colecistitis aguda calculosa 7, post operatoria 4, TBC 1 y MBA 1. Recibieron tratamiento con drenaje percutáneo 11 pacientes, drenaje quirúrgico 8 pacientes y antibioticoterapia 4 pacientes. El tratamiento empírico inicial fue con ciprofloxacina más metronidazol o cefotaxima más metronidazol hasta

obtener antibiograma correspondiente. En el 57% no se obtuvo desarrollo bacteriano, los gérmenes más hallados fueron *Streptococcus*, *Staphylococcus* y *pseudomonas*. El promedio de internación fue de 16 días. **Conclusiones:** La etiología más frecuente sigue siendo desconocida y sin dudas el diagnóstico correcto es con la ecografía y/o tomografía. El drenaje quirúrgico o percutáneo dependerá de cada caso en particular. **Palabras claves:** Absceso Hepático, Diagnóstico, Tratamiento.

### 102. Gangrena del Periné. Nuestros Resultados.

SEGOVIA H, MARTINEZ N, ESPINOLA A, SOSA I, AGUERO A.

Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de pacientes tratados por gangrena del periné en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica en el período de marzo de 1996 a febrero de 2011. **Resultados:** n: 42 pacientes (31 varones y 11 mujeres). Edad promedio 65 años. Las etiologías fueron absceso perianal 33 pacientes, afecciones urológicas 7 y piodermitis 2 y los síntomas más comunes el dolor 42 pacientes y la fiebre 30. La enfermedad de base más frecuente encontrada fue la Diabetes Mellitus en el 71% (30 pacientes). El tratamiento quirúrgico consistió en desbridamientos amplios y reiterados. La colostomía se realizó en 15 pacientes, citostomía 2. La antibioticoterapia fue de acuerdo a resultados de cultivos siendo la *Escherichia.coli* el germen encontrado en el 80% de los casos y sensible a ciprofloxacina. Obitaron 6 pacientes por shock séptico. El promedio de hospitalización fue 48 días. **Conclusiones:** La etiología más frecuente hallada fue el absceso perianal, constatándose el dolor como síntoma predominante. El tratamiento tuvo como pilares los desbridamientos según necesidad y antibioticoterapia adecuada. **Palabras claves:** Gangrena del Periné, Tratamiento, Resultados.

### 103. Hallazgo de Bradicardia en los Pacientes con Dengue

PENAYO A, TABOADA A, MARIN C, ARREDONDO M,

BENITEZ G, SAMANIEGO S, FERNANDEZ A, RODRIGUEZ R.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay.

**Objetivo:** determinar las características clínicas, laboratoriales y epidemiológicas de los pacientes internados en la última epidemia con dengue y bradicardia y la concomitancia de miocarditis. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dengue y bradicardia sinusal, internados entre febrero a junio del 2011. **Resultados:** de los 682 pacientes internados, presentaron bradicardia 137 (20%). Mujeres 77 (56,2%). De Asunción 86 (62,8%) y Central 41 (29,9%). Edad media: 32 (16-86). DDE al ingreso: 4 (1-14). Días de fiebre 5 (0-14). Días de internación 4 (1-54). Principales síntomas y signos: fiebre 136 (99,3%), cefalea 121(88,3%), artromialgias 115 (83,9%), vómitos 80(58,4%), sangrados 76 (55,5%), dolor retroocular 49(35,8%), diarrea 41(29,9%), dolor abdominal 100 (73%). Ascitis 51 (37,2%), derrame pleural 46(33,6%), edema de pared vesicular 59 (43,4%), leucopenia 110 (80,3%), Linfocitosis 95(69,3%), plaquetopenia 127 (92,7%), hipalbuminemia 40 (61,57%). Insuficiencia renal aguda 1 (0,3%). Ecocordio 29 (21,2%), Derrame pericárdico 2 (10,5%), resto normal. ECG 62 (45,3%), de los cuales se constató bradicardia sinusal en 45 (72,6%). Hemoconcentración 44 (32,1%). Presencia de shock 12 (8,8%). Ingresaron a UCIA 16(11,7%). Requhirieron cargas 135 (98,5%), el requerimiento fue de 4 veces (0-18); un promedio de 9 litros (1,5 a 20). Hepatitis 46 (33,57%). Enzimas cardiacas 7 (5,1%), Icon CKT elevado y CKmb normal. Óbitos: 1 (0,7%). NSI positivo 14 (93,3% de los realiza- dos), IgM positivo en 136 (99,27%).

**Conclusión:** el número de pacientes con bradicardia fue elevado, ninguno presentó clínica de miocarditis y los hallazgos en las ecocardiografías en los que se realizaron fueron normales y sin elevación de las enzimas. El predominio fue de mujeres y jóvenes procedentes de Asunción y Central, historia pre hospitalaria corta. Fiebre, cefaleas, artromialgias, dolor abdominal y vómitos los síntomas más frecuentes. La concomitancia del sangrado en poco más de la mitad de los casos. La plaquetopenia fue importante, la presencia de efusión de líquido en poco más de la mitad. La confirmación serológica en casi todos. Palabras claves: Miocarditis, sinusal, ECG. **Palabras claves:** Algas, Plaquetopenia

#### 104. Neumonía adquirida en la comunidad. Utilidad de una escala pronóstica

RODRIGUEZ L, OVANDO F, VAZQUEZ M, FONTCLARA L, BAEZ S.

**Introducción:** En diferentes países el número de ingresos por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) oscila entre 1,1 y 4 por 1000 pacientes. El número de ingresos aumenta con la edad. Entre 1,2 y 10% de pacientes ingresados requieren cuidados intensivos, de esto último deriva la utilidad de uso de los score pronóstico. **Objetivo:** Utilidad de la escala de Fine para el pronóstico en las neumonías adquiridas en la comunidad. **Materiales y métodos:** Se incluyeron 56 pacientes con diagnóstico de NAC ingresados al servicio de clínica médica, durante el periodo enero a diciembre de 2005, los datos fueron analizados con programas estadísticos de Epi Info. **Resultados:** Del total de 56 pacientes, 27 fueron varones (48,2%) y 29 mujeres (51,8%); 31 (55,4%) pacientes tenían 60 años o más y 25 (44,6%) menos de 60 años. En cuanto a días de internación 29 (51,8%) estuvieron internados 7 o más días y 27 (48,2%) menos de 7 días. Presentaron alguna comorbilidad 33 (58,9%). En cuanto al Fine 33 (58,9%) estaban en IV y V, de los 56 pacientes 9 (16,1%) obitaron, ingresaron a cuidados críticos el 10,7%. Comparando la presencia de comorbilidad con los días de internación, no hubo diferencia significativa, el tener en score de Fine alto (IV-V) no significó más días de internación. Relacionando la edad mayor o igual a 60 años con días de internación mayor a 7 días la diferencia fue significativa. También resultado significativo que los pacientes con edad mayor o igual a 60 años tenían mayor mortalidad. **Conclusiones:** Podemos decir con este análisis que la edad avanzada (mayor o igual a 60 años) determina mayor cantidad de días de internación y conlleva una mayor mortalidad, por lo cual el uso de una escala de riesgo que tenga en cuenta la edad es muy útil para el pronóstico y por tanto de gran utilidad para la conducta terapéutica a aplicar a cada individuo. **Palabras claves:** Edad avanzada, Escala de Fine.

#### 105. Prevalencia de tétanos en el Instituto de Medicina Tropical durante setiembre 2009 a junio del 2011.

SANTOS M, GAONA C, VIRÉ F, PENAYO A, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S.

**Introducción:** El tétanos es causado por las toxinas del bacilo *Clostridium tetani*. Caracterizada por hipertonia muscular sostenida con crisis paroxísticas del tipo tónico, clónicas o tónica-clónicas, con alta mortalidad. Prevenible mediante vacunación, constituye aún un grave problema de salud pública en Paraguay. **Objetivo:** Determinar las características clínicas y demográficas de los pacientes con tétanos internados en Instituto de Medicina Tropical (IMT), de setiembre 2009 a junio del 2011. **Materiales y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo. Pacientes adultos diagnosticados con tétanos, internados durante setiembre del 2009 a junio del 2011 en el IMT, Asunción, Paraguay. Discriminando los casos según sexo, edad, procedencia, puerta de entrada, periodo de incubación e invasión, vacuna antitetánica (VAT), días de internación. Los datos fueron tabulados en una planilla Microsoft Office Excel 2003. **Resultados:** Se revisaron 10 fichas clínicas. La edad media fue de 62 años, 7 (70%) de sexo masculino, 4 (40%) agricultores, 9 (90%) sin VAT, 8 (80%), puerta de entrada miembros inferiores, período de incubación menos de 10 días en 5 (71%), el período de invasión menos de 24 hs en 5 (50%), el 100% presentó tétanos generalizado, 7 (70%) necesitaron traqueostomía, 9 (90%) recibieron suero antitetánico, 7 (70%) ingresaron a UCIA, 7 (70%) en ARM, óbitos 2 casos (20%). **Conclusión:** La prevalencia de tétanos persiste elevada en nuestro país, probablemente debido a un deficiente sistema de vacunación, presentando mayor concentración en Caaguazú, adultos mayores y varones. Representa un factor de riesgo las labores del campo. **Palabras Claves:** *Clostridium tetani*, Prevalencia, Paraguay.

#### 106. Tratamiento de la TB-MDR en Paraguay 2007-2010

ROMÁN M, ALVAREZ M, MARTÍNEZ C.

PNCT – MSP y BS

El Paraguay ha iniciado el tratamiento de la Tuberculosis multidrogaresistente (TB-MDR), a finales del año 2007. **Objetivo:** Describir el proceso de tratamiento de la TBMDR en el marco de la estrategia DOTS-Plus y los resultados de las primeras cohortes de pacientes. **Metodología:** realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyó a todos los pacientes con TB-MDR que iniciaron tratamiento de TB-MDR a partir de setiembre de 2007. **Resultados:** Desde el 2007 hasta el 2010 ingresaron a tratamiento 23 pacientes, con edad media de 45 años. En la primera cohorte (2007), ingresaron 4 pacientes con un éxito de tratamiento en 3 pacientes (75%). En la segunda cohorte (2008) ingresaron 8 pacientes con un Éxito de tratamiento en 6 (62,5%). Los de la cohorte de 2009 y 2010 aún no finalizaron tratamiento. Se observaron efectos colaterales en el 100% de los pacientes, siendo los gastrointestinales los más frecuentes. **Conclusión:** Los resultados de estas dos cohortes de pacientes tratados para la TB-MDR en el Paraguay son prometedores, Se observó un bajo nivel de abandono y no se registró fracasos de tratamiento. **Palabras claves:** Multidrogaresistente, Tuberculosis.

#### 107. Dengue, aspectos clínicos en la última epidemia en Paraguay

PENAYO A, TABOADA A, MARIN C, ARREDONDO M, BENITEZ G, SAMANIEGO S, FERNANDEZ A, RODRIGUEZ R. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes internados con el diagnóstico (Dx.) de dengue, en el Instituto de Medicina Tropical (IMT). **Materiales y métodos:** retrospectivo, observacional de corte transversal. Se analizaron 682 historias clínicas de los pacientes internados durante la epidemia de dengue de febrero a junio del 2011. **Resultados:** de los 682 fueron 445 (65,2%) mujeres. Procedían de Asunción 445 (65,2), Central 202(29,6), interior 35(5,1%). Edad media: 31(16-86). DDE al ingreso: 5(0-14). Días de fiebre 5(0-14). Principales síntomas y signos: fiebre 667 (97,8%), cefalea 607(89%), artromialgias 600 (87,9%), vómitos 357(52,3%), sangra dos 339(49,7%), dolor retroocular 255 (37,4%), diarrea 216 (31,7%), dolor abdominal 197(28,4%), Lazo positivo 164 (24%), exantema 151 (22,1%), bradicardia 137 (20%), letargia 86 (12,6%), mareo 58 (8,5%), disnea 35 (5,1%), alteración del sensorio con convulsiones 1 (0,1%). Hepatomegalia 53 (7,8%), esplenomegalia 9 (1,3%), hepatoesplenomegalia 1 (0,1%) Presencia de shock en 57 pacientes (8,4%). Ascitis 165 pacientes (24,2%), derrame pleural 130(19,1%), edema de pared vesicular 188 (27,7%), leucopenia 547 (80,2), Linfocitos 375 (55%), plaquetopenia 534 (78,4%), hipoalbuminemia 264 (38,7%), hepatitis 158 (28,3%), bilirrubina elevada en un paciente con transaminasas de 9.000. Insuficiencia renal aguda 3 (0,3%). Derrame pericárdico 9 (13,2%), hemoconcentración por hemograma 539 (78,3%). Comorbilidad 193(28,3%), complicaciones 33 (4,8%). Requirieron carga 670 pacientes (98,2%). Días de internación 3 (1-54). Óbitos: 8 (1,2%). IgM positivo en 676 (99,2%). PCR positivo 31 (51,3%), DEN 1, 5 (16,7%) y DEN 2, 13 (21,2%). **Conclusión:** en su mayoría mujeres, procedentes de Asunción y gran Asunción, historia corta. Síntomas más frecuentes fueron fiebre, cefalea, artromialgias y vómitos. Llama la atención la presencia de bradicardia. El número de complicaciones y de coinfecciones fue muy escasa. El tratamiento con fluidos fue exitoso. **Palabras claves:** Algas, Hepatomegalia, Plaquetopenia.

#### 108. Hallazgos en Punción aspirativa de Médula ósea en pacientes con SIDA

VELAZQUEZ D, TABOADA A, VALDEZ R, BENITEZ G, SAMANIEGO S, MOLAS C, ARMOA A. Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay

**Objetivo:** determinar los hallazgos en la punción aspirativa de médula ósea (PAMO) de los pacientes con VIH-SIDA (PVVS), hechos en diferentes circunstancias. **Materiales y métodos:** estudio, descriptivo, observacional de corte transversal. Se analizaron las historias clínicas de PVVS internados en el Instituto de Medicina Tropical de junio del 2006 a febrero del 2011. Se analizaron los hallazgos microbiológicos y hematológicos. **Resultados:** Se analizaron 41 historias clínicas de PVVS en quienes se realizó PAMO. Fueron mujeres 12 (29,3%) y varones 29 (70,7%). El motivo de la PAMO fue: Anemia 1 (2,4%), Fiebre prolongada 3 (7,3%), fiebre prolongada y penias 17 (41,5%), fiebre prolongada, visceromegalia 3 (7,3%), leucocitosis importante 1 (2,4%), penias 6 (14,6%), penias, fiebre, visceromegalia 10(24,4%). El rango de CD4

fue de: <100 6 (14,6%), <200 4 (9,8%), <50 23 (56,1%), >200 6(14,6%), no tiene (24,9%). RK 39 negativo 35 (85,4%), positivo 6 (14,6%). Los hallazgos en PAMO fueron: *Leishmania sp* en 12 (29,3%), *Histoplasma sp.* 4 (9,7%), anemia 3 (7,3%), Leucemia linfóide aguda (12,4%), linfoma 1(2,4%), Sx mielodisplásico 10 (24,4%). **Conclusión:** Los hallazgos microbiológicos fueron *Leishmania sp* con mayor frecuencia e *Histoplasma sp.* Los hallazgos hematológicos más frecuentes fueron el Síndrome Mielodisplásico secundario a la infección por el VIH. Si bien la PAMO es un procedimiento cruento, es de mucha utilidad en los PVVS en estadio SIDA, pues muchas veces en estos pacientes por la severa inmunosupresión las serologías son negativas. **Palabras claves:** Hallazgos microbiológicos, *Histoplasma sp.* *Leishmania sp.*

#### 109. Hepatitis en Nuestros Pacientes Internados con Dengue.

PENAYO A, TABOADA A, MARIN C, ARREDONDO M, BENITEZ G, SAMANIEGO S, FERNANDEZ A, RODRIGUEZ R.

Instituto de medicina tropical. Sala de adultos. Asunción-Paraguay.

**Objetivo:** Determinar las características clínicas, laboratoriales y epidemiológicas de los pacientes con dengue y hepatitis internados en la última epidemia de dengue. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, de corte transversal. Se revisaron historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de dengue y hepatitis internados entre febrero a junio del 2011. **Resultados:** de los 682 pacientes internados, con hepatitis 158 (28,3%). Mujeres 107 (67,7%). De Asunción 106 (67,1%), Central 46 (29,1%), Edad media: 30 (16-75). DDE al ingreso: 5 (1-14). Días de fiebre 5 (0-14); DDI 3 (1-13). Con: fiebre 157 (99,4%), cefalea 147 (93%), artromialgias 140 (88,6%), dolor abdominal 117 (74,1%) vómitos 95 (60,1%), sangra -dos 99 (62,7%), dolor retroocular 64 (40,5%), diarrea 43 (27,2%), exantema 44 (27,8%), bradicardia 137 (20%), letargia 27 (17,1%), mareo 13 (8,2%), disnea 11 (7%), petequias 39 (24,7%). Hepatomegalia 20 (12,6%). Ascitis 61 (38,6%), derrame pleural 51 (32,3%), edema de pared vesicular 67 (42,4%), bradicardia 46 (29,1%); leucopenia 127 (80,4%), Linfocitosis 108 (68,4%), plaquetopenia 147 (93%), hipoalbuminemia 42 (28,57%). Hemoconcentración 48 (30,4%). Presencia de shock 14 (8,9%). Comorbilidad 40 (25,3%), complicaciones 11 (7%). Ingresaron a UCIA 9 (5,7%). Requirieron cargas 155 (98,1%). El valor de transaminasas encontradas fue: entre 200-300 96 (63,1%), 300 y 500 36 (23,7%), 500 y 1000 19 (12,5%), y 90000 1 (0,7%), con bilirrubina de 1,2 a 2,5 8 (5,06%) y 4,5 (1,26%) uno con transaminasas de 900 y otro de 90000. Óbitos: 2 (1,3%). NSI positivo 17 (85,9% de los realizados), IgM positivo en 152 (98,7%). **Conclusión:** en su mayoría mujeres, jóvenes, procedentes de Asunción y Central, historia pre hospitalaria corta, fiebre, cefaleas, artromialgias y vómitos. La concomitancia del sangrado fue elevada, la presencia del dolor abdominal fue importante. Casi todos con confirmación serológica. **Palabras claves:** Algas, Transaminasas.

#### 110. Identificación de los Genotipos presentes en pacientes infectados con el virus de la Hepatitis C del Hospital Central del Instituto de Previsión Social.

PORTILLO C, GIL PETTA N, STURBA E.

Laboratorio Portillo, Servicio Gastroenterología H.C. IPS, Laboratorio Dr. Stambouljan. Argentina - Paraguay

El virus de la Hepatitis C (HCV), pertenece a la familia Flavivirus y causa infecciones crónicas y hepatopatías de pronóstico severo, afectando a casi un 3% de la población mundial. Se presenta en poblaciones virales altamente heterogéneas en la naturaleza, se clasifican en 6 genotipos y varios subtipos. En el paciente infectado, el HCV forma enjambres de genomas diferentes pero relacionados entre sí denominados cuasi especies. Está diversidad genética ya ha sido descrita en trabajos realizados en América Latina que reportan una prevalencia del 2% del genotipo 1b en Argentina así como en Chile, Uruguay y Brasil. Esto se correlaciona en algunos con la falta de respuesta al tratamiento de elección que consiste en la combinación del Interferón con la Rivabirina. Con el objetivo de conocer los genotipos presentes en los pacientes infectados con HCV del Servicio de Gastroenterología del HC IPS, de enero de 2008 a setiembre del 2011, se incluyeron a 38 pacientes con cargas virales conocidas y en tratamiento. De ellos 20 fueron hombres y 18 mujeres, con un rango de edad de 4 a 72 años. Se analizaron muestras de sangre, en lo que se realizó la extracción del ARN para detección de cargas virales mediante una RT-PCR por el sistema Cobas automatizado (Roche). Para la identificación del genotipo se utilizó la hibridación reversa, linear Array que identifica solo el genotipo y en otros el Innolipa, Bayer, que permite además conocer el subtipo. De las 38 muestras analizadas solamente en 20 se pudo realizar la genotipificación ya que en 27 restantes por las cargas virales bajas no se pudo obtener ARN viral. Los resultados

mostraron presencia del genotipo 1b en 8 pacientes (40%), el genotipo 1 en 3 (15%), el 1a en 8(40%) y el 3a en 1 paciente (5%). Se observó respuesta al tratamiento que se constató con las cargas virales indetectables en pacientes en seguimiento al presente año. Este primer reporte en el país confirma la diversidad genética del HCV, el predominio del genotipo 1, igual distribución de los subtipos a y b y solo un genotipo 3, que difiere a lo reportada por los países vecinos donde además del predominio del 1b se detectó el genotipo 2. **Palabras claves:** Flavivirus, Genotipo 2.

