

Enfermedades infecciosas

Infections diseases

- I-1 TOXICIDAD CARDIACA POR SALES DE ANTIMONIO PENTAVALENTE EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. DESCRIPCIÓN DE CASOS
- I-2 ENFERMEDAD DE POTT UN RETO DIAGNÓSTICO, UTILIDAD DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)
- I-3 ABSCESO CUTANEO POR NOCARDIA ASTEROIDES EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, POST TRASPLANTE RENAL
- I-4 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPACTO ECONÓMICO DE PACIENTES CON AISLAMIENTO DE PSEUDOMONAS AERUGINOSA Y ACINETOBACTER BAUMANNII CARBAPENEM RESISTENTES, PERIODO DE MARZO – DICIEMBRE DE 2007 EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.
- I-5 PRESENTACIÓN DE CASO: COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTE CON MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX
- I-6 CUAL ES EL CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS Y SIDA EN LOS ESTUDIANTES DE ULTIMO AÑO DE MEDICINA
- I-7 FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VIH HUSI 2008-2009” ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO
- I-8 TUBERCULOSIS PLEURAL Y ANEMIA HEMOLÍTICA. PRESENTACIÓN DE CASO
- I-9 CASO CLINICO: ASCITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON CIRROSIS POR VIRUS C
- I-10 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ABSCESO ESPLÉNICO ESPONTÁNEO POR STREPTOCOCO DEL GRUPO VIRIDANS
- I-11 PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: ABCESOS CEREBRALES MULTIPLES EN PACIENTE CON VIH: LISTERIA MONOCITOGENES UNA ETIOLOGÍA OLVIDADA
- I-12 PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: BLOQUEO AV TERCER GRADO UNA RARA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA
- I-13 LA INMUNOLOGÍA DE LA SEPSIS: CD64 EN NEUTRÓFILOS Y HMGB1 COMO NUEVOS BIOMARCADORES
- I-14 LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS EN COLOMBIA (EPISEPSIS COLOMBIA)
- I-15 SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y HALLAZGOS DE NECROPSIA
- I-16 PRESENTACIÓN DE CASO: UN CASO DE NEUMONIA NECROTIZANTE POR BURKHOLDERIA CEPACIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD
- I-17 PRESENTACIÓN DE CASO: “COMPROMISO MEDIASTÍNICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS CON FOCO PRIMARIO EN TEJIDOS BLANDOS”.
- I-18 NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON FUNGEMÍA POR TRICHOSPORON BEIGELII
- I-19 PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON INFECCIÓN URINARIA POR KLUYVERA ASCORBATA
- I-20 PRESENTACIÓN DE CASO, TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE
- I-21 PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: FUSARIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE TRASPLANTADO DE MÉDULA ÓSEA
- I-22 FACTORES DE ASOCIACIÓN RELACIONADOS CON EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALARIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL

MENÚ PRINCIPAL

Menú Enfermedades Infecciosas

Continúa

I-23 a I-37

Enfermedades infecciosas

Infections diseases

- I-23 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE ACINETOBACTER BAUMANNII EN SERVICIOS NO UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA (HUHMP) DURANTE EL AÑO 2007
- I-24 ¿CUÁL ES EL PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD DE GÉRMESES GRAM POSITIVOS AISLADOS DE HOSPITALES COLOMBIANOS?: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA (PRIMERA FASE)
- I-25 ETIOLOGÍA DE LAS BACTEREMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS EN COLOMBIA, 2001-2007
- I-26 PRESENTACIÓN DE CASO: STAPHYLOCOCCUS AUERUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD
- I-27 FRECUENCIA DE LA SEROCONVERSIÓN POSTERIOR A LA VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE VIH DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO
- I-28 CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. UN ESTUDIO DE AUTOPSIA
- I-29 INTERACCIÓN MICOBACTERIA-HOSPEDERO EN TUBERCULOSIS PULMONAR
- I-30 DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS DE NEUMONÍA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO
- I-31 HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTE CON MALARIA COMPLICADA POR P VIVAX: REPORTE DE CASO
- I-32 PRESENTACIÓN DE CASO: HISTOPLASMOSIS DISEMINADA PROGRESIVA EN PACIENTE POSTRANSPLANTE RENAL
- I-33 TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES VIH NEGATIVOS: DESENLACE DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN MEDELLÍN
- I-34 ENFERMEDAD DE LEMIÈRRE
- I-35 PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: HOMBRE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON CRIPTOCOCOSIS MENINGEA MANEJADO CON TERAPIA COMBINADA NO CONVENCIONAL (ANFOTERICINA B, VORICONAZOL Y 5 FLUCITOSINA)
- I-36 ENDOCARDITIS BACTERIANA EN VÁLVULA PROTÉSICA
- I-37 HEPARINA NO FRACCIONADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SEPSIS: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO (ESTUDIO HETRASE)

I-1**TOXICIDAD CARDIACA POR SALES DE ANTIMONIO PENTAVALENTE EN EL TRATAMIENTO DE LEISHMANIASIS CUTÁNEA EN PACIENTES QUE INGRESAN AL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. DESCRIPCIÓN DE CASOS****PINO LUIS, VEGA K, CIFUENTES K, PÉREZ M***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Leishmaniosis cutánea, antimoniales pentavalentes, miocarditis, QTc prolongado**Objetivos.** Describir mediante reporte de casos, el efecto tóxico cardiaco que tienen las sales de antimonio pentavalente usadas para el tratamiento de leishmania cutánea, en soldados que ingresan al Servicio de Medicina Interna de Hospital Militar Central Bogotá.**Diseño del estudio.** Revisión de historias clínicas, aplicación del instrumento, descripción de hallazgos, reporte de casos.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia**Pacientes.** En el último año (desde enero del 2007 a enero del 2008) se ha presentado 3 casos de mortalidad relacionados con la aplicación de las sales antimoniales, específicamente el antimoniato de meglumina (glucantime); relacionados con toxicidad cardiaca, trastornos de repolarización y prolongación del QT.**Intervenciones.** Omitido**Mediciones.** Revisión de historias clínicas y protocolos de necropsia de los casos descritos mediante aplicación de instrumento**Resultados.** 2 Pacientes 24 años orgánicos del Ejército Nacional, procedentes diferentes áreas del país, quienes se les diagnosticó leishmaniasis por frotis directo de lesión, con un promedio de un mes y medio de diagnóstico de la patología al inicio del tratamiento, a quienes no se les realizó toma de EKG antes de inicio de tratamiento ni durante este, a uno de ellos se le suspendió durante un solo día tratamiento por elevación de amilasa. En promedio al día 20 de tratamiento presentan cuadro de dolor en hemiabdomen superior, emesis y deposiciones diarreicas, con un tiempo de estancia en promedio de dos días posterior al cual fallecen por presentar FV que no revierte con RCP avanzada. Autopsias informan miocarditis crónica, nucleomegalias e hipertrofia de miocitos de forma multifocal secundaria a cardiotoxicidad. Además, de presentar pancreatitis aguda y falla renal.**Conclusiones.** La leishmaniasis se ha incrementado en los últimos años al interior del Ejército Nacional, dado el cumplimiento de la misión en regiones selváticas de nuestro país; convirtiéndose en una patología devastadora no solo por las implicaciones económicas que trae al interior de la Fuerza (incapacidad laboral, costo de medicación, etc.) sino su acción sobre la salud de nuestro personal, y desafortunadamente su tratamiento con sales antimoniales, adiciona otros tipos de riesgo, como la posibilidad de desarrollar pancreatitis, falla renal, compromiso hepático y en nuestros casos el fallecimiento por compromiso cardiaco.

I-2**ENFERMEDAD DE POTT UN RETO DIAGNÓSTICO, UTILIDAD DE LA REACCIÓN EN CADENA DE LA POLIMERASA (PCR)****FLÓREZ CRISTIAN FABIÁN, RODRÍGUEZ F***Hospital Militar Central, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, diagnóstico, tratamiento, Pott**Objetivos.** Tener en cuenta la importancia diagnóstica paraclínica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), en la tuberculosis osteoarticular.**Diseño del estudio.** Descripción de un caso clínico**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central Bogotá Colombia**Pacientes.** 1 paciente**Intervenciones.** Paciente de 75 años con fractura espontánea de T7, es llevado a fijación posterior ortopédica, se toma muestras para biopsia, con reporte inicial de infiltrado plasmocitario, ausencia de granulomas de caseificación, baciloscopia y cultivo negativo para mycobacterias. Presencia de blastoconidias, se inicio manejo antifungico con anfotericina B, con mala tolerancia por lo cual se cambio a itraconazol durante 2 meses. Estudios para plasmocitoma y neoplasias negativos. Posteriormente persistían picos febriles, deterioro neurológico motor - sensitivo con nivel T8.**Mediciones.** Ayuda diagnóstica de la PCR para *mycobacterium tuberculosis*.**Resultados.** Se continuó la búsqueda de TBC Osteoarticular por medio de PCR de fragmento óseo afectado el cual es reportado como positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.**Conclusiones.** El resurgimiento de la tuberculosis se ha asociado al incremento concomitante en la incidencia de la enfermedad de Pott. El diagnóstico es un verdadero reto teniendo en cuenta que los medios diagnósticos convencionales suelen tener una sensibilidad baja, afortunadamente hoy en día tenemos herramientas muy útiles como la técnica de la PCR la cual tiene una sensibilidad superior al 94% y especificidad de 99%.

I-3**ABSCESO CUTANEO POR NOCARDIA ASTEROIDES EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO, POST TRASPLANTE RENAL**

VEGA KELLY PATRICIA, RADA R, PIOTROSTANALZKI A

Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. Absceso, *Nocardia asteroides*, trasplante renal, trimetropim sulfa, minociclina, tacrolimus.

Objetivos. Descripción de caso

Diseño del estudio. Reporte de caso

Lugar del estudio. Bogotá

Pacientes. Uno

Intervenciones. Tratamiento antibiótico, drenaje, sistema VAC

Mediciones. Cuadro hemático, hemocultivos, gram y cultivo de secreción

Resultados. Paciente masculino de 23 años de edad, antecedente de trasplante renal, de donante vivo relacionado, hace 6 meses, recibe tacrolimus y prednisona, con cuadro de 15 días de signos inflamatorios en muslo derecho, con escasa secreción, tratamiento ambulatorio inicial, con dicloxacilina, y cefalexina, sin mejoría, por incremento de la sintomatología consulta. Al examen físico con signos de respuesta inflamatoria sistémica, rubor, calor, edema tumefacción y secreción, en muslo, se considera drenaje quirúrgico, en cultivo de secreción, crecimiento de nocardia, que se tipifica en laboratorio de Instituto Nacional de Salud, como *Nocardia asteroides*. El paciente recibió tratamiento con trimetropim sulfa, y posteriormente minociclina en razón de elevación de la creatinina La Nocardia ha sido reportada como un patógeno hospitalario y oportunista, de difícil identificación por su lento crecimiento, se ha determinado que la presencia de compromiso del sistema inmune, es un factor de riesgo para infección por este patógeno; en pacientes, con terapias inmunosupresoras,

Conclusiones. La *Nocardia asteroides* se comporta como patógeno oportunista En receptores de trasplante de órgano sólido, de importancia clínica a partir del primer mes pos-trasplante, en razón de las nuevas terapias inmunosupresoras, con las que contamos en la actualidad.

I-4

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E IMPACTO ECONÓMICO DE PACIENTES CON AISLAMIENTO DE *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* Y *ACINETOBACTER BAUMANNII* CARBAPENEM RESISTENTES, PERIODO DE MARZO – DICIEMBRE DE 2007 EN UNA UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO.**PÉREZ JAIRO, PORRAS M, BASTIDAS A, BALLESTEROS M, OSORIO J.****Hospital Militar Central, Bogotá D.C. - Colombia****Diseño:** Reporte de casos**Palabras clave.** *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, panresistencia, multiresistencia, carbapenem, cuidado intensivo.**Objetivos:** Caracterizar los pacientes con aislamiento de *Acinetobacter baumannii* (AB) ó *Pseudomonas aeruginosa* (PA) resistentes a carbapenémicos y describir su impacto económico.**Diseño del estudio:** Descriptivo serie de casos

Lugar del estudio: Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) de adultos Hospital Militar Central (HMC), Bogotá.