#### 111. Infecciones en Pacientes Trasplantados Renales

PÉREZ L, CANDIA E, SAMUDIO-D GC, JARA P, NUÉZ D. Servicio de Infectología. Instituto de Previsión Social – Hospital Central.

**Objetivo:** Conocer los procesos infecciosos que motivan internación en pacientes trasplantados, en relación al tiempo transcurrido desde el trasplante, así como su evolución. **Método:** Trabajo prospectivo, observacional mediante revisión de fichas clínicas de 24 pacientes internados en el Servicio de Trasplante de IPS entre enero a setiembre/2011. **Resultados:** De 24 pacientes, 58% mujeres y 42% varones, la edad promedio 40 años. Las enfermedades que motivaron el trasplante renal fueron: Poliquistosis renal 25%, Glomerulonefritis 16,6%, Esclerosis renal 4,1%, Vasculitis 16,6% y 29,1% causa desconocida. Antes del primer mes del trasplante, 3 pacientes presentaron sospecha de infección sin documentación microbiológica. Entre el 1er y 6to meses, un paciente presentó sospecha de infección sin documentación microbiológica y otro paciente Pielonefritis del injerto sin germen. Después de 6 meses del trasplante las infecciones fueron diversas: Pielonefritis del injerto 8,3%, Dengue sin complicaciones 12,5%, Bacteriemia a *E. coli*, Encefalitis a CMV, Micosis pulmonar no determinada, Criptococosis meníngea, Endocarditis bacteriana aguda, Gastroenteritis aguda, Periodontitis, Herpes Zoster, Neumonía Nosocomial y Piodermitis todos con 4,1%, Neumonía Adquirida en la Comunidad 12,5%. Sólo 2 pacientes tuvieron desenlace fatal con diagnóstico de Encefalitis por CMV y Endocarditis bacteriana aguda. **Conclusiones:** La incidencia de Enfermedad por CMV antes de los seis meses del trasplante fue nula, probablemente debido a la instauración de profilaxis con valganciclovir desde el día 10 al día 180 del trasplante. Infecciones fúngicas y bacterianas después de los seis meses del trasplante fueron predominantes al igual que en la mayoría de los reportes mundiales. No se detectaron infecciones parasitarias. **Palabras claves:** Citomegalovirus, Infecciones bacterianas, Neumonía

#### 112. Características morfológicas y de virulencia en *Cryptococcus neoformans* con formas atípicas aislados de pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical-Asunción

AGUILAR G<sup>1</sup>, CHAMORRO GA<sup>1,2</sup>, ESCURRA L<sup>2</sup>, RIQUELME A<sup>2</sup>, SITZMANN L<sup>2</sup>, VOMEL A<sup>2</sup>, WENTZEL G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Laboratorio Central de Salud Pública. <sup>2</sup>Universidad del Pacífico La meningitis por *Cryptococcus neoformans* es la infección por hongos más común y es considerado un marcador del SIDA. Las morfologías atípicas de este hongo han sido raramente reportadas en tinciones. Este estudio, el primero realizado con aislamientos in vitro, tiene como objetivo identificar y caracterizar la morfología in vitro e in vivo. Además, evaluar factores de virulencia como producción de ureasa, melanina y fosfolipasa, tamaño capsular y celular, sensibilidad antifúngica, frecuencia observada en órganos de ratones inoculados. Todas las levaduras fueron aisladas de líquidos cefalorraquídeos de pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical durante el periodo 2009-2011. En LCR se observaron pseudohifas, esporos en cadena ó alargados con ramificaciones además de las formas típicas de esporos encapsulados. Se obtuvieron quince aislamientos en agar girasol. Las colonias tenían dos tamaños: normales marrones (4 ± 1 mm.) y puntiformes blancas a transparentes (0,5 ± 0,1 mm.). Todas fueron de la especie *Cryptococcus neoformans*, crecieron a 37°C. Las pruebas de virulencia fueron realizadas con cinco aislamientos. El diámetro celular/grosor capsular de las formas atípicas en LCR y en agar girasol fueron (25 a 50 µm)/ (5 ± 1,2µm) y (15 a 35 µm)/ (4 ± 0,5 µm) respectivamente. La media en fosfolipasa y melanina fueron p = 0,56 y valor 3 , todas fueron urea positiva. En ratones, las morfologías atípicas se observaron en mayor frecuencia en corazón y riñón. La CIM para fluconazol tuvo una mediana de 0,25 µg/ml

(rango 0,06 - 2µg/ml) y anfotericina B de 0,5µg/ml (rango 0,25 - 0,5µg/ml). Todos interpretados como sensibles. Es importante reconocer estas formas atípicas por la probable confusión con especies de *Candida* u otros hongos y confirmar en cultivo en agar girasol con incubación prolongada. Estas morfologías representan nuevos desafíos en la patogenia y la microbiología de este hongo. **Palabras Clave:** *Cryptococcus neoformans*, pseudohifas, agar girasol

**113. Morfologías atípicas de *Cryptococcus neoformans* en pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical - Asunción: características clínicas y tratamiento de 15 casos**

AGUILAR G<sup>1</sup>, CHAMORRO GA<sup>1,2</sup>, ESCURRA L<sup>2</sup>, RIQUELME A<sup>2</sup>, SITZMANN L<sup>2</sup>, VOMEL A<sup>2</sup>, WENTZEL G<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Laboratorio Central de Salud Pública. <sup>2</sup>Universidad del Pacífico

La incidencia de infecciones causadas por *Cryptococcus neoformans* ha aumentado en la última década por la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana. Aquí reportamos, comparando las publicaciones sobre el tema, el mayor número de casos de infección meníngea por *Cryptococcus neoformans* con morfologías atípicas. El objetivo del estudio es describir las características clínicas y los resultados en el tratamiento. Todos los diagnósticos de criptococosis se establecieron por cultivo y examen de la tinta china del líquido cefalorraquídeo (LCR), observándose en esta levaduras mixtas: en forma de pseudohifas, esporos micóticos alargados ramificados ó en cadenas además de los típicos esporos encapsulados. Se describen quince pacientes internados en el Instituto de Medicina Tropical- Asunción, en el período 2009- 2011. Doce fueron hombres y 3 mujeres, con un promedio de edad de 31 años. Catorce pacientes fueron HIV+ (SIDA estadio 3). La cefalea (57%), fiebre, náuseas y vómitos fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes al ingreso. El citoquímico fue para la glucosa una mediana de 35 mg/dL, proteínas 42 mg/dL y 12 leucocitos/µl. La fungemia afectó al 47% de los casos y el tiempo de internación promedio fue de 28 días. Se destaca la tolerancia de los aislamientos al tratamiento con anfotericina B con el 57%

de los cultivos positivos con una dosis acumulativa mayor a 1000 mg. Además el cuarenta y siete por ciento continuaron con cultivos positivos después del alta. Se sugiere la búsqueda de estas morfologías y solicitar el cultivo para confirmar el diagnóstico y determinar la efectividad del antifúngico en dosis altas de Anfotericina B. **Palabras claves:** Anfotericina B, Esporos micóticos.

**114. Prevalencia de Tuberculosis (TB) Pulmonar con Baciloscopia positiva (TBP BK+) en población indígena del Paraguay. PNCT**

AGUIRRE S, VAZQUEZ D, ALVAREZ M, MARTÍNEZ DE CUELLAR C.

La TB constituye un problema de salud pública en Paraguay. Acciones estratégicas deberán ser implementadas de manera a alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 (reducir la prevalencia al 50% en relación a 1990). **Objetivos:** Determinar la prevalencia de TBP BK+ y la sensibilidad a drogas anti-TB de primera línea en indígenas del Paraguay. **Metodología:** estudio descriptivo de corte transversal, muestra probabilística, estratificada por familia lingüística y de una sola etapa. **Resultados:** se visitó 97 comunidades, 5.199 viviendas, se entrevistó a 27.332 personas, se identificó 1.325 Sintomáticos Respiratorios (SR) y 32 pacientes con TBP BK+(prevalencia de 117,0/100.000). La prevalencia fue mayor en la etnia Sanapaná (763,4/100.000), Angaité (689,7/100.000) y Ava Guaraní (299,6/100.000). La prevalencia de TB-MDR fue de 3,3%, 11 veces más que en población general. **Conclusiones:** Se observó una prevalencia mayor en pueblos indígenas del Chaco. Los resultados del estudio determinaron la necesidad de incluir a la población indígena en el grupo de riesgo de TB-MDR, así como elaborar un plan para incrementar el número de laboratorios de baciloscopia y cultivo en el país. **Palabras claves:** Comunidades indígenas, Salud Pública, Síntomas respiratorios.

## INVESTIGACION CLINICA EN PEDIATRIA

**115. Celulitis: caracterización clínica y epidemiológica.**

CHIRICO M, SOTOMAYOR V, GAMARRA R, ARRUA V, PERALTA L, BENITEZ-LEITE S.

Servicio y Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas, San Lorenzo. FCM-UNA.

**Introducción:** La celulitis se caracteriza por inflamación de la epidermis, dermis y tejido celular subcutáneo, cursa con edema, eritema y dolor de la zona afecta. Suele cursar con linfangitis asociada y síntomas constitucionales. Las infecciones de tejidos y partes blandas son un motivo de consulta e internación frecuentes. Representa el 7% de las consultas por infecciones en Pediatría. El *S. aureus* y el *S. pyogenes* son los gérmenes más frecuentemente aislados y con menos frecuencia el *S. agalactiae*, *S. pneumoniae* y bacilos gran negativos. **Objetivo:** Descripción clínica y epidemiológica de fichas de pacientes hospitalizados con diagnóstico de celulitis en el Servicio de Pediatría, Hospital de Clínicas. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de corte trasverso de los pacientes internados con el diagnóstico de infecciones de celulitis en la Cátedra y Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas, Sede San Lorenzo desde Enero de 2007 hasta Agosto de 2011. **Resultados:** Se revisaron historias clínicas de 85 pacientes con el diagnóstico de celulitis: 42/85 (49%) de sexo femenino, 43/85 (51%) masculino, 49/85 (58%) proceden de zona rural, 36/85 (42%) de la zona urbana. La edad de los pacientes varía de un mes a 14 años de entre los cuales el 47% (40/85) corresponden a lactantes, 22/85 (26%) escolares y 23/85 (27%) adolescentes. La localización más frecuente fue facial 31/85 (37%): incluyendo celulitis orbitarias (6/31) y periorbitarias (8/31), en miembros superiores 12/85 (14%), miembros inferiores 17/85 (20%), región cervical 8/85 (9%), perianal 6/85 (7%), inguinal 6/85 (7%), axilar 5/85 (6%). Presentaron hemocultivo positivos 10/85 (12%) y cultivo de secreción purulenta positivo 45/85 (54%) de ellos 23/45 (51%) eran positivos para SAMS, SAMR 10/45 (22%), SCNMS 5/45 (11%), *C. albicans* 1/45 (22%), otros 6/45 (13%). El 100% de los pacientes presentó eritema en el lugar de la infección, el 91% presentó dolor y solo un 30% impotencia funcional. Todos necesitaron tratamiento antibiótico, requiriendo drenaje quirúrgico 49/85 (58%), tres pacientes presentaron fascitis necrotizante ameritando debridamiento quirúrgico y hospitalización prolongada. El tiempo promedio de hospitalización fue de 12 días, con un rango de 7 a 2 días.

**Conclusion:** El grupo etario predominante fue el de los lactantes, el germen más frecuente *S. aureus* meticilino sensible. La región de la cara fue la región más frecuentemente afectada, El tratamiento precoz es de vital importancia para evitar secuelas y compromiso de órganos vitales. **Palabras claves:** Pediatría, *S. aureus*, *S. agalactiae*.

**116. Conocimiento y manejo de la fiebre por padres o tutores de lactantes**

CHIRICO M, SOTOMAYOR V, BRITZ S, ZARZA A, PARAVICINI E, GONZALEZ N. Servicio y Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas, FCM UNA- Hospital General Barrio Obrero.

**Introducción:** La fiebre es una elevación de la temperatura por encima de la variación diaria normal y es el motivo de consulta en 20 a 30% de las atenciones ambulatorias. **Objetivo:** Conocer el manejo de la fiebre, de los padres o tutores de lactantes que acuden al Consultorio Externo de la Cátedra y Servicio de Pediatría del Hospital de Clínicas, Sede San Lorenzo y el HGBO. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo observacional. Se entregó una encuesta anónima con consentimiento informado, respecto al manejo y conocimiento de la fiebre, a los padres o tutores de pacientes menores de 2 años que acudieron a la consulta desde el 1 mayo hasta el 31 de Julio de 2011. Se utilizó base de datos con la planilla electrónica Microsoft Excel versión 2007. **Resultados:** Total de encuestados: 80 padres o tutores, de los cuales 70/80 (87%) eran madres, 49/70 (70%) de las madres edad menor a 25 años de edad, 21/70 (30%) tenía más de 3 hijos. Del total, 56/80 (0%) había llevado alguna vez a su hijo a Sala de Urgencias por fiebre. El 30% (24/80) controla la temperatura de su hijo con un termómetro, el 70% restante (56/80) no lo hace debido a que no tiene un termómetro en la casa. El 60% (42/80) ubica el termómetro en la región axilar. El 70% (56/80) considera que su hijo tiene fiebre si este tiene una temperatura mayor a 37%. En cuanto al manejo, el 65% médica a su hijo con paracetamol o ibuprofeno en tanto que el 30% utiliza medios físicos, un 5% directamente lleva al hijo urgente a la consulta. El 90% de los encuestados utiliza paracetamol o ibuprofeno a dosis incorrecta. **Discusión y conclusión:** La fiebre es un importante motivo de consulta de los padres, que se correlaciona con la literatura. El desconocimiento que se demuestra al no utilizar el termómetro o desconocer la temperatura correspondiente a fiebre o la dosis correcta para el

tratamiento del niño es responsabilidad tanto del padre como del personal de salud. Es trascendental mejorar la educación de los padres y de la comunidad con respecto a este motivo común e importante de consulta. **Palabras claves:** Consulta, Temperatura, Urgencia.

#### 117. Localizaciones Infrecuentes de Osteomielitis en Pacientes Pediátricos.

BENITEZ I, GRAU L, GALLEANO H, RODRIGUEZ M, DE LOS RIOS A

Servicios de Pediatría y Traumatología. Hospital Central IPS. Postgrado UCA Asunción Paraguay.

**Introducción:** La osteomielitis (OM) en los niños se produce en forma mas frecuente por vía hematológica y menos comúnmente como resultado de traumatismo, cirugía o infecciones contiguas de partes blandas. Usualmente afectan la metafisis de huesos largos pero se encuentran también localizaciones infrecuentes como epifisis de pelvis, calcáneo, peroné o metatarsianos. **Objetivos:** Determinar características epidemiológicas, microbiológicas, tratamiento y seguimiento de pacientes que ingresaron en el Servicio de Pediatría con el diagnóstico de osteomielitis no situadas en huesos largos. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo observacional realizado en el periodo febrero 2009 a julio 2011, en pacientes de 1mes a 18 años que ingresaron al HCIPS. **Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes, 5 fueron OMA y 7 crónicas (OMC), 9 del sexo masculino, con un promedio de edad de 10.3 años. Los huesos comprometidos fueron: calcáneo 3, cubito 3, metatarsiano 3, peroné 1, metacarpiano 1 y falange 1. Refieren antecedentes de traumatismo 3; accidente por punción 5, asociados a infección contigua de piel 4. Se aisló germen en 5 casos, 4 en cultivo óseo: *S. aureus* MS 2, *K. pneumoniae* 1, *P. aeruginosa* 1, y 1 *S. hominis* en hemocultivo. Recibieron tratamiento quirúrgico 11 pacientes, uno requirió una nueva intervención por mala evolución. El esquema antibiótico empírico fue con Oxacilina en 5 pacientes, Cefazolina en 4, y 3 recibieron además Ceftazidima (calcáneo). Se roto antibiótico en 4 casos. La duración total de tratamiento para OMA fue 1,8 meses y OMC 3,8 meses. Se completó seguimiento hasta los entre 3 y 12 meses, 2 niños presentaron secuelas 1 dismetría y 1 vicio de posición. **Conclusiones:** La OMC fue mas frecuente, con mayor afectación del sexo masculino en edad escolar, los huesos mas afectados resultaron el calcáneo, cubito y metatarsiano. En todos los casos hubo un factor predisponente de traumatismo, accidente punzante o infección contigua El aislamiento de germen fue bajo aislándose *Pseudomonas* en un solo caso y en el 90 % fueron sometidos a cirugía con buena evolución posterior. **Palabras claves:** Cultivo óseo, *Staphylococcus*, Gérmenes Gramnegativos.

#### 118. Prevalencia de sífilis materna e incidencia de sífilis congénita en el H.M.I. de Limpio, en base a la estrategia del Pronasida: "Tratamiento estrictamente supervisado para las embarazadas y sus parejas con sífilis a fin de reducir la sífilis congénita".

GARELIK A<sup>1</sup>, CABRAL MB<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HMI de Limpio/MSPBS, <sup>2</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud-UNA.

Las fallas en el diagnóstico y el tratamiento de sífilis en estadios tempranos pueden ocasionar graves complicaciones y secuelas, entre las que se incluyen la infertilidad, la pérdida fetal, el embarazo ectópico, la muerte prematura e infecciones en recién nacidos y lactantes. Con el objetivo de describir el comportamiento de los casos de sífilis en mujeres embarazadas y sus niños durante los años 2008 - 2009 en el HMI del distrito de Limpio. Se evaluaron las características socio-demográficas de las mujeres embarazadas, sus antecedentes gineco-obstétricos, los antecedentes de infección de transmisión sexual ITS. Se evaluaron los resultados de sífilis en mujeres embarazadas (VDRL y Test rápido), presencia de Sífilis congénita. Se incluyeron a 250 mujeres embarazadas menores de 25 años (55%), con nivel educativo primario en el 54%, con un 61% acompañada y 71% amas de casa con procedencia rural en el 54%. En relación a las ITS, mencionan haber tenido gonorrea y sífilis en el 61 y 15%. Solo un 16 % se han realizado lo tres controles de seguimiento prenatal. En 9/250 dieron positiva la prueba y con VDRL reactiva, en 7/9 completaron sus dosis de tratamiento con penicilina. Dos parejas de las 9 embarazadas realizaron su tratamiento y tuvieron sífilis congénita en 9 niños. Este método constituye la estrategia implementada por el PRONASIDA a fin de reducir la sífilis congénita a través del diagnóstico oportuno y tratamiento de la enfermedad en embarazadas y sus parejas en los Hospitales Materno Infantiles de todo el país. Podemos decir de que las pruebas rápidas parecen incrementar el número de mujeres

diagnosticadas, sin embargo, la proporción de mujeres tratadas de forma adecuada también aumenta, como así también la notificación y tratamiento de sus parejas, disminuyendo por consiguiente la sífilis congénita, pero es aún un problema detectar a tiempo y que realicen su tratamiento efectivo. **Palabras claves:** sífilis materna, sífilis congénita.

#### 119. Caracterización de la Infección Urinaria En Menores de 3 Meses

CHIRICO M, SOTOMAYOR V, PEIRO A, PERALTA L, FRANCO M, BRACHO C

Cátedra y Servicio Pediatría San Lorenzo FCM – UNA

**Introducción:** La infección urinaria representa una patología frecuente en niños menores de 3 meses, los que se consideran susceptibles de daño renal y con mayor frecuencia acompañados de malformaciones urinarias En los lactantes pequeños, puede observarse fiebre y compromiso del estado general. **Objetivo:** caracterizar la ITU en menores de 3 meses hospitalizados en el CMI desde enero 2009 hasta agosto de 2011. **Material y métodos:** estudio retrospectivo, descriptivo, de corte trasverso de revisión de fichas clínicas de 81 pacientes menores de 3 meses con dx de ITU según código CIE-10 con análisis de las características clínicas y microbiológicas. **Resultados:** los menores de 3 de meses representan 16/81 (20%) de las hospitalizaciones por ITU, sexo masculino 66/81 (82%). El diagnóstico de ingreso fue síndrome febril en 72/81 (90%) y shock séptico en 32/81 (3%). La bacteria aislada con mayor frecuencia fue *E. coli* que se aisló en 63/81 (79%), *Enterobacter cloacae* 2/81 (16%), *E. coli* BLEE con bacteriemia asociada en 16/81 (20%), *Enterococcus faecalis* 2/81 (16%) se demostró malformación urinaria por imágenes en 12/81 (15%) **Discusión:** en este estudio se demuestran que la ITU en menores de 3 meses corresponde a 1/6 de las hospitalizaciones por ITU en el Servicio. Predomina el sexo masculino, bacteriemia asociada en un 20% a diferencia de lo publicado por otros autores donde informan de hemocultivos + asociados a ITU en menores de 3 meses de 6-8%. La fiebre está presente en el 90% de los pacientes, de los cuales 3% ingresan con shock séptico, donde otras publicaciones mencionan 30%. El principal germen aislado es la *E. coli*, es decir 79%. En 16% se encontró malformaciones por ultrasonografía, 2% por CUMS. La mayoría de estos datos coinciden por lo descrito en la literatura. **Conclusiones** la infección del tracto urinario representa una infección bacteriana severa en el lactante menor, cuyo motivo de ingreso es fiebre, lo que indica lo inespecífico de los síntomas en este grupo etario y debemos de considerar este dx a todo niño febril para evitar daños mayores y secuelas graves que dañen al riñón. **Palabras clave:** Infección vías urinarias, Lactantes

#### 120. Etiología de las Infecciones Urinarias en Menores de 3 Meses.

CHIRICO M, SOTOMAYOR V, BRITTE S, GENES M, BENITEZ S, PARAVICINI E.

Servicio y Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas. San Lorenzo. FCM UNA

**Introducción:** Las infecciones del tracto urinario son la segunda causa de infección más frecuente en pediatría y su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado son de gran importancia en el pronóstico funcional de los riñones en los niños. **Objetivo:** Investigar la prevalencia de los distintos agentes etiológicos en los niños menores de 3 meses. **Material y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional y de corte trasverso en el Servicio y Cátedra de Pediatría San Lorenzo. Se revisaron los informes de urocultivo obtenidos de pacientes que ingresaron a sala con el diagnóstico de infección urinaria o sospecha de infección del tracto urinario, entre Enero de 2009 y agosto de 2011. Se consideró solo el primer urocultivo y con recuento de colonias en número significativo según el tipo de muestra. **Resultado:** Se registraron 81 internaciones con el diagnóstico de infección del tracto urinario que cumplían los criterios para ser incluidos al estudio. 82% (66/81) de los pacientes eran varones. La bacteria aislada con mayor frecuencia fue *E. coli* (63/81(79%), seguido por *E. coli* BLEE 2/81 (2,4%) *K. pneumoniae* 2/81 (2,4%) *E. cloacae* 2/81 (2,4%) *Enterococcus faecalis* 2/81 (2,4%), en el 12% restante no se halló germen (10/81). Hemocultivo fue positivo en 4/81(4.9%). El tratamiento instaurado en el 90% de los casos fue Cefotaxima más Ampicilina con 92% de controles a las 48 horas con urocultivos negativos. **Conclusiones:** La mayor prevalencia del sexo masculino es similar a la publicada en otros estudios y probablemente refleja la mayor prevalencia de malformaciones de vías urinarias. Al igual que otros grupos también descritos en la literatura coinciden con la etiología *E. coli* como el principal agente etiológico de la ITU en menores de 3 meses. La

respuesta al tratamiento antibiótico fue satisfactoria. **Palabras claves:** Infección urinaria. Etiología. Lactantes.

### 121. Infecciones en Pacientes Pediátricos con Trasplante Renal (TR).

MARTINEZ PICO M, SAMUDIO G, TROCHE A, FRANCO S, MAYOR M, JARA P, ORUE G, ADORNO T.

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay. **Introducción:** El TR es el tratamiento de elección para la Insuficiencia Renal Terminal en niños. Las terapias inmunosupresoras aumentan la frecuencia de infecciones, que aumentan la morbimortalidad. **Objetivos:** conocer frecuencia y tipo de infecciones en TR al año. **Metodología:** estudio descriptivo, observacional, de corte trasverso. Con historias clínicas de niños con TR de enero/2006 a septiembre/2011. Variables: edad, sexo, tipo de donante, inmunosupresor (IS), infecciones, evolución. **Resultados:** 10 pacientes fueron sometidos a TR, 1 excluido por < 1 año de seguimiento. De 9 analizados: 5♂4♀. Edad promedio 10,8 años (DS 4,4). Donante cadavérico: 1/9 y vivo: 8/9. Inducción: metilprednisolona (MP) 8/9 y MP + Basiliximab 1/9. IS: ciclosporina A + prednisona + micofenolato 6/9, tacrolimus + prednisona+ micofenolato 3/9. Todos presentaron infecciones al año, hospitalizados según la gravedad. Infecciones urinarias (IU) 6/9, germen más frecuente *Escherichia coli*. CMV 4/9. Otras: micosis sistémica 1/9, neumonía bacteriana 1/9, rotavirus 1/9, herpes zoster 1/9, neumonía atípica 1/9 y dengue grave 1/9. No correlación entre tipo de IS y frecuencia de infecciones. Muertes 3/9: 1 CMV y micosis sistémica, 1 shock dengue y 1 causa no infecciosa. **Conclusiones:** La IU es la más común. CMV en alto %. Las muertes fueron 2 rias a infecciones graves, con injerto funcionante en su mayoría. Los cuadros infecciosos fueron muy frecuentes y aumentaron la morbimortalidad de los pacientes con TR. **Palabras claves:** Insuficiencia renal, Inmunosupresores, Prednisona.

### 122. Es posible Manejar el Shock por Dengue en la Unidad de Urgencias?

IRAMAI R, JARA A, CARDOZO L, BOGADO N.

Unidad de Urgencias Catedra de Pediatría. Hospital de Clínicas. FCM-UNA

El objetivo del estudio fue evaluar la evolución de los casos de dengue con shock compensado en la Unidad de Urgencias, e investigar la efectividad de un esquema de hidratación en este contexto clínico. Así mismo determinar que controles vitales son más adecuados para monitorear la etapa de recuperación del cuadro clínico de shock. Fueron incluidos en el estudio 95 casos con shock temprano por infección del virus de dengue, hospitalizados en la Unidad de Urgencias en el periodo comprendido entre el 1 de Febrero hasta el 30 de Mayo, con un rango de edad entre 0 a 17 años (mediana: 10 años) con predominancia del grupo etario 5 a 15 años (71%). Hubo predominio del género femenino con una razón de 1,6:1. El tratamiento administrado fue de: 7 ml/kp/hora (<15kg) por 2 horas, 5 ml/kp/hora (<15 kg) por 2 horas en 12 casos y de 5 ml/kp/hora (>15 kg) por 2 horas; 3 ml/kp/hora (>15 kg) por 2 horas en 83 casos. La cantidad de bolos administrados fue entre 1 y 2 bolos en el 66,3% de los casos. Se observó mejoría en el 91,6% de los casos; de los 8 pacientes que empeoraron su condición, 6 requirieron cuidados intensivos. El presente estudio hace hincapié en que el manejo del shock compensado puede ser realizado en la Unidad de Urgencias, siempre y cuando se haga un diagnóstico precoz del choque y la reanimación fluidica puede ser exitosa cuando se administra en etapas tempranas de la enfermedad, siguiendo un esquema que refleje la fisiopatología de la enfermedad, esto constituye un desafío para el clínico pediatra emergentólogo. Los líquidos por vía intravenosa deben administrarse con especial cuidado para evitar la sobrecarga de líquidos. A fin de reducir la mortalidad, se debe dar importancia especial a los niños con dengue que tienen o desarrollan complicaciones graves. **Palabras claves:** Emergentología, Control vital, Cuidados intensivos.

### 123. Evaluación del tratamiento de la Tuberculosis (TB) en pacientes con co-infección TB-VIH.

ZELAYA N, MARTÍNEZ C, ÁLVAREZ M.

Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNCT)

La TB es la principal causa de mortalidad en pacientes con VIH/SIDA, a tendiendo a esta situación la Estrategia Alto a la TB incorpora actividades colaborativas TB-VIH. En Paraguay, la implementación de las mencionadas actividades se iniciaron en 2009. **Objetivo:** Describir la situación epidemiológica de la TB en niños/as menores de 15 años en la población indígena y compararla con la población general, en el periodo

2004 - 2009. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo donde se compararon las características epidemiológicas de la enfermedad en niños/as de la población indígena y la población general del Paraguay. **Resultados:** Desde el 2004 al 2009 fueron notificados 13.368 casos de TB todas las formas de los cuales 1753 (13,1%), correspondieron al grupo de <15 años. El 38% (664/1753) de los casos de TB en <15 años ocurrieron en indígenas. La razón niño/niña fue 1/1 en ambos grupos. La Tuberculosis extra-pulmonar se presentó en el 11,4% de los casos y fue más frecuentemente observada en niños indígenas (10,6% vs 12,3%, diferencia NS). El 25% de los casos de TB extrapulmonar fueron formas meníngeas. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la ocurrencia de casos de TB meníngea en niños/as indígenas y población general (25,2 vs 24,7). La mortalidad por TB en <15 años fue del 4,3%, siendo observada en mayor proporción en niños de la población general (5,5% vs 2,4%, p<0,05. OR 2 IC= 95), la mortalidad por TB meníngea se observó en el 46% de los casos, de los cuales 62% ocurrieron en niños de la población general y 23,8% en población indígena (p<0,05, OR 3,0 IC=95). **Conclusiones.** No se observó diferencias estadísticamente significativas de la frecuencia de TB en niños de la población general y población indígena. Se observó una mayor mortalidad en niños de la población general que en población indígena, entre los datos notificados, sin embargo esta ocurrencia debe ser observada en el tiempo. **Palabras claves:** Mortalidad, SIDA, VIH.

### 124. Infecciones osteoarticulares bacterianas en niños del HC- IPS GRAU L, BENITEZ I, GALLEANO H, RODRIGUEZ M, DE LOS RIOS A.

Servicio de Pediatría y Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Central IPS. Postgrado UCA Asunción Paraguay.

**Introducción:** Las infecciones supurativas de las articulaciones son importantes porque pueden causar una incapacidad permanente. La frecuencia de la afección es mayor en niños pequeños. El diagnóstico temprano, así como la instauración inmediata del tratamiento medico y quirúrgico reduce al mínimo el riesgo de lesión permanente. **Objetivos:** Evaluar las características epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, el tratamiento instaurado y la evolución de los pacientes de 1 mes a 15 años con diagnóstico de artritis bacteriana. **Materiales y métodos:** estudio retrospectivo observacional en pacientes internados en el Servicio de Pediatría en el HC IPS desde febrero 2009 a julio 2011. **Resultados:** Se incluyeron 17 pacientes 10 fueron de sexo masculino, con promedio de edad de 6 años. Las articulaciones afectas fueron: cadera en 10 casos (6 del lado derecho), tobillo 4 y rodilla 3. Presentaron antecedentes de traumatismo previo a 5 pacientes. Se efectuó ecografía articular a 12 niños; 11 con imágenes compatibles con derrame. Todos fueron sometidos a punción articular con posterior artrotomía sin drenaje externo. Se aisló germen en 9 casos 3 en HMC y 6 el líquido articular; SAMS 6 SAMR 2, *S. pyogenes* 1. Duración promedio de ATB parenteral y total de 3,2 semanas. Se realizó seguimiento entre 4 y 12 meses 2 pacientes con imágenes radiológicas patológicas y 1 de ellos secuela funcional. **Conclusiones:** La artritis fue mas frecuente en varones y en escolares, siendo la cadera la articulación mas afectada Se realizo drenaje articular en todos los pacientes, asílandose germen la mitad de ellos siendo *S. aureus* el mas frecuente. Se observaron secuelas en solo dos pacientes. **Palabras claves:** Artritis, Cadera, Germen.

### 125. Infecciones Respiratorias Agudas Graves y Virus Respiratorios en Pacientes Pediátricos Hospitalizados

MESQUITA M, BASUALDO W, MALDONADO L, CABALLERO R  
Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu"

**Introducción:** La mayoría de las afecciones respiratorias en <5 años es de origen viral. **Objetivos** Determinar las características clínicas y evolución de los pacientes hospitalizados por infección respiratoria aguda grave (IRAG), con retorno positivo para virus respiratorio. **Metodología:** Estudio analítico observacional retrospectivo. Los datos fueron analizados con Epi 2000. **Resultados:** De 313 muestras de secreciones, (51% aspirado nasofaríngeo) fueron positivas 55. El 83,5% tenía <2 años de edad, y sexo masculino. El 12,7% recibió tto. con oseltamivir. 29% tenía algún tipo de co-morbilidad. El retorno fue: 65,5% para VSR, 22% Parainfluenza, 5,5% Influenza A y 4% Influenza B y Adenovirus. El 89% de VSR se observó en <2 años. Neumonía 47% y bronquiolitis 43%. 2/25 hemocultivo tuvieron retorno positivo, 1 *Hemophilus influenzae b* y *Streptococcus pneumoniae*, ambos en pacientes con neumonía y <6 meses). El 27% ingresaron a UTIP. Hospitalización promedio 8,6±8 días. Falleció el 7,2% (4/55), 3/12 en el grupo de parainfluenza y 1/36 en el

grupo de VSR. ( $p < 0,05$ ). **Conclusiones:** Las IRAG, predominó en <2 años, el virus prevalente fue el VSR seguido de parainfluenza. Las patologías más frecuentes fueron neumonía y bronquiolitis. El virus parainfluenza se asoció a formas graves y mortalidad. **Palabras claves:** Infección Respiratoria Aguda Grave, Virus Respiratorios,

**126. Características Viroológicas y Serológicas de Pacientes con Dengue Grave y Fallecidos por Dengue Durante la Epidemia del Año 2011 en Paraguay.** VAZQUEZ C, VILLALBA S, OVIEDO E, OVIEDO A, GAMARRA M, ORTEGA M, ARELLANO C, PAREDES W, FIGUEREDO S, RAMIREZ L, TORALES J, DUNJO P, NIELSEN K, PEREIRA J, FARIÑA H. Laboratorio Central de Salud Pública(LCSP)

El Paraguay registra epidemias de dengue desde el año 1989, y periodos de circulación viral sostenida en forma endémica a partir del año 2009. Sin embargo la epidemia del año 2011, podría considerarse la más severa que ha sufrido el país, no solo en números de casos reportados, sino también en la severidad de las manifestaciones clínicas y el número de muertes confirmadas. Con el fin de describir las características virológicas y serológicas de pacientes con dengue grave y fallecidos por dengue durante el año 2011 en Paraguay analizamos 60 muestras de pacientes con dengue grave (42 de ellos fallecidos) por los sgtes. métodos: MAC-ELISA (protocolo CDC), ELISA IgG Focus Dx, ELISA NS1 Platelia Biorad, Aislamiento viral y RT-PCR protocolo Harris. El 58% de los casos analizados fueron mujeres. El grupo de edad más afectado fue el de 20 a 39 años. El 70% de la población estudiada presentó títulos de anticuerpos compatibles con Dengue secundario. El serotipo predominante fue el Den-2 en el 80% de los casos con serotipo identificado y Den-1 en los 20% restantes. IgM resultaron positivas en un 64% de las muestras analizadas. La sensibilidad global de NS1 fue de 53%, y combinada con IgM subió al 91%. En un país endémico para dengue como el Paraguay, con alto porcentaje de su población con respuesta inmunológica secundaria, se requiere de la combinación de todas las herramientas de laboratorio disponibles para aumentar la sensibilidad del diagnóstico, especialmente en los casos graves y fatales. **Palabras claves:** IgM, MAC-ELISA, RT-PCR.

**127. Estudio del Comportamiento Clínico del Dengue en Población Pediátrica Durante los Últimos Años en el Paraguay.** ARAYA S, AVALOS C, SALINAS B, PAREDES L, MEZQUITA M, SANABRIA G, APODACA S, MERLO O, LOVERA D, ARBO A. Instituto de Medicina Tropical

**Introducción:** La expresión clínica de la infección por el virus del dengue (DENV) varía desde formas leves a graves, cuyo predominio puede variar en cada epidemia. **Objetivo:** Caracterizar el comportamiento clínico del dengue en niños hospitalizados en un centro de referencia del Paraguay, durante los brotes de los últimos años (2007, 2009-10 y 2011). **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo (años 2007-2009) y prospectivo (2011) basado en la revisión de las historias clínicas de pacientes (pts) internados en el Instituto de Medicina Tropical (IMT) con diagnóstico de egreso de

dengue confirmado por laboratorio (IgM Elisa, NS1, RT-PCR) o nexo epidemiológico. Se analizaron y compararon datos demográficos, clínicos, laboratoriales y las complicaciones. **Resultados:** Se hospitalizaron 270 niños con diagnóstico de dengue, correspondiendo 98 pts (36%) al brote del 2007, 49 pts (18%) al brote de 2009-10 y 123 pts (46%) al brote de 2011. Los serotipos predominantes por periodo fueron DENV-3, DENV-1 y DENV-2 respectivamente. No hubo diferencia significativa en cuanto a la edad de los pacientes por periodo ( $13 \pm 3$  años,  $12,5 \pm 3,6$  años y  $11 \pm 3$  años, respectivamente). La incidencia de complicaciones viscerales (encefalitis/miocarditis/hepatitis) fueron mayores en los brotes 2011 (54/123, 44%) y 2.007 (24/98, 24%) respecto al 2009-10 (5/49, 10%) ( $p < 0,01$ ), así como la frecuencia de hemorragia severa [18/123 pts (14,6%) en 2011 vs 1/49 (2%) en 2009/10,  $p < 0,05$ ] y la trombocitopenia  $< 50000$  (29% en el 2011 vs 12% en 2009/10,  $p < 0,05$ ). La mortalidad fue baja en los tres periodos (1%, 2% y el 1,6%). **Conclusiones:** La presente serie revela las características particulares de cada brote en relación a la severidad. Durante la circulación del DENV-3 y DENV-2 se observó mayor frecuencia de casos graves incluyendo mayor afectación visceral.

**128. Estudio Prospectivo de Aplicabilidad del Nuevo Sistema de Clasificación Dengue (OMS) para el Manejo Clínico en Niños** LOVERA D, ARAYA S, SALINAS B, PAREDES L, MESQUITA M, AVALOS C, SANABRIA G, ACUÑA J, AGUIAR C, APODACA S, MERLO O, ARBO A. Instituto de Medicina Tropical.

**Introducción:** El reconocimiento temprano y el cuidadoso manejo de fluidos representan la clave del manejo del dengue. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de la clasificación 2009 de dengue para la detección temprana de pacientes (Pts) que requieren intervención (DRI). **Población y métodos:** Todos los pts  $< 15$  años admitidos en el IMT durante el brote de dengue 2011 con confirmación laboratorial (IgM ELISA, Ag NS1 o PCR-RT) o nexa epidemiológico, fueron clasificados según los criterios 1997 [Fiebre Dengue (FD), Dengue hemorrágico (FHD) y Choque por Dengue (SSD)] o 2009 (dengue con/sin signos de alarma y dengue severo). Se definió DRI a casos que requieren manejo con fluidos intravenosos y/o hospitalización. **Resultados:** Durante el brote, 1120 pts fueron admitidos al IMT, de los cuales 123 fueron niños con una edad media  $11 \pm 3$  años. Usando la clasificación 2009, 119 pts (97 %) fueron casos de DRI (75 % con signos de alarma y 25% con signos severos), mientras que con la clasificación 1997 sólo 67 pts (54%) fueron casos de DRI ( $p < 0,001$ ). Con la clasificación 1997 13 pts (10 %) fueron clasificados como casos severos (FHD III/IV) vs 30 pts (24%) con la clasificación 2009 ( $p < 0,05$ ). Los casos graves no detectados con la clasificación 1997 incluyeron 11 pts (9%) con hemoconcentración (HC) sin hemorragia o hipotensión sin HC y 4 pts (3%) con compromiso visceral (encefalitis/hepatitis) **Conclusiones.** Este estudio confirma que la clasificación de dengue OMS 2009 es mejor en la detección de casos graves de dengue en comparación con la anterior clasificación de la OMS (1997) y tiene impacto en el escenario clínico. **Palabras claves:** Criterios 1997, Brote de Dengue 2011, Dengue hemorrágico.