Pacientes: Mayores de 18 años hospitalizados en UCI entre Marzo y Diciembre de 2007, con aislamiento microbiológico de AB o PA en cualquier muestra resistentes a carbapenémicos. Se excluyeron pacientes con infección por VIH o con aislamiento de microorganismos diferentes a los objeto del estudio en la misma muestra.**Intervenciones:** Ninguna**Mediciones:** Revisión de historias clínicas y descripción de mecanismos de resistencia de AB y PA de acuerdo a caracterización molecular de los aislamientos realizada previamente.**Resultados:** Se analizaron 18 pacientes, 16 de ellos hombres. 12 aislamientos de AB y 6 de PA

Para AB lo más frecuente; Origen de la muestra: líquido peritoneal. Comorbilidad: tumor sólido (3 de 12). Diagnóstico de ingreso a UCI: infección intraabdominal, neumonía y trauma. Mortalidad al final del tratamiento 34%.

Para PA lo más frecuente; Origen de la muestra: punta de catéter y tejidos blandos. Comorbilidad: HTA (4 de 6). Diagnóstico de ingreso a UCI: trauma, infección intraabdominal, neumonía. Mortalidad al final del tratamiento: 16.6%.

Promedio estancia en Cuidado Intensivo 38 días. Valor promedio de estancia \$42.154.363

Conclusiones: La infección por microorganismos multiresistentes es frecuente en pacientes críticos y tiene un impacto importante en morbimortalidad, estancia y costos que justifica el desarrollo prioritario de políticas específicas de uso de antimicrobianos y reforzar las medidas de aislamiento.

Para AB el mecanismo de resistencia predominante fue Carbapenemasa OXA23. Para PA fue VIM6.

I-5**PRESENTACIÓN DE CASO: COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTE CON MALARIA POR PLASMODIUM VIVAX****BAUTISTA MOLANO WILSON ARMANDO***Hospital Militar Central, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Malaria, vivax, pulmón

Objetivos. La malaria además de su clásica presentación puede incluir manifestaciones pulmonares de severidad variable, incluyendo desde manifestaciones leves hasta edema pulmonar y falla multiorgánica. Ocurren pocos días después del inicio del tratamiento, usualmente el pulmón es el único órgano afectado con pocos casos fatales. A pesar de progresos en la fisiopatología de la malaria los mecanismos que inducen lesión pulmonar están lejos de ser dilucidados. Se han reportado en la literatura 21 casos de edema pulmonar no cardiogénico por *Plasmodium Vivax*, sin embargo complicaciones pulmonares no han sido sistemáticamente estudiadas. Presentamos el caso de un paciente con infección por *Plasmodium Vivax* quien desarrolla dificultad respiratoria progresiva, hipoxemia e infiltrados de ocupación alveolar, requiriendo soporte ventilatorio invasivo en la unidad de cuidados intensivos. Soldado de 21 años procedente del Choco, consulta por inicio súbito de fiebre, escalofríos, osteomalgias, hiporexia, vómito e ictericia. Malaria en 4 ocasiones (último hace 6 meses por vivax), tabaquismo medio paquete año durante 6 años. Signos vitales estables, deshidratación grado I, ictericia generalizada, auscultación cardiopulmonar sin sobreañagados y hepatomegalia. Paraclínicos sin leucocitosis ni anemia con trombocitopenia (39.000), hiperbilirrubinemia indirecta, transaminasas y función renal normal. Placa de tórax sin alteraciones significativas, gota gruesa positiva *Plasmodium Vivax*: formas anulares 95.2/mm³. Manejo inicial con cloroquina – primaquina. Evolucionan con deterioro clínico, persiste febril con intolerancia a la vía oral. Se traslada a UCI, presenta dificultad respiratoria, desaturación (FiO₂: 0.35), pO₂: 58 mmHg, PaO₂/FiO₂: 136. Placa de tórax: infiltrados de ocupación alveolar comprometiendo 2/3 inferiores del campo pulmonar derecho y posteriormente izquierdo. Requiere ventilación mecánica invasiva con cubrimiento antibiótico (cefepime - clindamicina). Por caída de hemoglobina de 4 g se realiza fibrobroncoscopia y BAL obteniendo líquido sanguinolento y extendido con fondo hemorrágico (40.000 hematíes/mm³). Negativo para microorganismos, recuento hemosiderófagos: 20%.

I-6**¿CUÁL ES EL CONOCIMIENTO SOBRE TUBERCULOSIS Y SIDA EN LOS ESTUDIANTES DE ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA?****GRANADA ANA MARIA, GAIL SHOR-POSNER, MIGUEZ M, BRENER T***Hospital Santa Clara, Bogotá, D.C. – Colombia. Universidad de Miami, Miami - Florida E.U.***Palabras clave.** Tuberculosis, Sida**Objetivos.** Establecer el conocimiento sobre tuberculosis e infección por retrovirus, VIH – SIDA en los estudiantes de último año. Determinar si el entrenamiento ha sido lo suficientemente específico como para reconocer la importancia de realizar diagnósticos y tratamientos oportunos en enfermedades como la tuberculosis y el SIDA. Adicionalmente evaluar el conocimiento de TBC de los estudiantes de medicina del último año, antes y después de las nuevas reformas de educación y salud en un país en donde ambos la TBC (pulmonares y Extra-pulmonar) y el VIH están estables o aumentando.**Diseño del estudio.** Descriptivo**Lugar del estudio.** Bogotá,**Pacientes.** Estudiantes de Medicina.**Intervenciones.** Se realizó una encuesta dividida en 3 partes la primera sobre epidemiología en TBC la segunda sobre clínica diagnóstico y tratamiento de TBC y la tercera en lo relacionado a SIDA y TBC.**Mediciones.** Siguiendo los principios de la Teoría Clásica de los Test (TCT) un instrumento de medición debe contar con características tales como: confiabilidad, validez, consistencia interna, discriminación y dificultad apropiadas, razón por la cual estadísticamente se llevaron a cabo los siguientes procedimientos analíticos: 1. identificación de la estructura factorial de cada escala para establecer las unidades de medida, 2. cálculo de discriminación y dificultad para cada ítem mediante correlaciones biserial y biserial puntuales. 3. análisis conjunto de los ítem de cada factor el resultado del análisis permitió concluir que: 1. las escalas cuentan con niveles aceptables de confiabilidad, validez y poder discriminativo, los ítems se agrupan formando escalas que son óptimas para evaluar estructuralmente a los estudiantes. es válido aclarar que los estudiantes pudieron eventualmente haber incurrido en adivinación de respuestas por lo que las calificaciones reportadas están corregidas mediante fórmulas especializadas para restar del puntaje total la probabilidad de adivinación**Resultados.** Se evaluó el conocimiento en 3 áreas: epidemiología y salud pública de la TBC, tratamiento de la TBC, diagnóstico y población infantil. Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad mediante consistencia interna para cada componente de la escala: Epidemiología y salud pública 0.77 tratamiento 0.69 y diagnóstico y población infantil 0.62 El cuestionario sobre TBC contó con 16 preguntas: Una vez corregidas las posibilidades de adivinación por parte de los estudiantes se obtuvieron los siguientes resultados: está compuesto por 6 componentes y explica el 57.34% de la varianza de los datos. Como se puede observar, las agrupaciones de ítems permiten concluir que los ítems contenidos en el componente 1 miden conocimiento frente a la tuberculina, los ítems del componente 2 miden el conocimiento que el estudiante tiene sobre estrategias y políticas de tratamiento, El componente 3 mide conocimiento de problemas neumológicos asociados a tuberculosis, el componente 4 sondea el conocimiento sobre factores de riesgo, el componente 5, se encarga de medir comprensión de la correlación clínica de la microbiología en tuberculosis. En la tercera parte se evaluaba el conocimiento sobre TBC extrapulmonar y tuberculosis general, para la evaluación se realizó el análisis de discriminación y complejidad determinando perfil de los estudiantes.**Conclusiones.** La evaluación sobre el conocimiento sobre tuberculosis y SIDA, en los estudiantes de último año de medicina, no impacta frente a la importancia de tener un conocimiento que sea aplicable para ayudar a la búsqueda y contención de las enfermedades, de alto impacto en salud pública tanto por lo que implica para la persona enferma como para las políticas en salud y lo que implica en macroeconomía, la incapacidad laboral, el riesgo de contagio y una atención eficiente y oportuna. El mayor riesgo lo encontramos frente a las dificultades diagnósticas, colocándonos en mayor riesgo sobre el comportamiento de la tuberculosis como puede ser la presencia de multiresistencia medicamentosa. En relación a los años anteriores en que se evaluaba sobre tuberculosis no hay diferencias estadísticas significativas en mejoría del conocimiento. Invitándonos a plantear nuevas metas en el aprendizaje.

I-7

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN LOS PACIENTES DEL PROGRAMA DE VIH HUSI 2008-2009” ESTUDIO DESCRIPTIVO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

CASTRO NORYS ALEXANDRA, GÓMEZ C, RODRIGUEZ G, TAMARA JR, ALVAREZ C, JIMENEZ L, VALDERRAMA S, LOWESTGIN E

*Hospital San Ignacio, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Disfunción tiroidea, VIH**Objetivos.** Objetivo principal -Describir la frecuencia del hipotiroidismo y el hipertiroidismo en relación con VIH-SIDA de los pacientes del programa VIH del Hospital Universitario de San Ignacio
Objetivos específicos -Describir la prevalencia de disfunción tiroidea en la población -Describir la frecuencia de hipotiroidismo subclínico en la población a estudio -Describir la relación entre disfunción tiroidea con carga viral y conteo de CD4 -Describir la relación encontrada con otros trastornos metabólicos -Describir la asociación entre hipotiroidismo con interferon y estavudina**Diseño del estudio.** De manera inicial se realizó una revisión narrativa de la literatura médica, realizándose una búsqueda en las principales bases de datos (Medline, OVID), utilizando las palabras claves “VIH” + “thyroid disease”. Se incluyeron estudios realizados tipo revisión descriptiva, experimentos clínicos, casos y controles, de pacientes de ambos géneros, de 16 o más años, publicados en idioma español, inglés y francés, desde el año 1990 hasta 2007. Basados en los escasos datos obtenidos, ningún dato en la literatura latinoamericana, se consideró viable la realización de un estudio ambispectivo descriptivo al respecto, que no tendrá ningún tipo de intervención, excepto toma de datos de la historia clínica. Este será un estudio prospectivo durante 12 meses, con corte parcial a los 6 meses según el número de pacientes recolectados.**Lugar del estudio.** Consulta externa programa VIH, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia**Pacientes.** Todos los pacientes programa VIH HUSI: Se trata de población de 1500 pacientes aprox. en el programa VIH de la institución**Intervenciones.** no tendrá ningún tipo de intervención, excepto toma de datos de la historia clínica**Mediciones.** El estudio tendrá una muestra mayor la cual es el universo de la población, por lo que se aplicarán pruebas de estadística paramétrica para su análisis, el cual está basado en variables continuas en las que se compararan promedios y porcentajes a los cuales se les aplicará la prueba de Chi cuadrado. De acuerdo a los resultados, a las variables discretas, se les aplicará la prueba de T-student. Los resultados serán mostrados en tablas numéricas y con graficas. Todos los datos extraídos después de la revisión de historia y encuesta a pacientes se almacenaran en una base de datos computarizada diseñada para tal fin. Se realizará un estudio prospectivo teniendo como grupo de observación a los pacientes de 16 o mas años con alteración en los niveles de TSH y/o T4 del programa VIH del Hospital Universitario San Ignacio**Resultados.** Por el momento se realizó la revisión retrospectiva. Se revisaron 580 registros de los cuales se obtuvieron 19 pacientes con diagnóstico de hipotiroidismo (3,2%), con un promedio de edad de 46,6 años (DS 10,96), solo se describe 1 paciente de sexo femenino en la serie de casos, el 68% de los casos descritos correspondió a hipotiroidismo subclínico (13/19), hipotiroidismo primario (6/19), y no se describieron casos de hipotiroidismo secundario o terciario. De los casos catalogados como hipotiroidismo primario 1 caso fue de origen postquirúrgico en tanto que 5 fueron clasificados como de origen idiopático. El valor de TSH promedio al momento del diagnóstico fue 7,64(DS 2,51), El valor de CD4 promedio al momento del diagnóstico fue de 304 (DS 203). De los antecedentes evaluados, la historia de uso previo de estavudina se encontró en 6 de 19 pacientes (38%). 4 de 19 tenían manifestaciones clínicas de lipodistrofia (21%), solo 1 paciente presentaba el antecedente de tabaquismo y ninguno de los casos tenían historia de coinfección con el virus de hepatitis C. De los pacientes con hipotiroidismo subclínico el 50% no recibía suplencia hormonal y el 50% restante tenía indicación de uso de L-tiroxina como terapia coadyuvante por historia de dislipidemia en 6 de 19 casos y polineuropatía en 2 de 19 casos. No se documentó ninguna mortalidad en el seguimiento de los pacientes. Se encuentra en desarrollo la revisión prospectiva con el resto de la población a estudio.**Conclusiones.** La frecuencia de hipotiroidismo en esta serie de casos (3,2%) se encuentra dentro de lo descrito previamente en la literatura para esta población. Un grupo de estos pacientes manifiesta otras complicaciones de tipo metabólico como son lipodistrofia y alteraciones del perfil lipídico. Por esto último se recomienda utilizar tamización con TSH en pacientes que presenten sintomatología compatible con hipotiroidismo, hagan uso de terapia antirretroviral altamente efectiva especialmente en esquemas de tratamiento que incluyan estavudina, presenten dislipidemias de difícil control o polineuropatía periférica. Este trabajo hace parte de una línea de investigación que está en curso para realizar un estudio prospectivo de tamización en el grupo de pacientes que se incluyan en el programa de VIH del hospital Universitario San Ignacio. Se espera contar con información en nuestra población acerca de la frecuencia, prevalencia y asociación entre la disfunción tiroidea y el VIH. Contando con estos datos consideremos introducir dentro de los paraclínicos solicitados en la consulta del programa de VIH, TSH y T4 como estudios periódicos definiendo así inicio de tratamiento. Así mismo, se pretende continuar la línea de investigación en

nuestra población VIH positiva de la institución y consolidar la participación de estudiantes de la facultad de medicina en los procesos de investigación de nuestro hospital y nuestra facultad de medicina.

MENÚ PRINCIPAL

Menú Enfermedades Infecciosas

I-8**TUBERCULOSIS PLEURAL Y ANEMIA HEMOLÍTICA. PRESENTACIÓN DE CASO****PÉREZ JAIRO, REYES P***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, anemia hemolítica, esteroides**Objetivos.** Describir el caso de un paciente en quien se diagnosticó anemia hemolítica y tuberculosis, buscar el posible mecanismo de interacción entre las 2 patologías y aclarar la utilidad de los esteroides en el tratamiento.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central**Pacientes:** Hombre 64 años con un mes de evolución de astenia, adinamia, deterioro clase funcional de grado I – III, palidez, ictericia, coluria, pérdida 10 kg de peso en 2 meses, fiebre, diaforesis nocturna. Examen Físico: FC: 92x, pálido, icterico, murmullo vesicular y frémito vocal disminuidos en 2/3 inferiores del hemitórax izquierdo, matidez.**Mediciones.** Hg: 5,8g / dl; Reticulocitos : 4,8%; Bilirrubina total: 6,3mg / dl, Indirecta: 5,8mg / dl. Coombs directo: positivo. Radiografía tórax: derrame pleural izquierdo, toracentesis: exudado linfocítico, adenosindeaminasa: 79,2 (hasta 47 U / l). Biopsia pleural: paquipleuritis aguda y crónica, células gigantes multinucleadas.**Intervenciones.** Tratamiento tetraconjugado acortado supervisado y esteroides.**Resultados.** Diagnóstico: Tuberculosis y anemia hemolítica. Buena evolución con tratamiento**Conclusiones.** No es claro el mecanismo de relación entre las 2 enfermedades, Whitfield, propuso 4 posibles mecanismos, el más probable es que la tuberculosis cause ó esté asociada a desórdenes hematológicos. Se encuentran en la literatura otros casos de relación entre estas 2 enfermedades, pero ninguno con localización pleural de la tuberculosis. Hay controversia respecto al requerimiento de esteroides. Cuando la anemia hemolítica se presenta durante el tratamiento antituberculoso, podría ser secundaria a estos fármacos.

I-9

CASO CLINICO: ASCITIS TUBERCULOSA EN PACIENTE CON CIRROSIS POR VIRUS C

CÁRDENAS ISABEL CRISTINA, CAPATAZ C, PRADA G

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. Ascitis, cirrosis, tuberculosis**Objetivos.** Introducción. En el estudio de la ascitis en los pacientes con enfermedad hepática, el 85% es causada por hipertensión portal secundaria a cirrosis y el 15% es producida por otras patologías (metástasis hepáticas, trombosis portal, ascitis cardiaca, hipotiroidismo, tuberculosis peritoneal, síndrome nefrótico, pancreatitis). Todos los pacientes con ascitis y enfermedad hepática se les deben realizar estudio del líquido ascítico**Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Fundación Santa Fe de Bogotá**Pacientes.** Mujer de 55 años con cuadro de 4 meses de dolor abdominal, fiebre y ascitis progresiva, dentro de los estudios iniciales le confirmaron la presencia de Hepatitis C. Se realizó ecografía hepatobiliar y TAC de abdomen con ascitis, hígado de contornos lobulados irregulares, endoscopia de vías digestivas sin varices y hemograma con trombocitopenia. Consultó a hepatología donde se decide realizar paracentesis diagnóstica: citoquímico de líquido ascítico: gradiente de albumina 1.1, alto contenido de proteínas, leucocitosis elevada a expensas de linfocitos. ADA de 62.54. Se considera paciente con probable cirrosis por Hepatitis C con ascitis de origen no portal hipertensivo. Fue valorada por infectología por sospecha de TBC peritoneal, se realiza hemograma leucopenia 3.92 neutrófilos 32 linfocitosis 57.8 hemoglobina 14 hematocrito 40.4 trombocitopenia 93.000, albumina 3.5, PT 13.7/9.9 INR 1.41, bilirrubina total 7.86 directa 5.56 indirecta 2.3, creatinina 0.75, fosfatasa alcalina 102, gama glutamil transferasa 96, AST 95, ALT 57, TSH 4.71, laparoscopia y biopsia de peritoneo e hígado para confirmar en diagnóstico y evaluar el compromiso hepático. En el post-operatorio inmediato presenta dificultad respiratoria, disminución de la SatO₂ 84%, hipoventilación pulmonar derecha, se realiza Rx de torax: derrame pleural derecho masivo, se decide hacer toracostomía, se obtuvieron 700 cc de líquido serohemático. El citoquímico del líquido pleural: turbio, leucocitos 1650 mm³, neutrófilos 15% linfocitos 85%, eritrocitos 210 mm³ frescos 10% crenados 90%, proteínas 5.8 gr/dl, LDH 212, glucosa 93 mg/dl. Se inicia rifampicina 600 mg día, etambutol 1200 mg día, piracinamida 1500 mg día, ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas. La biopsia de peritoneo mostró tejido fibroadiposo con múltiples granulomas con células gigantes multinucleadas y necrosis focal. La biopsia hepática: cirrosis micronodular por virus C con actividad necroinflamatoria leve. Actualmente en tratamiento con ciprofloxacina, asintomática con cirrosis Child Pugh A.**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Ninguna**Resultados.****Conclusiones.** El peritoneo es uno de los más comunes sitios de infección extrapulmonar por tuberculosis, es la sexta causa de TBC extrapulmonar en Estados Unidos, ocurre en el 3.5% de los casos de TBC pulmonar y causa el 31% a 58% de las TBC abdominales. La incidencia de la TBC peritoneal 0.1%-0.7% en todo el mundo, afecta principalmente a pacientes entre 35 a 45 años Los pacientes con mayor riesgo: VIH, enfermedad renal terminal en diálisis, uso de inmunosupresores, cirrosis principalmente la causada por enfermedad hepática alcohólica. La infección del peritoneo es secundaria a diseminación hematogena de un foco pulmonar, sin embargo la coexistencia con enfermedad pulmonar activa es rara. Los pacientes con enfermedad hepática alcohólica presentan anergia cutánea a una variedad de antígenos, lo que sugiere una alteración en la función de las células T y por consiguiente un defecto en la inmunidad. La probable interacción entre la disfunción inmunológica y la malnutrición de los pacientes con cirrosis permite que sean más susceptibles a desarrollar TBC peritoneal. La TBC peritoneal es una enfermedad subaguda, sus síntomas se desarrollan en semanas a meses. La presencia de comorbilidades como falla renal o enfermedad hepática pueden resultar en presentaciones atípicas. La enfermedad puede evolucionar de 3 formas: húmeda o ascitis, fibrotica y seca o plástica. Las manifestaciones clínicas: ascitis 73%, dolor abdominal 64.5%, fiebre 59%, pérdida de peso 61%, diarrea 21.4%, constipación 11%. El diagnóstico de TBC peritoneal se debe considerar en todos los pacientes con ascitis linfocítica, gradiente de albúmina sérica/ascitis < 1.1, cultivo de *Mycobacterium* en líquido ascítico o biopsia peritoneal positivo, se considera el gold caseoso con múltiples adhesiones fibróticas y adheridas 13% El tratamiento de la TBC peritoneal incluye 5 medicamentos de primera línea: isoniazida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA), etambutol (EMB) y estreptomycin (SM). La recaída después de iniciar el tratamiento se asocia a alta mortalidad 35% y en pacientes con cirrosis hasta 75%. Se recomienda tratamiento por 6 meses. En pacientes sin enfermedad hepática la elevación de la AST ocurre en el 20%, se debe suspender el tratamiento si se eleva 5 veces o 3 veces con síntomas. También se debe tener en cuenta la fosfatasa alcalina y las bilirrubinas. En los pacientes con enfermedad hepática se recomienda: -RIF,PZA y EMB por 6 meses -INH, RIF, EMB por 2 meses seguidos de INH y RIF por 7 meses -RIF, EMB, fluoroquinolona y cicloserina IV por 12-18 meses -EMB,SM, fluoroquinolona y otra droga de segunda línea estándar para el diagnóstico.

I-10**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: ABSCESO ESPLÉNICO ESPONTÁNEO POR STREPTOCOCO DEL GRUPO VIRIDANS**

SALINAS JORGE, ACOSTA R, ROMERO V, MANTILLA W

Hospital Militar Central Bogotá, D.C. -Colombia

Palabras clave. Absceso esplénico, *Streptococcus viridans*, esplenectomía, drenaje percutáneo, ampicilina/sulbactam, vancomicina.

Objetivos. -Describir las características clínicas de un caso de absceso esplénico por streptococo del grupo viridans. -Recaltar en la comunidad médica la importancia de incluir el absceso esplénico como diagnóstico diferencial en el paciente con fiebre y dolor abdominal en el cuadrante superior izquierdo. -Destacar la tendencia actual a la utilización de medidas no quirúrgicas en el absceso esplénico que permitan la preservación del bazo recidivante.