## INVESTIGACION EN VIH

### 129. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) en personas que viven con el virus de inmunodeficiencia adquirida (PVVS).

SAMUDIO T, OVELAR P, LÓPEZ G, AGUILAR G, VALDEZ M.R Y AGUAYO N.

PRONASIDA. Asunción, Py.

**Introducción:** La adherencia al tratamiento es la estrategia de mayor impacto para el éxito del TARV. **Objetivos:** determinar el índice de prevalencia de la adherencia al TARV e identificar factores asociados a la no adherencia. **Material y método:** estudio analítico, prospectivo, observacional, de corte transversal, a conveniencia, realizado en el (SAI) Servicio de Atención Integral de Asunción, de junio a diciembre 2010 a través de la aplicación de cuestionario de adherencia SMAQ y para el apoyo social de DUKE UNC 11, a mayores de 18 años que cumplieron con los criterios de inclusión. Las variables fueron datos demográficos, uso de drogas y esquemas de tratamiento. Los datos digitados en software estadístico STATA, la no adherencia fue contrastada mediante la prueba de chi cuadrado y la prueba de t y un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ . **Resultados:** Se aplicaron 310 cuestionarios; sexo masculino 208 (67,10%) y femenino 102 (32%), con edad media 38 años. 90 (29,13%) se encontraban a 12 meses

de iniciado el TARV y 219 (70,87%) a más de 12 meses. El índice de adherencia fue de 92,5% para todos los esquemas, para NVP (Nevirapina) 92,22% y para IP (Inhibidores de la proteasa) 93,94%. **Conclusiones:** El índice de prevalencia de la adherencia al TARV fue de 92,5%. No se evidencian factores estadísticamente significativos de no adherencia. **Palabras claves:** Adherencia-TARV-PVVS.

### 130. Funcionalidad renal pre y post inicio del tratamiento antirretroviral (TARV)

LLANES G, VERA A, INSFRAN I, LEZCANO V, AGUILERA J, BRITZE A, ARMOA A, CHAMORRO C, SAMUDIO T, VALDEZ M.R, MERLO O, AGUAYO N.

PRONASIDA/IMT. Asunción- Paraguay.

**Introducción:** La nefropatía asociada a la infección por el VIH se presenta entre 2-10% de las personas infectadas, ya sea por acción directa del virus o indirecta, por el uso de antirretroviral. **Objetivo:** Investigar nefropatía pre y post TARV en los usuarios con SIDA. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal y a veces longitudinal, realizado en el PRONASIDA/IMT, en >18 años, de ambos sexos, que acudieron al consultorio y que no estuvieron internados (enero 2009 a diciembre 2010.) La funcionalidad

renal se evaluó (por fórmula) del clearance de creatinina: basal y 6 a 12 meses post TARV considerando nefropatía cuando fueron < 60ml/min para ambos sexo. Los datos cargados en el sistema Excel para su análisis. **Resultados:** Se excluyeron 972 (88%), casos revidados y se analizaron 128 (12%), M: 71%; F: 29%, Estadio C3: 53%, CD4 <200cel/mm<sup>3</sup> 73% y CV >100mil copias/ml 36%, las infecciones oportunistas fueron: Candidiasis: 14%, Toxoplasmosis: 13, %, TB 17,8%, Cryptococosis: 4%. Las comorbilidades: **Diabetes Tipo 2 2,3%, HTA 3%**. Fueron normales los valores basales: Urea en 111 (86,7%), Creatinina en 118(92,2%), y clearance de Creatinina en 117(91.4%) y fuera de rango Urea 17(13,3%), Creatinina 7 (5,5%) y clearance de Creatinina < 60ml/min en **11(8,5%)** y post TARV todos fueron normales. **Conclusión:** La nefropatía pre TARV fue de 8,5% y post TARV ninguno. **Palabras claves:** Cryptococosis, Nefropatía.

### 131. Hallazgos post mórten en pacientes con SIDA en un hospital de referencia.

ALARCÓN R, ARREDONDO M, PENAYO A, MARIN C, TABOADA A, SAMANIEGO S, BENITEZ G. Servicio de adultos, Instituto de Medicina Tropical, Asunción – Paraguay.

**Objetivos:** La mortalidad en los pacientes con SIDA es alta en nuestro servicio. Un 90% llegan en estadio C3 con enfermedades oportunistas muy avanzadas, complicada en su mayoría con infecciones bacterianas comunes. Considerando que este trabajo es el primero realizado en nuestro país y a que hay pocos reportes a nivel de Sudamérica, es de gran valor para el conocimiento de las patologías más frecuentes en nuestra región. **Materiales y métodos:** Diseño: retrospectivo, observacional, de corte transversal. Se analizaron 22 informes de autopsias realizadas a pacientes con SIDA realizados por el equipo de la Cátedra de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas de la UNA, de junio 2006 a septiembre 2010. **Resultados:** 17(77%) varones, edad media 32,5. Las oportunistas: Pneumocystosis 5(22,7%); Tuberculosis 5; Toxoplasmosis 4(18%); Cryptococosis 4; Citomegalovirus 3(13,6%); Histoplasmosis 2(9 %), Strongiloidiasis 1(4,5%); Paracoccidioidomycosis 1; Tripanosomiasis 1; Nocardiosis 1; Sarcoma de Kaposi 1; Moniliasis 1. No oportunistas: Necrosis tubular aguda 11(50%); Neumonía y/o bronconeumonía 9(40,9 %); Esteatosis hepática 5; Hepatitis 2; Edema agudo de pulmón 2; Infiltración leucémica 1; Nefritis intersticial crónica 1; Meningitis aguda 1; Meningoencefalitis 1; Miocarditis 1; Hipertrofia concéntrica 4(18%); síndrome hemofagocítico 1; Endocarditis trombótica abacteriana 1. La coinfección oportunista se presentó en 8 pacientes, la coinfección bacteriana en 10 pacientes. **Conclusión:** Las enfermedades oportunistas más frecuentes fueron la Pneumocystosis pulmonar y la tuberculosis. De entre las patologías no oportunistas llama la atención el hallazgo de la necrosis tubular aguda en un gran número de pacientes así como las infecciones bacterianas asociadas, y las coinfecciones. **Palabras claves:** infecciones oportunistas, hallazgos no oportunistas.

### 132. Hallazgos de Leishmania en Médula ósea con RK negativo en pacientes con VIH-SIDA

VELAZQUEZ D, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S, VALDEZ R, ARMOA A, MOLAS C.

Instituto de Medicina Tropical. Sala de Adultos. Asunción-Paraguay

**Objeto:** caracterizar los pacientes con Leishmaniasis visceral con hallazgo positivo en médula ósea y serología RK39 negativos, en pacientes con VIH-SIDA (PVVS).

**Materiales y métodos:** descriptivo, observacional. Se analizaron 12 historias clínicas de PVVS con diagnóstico de leishmaniasis visceral, con hallazgos positivos en PAMO y RK39 negativos. **Resultados:** de los 12 pacientes fueron varones 11 (91,6%) y una mujer (8,4%). El motivo de la PAMO fue Anemia 1 (8,3%), Fiebre prolongada 1(8,3%), fiebre prolongada, penias 4 (33,3%), penias 2 (16,7%), penias, fiebre, visceromegalia 4 (33,3%). De estos pacientes tuvieron RK 39 negativo 7 (58,3%) y positivo 5 (41,7%). De los pacientes con RK negativo el nivel de CD4 fue de menor de 50 en los 7 (100%), del resto 2 no tienen CD4 y uno es menor de 50 y 2 menores a 100. El motivo de la PAMO en estos pacientes con RK 39 negativos fueron: penias en 2, Fiebre prolongada 1, fiebre prolongada y penias 1, solo anemia 1, penias, fiebre y visceromegalia 2. Presentaron además otras infecciones oportunistas como: Candidiasis oro esofágica, *Mollusco contagioso*, Diarrea crónica, Pneumocistosis pulmonar, hepatitis C, TBC sistémica, Toxoplasmosis cerebral, candidemia; y un paciente con linfoma. **Conclusión:** el número de pacientes con Leishmaniasis visceral con RK 39 negativo es muy alto. Todos éstos pacientes presentan una

inmunosupresión severa, con otras infecciones oportunistas concomitantes. El motivo de la PAMO en la mayoría fue una alteración hematológica y fiebre prolongada. **Palabras claves:** Penias, PVVS, RK39.

### 133. Prevalencia de Hepatitis B (VHB) y Hepatitis C (VHC) en Personas que Viven con el VIH/SIDA (PVVS)

LÓPEZ G, AGUILAR G, OVELAR P, SAMUDIO T, VALDEZ MR, AGUAYO N, PRONASIDA.

**Introducción:** La prevalencia de éstas co-infecciones en PVVS varían según la región, oscilando entre 16-17% para VHC y 6,4-14% para el VHB. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de la co-infección de Hepatitis B y C en las PVVS. **Material y métodos:** Fueron incluidas las PVVS que se realizaron estudios serológicos para VHB y VHC en el laboratorio del PRONASIDA: enero 2009 a marzo 2011, con resultados registrados en el sistema informático. La detección de HBsAg y Ac. Anti-VHC se basó en la técnica de MEIA (Axym, Abbott Diagnostica). Las variables: edad, sexo, situación de riesgo, co-infección VIH/VHB y VIH/VHC, VIH recién diagnosticadas <30 días y con diagnóstico >30 días. Se utilizó Stata 9 para análisis de datos, estadística descriptiva para frecuencia de variables y  $\chi^2$  para asociación de variables dicotómicas. **Resultados:** En el periodo, se analizaron 1.585 muestras para la detección de VHB y VHC (981/604 M/F) con 32 años de mediana de edad (rango: 15-74). 670 (42,27%) PVVS fueron recién diagnosticadas y 915 (57,7%) tenían diagnóstico anterior. La prevalencia de VIH/VHB fue de: 3,96% (IC 95%= 3,03-5,06) y por sexo, 5,65%; M/F: 1,20% (OR=4,94; IC95%=2,21-12,94) y 50,82% eran HSH. La prevalencia para VIH/VHC fue de: 2,97 (IC95%= 2,16-3,96); (3,37/2,31 M/F); en UDIS: 15,9%; HSH: 15,9%. **Conclusión:** Las prevalencias fueron inferiores a lo informado en la literatura. **Palabras Claves:** Coinfección, PVVS, VIH, VHC, VHB.

### 134. Valor predictivo del Ac IgM CMV (citomegalovirus) en el desarrollo de la enfermedad en personas con el virus del SIDA (PVVS):

LEZCANO V, ALARCON C, SAMUDIO T, AGUILAR G, INSFRAN I, OVELAR P, VALDEZ MR, AGUAYO N, IMT/PRONASIDA. Asunción, Py.

**Introducción:** El Ag p65 tiene alta sensibilidad y especificidad como valor predictivo de desarrollar la enfermedad por CMV, pero está limitado por los niveles bajos de CD4 en inmunodeprimidos. El Ac IgM aparece durante el periodo de incubación, permaneciendo incluso hasta doce meses. **Objetivo:** Evaluar la relación entre las cifras de linfocitos CD4 y la presencia de Ac IgM como valor predictivo de CMV en las PVVS. **Material y Método:** Estudio exploratorio, retrospectivo, donde se incluyeron a las PVVS >15 años, de ambos sexos (dic/2009-may/2011), que contaban con Ac IgM positivo para CMV y linfocitos CD4 con diferencia de intervalo de tiempo <6 meses, ambos realizados en el laboratorio del PRONASIDA. Variables: edad, sexo, CD4, Ac IgM y síntomas de CMV. Para las detecciones de los Ac IgM se usó la técnica MEIA (Axym, Abbot Diagnostica) y para CD4 citómetro de flujo. Para análisis de datos Stata 9, estadística descriptiva para frecuencia y  $\chi^2$  para asociación de variables dicotómicas. **Resultados:** Se analizaron 65 casos de PVVS con Ac IgM positivo para CMV y 52% con cifras de linfocitos CD4 <200 cel/m, con una mediana de 186 cel/mm<sup>3</sup>; masculino 43 (66,15%) femenino 22 (33,84%), con un promedio de 33 años de edad, rango (15-55), del grupo desarrollaron enfermedad por CMV 2 (3,07%) **Conclusión:** Un porcentaje muy bajo desarrollaron enfermedad por CMV, al concluir el estudio se tendrá el resultado investigado. **Palabras claves:** CMV–Ac IgM para CMV–PVVS.

### 135. Características de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en Pacientes (Pts) Infectados por el VIH. ARAYA S, ZARATE C, DUARTE M MESQUITA M, SALINAS B, LOVERA D, APODACA S, ARBO A. (IMT).

**Introducción:** Con el inicio del TARGA y consecuente disminución de la frecuencia de infecciones oportunistas, la NAC representa actualmente la principal causa de hospitalización de pts con VIH. **Objetivo:** Evaluar si la infección por VIH condiciona una peor evolución de la NAC. **Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo que incluyó a pts  $\leq$ 15 años con diagnóstico de NAC, hospitalizados en el IMT entre 03/2006 y 08/2011. Los pts se estratificaron en 2 grupos según tuvieran o no infección por VIH. Se compararon variables demográficas, clínicas, laboratoriales así como la

evolución. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se internaron 57 pacientes con VIH (Grupo I) y 524 pts sin VIH (Grupo II). No hubo diferencias en la media de edad ( $4 \pm 2,8$  vs  $3 \pm 2,8$  años), así como en la frecuencia al ingreso de polipnea, tiraje o hipoxemia (61%, 48% y 29% vs 54%, 40% y 25%, respectivamente) entre ambos grupos. Aunque el grado de leucocitosis al ingreso fue similar, la frecuencia de Hb  $<10$  gr/dl (46% vs 26%,  $p<0,05$ ) así como el requerimiento de transfusión [8/57 vs 8/524,  $p<0,001$ ] fue mayor en los VIH (+). La frecuencia de complicaciones [derrame, neumotórax o neumonía multilobar (26/57 vs 210/524,  $p=0,6$ ), bacteremia (7% vs 5%,  $p=0,4$ ), requerimiento de asistencia respiratoria (4/57 vs 54/524,  $p=0,5$ ) y mortalidad (8% vs 9%) fue similar entre ambos grupos, aunque la estancia hospitalaria fue más prolongada en los VIH (+) ( $28 \pm 17$  vs  $7,8 \pm 5,5$  días,  $p=0,01$ ). **Conclusión:** Aunque la condición de VIH no influye en la sintomatología y severidad de la NAC, influye en la respuesta terapéutica y costos de atención al condicionar mayor estancia hospitalaria. **Palabras Clave:** Neumotórax, TARGA.

### 136. Estudio del Comportamiento, Prácticas, Actitudes y Prevalencia del VIH / Sífilis en Militares. Paraguay, 2011.

AGUAYO N, AGUILAR G, BARBOZA A, GIMENEZ L, KAWABATA A, NAGAI M, PRONASIDA.

**Objetivos:** Estimar la prevalencia de infección por VIH y sífilis y los comportamientos, prácticas y actitudes relacionadas en la población de militares del Paraguay. **Materiales y Método:** Descriptivo de corte transversal, que incluye encuesta y pruebas serológicas confidenciales. **Población de estudio:** hombres y mujeres pertenecientes a la población militar de las regiones seleccionadas. **Instrumento de medición:** 1- Pruebas de laboratorio. 2- Cuestionario. **Resultados:** Fueron enrolados 1822 participantes. La edad media fue de 28 años DS 9,7 +. Los militares pertenecían al ejército, marina y fuerza aérea en el 78,82; 13,20 y 7,98% respectivamente. La prevalencia de la infección por VIH fue del 0.16% y 1.92% de la sífilis. El 74,34% grupo de estudiantes y el 61,78% del grupo de oficiales, suboficiales y técnicos reportaron tenencia de más de una pareja en el último año ( $p<0,001$ ). En relación al uso de condón en su última relación sexual, los estudiantes lo utilizaron en un 47,18% vs el grupo de oficiales en un 63,28% ( $p<0,001$ ). **Conclusión:** La prevalencia de VIH es baja y de la sífilis es baja en relación a la población general. El grupo de estudiantes presenta mayor porcentaje de conductas de riesgo que los oficiales. Se ve necesaria incentivar la responsabilidad en las conductas riesgosas y la educación sexual, y desarrollar estrategias de promoción de conductas favorables con énfasis en los estudiantes. **Palabras claves:** Baja prevalencia, Conducta de riesgo.

### 137. Índice de Correlación de una Prueba Rápida para el Diagnóstico de VIH/SIDA en Población General y Gestantes.

FIGUEREDO A, KOHN J, PELÁEZ R, CELAURO N, BERNA ML, CAMPOS C, LÓPEZ G.

Programa Nacional de SIDA. PRONASIDA.

Tienen los test rápidos sensibilidad y especificidad comparables con el ELISA, que justifiquen su utilización para facilitar el acceso al diagnóstico del VIH donde los recursos de los laboratorios son escasos? **Objetivo:** Justificar la utilización de los Test Rápidos como prueba de tamizaje en el diagnóstico VIH/SIDA, comparando con los resultados obtenidos por ELISA y Western Blott. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal no probabilístico. **Población accesible:** Usuarios que acuden al PRONASIDA mayores de 18 meses de ambos sexos. **Muestra:** Usuarios que acuden al PRONASIDA, desde el 14 de Mayo al 8 de Junio del 2010, para realizarse el Test de ELISA para VIH. **Variables:** a) Edad, sexo, estado gestacional. b) Pruebas de laboratorio: test rápido, EIA, Western blott. **Resumen.** La utilización de test rápido como prueba de tamizaje para el diagnóstico del VIH, como herramienta que permita la detección de anticuerpos anti VIH en forma rápida, ya que es metodológicamente menos complejo y no requiere de equipamiento específico. Las ventajas principales con respecto al ELISA radican en que requieren equipamiento, son fáciles de realizar y se tienen los resultados en 15 a 30 minutos. En el estudio se realiza el análisis comparativo del test rápido con el ELISA y el western blott, calculándose el porcentaje de falsos positivos, falsos negativos, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo. Luego del análisis de los datos obtenidos se concluye que para este reactivo (SD Bioline), la sensibilidad es de 100% y la especificidad es 99,5%, su valor predictivo positivo y negativo también supera los 90%. **Palabras claves:** Falsos negativos, falsos positivos, Test de ELISA, Western Blott.

### 138. Mortalidad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Niños en el Paraguay antes y después de la Implementación del Tratamiento (TTO) Antirretroviral (AR) de Gran Actividad (TARGA).

PAREDES B, OVELAR P, CAZENEUVE R, AGUAYO N, ARBO A. Instituto de Medicina Tropical (IMT) y PRONASIDA.

**Introducción:** La introducción del TARGA ( $\geq 3$  AR) ha llevado a una considerable mejoría en la morbimortalidad de los pacientes con VIH. **Objetivo:** Determinar la sobrevida de los niños con VIH evaluando el impacto del TARGA. **Material y métodos:** Estudio realizado en el IMT, en el que se incluyeron pacientes (pts)  $<18$  años con VIH con  $\geq 6$  años de seguimiento, formándose 2 cohortes: los diagnosticados hasta el 2002 (Grupo 1,  $\leq 2$  AR) y los diagnosticados entre 2003-2005 (Grupo 2, tratados con TARGA), comparándose las características evolutivas, con énfasis en la sobrevida. **Resultados:** De los 215 pts con VIH registrados en el IMT (M/F 1,17:1, edad media  $8 \pm 2$  años), 91 pts (Grupo 1,  $n=45$  pts y grupo 2,  $n=46$  pts) completaron  $\geq 60$  meses de seguimiento. En grupo 1, 23(51%) iniciaron TTO. con Pre-TARGA (cambiándose a TARGA en 13 de ellos (56%)), 18 (40%) iniciaron TARGA y 4 (9%) ninguno. En el grupo 2, 42 (91%) iniciaron TARGA, y 4(9%) ninguno. 9 pts (20%) abandonaron el TTO. en el periodo 1 vs 3 (6.5%) en el periodo 2 ( $p=0,05$ ). La sobrevida a 5 años fue claramente diferente en los tratados exclusivamente con pre-TARGA (0/8, 0%) vs los tratados con TARGA (90%) ( $p<0,0001$ ). **Conclusión:** El tratamiento con TARGA ha mejorado dramáticamente la sobrevida de los niños con VIH, observándose una significativa disminución de los abandonos al TTO. en los últimos años. Debe asegurarse la sostenibilidad del acceso universal y gratuito a los antirretrovirales de los pts con VIH. **Palabras claves:** Sobrevida, TARGA, VIH.

### 139. Síndrome de Reconstitución Inmune (SIRI) en SIDA.

SAMUDIO T, LLANES G, OVELAR P, INSFRAN I, LEZCANO V, VALDEZ C, MR, MERLO O, AGUAYO N. IMT/PRONASIDA.

Asunción-Paraguay

**Introducción:** Consiste en la recrudescencia de Infección Oportunista (IO) post TARV. Su incidencia varía entre 10 a 25%. **Objetivo:** Identificar la frecuencia de SIRI en las personas que viven con el virus del SIDA (PVVS). **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo, longitudinal, basado en la revisión de H. Clínicas de PVVS de ambos sexos,  $>18$  años, cuyos datos se encuentran en el archivo del PRONASIDA, que iniciaron TARV (junio 2007 a diciembre 2010) y que al momento presentaban linfocitos CD4  $<100$  cel/mm<sup>3</sup> y Carga viral plasmática  $>100.000$  copias/ml. Para el SIRI se exigió 2 criterios mayores y/o 2 criterios menores y un mayor. Las variables: edad, sexo, enfermedad marcadora, cifras de CD4 y CV, tiempo de aparición. Se analizó por estadística descriptiva. **Resultados:** Iniciaron TARV 321 PVVS, Excluidos 147 (45,8%), se analizaron 174 (54,2%), promedio de edad 36,4 años, M: 128 (74,6%), F: 46 (26,4%). En 111 (63,8%) los linfocitos CD4 fueron  $<50$  cel/mm<sup>3</sup> y en 148 (85%) la CV varió entre 100 mil y 1 millón copias/ml. 5 (2,9%) presentaron falla terapéutica (FT) y 169 (97,1%) buena respuesta. Del los respondedores al TARV 140 (82,8%) fueron asintomáticos y 29 (17,2) presentaron SIRI en un promedio de 22 semanas. Las IO más frecuente fue la Candidiasis, y del SIRI Varicela-Zoster. No hubo fallecidos. **Conclusión:** Desarrollaron SIRI 17,2% en un promedio de 22 semanas, la patología más frecuente Varicela-Zoster. **Palabras claves:** SIRI, SIDA, TARV

### 140. Tratamiento con Anfotericina B vs. Anfotericina B más Fluconazol en Pacientes con Criptococosis Meningea y SIDA, que Presentan Criterios de Gravedad.

PORTELLO M, TABOADA A, BENITEZ G, SAMANIEGO S, AGUILAR G, SANABRIA G.

Instituto de Medicina Tropical, servicio de adultos.

**Objetivo:** Comparar la respuesta al tratamiento con anfotericina B sola vs. Tratamiento combinado con anfotericina B más fluconazol en pacientes con Criptococosis meníngea que presentan criterios de gravedad. **Materiales y métodos:** **Diseño:** Retrospectivo, analítico, de corte transversal. Se revisaron las historias de pacientes con VIH-SIDA (PVVS) y meningitis a *Cryptococcus*, con criterios de gravedad, internados entre enero del 2009 hasta agosto del 2011. **Resultados:** fueron analizada 37 historias de pacientes con meningitis a *Cryptococcus sp.* y criterios de mal pronóstico, de los cuales 20 (54,05%) recibieron anfotericina B sola y 17 (45,95%) la combinación de Anfotericina B más fluconazol.

	Anfotericina + Fluconazol	Fluconazol	p
	n=17 (%)	n=20 (%)	
Sexo F/M	8/9 (47 – 53)	8/12 (40 – 60)	0.66
Óbito	3 (18)	4 (30)	0.85
Secuelas	2 (12)	1 (5)	0.45
<b>CD4</b>			
<100	3 (18)	6 (30)	0.31
<200	1 (6)	2 (10)	0.56
<50	12 (71)	10 (50)	0.01
SD	1 (6)	2 (10)	0.56
Repunción	15 (88)	12 (60)	0.05
Cultivo (+)	5 (29)	5 (25)	0.5
Reingreso	6 (35)	4 (20)	0.25
Recaída	3 (17)	7 (35)	0.2

**Conclusión:** la diferencia en la respuesta con ambos tratamientos no fue significativa. La repunción y el CD4 menor a 50 tienen una p significativa, siendo mayor la repunción en el tratamiento combinado. El tratamiento con Anfotericina + fluconazol no mejoró el resultado, por lo que se puede usar anfotericina B sola. **Palabras claves:** Tratamiento abreviado, VIH.

#### 141. Absceso de Pared Gástrica Secundario a Gastritis Eosinofílica a Propósito de un Caso Pediátrico.

ESPINOLA E RB, SAMUDIO GC, MANAVELLA F BRIZUELA S, AGURRE C. Departamento de Pediatría del Hospital General barrio Obrero. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Universidad Católica de Asunción- Posgrado de Pediatría Clínica

**Introducción:** el absceso de pared gástrica es una enfermedad poco común, a menudo de evolución fatal, caracterizada por infección bacteriana de la pared gástrica. El diagnóstico es tardío en la mayoría de los casos. Se asocia frecuentemente con algún tipo de inmunocompromiso. No encontramos reportes de casos secundarios a gastritis eosinofílica. El tratamiento debe ser médico y quirúrgico. El tratamiento médico solo puede ser exitoso. **Presentación de caso:** Adolescente de 11 años de edad, masculino, con historia de 15 días de evolución de caída desde 2 metros, sobre región abdominal, luego de lo cual se presenta dolor, fiebre, náuseas y vómitos. Pérdida de peso importante desde el inicio del cuadro, y tumoración en epigastrio de crecimiento progresivo, FR: 24 x' FC: 120 x' T 37,5°C TA 120/80 mm Hg GB: 19.900 N: 84% E: 7% L: 9% Hb: 13,6 gr/dl Hto: 40% plaquetas: 565.000 PCR: positiva Urea 26 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, bilirrubina 0,13 mg/dl, FA: 485 U/L GOT 23 U/L GPT 22 U/L TAC de abdomen engrosamiento parietal circunferencial de toda la cavidad gástrica. Recibió cefazolina + amikacina, luego piperacilina+ tazobactam + vancomicina, mejoría parcial. Se realiza endoscopia digestiva y se hace el diagnóstico de gastritis eosinofílica. Con el agregado de corticoides la mejoría se acelera. **Comentario:** los abscesos de pared gástrica son una patología rara en la infancia y obliga a descartar cuadro subyacente. **Palabras Clave:** Absceso de Pared, Gastritis eosinofílica.

#### 142. Prevalencia de co-Infección entre la Tuberculosis y el VIH.

PANIAGUA A. Facultad de Medicina (U.N.I)

**Objetivo General:** Establecer la prevalencia de co infección entre la TB y el VIH en pacientes del Programa Nacional de Lucha contra el SIDA del Hospital Regional de Encarnación (HRE). **Materiales y métodos:** Se realizó un muestreo no probabilístico, de casos consecutivos desde mayo del 2006 hasta mayo del 2011. **Diseño:** Retrospectivo de corte trasversal, descriptivo con componente analítico.

**Resultados:** De los 235 pacientes VIH positivos un 8 % fue diagnosticado de Tuberculosis. Se observó un predominio del sexo femenino representado un 58%, y la población masculina de un 42 %. El promedio de edad fue de los 30 y 36 años. Los valores hallados de linfocitos CD4 fueron inferiores a 240 cel. / mm<sup>3</sup>. **Discusión:** En cuanto a la prevalencia de co infección TB/VIH, y edad se encontraron resultados similares en países próximos, no así en los resultados hallados con relación al sexo en donde en los demás países se observa un predominio del sexo masculino. **Palabras claves:** Tuberculosis, VIH, co Infección.

#### 143. Anticuerpos IgM contra Citomegalovirus en Mujeres Embarazadas. Año 2008 – 2010

FERREIRA L, GRANADO E, PICAGUA E, ROVIRA C, GIMÉNEZ V, CARPINELLI MM.

Investigaciones en Ciencias de la Salud. UNA. Río de la Plata y Lagerenza, Asunción, Paraguay

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de anticuerpos IgM contra citomegalovirus en mujeres embarazadas, que concurren al Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud durante el periodo 2008 - 2010. **Material y Métodos:** Fueron estudiadas las fichas codificadas de un total de 149 mujeres embarazadas, con edades comprendidas entre 16 y 40 años. Se realizó un estudio observacional descriptivo y se empleó el método serológico de ELISA para la detección de anticuerpos IgM para citomegalovirus. **Resultados:** Del total de pacientes estudiadas, se encontró que 68% (102/149) presentaron anticuerpos IgM negativo, 11% (17/149) indeterminado y 20% (30/149) anticuerpos IgM positivo para citomegalovirus. **Conclusión:** Es importante la realización de este estudio durante el primer trimestre de la gestación, debido a la asociación que existe entre primoinfección y malformaciones congénitas en los recién nacidos. **Palabras claves:** IgM, CMV, embarazadas.

#### 144. Impacto del Recuento de CD4 y Carga Viral (CV) en la Evolución Clínica de la Neumonía Adquirida de la Comunidad (NAC) en Niños con Infección por VIH. ARAYA S, ZARATE C, DUARTE M, LEDESMA S, ARRIOLA A, LOVERA D. ARBO A

Instituto de Medicina Tropical. (IMT).

**Introducción:** No se ha establecido claramente si el recuento de CD4 y la CV influyen en la evolución de la NAC en pacientes (Pts) con VIH. **Objetivo:** Determinar si el estadio inmunológico y la CV condicionan una peor evolución de la NAC en niños con VIH (+). **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pts <15 años VIH positivos hospitalizados en el IMT entre 01/2006 y 07/ 2011, con NAC. Se tomaron en cuenta los datos demográficos, clínicos, laboratoriales (CD4 y CV) los cuales se correlacionaron con la evolución. **Resultados:** 57 pts reunieron los criterios de inclusión. La edad media de la serie fue 4 ±2,8 años, siendo 7 pts (12%) <12m, 28 (49 %) de 1 a 4 años y 22 pts (39%) >5 años. El 95% de los pts se hallaban en tto. antirretroviral, siendo la media de CD4 14±8.7% y la CV 613526 ±70214. 26 pts (46 %) presentaron neumonía complicada, ingresando en UTI el 12% (7/57), de los cuales 4 pts (7%) requirieron ARM. El tiempo medio de internación de la serie fue 28±17 días, siendo la mortalidad del 9%. No hubo diferencias significativas en el % de CD4 y valor de CV de los que fallecieron vs los sobrevivientes [10 ±8,7% vs 13 ±8% y 299564 ± 245477vs 621700 ±469835 (p>0,05)], respectivamente. **Conclusiones:** El recuento de CD4 y la CV no fueron predictores de la mortalidad en pts VIH (+) con NAC. Los criterios de hospitalización en UTI o ARM de los VIH (+) no deberán basarse en los recuentos de CD4 y/o CV. **Palabras claves:** Tratamiento antirretroviral, Neumonía complicada.

## MICROBIOLOGIA CLINICA

#### 144. Detección de *Streptococcus agalactiae* en Mujeres Embarazadas que Acudieron al Laboratorio Central de Salud Pública durante el 2010

NAGAI M., ALVAREZ M. SECCION BACTERIOLOGIA CLINICA. LCSP

*Streptococcus agalactiae* (SGB) es un importante agente responsable de infecciones en recién nacidos, cuando el microorganismo es adquirido en el ámbito nosocomial o procedente de la madre colonizada. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de colonización de SGB y su perfil

de sensibilidad en mujeres embarazadas que acudieron al Laboratorio Central de Salud Pública durante el 2010. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo retrospectivo de corte trasversal. Se procesaron 2050 muestras de secreción vaginal de pacientes que acudieron al Laboratorio Central de Salud Pública durante 2010. Las muestras fueron cultivadas en agar sangre y agar chocolate. Para su identificación se realizaron pruebas bioquímicas convencionales. La determinación de la sensibilidad se realizó por el método de difusión de discos. **Resultados:** De las 2050 muestras estudiadas, 88 fueron

positivas para SGB y de éstas 25 correspondieron a mujeres embarazadas, obteniéndose en éstas una prevalencia de colonización de 4,29%. Con respecto al perfil de sensibilidad, no presentaron resistencia a ninguno de los antibióticos testados (ampicilina, clindamicina, eritromicina, vancomicina, cefotaxima) para el grupo estudiado. **Conclusión:** La prevalencia de colonización de SGB en mujeres embarazadas fue de 4,29%. Todas las cepas aisladas resultaron sensibles a los antibióticos testados. Se requieren medidas de vigilancia epidemiológica y la necesidad de adoptar estrategias de prevención que disminuyan las tasas de infección y la transmisión perinatal. **Palabras claves:** Infecciones en recién nacidos, Pruebas bioquímicas, perfil de sensibilidad.

#### 145. El zinc Eluido de Sondas, Guantes de Látex y Medicamentos Tópicos Induce a la Resistencia Reversible e Irreversible del Imipenem en *Pseudomonas aeruginosa*

AGUILAR G<sup>1</sup>, AMARILLA C<sup>2</sup>, BAEZ F<sup>1</sup>, WEILER N<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Laboratorio Central de Salud Pública. <sup>2</sup>Investigador Independiente *Pseudomonas aeruginosa* es causa frecuente de infecciones hospitalarias y constituye una preocupación en pacientes inmunodeprimidos y con enfermedades crónicas. En infecciones graves, el imipenem es el tratamiento de elección. Se han observado fallas en el tratamiento a este antibiótico por diversos mecanismos de resistencia. En este estudio se evaluó el efecto de la concentración del zinc pertenecientes a eluidos de medicamentos tópicos, sondas y guantes de látex en la inducción reversible e irreversible de la resistencia al imipenem en *P. aeruginosa*. Fueron utilizados la cepa *P. aeruginosa* ATCC 27853 y dos aislamientos clínicos. La metodología para el estudio de la sensibilidad antimicrobiana fue el E-test. Se observaron aumentos en la concentración inhibitoria mínima (CIM) para el imipenem entre 6 a 8 µg/ml para la sonda y los guantes y para la crema y el talco entre 24 a 32 µg/ml. Todas revertieron a valores de CIM iniciales luego de ser reaisladas. Se obtuvieron aislamientos irreversibles (rango de CIM entre 16 a 32 µg/ml) en la resistencia a imipenem a los tres días de incubación de *P. aeruginosa* ATCC 27853 y un aislamiento clínico con las cremas y el talco en caldo BHI. Se observó la formación de biofilms en la sonda de látex en el transcurso de 24 hs. Se sugieren observaciones a los usos de medicamentos e implementos médicos con óxido de zinc por las posibles consecuencias en la resistencia de antibióticos. **Palabras claves:** *Pseudomonas aeruginosa*, óxido de zinc, úlceras crónicas.

#### 146. Identificación por Métodos Moleculares de Micobacterias No Tuberculosas en Patologías No Pulmonares

FRANCO LX<sup>1</sup>, GUILLEN R<sup>1</sup>, FARIÑA N<sup>2</sup>, MEYER M<sup>3</sup>, VELAZQUEZ G<sup>4</sup>, LIRD G<sup>5</sup>, ESPINOLA E<sup>1</sup>, AMARILLA A<sup>1</sup>, RUSSOMANDO G<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, <sup>2</sup> Laboratorio San Roque, <sup>3</sup> Laboratorio Meyer Lab, <sup>4</sup> Laboratorio del Hospital de Clínicas, <sup>5</sup> Laboratorio del Sanatorio Italiano.

El objetivo de este trabajo observacional descriptivo fue caracterizar aislados de micobacterias no tuberculosas obtenidos de pacientes con micobacteriana remitidos al Departamento de Biología Molecular del IICS-UNA, en el periodo 2006-2010, utilizando el método PCR-Restriction Enzyme Analysis (PRA) y secuenciación, métodos que identifican las especies mediante el análisis del gen *hsp65*. El 93,3% de los pacientes infectados con micobacterias de crecimiento rápido presentaron factores de riesgo predisponentes como: antecedentes de procedimientos quirúrgicos y heridas post-traumáticas en 80% (12/15) y 13,3% (2/15), respectivamente. La secuenciación de los productos de PCR dio una concordancia del 80% con PRA. La especie más frecuente fue *M. abscessus* 40% (n=6), seguida de *M. fortuitum* 26% (n=4), *M. smegmatis*, *M. bolletii*, *M. wolinski*, *M. masilense* y *M. peregrinum* en un 7% respectivamente. Este trabajo corresponde al primer reporte de estas especies por métodos moleculares en Paraguay y muestra la utilidad del método PRA en la identificación rápida de especies de Micobacterias, esencial para un tratamiento adecuado, por lo que, no sólo contribuye a mejorar el diagnóstico, sino a identificar la distribución de la infección por micobacterias no tuberculosas en Paraguay. **Palabras claves:** Micobacterias no tuberculosas, P RA, *hsp65*, Identificación.

#### 147. Microorganismos Aislados de Hemocultivos de Pacientes Internados en el Instituto de Medicina Tropical Año 2010

AYALA E, SOSA S, IRALA, J, MAYOR L, ARAUJO P

Laboratorio de Microbiología-Instituto de Medicina Tropical, Asunción-Paraguay

**Objetivo:** Determinar el porcentaje de hemocultivos positivos de pacientes internados en el IMT durante el año 2010, la distribución de los microorganismos aislados a partir de dicho cultivo y el porcentaje de los microorganismos Grampositivos meticilino resistentes y Gramnegativos con betalactamasas de espectro extendido. **Materiales y método:** las muestras fueron analizadas utilizando el sistema automatizado de monitoreo continuo Bactec 9120 (BD) e incubadas hasta cinco días a 35 °C. La sensibilidad a los antibióticos fue determinada por el método de disco difusión (CLSI 2010). **Resultados:** Se remitieron al laboratorio de Microbiología del Instituto de Medicina tropical un total de 2833 hemocultivos, de los cuales 226 (8%) resultaron positivos. Un 75,2% (n=170) correspondió a bacterias Gram positivas, un 17,7 % (n: 40) bacterias Gramnegativas y 7,1 % (n=16) a levaduras. **Conclusión:** De acuerdo a los resultados obtenidos se observa un predominio de microorganismos Grampositivos 75,2% (n=170) frente a 17,7% (n=40) de microorganismos Gramnegativos. La meticilino resistencia se detectó en el 67,4% de los SCN y en el 20% de los *S. aureus*. En un 19,2% de las enterobacterias aisladas se detectó la presencia de betalactamasas de espectro extendido. **Palabras claves:** Bacterias, Betalactamasas, Grampositivo, Gramnegativo.

#### 148. *Trichosporon asahii* como Agente Etiológico de Infección Urinaria.

##### Características Microbiológicas

ARAUJO P, ACUÑA S, AGUILAR G, IRALA, J.