Diseño del estudio. Descriptivo: reporte de caso

Lugar del estudio. Hospital Militar Central, Bogotá D.C.

Pacientes. Paciente de 47 años, previamente sana, con ocho días de dolor abdominal tipo peso en hipocondrio y flanco izquierdo, irradiado a región dorsal, hombro y hemitórax ipsilateral, fiebre no cuantificada, astenia y adinamia. Al ingreso al Hospital Militar Central se encuentra paciente en regulares condiciones generales, algica, deshidratada con persistencia del dolor abdominal a pesar del manejo analgésico instaurado.

Intervenciones. Se realizó inmunización contra neumococo y se inició tratamiento empírico con ampicilina/sulbactam que posteriormente, ante pobre respuesta clínica se cambia por vancomicina. Se practica drenaje percutáneo en dos oportunidades. La paciente continúa evolucionando tórpidamente hasta que se realiza esplenectomía.

Mediciones. Leucocitosis con neutrofilia en hemograma, derrame pleural izquierdo y TAC abdominal contrastado revela colección intraparenquimatosa que compromete 2/3 del bazo. Cultivo del material drenado reporta streptococo del grupo viridans.

Resultados. Se identifica como foco primario un absceso dentario, descartando inmunosupresión y otros focos sépticos. La paciente presenta mejoría clínica por lo que es dada de alta con manejo ambulatorio.

Conclusiones. El caso destaca la similitud en la presentación clínica de la patología con los casos publicados en la literatura mundial, al igual que la dificultad en el diagnóstico clínico creado por el bajo índice de sospecha, resaltando el reto en la terapéutica actual en donde el objetivo principal es la preservación del bazo.

I-11**PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: ABCESOS CEREBRALES MÚLTIPLES EN PACIENTE CON VIH: *LISTERIA MONOCITOGENES* UNA ETIOLOGÍA OLVIDADA****MIRANDA ANTONIO, ZÚÑIGA M, OÑATE J, BOLÍVAR G, MARTÍNEZ E***Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología y Servicio de Radiología, Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle, Cali – Colombia.***Palabras clave.** Listeria, abscesos cerebrales, VIH, Trimetropim**Objetivos.** Objetivo General: Ilustrar un caso de abscesos cerebrales múltiples por *Listeria monocytogenes*, utilizando herramientas clínicas, hallazgos del líquido cefalorraquídeo e imagenológicos con tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia nuclear magnética con gadolinio (RNM). Objetivos específicos: Consideración en el diagnóstico diferencial de otras patologías oportunistas del sistema nervioso central en pacientes inmunocomprometidos. Determinación del agente etiológico, Uso de las herramientas diagnósticas y la respuesta al tratamiento instaurado.**Diseño del estudio.** Presentación de caso clínico**Lugar del estudio.** Departamento de Medicina Interna, Servicio de Infectología y Servicio de Radiología Hospital Universitario del Valle., Universidad del Valle. Cali – Colombia.**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** No**Mediciones.** Observación clínica**Resultados.** Presentamos el caso de una paciente femenina de 32 años que consulta a nuestro servicio por cuadro clínico de aproximadamente 1 mes de evolución caracterizado por presentar episodios de movimientos tónico clónicos generalizados con desviación de la mirada y relajación de esfínteres con recuperación posterior de estado de conciencia pero con recurrencia de los episodios y con último episodio asociado a alteración de estado de conciencia consistente en somnolencia, desorientación, en persona, lugar y tiempo, comportamientos inadecuados y fiebre alta no cuantificada por lo que consulta. Hay historia de aborto espontáneo con manejo extrahospitalario en las tres semanas previas, ingresa hemodinámicamente estable con rigidez de nuca, somnolencia, tendencia a estupor, con pensamiento incoherente sin signos de focalización motora, por lo que se realiza escanografía de cerebro con evidencia de lesión hipodensa con edema vasogénico de localización parietal izquierda, con efecto de masa que desplaza surcos adyacentes y que se extiende hasta la región de núcleos basales en el lado izquierdo sin signos de herniación ni otras lesiones aparentes, además llega reporte de Elisa para HIV positivo, IgG toxo positivo, Serología no reactiva, BK en jugo gástrico negativo, se realiza punción lumbar obteniendo LCR de aspecto claro presión de apertura alta, eritrocitos 393, linfocitos 134, PMN 63% proteínas 1 gramo glucosa 0, tinta china negativa, BK negativo, se realiza resonancia magnética de cerebro: se aprecian tres lesiones hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y FLAIR, que presentan realce anular con gadolinio y edema perilesional de aspecto vasogénico que comprometen núcleos basales en forma bilateral y región parietal izquierda, con efecto de masa sobre estructuras adyacentes, sin signos de hidrocefalia ni otras lesiones en el parenquima cerebral o cerebeloso, ni realce aracnoideo. por lo que se inicia manejo antitoxoplasma con clindamicina/pirimetamina, ácido fólico a dosis terapéuticas, además por la proteinorraquia tan marcada se inicia manejo tetraconjugado anti TBC, a los tres días llega reporte de cultivo de LCR positivo para *Listeria monocytogenes* sensible a ampicilina/penicilina por lo que se inicia manejo con ampicilina 12 gramos diarios por 6 semanas en conjunto con gentamicina por 4 semanas. posterior al manejo inicial el paciente presenta mejoría clínica con resolución de alteración de estado de conciencia. Posteriormente se realiza TAC y resonancia de control la cual muestra franca mejoría radiológica de las imágenes posteriormente se da alta a la paciente con manejo ambulatorio**Conclusiones.** La infección por *Listeria monocytogenes* es típica en pacientes con alteraciones de la inmunidad celular de tipo congénita o adquirida, sin embargo es poco frecuente en la población de pacientes con VIH, y esto es debido al uso de Trimetropim-Sulfametoxazol para la profilaxis de infecciones oportunistas. En pacientes inmunosuprimidos como los pacientes con sida con abscesos cerebrales requieren sea considerado esta etiología en forma temprana para así mejorar el pronóstico de la infección.

I-12**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO: BLOQUEO AV TERCER GRADO UNA RARA MANIFESTACIÓN DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA****GIL CALDERÓN DIANA ROCIO, CAMARGO JP, VILLAMIZAR A, LIBREROS G***Universidad Nacional de Colombia, Hospital El Tunal, Bogotá D.C. - Colombia***Palabras clave.** Bloqueo AV tercer grado, endocarditis, absceso cardiaco**Objetivos.** 1. Reportar el caso clínico de un paciente con Endocarditis Infecciosa quien presenta como única manifestación bloqueo AV de tercer grado. 2. Establecer al *Citrobacter freundii* como agente etiológico de endocarditis infecciosa. 3. Identificar los factores de riesgo asociados a endocarditis por *Citrobacter freundii* 4. Determinar el pronóstico de los pacientes con complicaciones intracardiacas secundarias a endocarditis infecciosa.**Diseño del estudio.** Reporte de un caso**Lugar del estudio.** Hospital el Tunal**Pacientes.** Hospitalizado en la institución nombrada**Intervenciones.** Diagnóstico, seguimiento, manejo**Mediciones.** No aplica**Resultados.** Mejoría clínica con el tratamiento instaurado, con posterior retiro de marcapaso transvenoso y retorno al ritmo sinusal**Conclusiones.** 1. En la literatura revisada es el primer caso de endocarditis infecciosa por *Citrobacter freundii* que se manifiesta con bloqueo auriculoventricular completo. 2. El *Citrobacter freundii* está involucrado en infecciones del tracto urinario, infección de tejidos blandos, en usuarios de drogas intravenosas, y existen solo un reporte de caso de endocarditis infecciosa, ante la presencia de bacteriemia por dicho germen es necesario buscar el foco primario 3. Aunque los abscesos intracardiacos han sido identificados en las diferentes series en un 30% de los pacientes con endocarditis infecciosa, es raro que produzcan bloqueo auriculoventricular de tercer grado. 4. Se debe valorar la respuesta clínica y ecocardiográfica al tratamiento cuando se hayan identificado complicaciones intracardiacas, o en presencia de gérmenes altamente virulentos, por que determinara la necesidad de manejo quirúrgico temprano.

I-13**LA INMUNOLOGÍA DE LA SEPSIS: CD64 EN NEUTRÓFILOS Y HMGB1 COMO NUEVOS BIOMARCADORES****ENRÍQUEZ LUIS, GÁMEZ L, VELÁSQUEZ S, MATUTE J, DE LA ROSA G, TORO F, PATIÑO P, JAIMES F.***Grupo de Inmunodeficiencias Primarias - Sede de Investigación Universitaria y Grupo Académico de Epidemiología Clínica, Universidad de Antioquia, Medellín – Colombia***Palabras clave.** CD64, HMGB1, sepsis, diagnóstico, correlación, biomarcadores**Objetivos.** Evaluar la correlación con inflamación y severidad de dos nuevos biomarcadores con potencial aplicación en el diagnóstico temprano de la sepsis**Diseño del estudio.** Estudio en curso anidado en el proyecto DISEPSIS (Toward an operative diagnosis in sepsis: a latent class approach BMC Infect Dis. 2008; 8: 18)**Lugar del estudio.** Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín, Colombia**Pacientes.** Pacientes admitidos por el servicio de urgencias con sospecha de infección**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Se determinaron los valores séricos de HMGB-1 (high mobility group box1) por ELISA, y de CD64-PMN (expresión membranal de CD64 en neutrófilos) en sangre total por citometría de flujo**Resultados.** Se han estudiado hasta el momento 314 pacientes, 50% mujeres, con una mediana de edad de 54 años. Los principales diagnósticos de ingreso fueron neumonía en 25% (n=...) e infección de tejidos blandos en 17% (n=...). Las correlaciones entre CD64 y PCR, PCT, SOFA y APACHE II fueron 0.51, 0.49, 0.20 y 0.17, respectivamente. Las correlaciones entre HMGB-1 y PCR, PCT, SOFA y APACHE II fueron 0.21, 0.16, 0.02 y 0.09, respectivamente. No se detectó asociación entre CD64 (OR=1.02; IC 95%=0.8, 1.3) o HMGB-1 (OR=0.97; IC 95%=0.9, 1.1) y muerte intrahospitalaria.**Conclusiones**

Sólo uno de los biomarcadores evaluados muestra una correlación moderada con los marcadores clásicos de inflamación. No se detectó correlación con la gravedad de la enfermedad en ninguno de los biomarcadores. HMGB-1 y CD64 podrían representar eventos diferentes de la activación del sistema inmune en sepsis.

I-14**LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA SEPSIS EN COLOMBIA (EPISEPSIS COLOMBIA)****JAIMES FABIAN, RODRÍGUEZ F, BARRERA L, DE LA ROSA G, DENNIS R, DUEÑAS C, GRANADOS M, LONDOÑO D, MOLINA F, ORTIZ G, JAIMES F**

Universidad de Antioquia y Hospital Universitario San Vicente de Paúl, Medellín. Universidad del Valle y Hospital Universitario del Valle, Cali. Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín. Fundación CardioInfantil, Bogotá, D.C. Universidad de Cartagena, Hospital Bocagrande y Clínica Madre Bernarda, Cartagena. Fundación Valle de Lili, Cali. Pontificia Universidad Javeriana y Hospital San Ignacio, Bogotá, D.C. Universidad Pontificia Bolivariana y Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín. Hospital Santa Clara, Bogotá – Colombia

Palabras clave. Infección, sepsis, sepsis grave, choque séptico, epidemiología**Objetivos.** Determinar las características de la sepsis y las infecciones agudas de manejo hospitalario en una población Colombiana**Diseño del estudio.** Cohorte concurrente**Lugar del estudio.** 10 instituciones de Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín**Pacientes.** Adultos con sospecha o confirmación de cualquier tipo de infección, cambios en la temperatura, o hipotensión de causas no determinadas. Se verificó como criterio de inclusión la presencia de infección definida de acuerdo con criterios clínicos o microbiológicos modificados de las definiciones del CDC.**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Características socio-demográficas, estancia hospitalaria, APACHE II, SOFA, características microbiológicas de la infección, frecuencia de sepsis, sepsis grave y choque séptico, frecuencia y tiempo de manejo en UCI, y mortalidad a los 28 días.**Resultados.** Durante 6 meses fueron reclutados 2,681 pacientes, 69% (n=1,842) y 31% (n=839) con infecciones adquiridas en la comunidad y el hospital, respectivamente. Con edad media 55 años (DS=21), 51% (n=1,365) mujeres y mediana de hospitalización 10 días (IQR = 5-19); el diagnóstico más frecuente fue infección urinaria (n=571, 21%), seguido por neumonía adquirida en la comunidad (n=408, 15%) e infección de tejidos blandos (n=304, 11%). Se solicitó algún estudio microbiológico a 1,761 participantes (66%). De 1040 hemocultivos ordenados, 36% (n=375) fueron positivos. El puntaje promedio de APACHE II fue de 11.5 (DS=6.8) y el puntaje SOFA de 3.8 (DS=3.2), con 209 pacientes (8%) admitidos a UCI (mediana de estancia=4.5 días). Al ingreso 2,484 (93%) pacientes cumplían algún criterio de sepsis y 1,658 (62%) de sepsis grave, de los cuales 283 (17%) tenían choque séptico. La mortalidad al día 28 fue del 19% (n=506).**Conclusiones.** En población hospitalaria general de las 4 principales ciudades del país, las frecuencias de sepsis grave y choque séptico superan ampliamente las cifras reportadas en todo el mundo. La mortalidad observada es superior a la predicha por los puntajes de pronóstico. Es urgente definir estrategias de prevención y control para este problema.

I-15**SEPSIS POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS Y HALLAZGOS DE NECROPSIA****MANTILLA JULIO CÉSAR, GÓMEZ N, SERRANO A***Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga - Colombia***Palabras clave.** *Staphylococcus aureus*, estafilococemia, autopsia.**Objetivos.** Describir los principales hallazgos patológicos en ocho pacientes con estafilococemia, por medio de autopsia médico-científica.**Diseño del estudio.** Se presenta el informe clínico patológico de ocho autopsias realizadas en la Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Colombia, en los años 2005, 2007 y 2008.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia)**Pacientes.** Caso 1: Paciente femenina de 7 años, que ingresa por proceso séptico articular, evoluciona a falla renal y coagulopatía. Caso 2: Paciente masculino de 14 años, que ingresa por fiebre, osteomialgias, tos seca, disnea y palidez cutánea. Caso 3: Paciente masculino de 47 años, con cuadro de varicela que consulta por dolor epigástrico severo y vómito. Caso 4: Paciente masculino de 19 años, que ingresa por fiebre, dolor en fosa iliaca derecha, tos seca, disnea y palidez cutánea. Caso 5: Paciente masculino de 39 años, quien presenta fiebre, osteomialgias y malestar general. Caso 6: Paciente masculino de 44 años, que consulta por pérdida de peso, lipotimias, emesis y melenas. Caso 7: Paciente masculino de 10 años, con cuadro caracterizado por dolor en muslo derecho y pierna izquierda acompañado de escalofríos y fiebre subjetiva. Caso 8: Paciente masculino de 2 años, que ingresa por fiebre y erupción cutánea generalizada, posteriormente dificultad respiratoria y oliguria.**Intervenciones.** No se realizó ningún tipo de intervención, teniendo en cuenta que es una presentación de casos.**Mediciones.** Las mediciones realizadas fueron las observadas en los hallazgos anatómo-patológicos de las necropsias.**Resultados.** Caso 1: Hemorragias puntiformes en dorso, abdomen, miembros inferiores y fundus gástrico, derrame pleural y pericárdico, nódulos blancoamarillentos en pulmón, edema cerebral. Caso 2: Derrame pleural, edema cerebral, hemorragias petequiales en cardias y cuerpo gástrico. Caso 3: Petequias en tórax, abdomen, extremidades inferiores, derrame pleural y ascitis, edema cerebral, nódulos blanquecinos subpleurales, hepáticos, renales y esplénicos. Caso 4: Lesiones pustulosas generalizadas, derrame pleural y peritoneal, edema cerebral, hemorragias petequiales en cardias y cuerpo gástrico, zonas blanquecinas confluentes en psoas iliaco, histológicamente numerosas colonias bacterianas de predominio cocoide en pulmón y psoas. Caso 5: Lesiones pustulosas en extremidades y prepucio, derrame pleural, pericárdico y ascitis, abscesos piógenos en cerebro, riñones y corazón. Caso 6: Palidez mucocutánea generalizada, derrame pleural y pericárdico purulento, nódulos necróticos en pulmón y riñón, histológicamente colonias bacterianas de tipo cocoide en pulmón, riñón y corazón. Caso 7: Engrosamiento de muslo derecho, lesiones petequiales en miembros inferiores, ascitis, abscesos y lesiones quísticas purulentas en pulmón, hemorragias petequiales en región fundocorporal, histológicamente colonias bacterianas de tipo cocoide en pulmón. Caso 8: Lesiones costrosas generalizadas, rodilla derecha edematizada, nódulos blancoamarillentos en pulmón, petequias en mucosa fundocorporal, histológicamente colonias bacterianas de tipo cocoide en membrana sinovial de rodilla derecha.**Conclusiones.** Se presenta el estudio anatómo-patológico de ocho autopsias realizadas a niños y adultos con infección generalizada por *S. aureus*. La falla multiorgánica secundaria al choque séptico fue de la causa principal de muerte en estos casos, es de resaltar la rápida progresión a este estado que fue de aproximadamente 4 días en la mayoría de los casos.

I-16**PRESENTACIÓN DE CASO: UN CASO DE NEUMONIA NECROTIZANTE POR *BURKHOLDERIA CEPACIA* ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD**

ARIZA AMAURY, IMBETH P, USTATE F, ARELLANOS I, ZUÑIGA E, SARMIENTO J, RICO V, ARIAS J, CAICEDO S, DÍAZ A, GONZÁLEZ H, MARTÍNEZ A, SUÁREZ M

Universidad del Sinú, Cartagena - Colombia

Palabras clave. Neumonía necrotizante, derrame pleural, empiema, complejo *Burkholderia cepacia*

Objetivos. Describir un caso clínico de neumonía necrotizante adquirida en la comunidad por el complejo *Burkholderia cepacia* en paciente no inmunocomprometido

Diseño del estudio. Descriptivo

Lugar del estudio. Clínica Universitaria San Juan de Dios de Cartagena

Pacientes. Paciente con neumonía necrotizante

Intervenciones. Masculino, 39 años, agricultor. Clínica de 20 días de evolución con fiebre no cuantificada, criodiaforesis, asociado a tos hemoptóica; disnea leve que progresa hasta ortopnea. Examen físico: tórax asimétrico, expansibilidad disminuida del hemitorax izquierdo, taquipnéico, tirajes intercostales, ausencia de vibraciones vocales y matidez en base pulmonar izquierda. Rx de tórax: derrame pleural izquierdo masivo. Se realiza toracostomía cerrada izquierda, tratamiento antibiótico con piperacilina/tazobactam y ciprofloxacina. Persiste drenaje abundante de líquido purulento por tubo de torax (empiema) y fistula bronco pleural líquido pleural: turbio, cultivo negativo a las 72 horas, leucocitos: 58.700, Neutrofilos:90%, glucosa:6.29, Proteínas:5.22G/DL, LDH:31228.65, ADA(-) VIH(-) células neoplásicas (-). Ecografía pleural: derrame pleural izquierdo, abundante. TAC de tórax: derrame pleural bilateral, patrón intersticial difuso a nivel parahiliar y basal bilateral, atelectasia basal posterior izquierda, bronquiectasias bibasales, imagen compatible neumatocele. Cirugía de tórax: por evidencia de drenaje purulento abundante por tubo de tórax (2500 cc en 72 horas) más hallazgos imagenológicos realiza toracoscopia encontrando neumonía necrotizante. Se decide realizar lobectomía mas decorticación. Ingres a UCI para soporte ventilatorio cultivo de líquido pleural (96 horas): germen aislado: complejo *burkholderia cepacea*, sensible a meropenem y trimetropim sulfa. Infectología rota tratamiento a estos antimicrobianos

Mediciones. Eficacia del tratamiento antibiótico y quirúrgico

Resultados. Evolución satisfactoria. Alta a los 21 días de estancia hospitalaria

Conclusiones. Complejo *burkholderia cepacia* son patógenos nosocomiales emergentes en pacientes con y sin fibrosis quística e inmunocomprometidos. Se destaca como agente etiológico responsable de neumonía necrotizante adquirida en la comunidad, en este paciente no inmunocomprometido.

I-17**PRESENTACIÓN DE CASO: “COMPROMISO MEDIASTÍNICO POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS CON FOCO PRIMARIO EN TEJIDOS BLANDOS”.**

ARBELÁEZ ANA MILENA, BASTIDAS A

*Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Mediastinitis, *Staphylococcus aureus*, bacteremia**Objetivos.** Mostrar a la comunidad médica que la diseminación hematogena por *Staphylococcus aureus* desde un foco primario en piel puede ser causa de infección mediastinal no traumática o post quirúrgica.**Diseño del estudio.** Descripción de un caso clínico.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central, Bogotá D.C**Pacientes.** Soldado regular.**Intervenciones.** Masculino, 19 años, soldado, de San José del Guaviare con sintomatología de 10 días, de lesión abscedada en antebrazo izquierdo con malestar general y cefalea. Posteriormente picos febriles, tos seca, disnea y dolor pleurítico en hemitorax derecho. Por deterioro clínico remiten a HOMIC. Al examen taquicardico, taquipneico y signos de derrame pleural bilateral. Paraclínicos con leucocitosis, neutrofilia y cayademia. PCR y VSG elevados. Gases arteriales sin hipoxemia. EKG con elevación del segmento ST en derivaciones precordiales. Radiografía de Tórax con ensanchamiento mediastinal, derrame pericárdico y derrame pleural bilateral. Ecografía de Tórax con derrames pleurales tabicados. Ecocardiograma transtorácico con derrame pericárdico. escanografía de tórax con colecciones tabicadas bilaterales, ocupación mediastinal y derrame pericárdico. No evidencia de consolidación alveolar. Líquido pleural compatible con empiema. Gram con cocos gram positivos. Valorado por medicina interna. Se diagnostica mediastinitis purulenta con empiemas bilaterales y pericarditis bacteriana por *Staphylococcus aureus* como posible agente, con foco de entrada en piel. Se inicia vancomicina. Se realiza toracoscopia y mediastinoscopia con liberación de adherencias pleurales, decorticación y drenaje mediastinal y pleural bilateral de material purulento. Se dejan tubos de drenaje mediastinal y toracostomías bilaterales.**Mediciones.** Observacional, Descripción de caso clínico**Resultados.** Aislamiento de *S. aureus* sensible a oxacilina en hemocultivo y cultivo de líquido pleural. Oxacilina por 4 semanas con resolución de síntomas.**Conclusiones.** La diseminación hematogena desde un sitio de infección distante del mediastino puede causar infección mediastinal no traumática por *Staphylococcus aureus*; Este sitio de entrada como causa de mediastinitis es reportado de manera infrecuente en la literatura. Para disminuir la alta mortalidad asociada a esta patología es fundamental la sospecha diagnóstica y el inicio temprano antibacteriano y drenaje quirúrgico de las lesiones.