Instituto de Medicina Tropical (IMT), Asunción-Paraguay

**Objetivo:** Describir las características microbiológicas de una cepa de *Trichosporon asahii* aislada a partir de urocultivo de paciente adulto en 1 unidad de terapia intensiva (UTI). **Materiales y métodos:** Fueron recibidas dos muestras de orina del paciente NN, de 58 años procedente de Canindeyú, internado en UTI del IMT. Las muestras fueron sembradas en agar sangre y McConkey, coloreadas por la técnica de Gram y realizado el sedimento urinario. Microcultivo realizado en agar Maíz con Tween 80. Pruebas bioquímicas: prueba de la ureasa y asimilación de azúcares (API AUX 20, Biomerieux). Sensibilidad a los antifúngicos: microdilución (CLSI) y kit ATB Fungus (Biomerieux) **Resultados:** en el frotis de Gram y en el sedimento urinario de las dos muestras se detectó la presencia de estructuras fúngicas y reacción inflamatoria. Del cultivo de ambas muestras se obtuvieron crecimiento de un solo tipo de colonia con recuento mayor a 1.10<sup>5</sup> ufc/mL. Prueba de la ureasa positiva. Microcultivo: presencia de blastoconidios y artroconidios. Asimilación de azúcares: gluc+, gly-, 2KG+, Ara+, Xyl+, Ado-, Xlt-, Gal+, Ino-, Sor-, Mdg+, Nag+, Cel+, Lac+, Mal+, Sac+, Tre-, Mlz- y Raf-. Sensibilidad a antifúngicos por microdilución: Anfotericina B 4 µ/mL, Fluconazol 8 µ/mL; por ATB fungus: Anfotericina B 1 µ/mL, Fluconazol 4 µ/mL, Itraconazol 0,5 µ/mL y Voriconazol 0,125 µ/mL. El paciente fue tratado con Fluconazol por 14 días con buena evolución. **Conclusión:** El aislamiento de este hongo en más de una muestra de orina es una señal de alerta pues su presencia en el aparato urinario de pacientes con condiciones predisponentes (antibioticoterapia de amplio espectro, uso de sondas, internación en UCI) puede preceder a una infección invasora, debido a esto su presencia no debe ser considerada una colonización. **Palabras clave:** Colonización, Pruebas bioquímicas, Urocultivo.

#### 149. Perfiles Fenotípicos KPC o Compatibles con KPC en Enterobacterias

FRANCO R<sup>1</sup>; FALCON M<sup>1</sup>; MELGAREJO, N<sup>1</sup>, ZUBELDÍA, A<sup>2</sup>; SOSA E<sup>2</sup>, LIRD, G<sup>3</sup>; CUEVAS A<sup>3</sup>, MARTINEZ, M<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Laboratorio Central de Salud Pública- <sup>2</sup>IPS Central-<sup>3</sup>Hospital de Clínicas Central

El objetivo de este estudio consiste en determinar qué perfiles fenotípicos de KPC o distintos de KPC se detectaron por los métodos clásicos o automatizados utilizados en microbiología confrontándolos con la PCR. Se estudiaron 32 cepas remitidas entre los meses de julio y setiembre del corriente año, provenientes del Hospital Central de IPS o del Hospital de Clínicas Central con solicitud de detección de KPC sospechada por inhibición con ácido borónico (Ac.Bor), chromagar y/o equipos automatizados. En el LCSP se realizó identificación, antibiograma, pruebas de sinergia, método microbiológico y PCR para la confirmación de genes KPC, CTX-M y Per-2. Se confirmó la presencia de CTX-M más impermeabilidad en 8 cepas (25%), sólo KPC

en 10 (31%), KPC y CTX-M en 6 (19%), KPC y Per-2 en 1 cepa (3%), sólo CTX-M en 9 (28%), y 5 cepas negativas por PCR para los 3 genes (16%). Los perfiles de inhibición observados fueron: 1) Inhibición con AcBor/CBP; 2) AcBor/Cef3aG y AMC/Cef3aG, y 3) AcBor/Cef3aG, AcBor/CBP y AMC/Cef3aG, además resalta la presencia de halos grandes a Carbapenemes. En conclusión, el perfil no KPC que llevó al informe de resistencia a carbapenemes más frecuente fue la combinación de BLEE más impermeabilidad. En unos pocos casos, los perfiles fenotípicos y el método microbiológico dan positivo para KPC, excepto por la PCR, lo cual se dió en cepas de *Serratia marcescens*. Esto lleva a pensar en la necesidad de incluir la detección de otros genes de carbapenemasas en la PCR. La PCR resulta ser como es de esperar el método más sensible y específico para la detección de mecanismos de resistencia. **Palabras clave:** Carbapenemasas, KPC, PCR.

#### 150. PCR Múltiple para la Detección Simultánea de Genes *mecA* y *pvl* en *Staphylococcus* spp.

CARPINELLI L<sup>1</sup>, GUILLÉN R<sup>1</sup>, FARIÑA N<sup>1</sup>, BASUALDO W<sup>2</sup>, AQUINO R<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. <sup>2</sup>Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu.

**Objetivo:** Estandarizar una PCR múltiple para la detección simultánea de los genes *mecA* y *pvl* en *Staphylococcus* spp. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal en el cual se emplearon como cepas controles: *S. aureus* ATCC 25923, ATCC 43300 y *S. aureus mecA+*, *pvl+*. La extracción de ADN se realizó por el método de ebullición. En primer lugar se realizó la amplificación de regiones de ambos genes en forma individual utilizando cebadores específicos. Posteriormente se estandarizó la PCR múltiple para la detección simultánea de ambos genes. El límite de detección se estableció por medio de diluciones seriadas de ADN. Se analizaron 41 aislados de *S. aureus* y 51 Estafilococos coagulasa negativo (SCN) previamente caracterizados por métodos fenotípicos en noviembre del año 2009. Los productos de PCR fueron visualizados por electroforesis en gel de agarosa al 2% teñido con bromuro de etidio. **Resultados:** Tanto en la PCR realizada en forma individual como la PCR múltiple se obtuvieron los productos esperados de 533 pb para *mecA* y 433 para *pvl*. Los límites de detección para el gen *mecA* fue de 100 ng/µL y *pvl* de 10 ng/µL. El gen *mecA* se detectó en 13 (31,7%) aislados de *S. aureus* y en 29 (56,7%) SCN. El gen *pvl* se detectó en 2 (4,9%) *S. aureus* y no fue detectado en SCN. La presencia del gen *mecA* tuvo 100% de concordancia con los métodos fenotípicos. **Conclusiones:** Esta técnica es una herramienta útil en la confirmación de cepas de Estafilococos meticilino resistentes e identificación del gen *pvl*, es una técnica relativamente sencilla que puede detectar ambos genes en una sola reacción pudiendo ser aplicada a cualquier laboratorio de biología molecular. **Palabras clave:** *Staphylococcus aureus*, meticilino resistencia, *mecA*, *pvl*.

#### 151. DETECCIÓN POR PCR DE *Chlamydomydia pneumoniae* EN PACIENTES CON NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

GUILLÉN R<sup>1</sup>; FRANCO R<sup>2</sup>; OJEDA M<sup>2</sup>; FRANCO L<sup>1</sup>, MORAGA SCHMIDLIN P<sup>2</sup>; ESPINOZA MD<sup>2</sup>; RUSSOMANDO G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud – <sup>2</sup>INERAM, Hospital "Juan Max Boettner"

El objetivo de este estudio consiste en la puesta a punto de una técnica de PCR que detecta la presencia *C. pneumoniae* en muestras biológicas. Los controles positivos fueron obtenidos clonando en plásmidos una región el gen *omp1* (mayor outer membrane protein) de *C. pneumoniae* que contenía secuencias complementarias a los primers CP1 y CP2, generando productos de PCR de 333pb. La extracción de ADN se realizó empleando un kit comercial (Promega, USA). En la estandarización de la técnica, se obtuvieron productos de PCR del tamaño esperado al amplificar los controles positivos y la sensibilidad de la detección fue de hasta 0,058 pg/µL de ADN plasmídico, empleando como molde diluciones seriadas del control positivo. No se obtuvieron productos de amplificación empleando ADN de muestras respiratorias positivas para otros patógenos como *S. pneumoniae* y virus sincitial respiratorio. Fueron analizadas 44 muestras respiratorias provenientes de pacientes con NAC atendidos en el INERAM y cuyo cultivo fue negativo para gérmenes comunes. Se detectó *C. pneumoniae* en 1 muestra. Este trabajo muestra la factibilidad del diagnóstico molecular de infecciones causadas por *C. pneumoniae* en Paraguay. **Palabras clave:** PCR, *Chlamydomydia pneumoniae*, Neumonía.

#### 150. Familia "Latin American Mediterranean". El Linaje RD<sup>Río</sup> en Cepas de *Mycobacterium tuberculosis* Circulantes en el Paraguay. DIAZ C<sup>1,2</sup>; CANDIA N<sup>2</sup>; RUSSOMANDO G<sup>2</sup>; RITACCO V<sup>3</sup>; FRANCO L<sup>1</sup>, ROMERO N<sup>4</sup>; GOMES H<sup>1</sup>; SUFFYS P<sup>1</sup>

1. Instituto Oswaldo Cruz. Brasil 2. Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Paraguay 3. Instituto Malbrán. Argentina 4. Laboratorio Central de Salud Pública. Paraguay

Globalmente la familia de *Mycobacterium tuberculosis* denominada "Latin American-Mediterranean" (LAM) es responsable del 15% de los casos de tuberculosis. Regionalmente y localmente, es altamente prevalente. Dentro de la misma, se describió recientemente el linaje RD<sup>Río</sup>, que actualmente constituye el *cluster* predominante en Río de Janeiro y parece estar relacionado con una adaptación específica a la población Euro-Latino-Americana, una transmisibilidad aumentada y un cuadro clínico más severo. El presente estudio observacional de corte transversal tuvo como objetivo determinar la presencia y distribución del linaje RD<sup>Río</sup> en aislados de *M. tuberculosis* provenientes de pacientes de las 18 regiones sanitarias del Paraguay. Un total de 263 aislados recogidos en el período 2002-2007 fueron analizados con herramientas moleculares, siendo *spoligotyping*, *MIRU-VNTR* y detección de la delección RD<sup>Río</sup>. Los aislados pertenecieron en un 39% a la familia LAM. Unos 25 aislados fueron del linaje RD<sup>Río</sup> y 4 presentaron perfil mixto. En concordancia con la literatura ningún aislado RD<sup>Río</sup> perteneció a la familia LAM3. El árbol tipo "Minimum Spanning Tree" demostró por MIRU dos *clusters* conteniendo el linaje RD<sup>Río</sup>. Se encontraron aislados RD<sup>Río</sup> en 14 regiones sanitarias. Los hallazgos sugieren que aunque el linaje RD<sup>Río</sup> haya sido identificado inicialmente en Brasil, el mismo debería ser objeto de estudio en países donde la tuberculosis constituye un problema de salud pública, sobre todo en aquellos donde la familia LAM es prevalente. **Palabras clave:** Tuberculosis, RD<sup>Río</sup>, Paraguay

#### 153. Prevalencia sensibilidad y perfil Genético de *Streptococcus pneumoniae* Serotipo 14. Paraguay. 2006 a 2010.

KAWABATA A, LEON M, CHAMORRO G, (LCSP), GOMEZ G. (HN), QUIÑONEZ B. (HGP), ORTELLADO J. (CMI), RIVAS M. (HC), LEGUIZAMON M. (IPS), BLASCO R. (HRCDE), IRALA J. (IMT), FRANCO R. (INERAM).

**Objetivos:** Determinar el comportamiento de la sensibilidad del *Streptococcus pneumoniae* serotipo 14. Paraguay. 2006 a 2010. **Materiales y Método:** Estudio observacional descriptivo, corte transversal, de carácter retrospectivo, periodo 2006 a 2010. Pacientes con aislamientos de *S. pneumoniae* reportados por componentes de la red VIMENE. 1. Pruebas de laboratorio: fenotípica y genotípica. 2. BD Whonet. **Resultados:** 12.7% fueron aisladas de pacientes con diagnóstico de MBA, 57.7% NBA, 12.7% NAC, Sepsis 2.3%. Los casos de Meningitis presentaron 91.70% de sensibilidad a la penicilina y 100% de sensibilidad a la Ceftriaxona. Y los casos de NBA presentaron 100% de sensibilidad. Se observaron 60% de similitud entre los clones con perfil de sensibilidad disminuido a la penicilina en comparación a las cepas de serotipo 14 con perfil de susceptibilidad antimicrobiana sensible. **Conclusión:** La aplicación de vacunas ve necesaria la comprobación de clones con capacidades de transferencia de genes, que podrían adquirir un cambio de serotipo para poder evadir la respuesta inmunológica. El Sistema de Vigilancia se presenta con una necesidad de empleo de técnicas de epidemiología molecular así contribuir a un sistema internacional que pueda reconocer las características genotípicas circulantes en la Región. **Palabras clave:** Epidemiología, VIMENE, WHONET.

#### 154. Utilización de BACOVA en el Diagnóstico de la Vaginosis Bacteriana

PALACIOS Y, GALEANO A, ALMADA P, LIRD G, SOILÁN B, ORTELLADO J, GOMEZ G, HEINICHEN O, MARIN M.

Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Universidad Católica, sede Asunción.

La Vaginosis Bacteriana (VB) es un síndrome clínico, con desplazamiento de la flora lactobacilar normal por microorganismos como: *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Mobiluncus* spp. y diversos anaerobios. Se observa principalmente en mujeres sexualmente activas, en edad reproductiva, de condición socioeconómica baja y embarazada. En estas, produce cuadros como: parto pretérmino, RPM y bajo peso al nacer. El objetivo de este trabajo fue evaluar la prevalencia de VB en mujeres sexualmente activas, de condición socio económica baja. Estudio observacional, prospectivo, de corte transversal, entre los años 2007 a 2011. Se estudiaron 264 muestras de secreción vaginal, de

mujeres, con o sin sintomatología ginecológica, entre 15 y 60 años. La toma de muestra fue realizada por alumnos y profesores de la Cátedra de Gineco-Obstetricia en el Dispensario San Cayetano ubicado en el Bañado Sur. El material fue extraído con hisopo estéril del fondo de saco vaginal, utilizando espéculo. Se efectuó medición del pH con cinta reactiva y prueba de aminas. El estudio microbiológico fue realizado por alumnos y profesores de la Cátedra de Microbiología, en el laboratorio de la Facultad, realizando examen en fresco, coloraciones de Gram y Giemsa. La prevalencia hallada fue del 23%, coincidiendo con la literatura consultada. No encontramos diferencias para el diagnóstico de vaginosis bacteriana entre el empleo del criterio de Amsel o Nugent, salvo en sólo 2 casos, en uno de los cuales resultó positivo según el criterio de Amsel y negativo según Nugent, y viceversa en el otro caso. En base a este estudio podemos aconsejar la utilización del Criterio de Amsel y el valor numérico de Nugent en los consultorios de atención primaria para el Dx de vaginosis bacteriana y el tratamiento de la misma. **Palabras claves:** Bañado Sur, Criterio de Amsel, Criterio de Nugent.

#### 155. Frecuencia de Agentes Bacterianos y su Perfil de Sensibilidad en Urocultivos Procesados en el Laboratorio Central de Salud Pública en el 2010.

NAGAI M, ALVAREZ M, TORALES J,  
Laboratorio Central de Salud Pública

La infección urinaria (IU) constituye una de las causas más frecuentes de enfermedad infecciosa encontrada en la práctica médica y se caracteriza por altas tasas de incidencia y morbilidad en la población pediátrica y adulta en diferentes regiones del mundo. **Objetivo:** Analizar los gérmenes responsables de las infecciones urinarias y su perfil de sensibilidad. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal. Se analizaron los registros de todos los urocultivos realizados en el 2010 en el Laboratorio Central de Salud Pública. **Resultados:** Se estudiaron 2230 urocultivos, de los cuales 331 fueron positivos. 83,38 % correspondieron a pacientes del sexo femenino y la mediana de edad fue de 36 años. Los gérmenes más aislados fueron: *Escherichia coli* (59,21%), *Klebsiella pneumoniae* (9,67%), *Staphylococcus saprophyticus* (8,16%), *Proteus mirabilis* (3,02%) y Estafilococo Coagulasa Negativa (3,02%). Presentaron resistencia a: Ampicilina (62,99%), Cefalotina (22,63%), Norfloxacin (22,40%), Cotrimoxazol (32,49%), Penicilina (59,26%), Oxacilina (27,28%), Cefotaxima

(9,52%). El 5,73% presentaron mecanismos de resistencia a los antibióticos (BLEE). **Conclusión:** Los principales gérmenes aislados fueron: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. saprophyticus*, *P. mirabilis* y Estafilococo Coagulasa Negativa, siendo resistentes a los siguientes antibióticos: ampicilina, cefalotina, norfloxacin, cotrimoxazol, penicilina, oxacilina, ceftazidima. La mayoría de las pacientes correspondieron al sexo femenino con una mediana de 36 años. **Palabras claves:** *E. coli*, *K. pneumoniae*, *S. saprophyticus*.

#### 156. Estafilococos coagulasa-negativos Clínicamente Significativos.

##### Especies más Frecuentes y Factores de Virulencia

FARIÑA N<sup>1-2</sup>, CARPINELLI L<sup>1</sup>, SAMUDIO M<sup>1</sup>, GUILLEN R<sup>1</sup>,  
LASPINA F<sup>1</sup>, SANABRIA R<sup>1</sup>, ABENTE S<sup>1</sup>, FIGUEREDO L<sup>2</sup>, MIÑO  
DE KASPAR H<sup>1</sup>

1-Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud 2-Laboratorio San Roque.

El objetivo del estudio fue identificar a nivel de especie los aislados más frecuentes de Estafilococos coagulasa-negativos (ECN) causantes de infecciones y sus factores de virulencia. Fueron incluidos en este estudio observacional de corte transversal aislamientos de ECN considerados significativos de pacientes que acudieron al Laboratorio San Roque desde marzo del 2009 a julio del 2011. La identificación se realizó por el método simplificado de De Paulis y col y el microsistema comercial API. La producción de biofilm, hemolisinas, lipasas, lecitinasas, DNasas fue determinada por métodos convencionales. La proteína PBP2a por método comercial (Oxoid®), el gen mec A y el Pantón-Valentine por PCR multiplex, la metilicina resistencia por difusión. De 64 aislados, 26(40,6%) fueron *S. epidermidis*, 13 (20,3%) *S. haemolyticus*, y 10(15,6%) *S. lugdunensis*. Tanto el gen mec A como la proteína PBP2a fueron detectados en el 69,2% de *S. epidermidis*, 92,3% de *S. haemolyticus* y en ninguno de *S. lugdunensis*. La producción de biofilm fue detectada en el 73,1% de *S. epidermidis*, 53,8% de *S. haemolyticus* y 40% de *S. lugdunensis*. El 83% de los aislamientos de *S. epidermidis* mec A positivos fueron productores de biofilm. El 97,1% de los aislados mec A positivos fueron detectados por difusión. Con el método simple utilizado fue posible identificar las especies más frecuentes, por lo que se recomienda su implementación. La concordancia entre gen mec A y la metilicina-resistencia por difusión fue muy buena. La producción de biofilm fue mayor en los estafilococos metilicina resistentes. **Palabras claves:** Estafilococo coagulasa-negativo-Especie-Biofilm- Mec A

## INFECCIONES NOSOCOMIALES EN ADULTOS

#### 157. Candidiasis Invasiva y Resistencia a Antifúngicos.

CANDIA E, PEREZ L, SAMUDIO-D GC, NUÑEZ D. Servicio de  
Infectología. Instituto de Previsión Social – Hospital Central.

**Objetivos:** Determinar sensibilidad de las especies de *Candida sp.* aisladas en muestras de hemocultivos. **Material y Métodos:** Trabajo descriptivo retrospectivo de corte transversal mediante revisión de historias clínicas de pacientes internados en los servicios de Urgencias, Clínica Médica, Cirugía, Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidados Intermedios en quienes se documentó aislamiento en hemocultivos de *Candida sp.* en el periodo de enero a agosto del 2011 en el Instituto de Previsión Social – Hospital Central. **Resultados:** De 50 muestras de hemocultivos con aislamiento de *Candida sp.* se tuvo acceso a 30 expedientes clínicos de los cuales el 63% correspondió del sexo masculino, edad promedio de 69,7 años, 41,5 días de internación. Todos presentaron alguna comorbilidad, el 80% era portador de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus 30%, Accidente Cerebral Vascular 23%, Insuficiencia Renal Crónica y Neoplasias 10%. Antibioticoterapia previa en todos los pacientes con un promedio de 3.8 antibióticos en cada paciente. Las especies aisladas fueron *Candida parapsilosis* 43%, *C. albicans* 25%, *C. tropicalis* 18%, *C. famata* y *C. glabrata* 4.5%, *C. pelliculosa* y *C. guilliermondi* 2.7%. El 95% demostró sensibilidad al fluconazol, encontrándose en un caso resistencia al fluconazol y a la anfotericina y un caso sensibilidad intermedia al fluconazol, en ambos casos se trató de *C. parapsilosis*. El 70% de los pacientes tuvo una evolución satisfactoria y fueron dados de alta, el 30% falleció correspondiendo a *C. albicans* 44%, *C. parapsilosis* 33% y el 22% a *C. tropicalis*. **Conclusiones:** Ante sospecha de candidiasis invasiva el fluconazol sigue siendo una alternativa válida para tratamiento empírico en nuestro hospital, sólo un caso de resistencia al fluconazol se detectó, lo cual es preocupante pues no disponemos de

terapia alternativa. **Palabras claves:** *Candida sp.*, Hemocultivos, Terapia alternativa.

#### 158. Estudio de Brote por *Klebsiella pneumoniae* Multiresistente y Productora de Carbenemasa en una Unidad de Cuidados Intensivos de adultos (UCIA).2011

BERNAL C, RODRÍGUEZ M, GÓMEZ G, TAKAHASHI V,  
MARTÍNEZ H, VEGA ME.

Hospital Nacional de Itaguá. Paraguay

**Objetivos:** Describir el estudio y manejo de brote por *K. pneumoniae* (KPN) con KPC en UCIA, entre el 10 al 24 de junio. **Metodología:** Estudio de brote; Vigilancia activa; corte de prevalencia en UCIA, búsqueda retrospectiva de casos. Definición de brote: presencia de KPN con KPC, en cualquier Localización, infección o colonización, en pacientes (UCIA) **Resultados:** Aislamiento de bacteria productora de KPC (KPN y BLEE tipo CTX), por primera vez, en la Institución, en paciente de 58 años de edad. Factores de riesgo: uso prolongado de ATB, cirugía previa, reingreso, internación prolongada. En el corte de prevalencia en 17 pacientes se aisló 1 KPN productora de KPC y BLEE PER-2 y qnr (5.8%). Tasa de ataque de 3.4% (1/29 pacientes en riesgo). Se informó a las autoridades; alerta epidemiológica, precauciones de contacto, uso prudente de ATB, screening a pac con riesgo, en el hospital. **Conclusiones:** Se confirmó el brote por *K. pneumoniae* productora de KPC viéndose el impacto de las medidas de control adoptadas sobre la evolución del brote. **Palabras claves:** BLEE, KPN, UCIA.

**159. Frecuencia de Infecciones en las Reparaciones Protésicas de la Pared Abdominal**

CUENCA O, MARTINEZ N, SEGOVIA H, SOSA I, ESCOBAR D, BENÍTEZ L.

Hospital de Clínicas. Facultad de Ciencias Médicas.

**Material y Métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo de pacientes operados de enfermedad parietal con colocación de material protésico de polipropileno de enero de 2010 a diciembre de 2010. **Resultados:** De 180 pacientes, constatamos 14 pacientes con infección de la herida quirúrgica (4 hernias inguinales y 10 eventraciones), fueron del sexo femenino 10 y 4 del masculino. La edad tuvo un promedio de 50 años. A todos se les realizó Ciprofloxacina profiláctica por los gérmenes intrahospitalarios ya conocidos del servicio. El cultivo dio positivo en todos los casos, siendo la *Escherichia coli* y el *Staphylococcus aureus* los gérmenes más frecuentes, se realizó antibióticoterapia con gentamicina y vancomicina respectivamente según antibiograma y desbridamiento quirúrgico en 5 pacientes, con retiro de prótesis en 4 pacientes. La estancia fue de 15 días en promedio. No tuvimos óbitos. **Conclusiones:** La frecuencia de infección fue del 7,7% en nuestro estudio. Los gérmenes más frecuentes fueron la *Escherichia coli* y *Staphylococcus aureus*. El tratamiento consistió en antibióticoterapia adecuada y desbridamientos. **Palabras claves:** Infecciones protésicas, gérmenes, tratamiento.

**160. Incidencia de Infecciones Asociadas a Catéter Venoso Central y Catéter Urinario Permanente en Salas de Clínica Médica de un Hospital de Asunción. Paraguay.**

MOREL N, VEGA ME. Hospital Central IPS.

**Objetivos:** Conocer las tasas de infecciones del tracto sanguíneo relacionado a CVC e infección urinaria a CUP, gérmenes aislados en ambos sitios, en el periodo comprendido entre enero a septiembre del 2011, en el Servicio de Clínica Médica. **Metodología:** Análisis de datos de vigilancia activa de IHH, del archivo de la UPCIIIH. Se utilizó definiciones estandarizadas consensuadas a nivel nacional, basadas en NHSN, EE.UU. **Resultados:** a) 11 ITS/3.700 días CVC (3/1.000). Gérmenes: *S. aureus*, *S. coagulasa* (-), *S. epidermidis*, *P. aeruginosa*, b) 17 ITU/5.701 días CUP (3/1000), los gérmenes en fueron *K. pneumoniae*, *E. coli*, *P. aeruginosa*, *C. albicans*, *E. faecium* VR, *C. parapsilosis*, *B. cepacea*. **Conclusiones:** Se documentó una incidencia baja de ITU/CUP con relación a lo reportado en otros países de la región, en cambio la de ITS/CVC sobrepasa lo reportado y en el 72 % son causadas por gérmenes Gram (+). **Palabras claves:** Bacteremia, Gérmenes, Incidencia.

**161. Portación de Staphylococcus aureus en Pacientes Dializados del Servicio de Nefrología HC-IPS**

SOILAN B<sup>1</sup>, GOMEZ G<sup>1</sup>, ORTELLADO J<sup>1</sup>, LIRD G<sup>1</sup>, MARIN M<sup>1</sup>, HEINICHEN O<sup>1</sup>, ALMADA P<sup>1</sup>, GALEANO A<sup>1</sup>, VERA R<sup>3</sup>, RAMOS C<sup>3</sup>, MAYOR M<sup>2</sup>, AYALA R<sup>2</sup>.

Cátedra de Microbiología. <sup>2</sup> Cátedra de Biofísica, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica-Asunción. <sup>3</sup> Servicio de Nefrología, Hospital Central IPS.

**Objetivo:** Determinar la portación nasal de *Staphylococcus aureus* (Sau) en pacientes dializados y en el personal de salud del Servicio de Nefrología del Hospital Central del IPS. **Material y Métodos:** Las muestras fueron cultivadas en agar Manitol Salado, a 35°C por 48 horas. A colonias fermentadoras de manitol se realizó DNAsa, coagulasa y látex (Slidex® Staph Plus-Biomerieux), para identificar Sau. Se testó Cefoxitina (30µg) y Oxacilina (1µg) para determinar la Meticilino Resistencia. **Resultados:** Fueron estudiados 186 individuos (130 pacientes y 56 del personal de salud). La portación de Sau fue del 26% en la población estudiada; en los pacientes fue del 25% y en el personal de salud del 30%. La presencia de cepas SAMR fue del 12% en los pacientes y 7% en el personal de salud. **Conclusión:** La colonización de Sau tanto en pacientes sometidos a diálisis como en el personal de salud, obliga a revisar las medidas de control adoptadas en la Unidad de Diálisis, como el lavado de manos, el uso de bata, mascarilla y la detección de individuos colonizados, entre otras, con la finalidad de prevenir la transmisión de infecciones estafilocócicas. **Palabras claves:** Diálisis, Infecciones estafilocócicas, SAMR.

**162. Vigilancia de las Infecciones por Procedimientos Invasivos en la Unidad de Cuidados Intensivos (UTIA) en un Hospital de Alta Complejidad**

RIQUELME I, PESTANA E, VEGA ME. Hospital Central IPS.

**Objetivos:** Conocer las tasas de neumonía, infección del tracto sanguíneo e infección urinaria asociadas a VM, CVC, CUP en la UTIA del HC, en el año 2010; Gérmenes aislados en cada una de las localizaciones; % de pacientes con neumonía fallecidos durante la vigilancia. **Material y Métodos:** Análisis de datos de vigilancia activa de procedimientos invasivos, del archivo de la UPCIIIH, entre febrero a Octubre 2010, en UTIA del HC. Fueron utilizadas definiciones estandarizadas del NISS (EE.UU.). **Resultados:** 102 neumonías en 5755 días de VM (tasa de 17.7) Los Gérmenes más frecuentes fueron: *Acinetobacter sp.*, *A. baumannii* complex MR, *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *K. pneumoniae* (BLEE) *P. aeruginosa*. Se observó 21 ITS en 9654 CVC días (2.2/1000). Gérmenes más frecuentes: *S. aureus* MR, *K. pneumoniae*, *Acinetobacter sp.*, *E. cloacae*, *A. baumannii* complex, *P. aeruginosa*, *E. faecium* y 8 ITU/ 7921 CUP, (1/1000 días CUP). Gérmenes: *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii* complex *C. tropicalis*, *Enterococcus sp.* **Conclusiones:** la tasa de NAV según lo reportado en la literatura y tasas bajas con relación a ITS/CVC e ITU/CUP. Los gérmenes Gram(-) predominaron tanto en NAV como en las ITU, no así en las ITS/CVC. **Palabras claves:** Bacterias, ITS, Neumonía.

**INFECCIONES NOSOCOMIALES EN PEDIATRIA**

**163. Efectos Colaterales Durante la Infusión de Anfotericina B en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

DOMANICZKY F, SAMUDIO G, CARRERAS D.

Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Servicio de infectología y neonatología Universidad católica Nuestra señora de la Asunción

**Objetivos:** Determinar la prevalencia de pacientes que presentaron efectos colaterales durante la administración de anfotericina B. **Pacientes y Métodos:** Se efectuó un estudio retrospectivo desde marzo 2010 a setiembre del 2011 en el Hospital Central del IPS, identificando 32 pacientes. Se analizaron las indicaciones, dosis, protocolos de administración, efectos adversos relacionados a la infusión (fiebre, hipertermia, vómitos o flebitis), nefrotoxicidad, hipokalemia y además la evolución de los pacientes. **Resultados:** La duración promedio del tratamiento fue de 12 días, con una dosis acumulada promedio de 40 mg totales. El 100% de los tratados recibió infusiones de 4 a 6 horas. Un (40%) de los tratamientos se acompañó de reacciones adversas asociadas a la infusión, predominando la hipokalemia (35%), de estos el (78%) no contaba con hidratación ni nutrición parenteral, coincidente estos con el mayor número de correcciones agudas. La nefrotoxicidad fue baja (3%), en ningún caso determinó el inicio de diálisis. Más de la mitad de las indicaciones (59%) fue para el tratamiento presunto de candidiasis, el 41% con datos micro-biológicos. El (5%) obitó las

causas no estaban ligadas al desarrollo de reacciones adversas asociadas durante la infusión. **Conclusión:** Las reacciones adversas asociadas a la infusión de anfotericina B deoxicolato son fenómenos frecuentes pero la nefrotoxicidad es ocasional y de baja magnitud. La hipokalemia fue el efecto colateral más frecuente y aun más en paciente que no contaban con hidratación o nutrición parenteral. **Palabras claves:** Fiebre, Flebitis, Hipertermia, Vómitos,

**164. Muertes por Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.**

BORJA N, FERNÁNDEZ M, CASTILLO A, BRITZ S, COUCHONNAL E, PRADO M.

Hospital Santísima Trinidad.

**Introducción:** Las infecciones nosocomiales en el Recién Nacido (RN), son consecuencia de la adquisición de bacterias y gérmenes patógenos en el hospital y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el período neonatal. **Metodología y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de setiembre de 2010 a agosto de 2011, en el cual se analizaron las infecciones nosocomiales y las muertes en la UCIN del Hospital Materno Infantil Santísima Trinidad. Los datos se recabaron de la base de datos de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de muertes por infecciones y los principales microorganismos causales en la Unidad de Cuidados Intensivos

Neonatales (UCIN). **Resultados:** La mortalidad en neonatos con infecciones nosocomiales fue del 15.5% (IC 95% 12.4 - 19.0%). La tasa de óbitos fue de 50 por 100 óbitos en la unidad. La edad promedio fue de 31(±4) semanas, 66,6% (8/12) menores de 1500 gs. Los hemocultivos positivos fueron 33,3% (4/12) cuyos gérmenes fueron: *Acinetobacter baumannii* 16,6% (2/12), *Staphylococcus hominis* 8,3% (1/12), *Pseudomonas stutzeri* 8,3% (1/12). **Conclusión:** Los recién nacidos con peso al nacer de 1500 g o menos presentan una tasa de infección nosocomial 2,7 veces mayor que los recién nacidos que nacen con mayor peso. La prematuridad es un factor de riesgo importante asociado a las infecciones nosocomiales. **Palabras claves:** Infección nosocomial, neonatos, muerte.

#### 165. Infecciones Nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

BORJA N, FERNÁNDEZ M, CASTILLO A, BRITZ S,  
COUCHONNAL E, PRADO M.  
Hospital Santísima Trinidad

**Introducción:** Las infecciones nosocomiales en el Recién Nacido (RN), son consecuencia de la adquisición de gérmenes patógenos en el hospital y son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el período neonatal. **Metodología y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo de setiembre de 2010 a agosto de 2011, se analizaron las infecciones nosocomiales en la UCIN. Los datos se recabaron de la base de datos de Vigilancia de Infecciones Nosocomiales. **Objetivo:** Determinar la frecuencia y los principales microorganismos causales de infecciones nosocomiales en la UCIN. **Resultados:** Se registraron 77 episodios de infecciones nosocomiales ocurridos en un año. La tasa promedio fue de 35,8 infecciones por cada 100 egresos (IC 95% 33.3-38.5%). Se aisló un microorganismo en el 18,2% de todas las infecciones reportadas (14/77). Los principales agentes aislados fueron *Staphylococcus coagulasa negativo* (7,1%), *Staphylococcus epidermidis* (7,1%), *Staphylococcus ugduensis* (7,1%), *Enterococcus faecalis* (14,2%), *Acinetobacter baumannii* (14,2%). La mortalidad en neonatos con infección nosocomial fue del 15.5% (IC 95% 12.4 - 19.0%). **Conclusión:** La prevención de las infecciones nosocomiales en recién nacidos es uno de los programas prioritarios en el control de infecciones en pediatría, ya que afectan a más de un tercio de los neonatos en estado crítico. Los programas dirigidos a la prevención de IN en estos pacientes se deben enfocar a mejorar los procesos de atención. **Palabras claves:** Infección nosocomial, neonatos.

#### 166. Incidencia de Sepsis Intrahospitalaria, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ciudad del Este, en el Período Setiembre del 2009 a Agosto del 2011.

MEZA G, ROJAS G, JARA E, OPORTO M.  
Hospital Regional de Ciudad del Este.

**Objetivo:** Determinar los gérmenes más frecuentes en el servicio de Neonatología del Hospital Regional de Ciudad del Este, y los perfiles de sensibilidad y resistencia en las muestras de sangre, y determinar las medidas que resultan más eficaces para prevenir la sepsis

intrahospitalaria en neonatos. **Materiales y Métodos:** Se tomaron muestras de sangre de neonatos internados en el servicio de neonatología que presentaban síntomas de sepsis, en el período de setiembre del 2009 a agosto del 2011, los que requirieron cultivo y determinación de sensibilidad antimicrobiana. **Resultados:** Se aislaron 26 gérmenes siendo los más frecuentes: *Klebsiella pneumoniae*(n=11), *Staphylococcus aureus*(n=3), *Citrobacter freundii*(n=2). De los hemocultivos 22,4% dieron positivo. Con mayor incidencia en el período de marzo a setiembre 2011(n: 13). **Conclusiones:** Los gérmenes más frecuentes aislados en el servicio de Neonatología del HRCDE, fueron *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Citrobacter freundii*. Con una sensibilidad mayor a Meropenem, Imipenem, Amikacina y Levofloxacina, y mayor resistencia a Cefotaxima y Gentamicina; y menor incidencia luego de la desinfección generalizada del servicio. **Palabras claves:** Ciudad del Este, Gérmenes, Intrahospitalarias, Neonatos, Resistencia, Sepsis, Sensibilidad.

#### 167. *Staphylococcus aureus* adquiridos en la comunidad: Caracterización clínica, fenotípica y genotípica de aislados en niños que concurren a hospitales de referencia de Asunción y Dpto.

##### Central

GUILLÉN R<sup>1</sup>, BASUALDO W<sup>2,4</sup>, CASTRO H<sup>2,4</sup>, CAMPUZANO DE ROLÓN A<sup>3</sup>, MACCHI M<sup>3</sup>, ORTELLADO J<sup>3</sup>, ALMADA P<sup>3</sup>, QUIÑONEZ B<sup>2</sup>, ARGUELLO R<sup>2</sup>, RODRÍGUEZ M<sup>4</sup>, PALACIOS M<sup>4</sup>, GRAU L<sup>4</sup>, VELÁZQUEZ G<sup>4</sup>, ESPÍNOLA C<sup>4</sup>, SAMUDIO G<sup>5</sup>, GÓMEZ G<sup>5</sup>, CARPINELLI L<sup>1</sup>, RUSSOMANDO G<sup>1</sup>

<sup>1</sup>IICS,UNA, <sup>2</sup>H. Gral Pediátrico Niños de Acosta Ñu, <sup>3</sup>H. de Clínicas de San Lorenzo, FCM, UNA, <sup>4</sup>Instituto de Previsión Social, <sup>5</sup>H.

Nacional de Itaguá.

El presente trabajo descriptivo de corte transversal con componente analítico se realizó con el **objetivo** de Caracterizar desde el punto de vista clínico, fenotípico y genotípico los aislados de *S. aureus* obtenidos de muestras biológicas de niños con infecciones adquiridas en la comunidad. Los datos clínicos se recabaron en una ficha especial, la susceptibilidad a antibióticos se realizó según criterios del CLSI y la PCR para la detección de los genes *mecA* y *pvl* se hizo empleando primers específicos. **Resultados:** Fueron analizados 123 aislados de *S. aureus* provenientes de 56 niñas y 67 niños con mediana de edad de 60 meses (1 día a 18 años). 76% provenían de infecciones de piel y partes blandas y 20% de sepsis. 18,7% (n=23) de los aislados fueron resistentes a meticilina (SARM). Los SARM presentaron mayor resistencia a gentamicina que los aislados sensibles a meticilina (SASM), p=0,021. Se detectó la presencia de los genes *mecA*, una variante del mismo y *pvl* en 12, 2 y 48 aislados respectivamente. El 43% de los SARM (n=10) fue portador de *pvl*. Las diferencias observadas en características clínicas y demográficas de pacientes infectados por SARM y SASM no fueron estadísticamente significativas. Los aislados SASM portadores de *pvl* mostraron una leve tendencia a estar asociados a infecciones invasivas, p=0,08, test exacto de Fischer. **Palabras claves:** *mecA*, *pvl*.