I-18**NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE CON FUNGEMÍA POR *TRICHOSPORON BEIGELII*****PARRA SANDRA, BASTIDAS A, YURGAKY J***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. -Colombia***Palabras clave.** Neumonía intersticial descamativa, *Trichosporon***Objetivos.** Describir la probable asociación entre neumonía intersticial descamativa e infección sistémica por *Trichosporon beigelii***Diseño del estudio.** Descripción de un caso clínico**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central Bogotá Colombia**Pacientes.** UNO**Intervenciones.** Paciente de 19 años previamente sano procedente de MITU, con cuadro clínico agudo de fiebre, tos húmeda; con progresión a falla ventilatoria que requirió intubación orotraqueal y falla orgánica multisistémica con TAC de tórax que evidenció infiltrado de ocupación alveolar de predominio bibasal interpretado inicialmente como neumonía multilobar instaurándose tratamiento con ampicilina sulbactam y claritromicina sin mejoría a pesar de tratamiento antimicrobiano con persistencia de síndrome febril y bajos índices de oxigenación ; se decide llevar a BAL que demostró la presencia de secreción bronquial hemorrágico y blastoconidias las cuales no fueron tipificadas con dos hemocultivo positivos para *Trichosporon beigelii*. Se cambio esquema antimicrobiano administrándose voriconazol - anfotericina B, en pruebas de función pulmonar con disminución de la disfuncion de CO₂, con mejoría clínica posterior y resolución del cuadro clínico referido.**Mediciones.** Observacional, Descripción de caso clínico**Resultados.** Se realizó biopsia pulmonar a cielo abierto que mostró patrón histológico de bronquiolitis con neumonía intersticial descamativa. Paciente quien presenta mejoría progresiva de cuadro clínico con resolución de falla multiorgánica y traslado a pisos**Conclusiones.** Este paciente presentó neumonía intersticial descamativa sin factores de riesgo descritos en la literatura, como única entidad asociada se documento infección diseminada por *Trichosporon beigelii* planteándose lo que deja posibilidad la relación causal directa entre esta infección y el patrón histopatológico pulmonar la cual no se halla descrita en la literatura.

I-19**PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO CON INFECCIÓN URINARIA POR *KLUYVERA ASCORBATA*****YURGAKY JAMES, GUERRA J, RODRIGUEZ M***Hospital Militar Central, Bogota, D.C. – Colombia***Palabras clave.** *Kluyvera Ascorbata*, Inmunocompromiso.**Objetivos.** Describir presentación de infección urinaria por *Kluyvera ascorbata* en un paciente con inmunocompromiso.**Diseño del estudio.** Descripción de un caso clínico**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Paciente de 49 años con diagnóstico de LNH folicular en recaída quien ingresa para tratamiento con rituximab, fludarabina, mitoxantrona y dexametasona quien recibió ciclo de quimioterapia en forma exitosa, durante el quinto día de hospitalización presenta fiebre de 39 grados centígrados, malestar general, polaquiuria, disuria y tenesmo vesical, se inicia tratamiento con cefepime en forma empírica, se toma uroanálisis que muestra bacterias +++, leucocitos 30 -40 por campo, ecografía renal y de vías urinarias dentro de límites normales, ch con 7800 leucocitos neutrófilos 5000 hb de 9 g/dl y hematocrito de 30%, se decide continuar terapia antimicrobiana y se espera el reporte de urocultivo tomado.**Mediciones.** Observación al, descripción de caso clínico**Resultados.** Urocultivo positivo *Kluyvera ascorbata* resistente a cefepime, ceftriaxona cefalotina, sensible a meropenem.**Conclusiones.** La *kluyvera ascorbata* se encuentra dentro de las etiologías menos frecuentes de infección del tracto urinario; con el aumento de entidades infecciosas y medicamentosas que generan inmunocompromiso se ha podido documentar con mayor frecuencia como responsable de procesos infecciosos urinarios.

I-20**PRESENTACIÓN DE CASO, TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE****VÉLEZ SANTIAGO, LOPERA C, OLIVEROS M***Clínica Universitaria Bolivariana. Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín - Colombia*

Palabras clave. CLAVEM. tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar, tuberculosis diseminada, inmunocompetente, sistema nervioso central, piel, pleura.

Objetivos. Describir la extensión del compromiso de *M tuberculosis* en un paciente inmunocompetente como reto diagnóstico.

Diseño del estudio. reporte de caso

Lugar del estudio. Clínica Universitaria Bolivariana Medellín

Pacientes. Mujer de 17 años

Intervenciones. Ninguna

Mediciones. Ninguna

Resultados. Ninguna

Conclusiones. Las manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis se observan hasta en el 15% de los pacientes inmunocompetentes en países en desarrollo. En estos pacientes, los sitios más frecuentemente afectados son: Pleura (20%), hueso y articulaciones (10%), intestino (9%), tuberculosis miliar (8%), Meninges (5%) y abdomen (3%), sin embargo puede no relacionarse con el compromiso pulmonar, convirtiendo estos casos en un reto diagnóstico para el personal médico. Se presenta el caso de una paciente femenina de 17 años quien se presenta a nuestra institución con síndrome convulsivo y lesiones expansivas en sistema nervioso central por tomografía axial computarizada, precedido por compromiso cutáneo consistente en lesiones múltiples supurativas en región dorsal y derrame pleural de 2 años de evolución. Se logra aislar *M. tuberculosis* con el método de capa delgada y la paciente presenta mejoría con el tratamiento. Dentro de los estudios no se encontraron causas de inmunodeficiencia. Es claro que la tuberculosis pulmonar, al ser la presentación más frecuentes en pacientes inmunocompetentes e inmunocomprometidos no ofrece un mayor desafío diagnóstico para el personal médico, sin embargo casos como el reportado enfrentan al personal a un reto académico y médico, donde la vida de la paciente depende del adecuado enfoque diagnóstico.

I-21**PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: FUSARIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE TRASPLANTADO DE MÉDULA ÓSEA****CAPATAZ CÉSAR, CÁRDENAS I, PRADA G***Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá – Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** Fusariosis, Micosis invasiva, Trasplante de médula ósea.**Objetivos.** A nivel mundial existe un renovado interés en el estudio de las micosis invasivas, dado por el aumento de su incidencia en pacientes inmunocomprometidos. Se presenta un caso de *Fusariosis* diseminada en paciente con neoplasia hematopoyética.**Diseño del estudio.** Reporte de Caso clínico.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario Fundación Santa Fé.**Pacientes.** Hombre de 62 años con historia de Mieloma Múltiple diagnosticado un año antes del evento actual, tipo Inmunoglobulina G, con compromiso inicial del 92% de médula ósea, múltiples lesiones líticas y deterioro renal. Manejado con quimioterapia (vincristina, adriamicina y dexametasona) y bortezomib, quien ingresa para trasplante autólogo de médula ósea (día 0) previo condicionamiento con melfalan y soporte con factor estimulante de colonias. Al día 8 de trasplante presenta mucositis y bacteremia asociada a catéter por *S.epidermidis* resistente a meticilina, se inicia manejo con vancomina pero al persistir la fiebre, se retira y se cambia el acceso venoso central. El día 17 postraplante se aísla *Klebsiella pneumoniae* no productora de beta lactamasa, se inicia meropenem. El día 19 presenta edema y dolor facial importante, tos con expectoración y compromiso del estado general, se documentan tomográficamente sinusitis etmoido-maxilar derecha y esfenoidal, nodulos pulmonares con signo del halo positivo, se inicia voriconazol, previa toma de galactomanano, el cual fue negativo. El día 26 se confirma aislamiento en sangre (1 botella de hemocultivos) y en fosas nasales *Fusarium spp.* El paciente sale de neutropenia el día 28 con 1460 leucocitos. Se continúa con voriconazol con adecuada tolerancia y mejoría clínica.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Ninguna.**Resultados.** Hombre con Fusariosis diseminada en paciente con Mieloma múltiple**Conclusiones.** La *Fusariosis* es una hialohifomicosis emergente a nivel mundial con una incidencia de 6 casos por 1000 trasplantados de médula ósea, siendo la segunda micosis invasiva en dicha población. Sus manifestaciones varían desde queratitis hasta fiebre persistente, siendo característico el compromiso cutáneo y sinopulmonar. Su diagnóstico se confirma a través del aislamiento de *Fusarium spp.* en sitios estériles o con presencia de hifas en tejidos. No existe consenso con respecto al tratamiento, sin embargo el uso de nuevos azoles (voriconazol-posaconazol) han permitido mejorar el pronóstico ominoso de esta patología.

I-22**FACTORES DE ASOCIACIÓN RELACIONADOS CON EL INGRESO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MALARIA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL****BAUTISTA WILSON, PARRA S, BASTIDAS A***Hospital Militar Central, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Malaria, unidad cuidados intensivos, asociación**Objetivos.** Determinar los factores de asociación de ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, en pacientes con malaria que ingresaron a la institución**Diseño del estudio.** Estudio Observacional Analítico de Cohorte Retrospectiva. Se calculó el tamaño de muestra, se consultó en el servicio de Estadística y Archivo y se realizó la recolección de variables a medir.**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central Bogotá**Pacientes.** La población estudio fueron pacientes con malaria hospitalizados durante 2002 y 2008. Se obtuvo registros de 278 historias clínicas**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Se calculó el tamaño de muestra con el programa TAMAMU ® registrado en estudios de cohortes para estimación de proporción. Se obtuvieron registros de ingreso de 406 pacientes durante 2002 y 2008, prevalencia esperada de ingreso a UCI de 3%, diferencia máxima de 1%, a dos colas, error tipo 1 estimado del 5% y porcentaje acumulado de error en el diagnóstico y de historias clínicas perdidas de 10%. Se revisaron 298 historias clínicas. El análisis de la información se realizó con el programa SPSS 13.0.**Resultados.** De los 278 pacientes, 22 ingresaron a UCI correspondiendo a 7,91% de la muestra. las variables que se asociaron con ingreso a UCI fueron: disnea ($P < 0,001$), uso de antimaláricos previos al ingreso al hospital ($P = 0.001$), parasitemia mayores de 50.000 ($P = 0.001$), utilización de antibióticos ($P=0.001$), plaquetas 83.000 ($P = 0.01$), hemoglobina de 11,5 ($P=0.01$), bilirrubina 6,7 ($P=0.03$), Edad ($P=0,04$) y presencia de hepatomegalia ($P=0.05$).**Conclusiones.** La presencia de disnea, anemia, hiperbilirrubinemia, trombocitopenia, parasitemia mayor de 50.000, la administración de antimaláricos y antibióticos previos se relacionaron con el ingreso a UCI en los pacientes con diagnóstico de malaria. Sin embargo la anemia fue menor a la reportada en otras series y el compromiso renal y neurológico fue infrecuente en nuestra población.

I-23**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON AISLAMIENTO DE *ACINETOBACTER BAUMANNII* EN SERVICIOS NO UCI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO DE NEIVA (HUHMP) DURANTE EL AÑO 2007**

CAMPOS CLAUDIA MARCELA, DÍAZ D, GÓMEZ CA, GUALTERO SM, HERNÁNDEZ ME, QUINTERO LE, SANTOFIMIO D

Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva - Colombia

Palabras clave. *Acinetobacter baumannii*

Objetivos. Describir las características clínicas y epidemiológicas de pacientes con aislamientos de Ab en servicios NO UCI

Diseño del estudio. estudio descriptivo, retrospectivo

Lugar del estudio. Hospital Universitari Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva

Pacientes. 52 pacientes con aislamiento de Ab, en servicios no UCI del Hospital

Intervenciones. A partir de aislamiento del laboratorio de microbiología, se recolectaron los números de las historias, luego se bajo al archivo, donde se sacaron las historias clínicas, y de ellas los datos correspondientes al estudio, de los servicios no UCI del Hospital, observación adultos, urgencias adultos, urgencias pediátricas, infectología adultos, infectología pediátrica, y pisos.

Mediciones. se cuantificaron las comorbilidades, factores de riesgo, distribución de Ab de acuerdo al piso, la edad promedio, el sexo, procedencia, los días de hospitalización, terapia antibiótica previa, reistencia antibiótica

Resultados. Se obtuvieron 52 aislamientos de Ab, correspondió al sexto aislamiento en servicios no UCI, 33(63%) en pacientes hombres. 77% de los aislamientos representaban casos de infección nosocomial. La distribución de los aislamientos fue: quirúrgicos 32%, ortopedia con 47% de estos, observación pediátrica 23%. Todos los servicios reportaron aislamientos de Ab. Entre los factores de riesgo identificados, 77% tenían estancia hospitalaria mayor a 5 días, 35% catéter venoso central, 16% sonda vesical, 44% inmunosupresión, 29% trauma raquideomedular. 28% ingreso previo a UCI, 65% terapia antibiótica previa, de los cuales 9% consistían en algún carbapenems, La tasa de resistencia a carbapenem fue de 63%. La tasa de mortalidad cruda al egreso de la institución fue 11%

Conclusiones. Ab circula en los servicios NO UCI de nuestra institución, llevando consigo alta tasa de resistencia y comorbilidad. Los factores de riesgo descritos se correlacionan con la literatura. Nuestros hallazgos, permiten identificar probables reservorios e iniciar medidas de vigilancia y control de la diseminación cruzada, en las áreas de mayor impacto de Ab.

I-24**¿CUÁL ES EL PERFIL DE SUSCEPTIBILIDAD DE GÉRMENES GRAM POSITIVOS AISLADOS DE HOSPITALES COLOMBIANOS?: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA (PRIMERA FASE)****ESPINOSA CARMELO JOSÉ, ESPINOSA C, CASTILLO J, CORTÉS J, BUITRAGO G, LEAL AL***Universidad Nacional de Colombia, Grupo para el control de la resistencia bacteriana – GREBO, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Resistencia bacteriana, epidemiología, microorganismos multirresistentes, Colombia**Objetivos.** Describir los perfiles de resistencia a los antimicrobianos en gérmenes de importancia clínica aislados de hospitales colombianos a partir de datos publicados.**Diseño del estudio.** Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura indexada en MEDLINE y LILACS, se realizó búsqueda manual de todos los números en 9 revistas colombianas y comunicación directa con expertos reconocidos para identificar referencias no disponibles electrónicamente.**Lugar del estudio.** Colombia**Pacientes.** Unidad de análisis: Se seleccionaron títulos que reportaran tasas de resistencia para marcadores seleccionados en hospitales, redes de hospitales o muestras representativas de aislamientos realizados en hospitales. Se organizaron los datos en Excel®.**Intervenciones.** NA**Mediciones.** Tasas de resistencia, regionales y locales**Resultados.** De 21 artículos que reportaban 177.854 aislamientos Gram positivos se extrajo: la tasa más alta de metilino resistencia para *S. aureus* aumento del 28% en 1997-2000 al 61% para 2003-2006, en la actualidad la tasa reportada en UCI es del 61-71%. La resistencia actual para los *Staphilococcus coagulasa negativos* a metilina es de 70-80% y no muestran un claro patrón de variación con el paso de los años o entre las ciudades. *E. faecium* muestra una tasa general para el país de resistencia a la vancomicina del 10% excepto en Bogotá donde incluso redes de vigilancia organizada muestran tasas de hasta el 28%.**Conclusiones.** Los microorganismos Gram positivos muestran tasas altas de resistencia en nuestro país las cuales probablemente han aumentado con el paso de los años.

I-25**ETIOLOGÍA DE LAS BACTEREMIAS EN PACIENTES CRÍTICOS EN COLOMBIA, 2001-2007****CORTÉS JORGE ALBERTO, BUTRAGO G, LEAL AL, JUNCA A, GARZÓN D, CONTRERAS K, NAVARRETE J***Universidad Nacional de Colombia, grupo GREBO, Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Bacteriemia, infecciones de torrente sanguíneo, *Staphylococcus aureus***Objetivos.** Describir las causas más frecuentes de bacteriemia en pacientes en UCI y los perfiles de resistencia.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo y de series de tiempo.**Lugar del estudio.** Unidades de Cuidado Intensivo de Hospitales de la red del grupo GREBO en 5 ciudades de Colombia**Pacientes.** Ninguno**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Especies de microorganismos y perfiles de susceptibilidad antimicrobiana**Resultados.** Los microorganismos más frecuentemente identificados como causa de bacteriemias incluyen *Staphylococcus coagulasa* negativos, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *E. coli* y *P. aeruginosa*. Los perfiles de resistencia identificados incluyen: *Staphylococcus aureus* meticilino resistente 57,3%, *E. coli* resistente a cefalosporinas entre 7,7% y 8,7%, *K. pneumoniae* resistente a cefalosporinas de tercera generación entre 31,3% y 35,3%, *Pseudomonas* resistente a carbapenémicos 21%, *Acinetobacter* resistente a imipenem 41,4%. Se observaron cambios en la frecuencia de los microorganismos identificados con una disminución de *S. aureus* y un aumento de *K. pneumoniae*.**Conclusiones.** Las bacteriemias en pacientes críticamente enfermos son ocasionadas en Colombia más frecuentemente por especies de *Staphylococcus*. Las enterobacterias también se identifican frecuentemente y los perfiles de resistencia son elevados.

I-26**PRESENTACIÓN DE CASO: *STAPHYLOCOCCUS AUERUS* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD****RENDÓN IVÁN, CONTRERAS F, RESTREPO J, PINTO R, PRADA G***Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C. (Colombia)*

Reporte de caso. Paciente de 23 años, femenino, quien asiste a urgencias debido a cuadro clínico de 2 días de evolución de abscesos a nivel de región axilar izquierda, acompañado de eritema, calor, dolor a este nivel. Antecedente previo de foliculitis a repetición, la última hace dos meses manejada con cefalosporinas de primera generación.

Examen físico: Presenta tres lesiones nodulares a nivel de axila izquierda, eritematosas, calientes y dolorosas a la palpación. Leucocitos: 15200, neutrofilos: 85%, linfocitos: 12%, hemoglobina: 16 gr/dl, hematocrito: 47.4%, plaquetas: 372000. Se inicia manejo con ampicilina/ sulbactam 3 gramos cada 6 horas, con evolución torpida. Hay crecimiento en el cultivo de la axila de un *Staphylococcus auerus* resistente a oxacilina, sensible a vancomicina, eritromicina, clindamicina, rifampicina, trimetropin/sulfametoxazol. Debido a la intolerancia a la vía oral de la paciente se inicia vancomicina 1 gramo cada 12 horas intravenoso por 7 días y se da alta con trimetoprin/sulfametoxazol, rifampicina, ácido fólico hasta completar 14 días. Diagnóstico hidradenitis supurativa abscedada por *S. auerus* meticilino resistente (SAMR) adquirido en la comunidad.

Discusión. Con el aumento de la prevalencia del SAMR adquirido en la comunidad, cada vez las posibilidades farmacológicas se reducen, con un aumento tanto de la morbilidad como de la mortalidad debido a que las infecciones tienen una evolución lenta. La mayoría de estas infecciones causadas por este organismo son menores, generando compromiso a nivel de la piel y tejidos blandos. Desde la llegada del SAMR uso de antibióticos como trimetoprin/sulfametoxazol, clindamicina, doxiciclina, linezolid, rifampicina, vancomicina y ocasionalmente algunas fluoroquinolonas ha aumentado. Realizar una adecuada interpretación del cultivo y una buena elección de la terapia antimicrobiana, son la respuesta tanto para generar un impacto en la prevalencia de la enfermedad, con disminución de la morbi-mortalidad.

I-27**FRECUENCIA DE LA SEROCONVERSIÓN POSTERIOR A LA VACUNACIÓN CONTRA HEPATITIS B EN PACIENTES DEL PROGRAMA DE VIH DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN IGNACIO****VALDERRAMA SANDRA, FERNÁNDEZ A, RAMÍREZ C, ALVAREZ C, TÁMARA R, GÓMEZ C***Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana - Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** Hepatitis B, vacunación, VIH, seroconversión**Objetivos.** Evaluar la frecuencia de seroconversión a la vacunación de hepatitis B, en pacientes con VIH en el Hospital Universitario San Ignacio. Describir la relación de seroconversión con variables sociodemográficas de los pacientes (edad, sexo). Describir la relación de la seroconversión posterior a vacunación de hepatitis B con los conteos de CD4 y la carga viral.**Diseño del estudio.** Estudio descriptivo, observacional, ambispectivo**Lugar del estudio.** Consulta externa de Infectología de Hospital Universitario San Ignacio**Pacientes.** Pacientes que pertenecen al programa de VIH del Hospital Universitario San Ignacio.**Intervenciones.** Aplicación de encuesta de aspectos sociodemográficos y obtención de información de historias clínicas**Mediciones.** Aspectos sociodemográficos, seroconversión posterior a vacunación para hepatitis B, CD4 y carga viral al momento de la vacunación**Resultados.** 617 pacientes a quienes se les diligenció la encuesta inicial. De estos, un total de 94 ya estaban vacunados contra hepatitis B y tenían anticuerpos Anti S y por tanto son la población del estudio. 96.8% de los pacientes (91) son hombres y 3 (3.2%) son mujeres. 13 Pacientes presentaron seroconversión (anti S mayor a 10UI/L) posterior a la vacunación, todos de género masculino. Entre el grupo que seroconvirtió, el 72.7% tenía al momento de la vacunación CD4 entre 200 y 500, 23% mayores a 500 y 4.3% entre 100 y 200. En cuanto a la carga viral, el 53% (7 pacientes) tenía cargas virales detectables y 47% (6 pacientes) indetectables**Conclusiones.** La seroconversión a la vacunación para hepatitis B en la población de pacientes con VIH es del 13.8% la cual es más baja comparada con la población sin VIH La seroconversión en este grupo poblacional es aún mas baja en aquellos pacientes con conteos de CD4 inferiores a 200. lo cual orientaría a vacunar a la población VIH con conteos de CD4 superiores a este valor La seroconversión en este grupo poblacional al parecer no se ve influenciada por la detectabilidad de la carga viral

I-28**CARACTERÍSTICAS PATOLÓGICAS DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES INFECTADOS CON VIH EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. UN ESTUDIO DE AUTOPSIA****MANTILLA JULIO CÉSAR, DÍAZ-PÉREZ JA, MELO MA, TÉLLEZ LE***Departamento de Patología, Facultad de Salud, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga - Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, VIH/SIDA, Autopsia (Fuente: MeSH).**Objetivos.** Describir las características patológicas encontradas en 17 autopsias de pacientes con la coinfección de tuberculosis y SIDA.**Diseño del estudio.** Se realizó un estudio descriptivo**Lugar del estudio.** Todas las autopsias fueron realizadas en el Hospital Universitario de Santander desde Enero de 2004 a junio de 2008.**Pacientes.** Se revisaron las historias, los protocolos de autopsia y las laminas histopatológicas de los pacientes con diagnóstico de coinfección tuberculosis y SIDA.**Intervenciones.** Estudio macroscópico e histopatológico.**Mediciones.** Se establecieron medidas de proporción y porcentaje para las variables nominales y de dispersión y tendencia central para las variables numéricas.**Resultados.** 17 pacientes con coinfección tuberculosis y SIDA fueron estudiados, los cuales tenían edades entre los 4 y los 52 años, la edad media de estos pacientes fue de 32.6 ± 12.36 años. La razón Hombre Mujer fue de 1.8:1. Todos los pacientes tenían diagnóstico de SIDA en estadio 3C, en 4 pacientes (23.5%) se realizó el diagnóstico premortem de tuberculosis. En el examen de autopsia en todos los pacientes se encontraron características compatibles con tuberculosis, generalizada en 12 pacientes (70.5%) y localizada a nivel pulmonar en 5 pacientes (29.5%). Los órganos más frecuentemente afectados fueron pulmones, ganglios linfáticos, bazo, hígado, médula ósea, testículos, glándula suprarrenal, meninges, cerebro, estómago e intestino grueso. Además se evidenciaron otras patologías como neumonía por neumocistis jiroveci en 3 pacientes (17.64%), toxoplasmosis en 1 paciente (5.8%), apendicitis en 1 paciente (5.8%), toxoplasmosis cerebral en 1 paciente (5.8%), desnutrición crónica severa en 1 paciente (5.8%) y enfermedad de chagas en 1 paciente (5.8%). Macroscópicamente se evidenciaron 3 patrones morfológicos, el primero de ellos correspondió a lesiones micronudulares generalizadas con diámetros de 0.5 a 2 cm. el cual se documentó en 12 pacientes (70.5%), seguido del patrón miliar visto en 3 pacientes (17.64%) y la forma fibrocásica cavitada el cual se documentó en solo 2 pacientes (11.76%). En el estudio histopatológico se encontró en los órganos comprometidos la presencia de reacción inflamatoria crónica con presencia de granulomas mal formados, con numerosos neutrófilos y escasas células gigantes multinucleadas, histiocitos epiteloides y zonas de necrosis. En el estudio con ZN se documentaron numerosos bacilos ácido alcohol resistentes.**Conclusiones.** La tuberculosis en pacientes con SIDA presenta características patológicas particulares, las cuales son en muchos casos diferentes a las presentadas en otros casos de esta enfermedad. La ausencia de estas características clásicas contribuye al alto número de casos no diagnosticados de esta coinfección.