ÍNDICE ALFABÉTICO DE EXPOSITORES

ABENTE S.	28, 42	BERNA ML.	38	FARIÑA L.	27
ACOSTA N.	27	BERNAL C.	42	FARIÑA N.	24, 27, 28, 29, 35, 40, 41, 42
ACUÑA J.	36	BLASCO R.	41	FELIU S.	26
ACUÑA S.	14, 40	BOBADILLA ML.	22	FERNANDEZ A.	30, 31
ADORNO T.	15	BOGADO N.	35	FERNANDEZ M.	19, 43
AGUAYO N.	10, 20, 21, 22, 36, 37, 38	BORDON M.	24	FERREIRA E.	23
AGÜERO A.	30	BORJA N.	19, 43	FERREIRA L.	20, 26, 28, 39
AGÜERO M.	16, 18, 25	BRAY C.	12	FERREIRA ME.	27
AGÜERO MA.	26	BRAZHO C.	34	FERREIRA R.	30
AGÜERO MC.	17	BRITIZ A.	36	FIANDRO A.	21, 23
AGÜERO MC.	17	BRITIZ E.	26	FIGUEREDO A.	38
AGÜERO WM.	18, 19	BRITIZ S.	19, 33, 43	FIGUEREDO D.	16
AGUIAR C.	36	BRIZUELA S.	16, 38	FIGUEREDO L.	28, 42
AGUILAR G.	9, 13, 20, 21, 26, 27, 32, 36, 37, 40	BRIZUELA S.	16	FIGUEREDO S.	22, 35
AGUILERA J.	36	CABALLERO CAÑIZA C.	17	FLORES L.	17
AGUIRRE C.	38	CABALLERO R.	35	FRANCO LX.	29, 40
AGUIRRE S.	22, 33	CABALLERO SANABRIA R.	17	FRANCO M.	34
ALARCON C.	37	CABELLO A.	20, 23, 24	FRANCO O.	15
ALARCON R.	9, 11, 14, 15, 36	CABRAL M.	22	FRANCO R.	20, 40, 41
ALAVAREZ M.	31	CABRAL MB.	34	FRANCO S.	15, 34
ALCARAZ E.	16	CACERES C.	10	FRANCO S.	18, 19
ALEXANDER N.	25	CAMPOS C.	38	GALEANO A.	41, 43
ALLENDE I.	20, 21, 22, 23, 24, 26	CAMPUZANO DE ROLON A.	16, 21, 44	GALEANO H.	33, 35
ALMADA P.	16, 21, 25, 41, 43, 44	CANDIA C.	12	GALEANO ME.	24
ALMADA P.	16, 21, 25	CANDIA E.	10, 25, 27, 32, 42	GALEANO R.	20
ALONSO G.	11	CANDIA N.	41	GALVAN P.	22
ALONSO MG.	27	CANESE J.	14	GAMARRA M.	35
ALVAREZ M.	22, 35, 39, 42	CANTERO A.	25	GAMARRA ML.	22
ALVAREZ N.	33	CANTERO J.	19, 25	GAMARRA R.	33
AMARILLA A.	24, 29	CAPELLO A.	30	GAONA C.	31
AMARILLA C.	40	CARDOZO L.	35	GARCIA V.	17
APODACA S.	36	CARDOZO M.	9	GARELIK A.	34
APONTE S.	16	CARPINELLI L.	27, 28, 41, 42, 44	GENES M.	18, 34
AQUINO N.	10	CARPINELLI M.	9	GEORGIEFF M.	13
AQUINO R.	41	CARPINELLI MM.	20, 25, 39	GIL PETTA N.	32
ARANDA C.	19, 21	CARRERAS D.	43	GIMENEZ F.	21
ARAUJO P.	26, 40	CARRILLO M.	29	GIMENEZ L.	20, 22, 37
ARAYA S.	36, 39	CASCO M.	21	GIMENEZ V.	26, 28, 29, 39
ARBO A.	21, 36, 39	CASTILLO A.	43	GOMES H.	41
ARELLANO C.	22, 35	CASTILLO O.	20	GOMEZ C.	20, 21
ARGUELLO R.	16, 25, 44	CASTRO H.	17, 23, 44	GOMEZ G.	41, 42, 43, 44
ARMOA A.	13, 31, 36	CASTRO H.	17, 23	GOMEZ P.	20
ARREDONDO M.	9, 14, 30, 36	CELAURO N.	38	GONZALEZ A.	27
ARREDONDO R.	31	CHAMORRO C.	36	GONZALEZ B.	18
ARRELLANO C.	22	CHAMORRO G.	23, 26, 41	GONZALEZ N.	33
ARRIOLA A.	39	CHAMORRO GA.	32	GONZALEZ R.	20
ARRUA M.	27	CHAMORRO L.	13	GOTZ S.	18, 19
ARRUA TORREANI N.	9	CHENA L.	26	GRANADO E.	20
ARRUA V.	33	CHIRICO M.	17, 33, 34	GRAU L.	33, 35, 44
ARRUDA E.	24	COUCHONNAL E.	19, 43	GRIJALBA A.	26
ARZA L.	21, 26	CRISTALDO C.	12	GUERIN C.	19
ARZA M.	21, 26	CRISTALDO S.	11	GUERRERO A.	10, 13, 14, 15, 25
ARZA S.	21, 26	CUENCA O.	43	GUILLEN I.	29
ASCURRA M.	23	CUEVAS A.	21, 40	GUILLEN R.	23, 29, 40, 41, 42, 44
ASSIS D.	20	DALLES I.	23	HAMUY R.	27
AVALOS C.	36	DE LOS RIOS A.	33, 35	HAURON G.	13
AYALA E.	40	DELGADILLO L.	19	HEINICHEN O.	41, 43
AYALA R.	43	DIAZ C.	41	HERMOSA S.	28
AYALA S.	28	DIAZ TAVERA ZR.	9	INSFRAN I.	36, 37, 38
AZAS M.	11, 15	DOMANICZKY F.	43	IRALA J.	28, 40, 41
BAEZ F.	40	DOMINGUEZ J.	17	IRAMAIN R.	35
BAEZ S.	30	DUARTE M.	39	JARA A.	35
BARBOZA A.	20, 22, 37	DUNJO P.	35	JARA E.	44
BARRIOS P.	28	ENCISO H.	19	JARA P.	15, 32, 34
BASOGAIN X.	22	ENCISO H.	19	JIMENEZ J.	19
BASUALDO W.	17, 21, 23, 24, 25, 35, 44	ESCALANTE E.	11	KAWABATA A.	19, 21, 23, 25, 37, 41
BATISTA J.	17	ESCOBAR D.	43	KNAPKE F.	13
BATTAGLIA S.	23, 24	ESCRIBA D.	13	KOHN J.	38
BENITEZ D.	25	ESCURRA L.	32	KRENTEL A.	25
BENITEZ G.	9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 36, 38	ESPINOLA A.	26, 29, 30	LACONICH M.	21
BENITEZ I.	33, 35	ESPINOLA C.	27	LAMPERT N.	25
BENITEZ L.	9, 43	ESPINOLA C.	44	LASPINA F.	24, 27, 42
BENITEZ LEITE S.	17, 33	ESPINOLA E.	24, 25, 26, 29, 38, 40	LEDESMA S.	39
BENITEZ ML.	17	ESPINOLA H.	20	LEGUIZAMON M.	41
BENITEZ S.	34	ESPINOLA H.	20	LEIVA G.	9
		ESPINOSA K.	22	LEON M.	23, 41
		ESPINOZA MD.	41	LEZCANO V.	36, 37, 38
		ESTIGARRIBIA H.	20	LICHI S.	24
		FALCON M.	20, 28, 40		
		FARIÑA C.	30		
		FARIÑA H.	22		

LIRD G.	20, 21, 28, 29, 41, 40, 43	PALACIOS M.	44	SCHININI A.	9
LLANES G.	36, 38	PALACIOS Y.	41	SEGOVIA H.	9, 26, 29, 30, 43
LOPEZ E.	20, 27	PALACIOS Z.	29	SERVIN D.	9, 29
LOPEZ G.	36, 37, 38	PANIAGUA A.	38	SERVIN J.	16
LOVERA D.	36, 39	PARANHOS-BACCALA G.	25	SERVIN P.	18
LURASCHI V.	13	PARAVICINI E.	16, 33, 34	SERVIN P.	18
LURASCHI P.	23	PAREDES B.	23, 38	SILVERO S.	11
MACCHI ML.	44	PAREDES H.	20	SILVERO S.	11
MADRAZO C.	13	PAREDES L.	36	SITZMANN L.	32
MALDONADO L.	21, 25, 35	PAREDES W.	22, 35	SOILAN B.	20, 41, 43
MANAVELLA F.	38	PARRA GI.	24	SOSA A.	29
		PEIRO A.	34	SOSA E.	20, 40
MARIN C.	12, 13, 30, 31, 36, 41	PELAEZ R.	38	SOSA I.	9, 26, 30, 43
MARIN M.	43	PENAYO A.	13, 30, 31, 36	SOSA S.	40
MARTINEZ C.	22, 31, 33, 35	PEÑA L.	20	SOSKIN A.	12
MARTINEZ F.	17	PERALTA L.	17, 33, 34	SOTOMAYOR V.	17, 33, 34
MARTINEZ H.	42	PEREIRA J.	35	STURBA E.	32
MARTINEZ M.	15, 20, 24	PEREIRA Y.	20	SUAREZ Z.	21
		PEREZ H.	16, 25	SUFFYS P.	41
MARTINEZ N.	9, 27, 29, 30, 43	PEREZ L.	32, 42		9, 10, 11, 12, 13, 38
MARTINEZ PICO M.	34	PESTANA E.	43	TABOADA A.	14, 15, 30, 31, 36, 38
MARTINEZ W.	24	PICAGUA E.	20, 26, 28, 29, 39	TAKAHASHI V.	28, 42
MATTIO I.	16	PORTILLO C.	14, 32	THEYS L.	26, 29
MAUBETT N.	16	PORTILLO G.	18	TORALES J.	22, 26, 35, 42
MAYOR L.	40	PORTILLO M.	12	TORALES JB.	29
MAYOR M.	15, 21, 34, 43	PORTILLO R.	20	TORALES MARTINEZ N.	26
MEDINA A.	22	PRADO M.	43	TORRES C.	21
MELGAREJO N.	20, 40	PROENCA-MODENA JL.	24	TORRES E.	11, 15
MENACHO C.	28	QUIÑONEZ B.	41, 44	TROCHE A.	15, 34
MENDEZ C.	21	QUIÑONEZ S.	18, 19	VACCARO B.	18
MERLO O.	10, 35, 36, 38	RAMIREZ L.	22, 35	VALDEZ MR.	10, 13, 31, 36, 37, 38
MESQUITA M.	17, 35	RAMIREZ P.	23, 24	VALENZUELA	17
MEYER M.	20, 29, 40	RAMIREZ WONG FM.	9	ARGUELLO Z.	17
MEZA G.	25, 44	RAMOS C.	43	VALL R.	20
MEZQUITA MJ.	36	REHMAN A.	25	VALLE E.	28
MIÑO DE KASPAR H.	24, 28, 42	REREZ L.	25	VAZQUEZ C.	22, 23, 24, 35
MOLAS C.	31	RIENZI R.	19	VAZQUEZ D.	33
MOULIN C.	25, 28	RIQUELME A.	32	VAZQUEZ M.	30
MOLINAS F.	12	RIQUELME I.	16, 21, 43	VEGA M.	21
MONTIEL D.	10	RITACCO V.	41	VEGA ME.	23, 24, 43
MORAGA SCHMIDLIN P.	41	RIVAS M.	21, 41	VELAZQUEZ D.	11, 12, 15, 31, 37
MOREL N.	21, 43	RIVEROS M.	25	VELAZQUEZ G.	21, 29, 40, 44
MUÑOZ P.	20		17, 18, 33, 35, 42, 44	VERA A.	36
MUÑOZ P.	25	RODRIGUEZ M.	44	VERA DE BILBAO N.	9
NAGAI M.	22, 37, 39, 42	RODRIGUEZ R.	30, 31	VERA E.	14
NAMANAKA W.	26	ROJAS A.	20	VERA N.	27
NARA E.	26	ROJAS G.	44	VERA R.	43
NIELSEN K.	35	ROLON R.	16, 21	VERA V.	12
NUÑEZ D.	10, 13, 14, 15, 25, 32, 42	ROMAN M.	31	VERDEJO L.	27
NUÑEZ MC.	12	ROMERO N.	41	VILLALBA J.	9, 12
NUÑEZ R.	16	ROVIRA C.	26, 29, 38	VILLALBA S.	22, 35
OBREGON B.	10, 27	RUIZ A.	24	VIRE F.	31
ODDONE R.	25, 26	RUIZ-D R.	14	VOMEL A.	32
OJEDA A.	20, 24	RUOTI MM.	25	VON CLARA L.	30
OLABE M.	22		23, 24, 25, 26, 29, 40, 41, 44	VON HOROCH M.	23, 24
OPORTO M.	44	RUSSOMANDO G.	40, 41, 44	WEILER N.	26, 40
ORTEGA G.	20	SALINAS B.	36	WENTZEL G.	32
ORTEGA M.	35	SALINAS M.	11, 15	WERMUTH I.	20
ORTEGA MJ.	22		9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 30, 31, 36, 38	YAMANAKA W.	9
ORTELLADO J.	16, 21, 25, 28, 41, 43, 44	SAMANIEGO S.	14, 15, 30, 31, 36, 38	YAMBAY I.	25
ORTIZ H.	16, 21, 25	SAMUDIO A.	16	YURUHAN L.	23
ORTIZ-PARANZA L.	23	SAMUDIO G.	44	ZARATE C.	39
ORUE E.	25	SAMUDIO M.	20, 22, 23, 24, 27, 28, 42	ZARATE G.	22
ORUE G.	15, 34	SAMUDIO T.	10, 36, 37, 38	ZARZA A.	33
OVANDO F.	10, 14, 15, 30	SAMUDIO-D GC.	15, 16, 19, 25, 32, 34, 38, 42, 43	ZAYAS A.	16
OVANDO W.	15	SANABRIA G.	36, 38	ZELAYA N.	22, 35
OVELAR P.	36, 37, 38	SANABRIA R.	24, 27, 28, 42	ZUBELDIA A.	21, 40
OVIEDO A.	22, 35	SANCHEZ DI MARTINO D.	24		
OVIEDO E.	22, 35	SANCHEZ Z.	23, 26, 28		
		SANTOS M.	31		

## Instrucciones para los autores

La Revista del **Instituto de Medicina Tropical**, de Asunción - Paraguay, acepta para su publicación trabajos referentes a la medicina y ciencias afines. La revista publica artículos originales, casos clínicos, artículos de revisión y cartas al editor, tanto en español como en inglés. Los trabajos enviados deberán ser inéditos. El Instituto de Medicina Tropical se reserva todos los derechos de programación, impresión o reproducción (copyright) total o parcial del material que reciba, dando en todo caso el crédito correspondiente a los autores del mismo. Si el autor desea volver a publicar lo ya aparecido en la Revista del Instituto de Medicina Tropical, requiere autorización previa por escrito del editor de Revista del Instituto de Medicina Tropical.

### ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

#### Presentación general

El manuscrito debe tener una portada indicando claramente el TÍTULO COMPLETO del artículo, los NOMBRES DE LOS AUTORES y sus AFILIACIONES (Nombre de la Universidad, Fundación, Instituto o Dependencia, Hospital, dirección completa de la misma y ciudad). También se debe incluir en la portada el nombre del autor a quien se deberá dirigir toda la correspondencia y su e-mail, si lo posee.

La primera página debe contener, un **resumen** del artículo, con un máximo de 200 palabras, y **4 a 6 palabras clave ordenadas alfabéticamente**. La segunda página debe contener un **Abstract** con un máximo de 200 palabras (en inglés) y 4 a 6 (**Keywords**) ordenadas alfabéticamente.

Todo el texto deberá estar escrito a doble espacio en papel tamaño carta y dejando por lo menos 2 cm de margen a los lados.

La impresión debe ser clara y el tamaño de la letra debe ser de 12 puntos (Times New Roman / Arial). La redacción del texto debe ser en voz PASIVA. Para abreviaturas, se debe utilizarla nomenclatura aprobada por la unión internacional de la respectiva disciplina.

El artículo debe comprender las siguientes secciones:

· Introducción

· Materiales y métodos (el área de estudio debe ir incluida para estudios de campo)  
· Resultados  
· Discusión  
· Conclusiones  
· Agradecimientos  
· Literatura citada  
· Leyenda de las figuras  
· Figuras  
· Tablas

Después del título del artículo debe aparecer el nombre del autor o de los autores de la siguiente forma:

a) Nombre y Apellido, (ejemplo: Juan Pérez),  
b) Si el autor quiere escribir dos apellidos estos deben estar unidos por un guión (ejemplo: Juan Lozano -Torres).

Cuando se citen otros trabajos dentro del texto, se seguirá el siguiente formato: Un autor: (López, 1995) o "...en el trabajo de López (1995)...".

Dos autores: (Andrade y Ruiz, 1992). Más de dos autores: (Rivas et al., 1993).

Más de una cita: (López, 1995; Andrade y Ruiz, 1992).

La presentación de la literatura citada se hará de la siguiente manera según Normas de Vancouver.

#### Libros

Andrade, G.; Ruíz, J.P. y Gómez, R. Biodiversidad, conservación y uso de recursos naturales. Primera edición. CEREC - Fundación Fiedrich Ebert de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. 1992. págs 126.

#### Artículos en revistas

Augsburger, C.K. Seed dispersal of the tropical tree, *Platydictyon elegans*, and the escape of its seedlings from fungal pathogens. *Journal of Ecology* 1983. 71: 759-771.

#### Libros editados

Rivas, L.I.; Chicharro, C. y Díaz, P. Sistemas de unión parásito-célula hospedadora en Trypanosomatidae. En: Rivas, L.I. y López, M.C. (eds.). Nuevas tendencias de parasitología molecular. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, España. 1993. págs. 185-216.

Tamayo, M. (Trabajos de grado) Efecto de la perturbación de los bosques fragmentados sobre el comportamiento y tamaño de una comunidad de primates en el pie de montellanero. Trabajo de Grado. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. 1997

Gutierrez, H. Utilización del canto como característica filogenética en los cucaracheros (Troglodytidae: Aves). Tesis de Maestría. Universidad de Costa Rica, Costa Rica. 1990

### **Notas a pie de página**

Evite el uso de notas a pie de página. La mayor parte de esta información puede ser incluida en el texto principal del artículo para el beneficio de lectores, editores e impresores.

### **Figuras y tablas**

Las figuras no deben estar incluidas dentro del texto del artículo. Cada figura debe ir en una página aparte sin la correspondiente leyenda, pero con los ejes y señaladores claros y grandes. Se deben utilizar unidades de SI (Sistema Internacional de unidades).

Si se envían fotos, éstas deben ser en blanco y negro y de tamaño media carta o carta en papel de alto contraste. Cada figura debe llenar toda una página ya sea en sentido horizontal o vertical, dependiendo de su estructura. Coloque detrás de la página donde está la figura el número correspondiente de la misma en lápiz (por ej. Figura 3). Las figuras originales se envían únicamente cuando el artículo haya sido aceptado para su publicación, mientras tanto se deben enviar fotocopias claras. Incluya en una hoja aparte la leyenda de todas las figuras del artículo. Las tablas tampoco deben ser incluidas en el texto principal del manuscrito.

### **ARTÍCULOS DE OPINIÓN Y REVISIONES DE LIBROS**

La revista acepta artículos de opinión sobre cualquier tema relacionado con las ciencias médicas y afines. Los artículos de opinión deben incluir portada y resumen en inglés y en español, siguiendo las mismas indicaciones que los artículos científicos.

Sin embargo, el texto debe ser continuo, sin secciones (en forma de ensayo), y no excederse en 10 páginas de longitud (sin

incluir portada y hojas de resumen). Si el artículo incluye figuras o tablas, éstas se deben elaborar y anexar de la misma manera que para los artículos científicos. Lo mismo se aplica para la literatura citada, notas de pie de página y ecuaciones. Si se envía la revisión de un libro, se debe incluir en la portada una reseña bibliográfica, utilizando el formato para citar libros de la revista (véase arriba). Las revisiones de libros no deben incluir resumen, pero sí un título.

Aplice las demás normas para escribir artículos de opinión en las revisiones de libros.

### **ENVÍO DE LOS ARTÍCULOS**

Los artículos deberán ser enviados (1 copia en papel y un formato electrónico (CD, pen drive), incluyendo fotocopias de las figuras, ilustraciones o fotografías) a la siguiente dirección:

#### **Departamento de Investigación y Docencia del Instituto de Medicina Tropical**

Venezuela casi Florida. Instituto de Medicina Tropical. Asunción - Paraguay.

Tel: (+595 21) 292 654 Interno 2030

Departamento de Investigación y Docencia del Instituto de Medicina Tropical

O por correo electrónico a la dirección de e-mail: [investigacion\\_docencia@imt.edu.py](mailto:investigacion_docencia@imt.edu.py)

A nombre del:

**Prof. Dr. Antonio Arbo Sosa**, Editor de la Revista del Instituto de Medicina Tropical.

Una vez el artículo sea aceptado para su publicación, el autor debe remitir a la oficina editorial los originales de figuras y fotos, así como una versión del artículo en procesador de palabra (Word 7.0 o superior).

**Proceso de revisión:** La primera revisión la realiza el editor para definir si el artículo corresponde a la línea editorial y cumple con los requisitos señalados en estas instrucciones. La segunda revisión la realizan dos árbitros independientes en calidad de revisores pares. La identidad de autores y revisores es confidencial.



**Instituto de Medicina Tropical**  
Avda. Venezuela casi Florida  
Tel/Fax: (+595 21) 292 654 – 292 164  
Asunción – Paraguay  
[www.imt.edu.py](http://www.imt.edu.py)