I-29**INTERACCIÓN MICOBACTERIA-HOSPEDERO EN TUBERCULOSIS PULMONAR**

ANAYA JUAN MANUEL, DIAZ-GALLO LM, CORREA NE, CASTAÑO-RODRÍGUEZ N, HERNÁNDEZ M, GÓMEZ V, CADENA J, PARDO AL, ZAPATA EM, LOW-CALLE AM, ROBLEDO J, ANAYA JM

Corporación para Investigaciones Biológicas, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín. Universidad del Rosario, Bogotá, D.C. - Colombia

Palabras clave. Tuberculosis, HLA, interacción huésped-hospedero

Objetivos. Determinar la influencia que ejerce el HLA-DRB1 y DQB1 en el desarrollo de la tuberculosis pulmonar (TBP) e investigar la interacción huésped-hospedero en pacientes con TBP.

Diseño del estudio. Asociación genética, meta-análisis, interacción huésped-hospedero

Lugar del estudio. Medellín, Colombia

Pacientes. Estudio de asociación en 279 pacientes, exentos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y 206 controles pareados. Meta-análisis de 1,431 casos y 1,852 controles. Estudio de interacción en 177 pacientes.

Intervenciones. Ninguna

Mediciones. Examen directo y cultivo bacteriológico para diagnóstico de TBP, ELISA y PCR para diagnóstico de infección por VIH. Polimorfismos del HLA clase I y II mediante hibridación inversa de los productos de PCR. Identificación de cepas de *M. tuberculosis* mediante MIRUS, RFLP y espoligotipificación. Análisis multivariado

Resultados. En nuestra población, el HLA-DRB1*04 (AOR: 5.99, IC95%: 1.76-20.43, p=0.004) fue el principal grupo de riesgo para TBP mientras que el alelo HLA-DRB1*1301 (AOR: 0.24, IC95%: 0.10-0.58, p=0.001) fue protector, así como lo fue el haplotipo HLA-DQB1*0603-DRB1*1301 (OR=0.23, IC95%: 0.09-0.59, p=0.001). El meta-análisis reveló la asociación positiva del HLA-DR2 (OR: 1.26, IC95%: 1.06-1.50, p=0.01), DRB1*0803 (OR: 1.7, IC95%: 1.1-2.71, p=0.02) y HLA-DQB1*0601 (OR: 1.46, IC95%: 1.09-1.97, p=0.01); y negativa del HLA-DQB1*0201 (OR: 0.77, IC95%: 0.61-0.98, p=0.03) y DQB1*0603 (OR: 0.59, IC95%: 0.38-0.92, p=0.02). Sin embargo, se observaron diferencias en función de grupos raciales. El análisis de interacción mostró la influencia de ciertos alelos sobre el riesgo o protección a desarrollar TBP en función de la cepa de micobacteria. En particular, el alelo HLA-DRB1*1501 con la familia Harleem I (AOR: 5.5, 95% CI: 1.52 - 19.96, p=0.01) y LAM 09 (AOR: 0.12 CI: 0.01- 0.99 p=0.05) y el HLA-B*14 con Haarlem II (AOR 10.48 CI: 1.17-99.02 p=0.04).

Conclusiones. Los factores que determinan la susceptibilidad para desarrollar TBP son el resultado de la interacción entre el polimorfismo de la micobacteria y el del paciente. Este trabajo tiene una repercusión importante en la forma cómo se adelantan los estudios de genética de enfermedades infecciosas, en el análisis de co-evolución y en el desarrollo de vacunas.

I-30**DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS DE NEUMONÍA NECROTIZANTE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO****GONZÁLEZ CAMILO, PERILLA A, ALVAREZ C, VALDERRAMA S, GOMEZ C, TAMARA R, TRIANA L***Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, D.C. – Colombia***Palabras clave.** SAMR de la comunidad, neumonía necrotizante.**Objetivos.** Describir los primeros casos reportados en Colombia de neumonía adquirida en la comunidad, por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad**Diseño del estudio.** Descripción de casos**Lugar del estudio.** Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Infectología Hospital Universitario San Ignacio**Pacientes.** Número 1: Masculino de 54 años, con antecedente de DM2 en manejo irregular con glibenclamida, quien cursó con NAC severa, con falla orgánica multisistémica, con aislamiento en líquido pleural de SAMR con patrón de resistencia de la comunidad. Número 2: Femenina 22 años, antecedente de LES, trasplante renal hace 22 meses, en manejo inmunosopresor con tacrolimus y sirolimus quien presenta síntomas respiratorios, con hallazgos de neumonía basal derecha y derrame tabicado, con aislamiento de SAMR de la comunidad.**Intervenciones.** antibiótico con linezolid 600 mg cada 12 horas.**Mediciones.** Hemocultivos, cultivo de pleura y de pulmón**Resultados.** SAMR sensible a eritromicina, clindamicina, daptomicina, vancomicina y resistente a oxacilina.**Conclusiones.** Es de gran interés clínico y epidemiológico llamar la atención a la comunidad médica acerca de la emergencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad, como causa de NAC en pacientes sin factores de riesgo clásicos para organismos resistentes a la meticilina. Adicionalmente advertir la alta tasa de expansión clonal de este microorganismo en el ambiente hospitalario.

I-31**HEMORRAGIA ALVEOLAR EN PACIENTE CON MALARIA COMPLICADA POR *P VIVAX*: REPORTE DE CASO****MORALES PERTUZ CARLOS ALBERTO, RINCON O, BASTIDAS A, ROMERO V.***Hospital Militar Central, Bogota, D.C. - Colombia.***Palabras clave.** *P vivax*, malaria complicada, hemorragia alveolar**Objetivos.** Describir caso de malaria por *P vivax* complicada por hemorragia alveolar. Resaltar curso clínico, identificar posibles factores pronósticos al ingreso a urgencias.**Diseño del estudio.** Reporte de caso**Lugar del estudio.** Hospital Militar Central**Pacientes.** Paciente masculino 21 años ocupación soldado quien cursa con cuadro clínico de 3 días de fiebre no cuantificada, escalofríos, emesis e ictericia en quien se documenta malaria por *P vivax* mas trombocitopenia, ingresa a la institución con ictericia y disnea, se documenta desaturación en pulsoxi-metría y en gases arteriales de urgencias**Intervenciones.** Se suplementa oxígeno con canula nasal, se inicia tratamiento con cloroquina+primaquina, presentar intolerancia a la vía oral, y aumento de ictericia, es trasladado a uci, se inicia ventilación mecánica, el paciente se anemiza agudamente, se realiza fibrobroncoscopia se documenta hemorragia alveolar**Mediciones.** Descripción de caso clínico**Resultados.** Fibrobroncoscopia muestra hemosiderófagos con valor de 30%. Cuadro hemático con trombocitopenia y leucopenia al ingreso y luego 72 horas con anemización**Conclusiones.** La presentación de hemorragia alveolar en el contexto de malaria es inusual, encontrando en la literatura un solo caso reportado siendo en este el agente etiológico el *P falciparum*. Se debe resaltar la patogenicidad y virulencia del *P vivax* y sus presentaciones atípicas en nuestro contexto.

I-32**PRESENTACIÓN DE CASO: HISTOPLASMOSIS DISEMINADA PROGRESIVA EN PACIENTE POSTRANSPLANTE RENAL****RENDÓN IVÁN, CARVAJALINO S, JIMÉNEZ S, CARRIZOSA A, PRADA G**

Fundación Santa Fé de Bogota, Bogotá, D.C. – Colombia

Palabras clave. Histoplasmosis diseminada progresiva, trasplante renal, insuficiencia renal crónica, inmunosupresión**Reporte de caso.** Paciente de 32 años, masculino, quien ingresa a urgencias debido a cuadro clínico de 6 días de evolución de odinofagia, fiebre subjetiva, sudoración profusa en las noches y rinorrea. Tiene antecedente de trasplante renal hace 3 años por nefropatía Ig A, manejado con inmunosupresores. Examen físico: temperatura 39 grados, saturación al aire libre 94%, crépitos bibasales. Leucocitos: 5860, neutrófilos: 81.2%, linfocitos: 8.52, depuración 30 ml/ mto. Placa de tórax: Infiltrados intersticiales reticulares en ambos campos pulmonares, TAC reporta: Micronódulos a nivel del parenquima pulmonar, de forma difusa. Broncoscopia se observa traquea con extensos infiltrados en la mucosa en forma de empedrado, micronódulos blancos en la mitad superior de la traquea, secreción purulenta en bases, se toman biopsias y lavado broncoalveolar. Reporte de la biopsia compatible con histoplasmosis, al igual que el cultivo: Histoplasma capsulatum. Debido al compromiso renal se inicia manejo con itraconazol 200 mgs cada 12 horas, con poca respuesta clínica por lo que se inicia anfotericina B 50 mgs cada día por 10 días y se continuó con itraconazol 200 mgs cada 12 horas ambulatoriamente con respuesta adecuada.**Discusión.** La mayoría de las infecciones primarias, pasan desapercibidas. La enfermedad diseminada es rara, siendo el mayor determinante el estado inmune del huésped, generando que los pacientes puedan tener focos viables remanentes en varios órganos, los cuales se reactivan, al generarse la inmunosupresión. Los síntomas de histoplasmosis diseminada incluyen fiebre, pérdida de peso, anorexia. El diagnóstico de histoplasmosis puede realizarse a través de cultivo, tinciones, serología, detección de antígenos y prueba de histoplasmina. Para la histoplasmosis severa a moderada se recomienda anfotericina B 1 mg/kg/día durante 1-2 semanas seguida de itraconazol 200 mg tres veces al día por 3 días y luego dos veces al día durante 1 año.

I-33**TUBERCULOSIS PULMONAR EN PACIENTES VIH NEGATIVOS: DESENLACE DE LA ENFERMEDAD EN UNA COHORTE DE PACIENTES EN MEDELLÍN****HERNÁNDEZ JOSÉ MAURICIO, RESTREPO A, MARTÍNEZ M, ANAYA JM, ROBLEDO J***Corporación para Investigaciones Biológicas. Universidad Pontificia Bolivariana. Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Medellín - Colombia***Palabras clave.** Tuberculosis, curado, abandono, fracaso, fallecido**Objetivos.** Conocer factores asociados al resultado del tratamiento farmacológico para tuberculosis pulmonar**Diseño del estudio.** Tipo cohorte**Lugar del estudio.** Medellín Colombia**Pacientes.** 200 pacientes con diagnóstico clínico y/o microbiológico de tuberculosis pulmonar ingresados en Medellín durante el 2.005 y 2.006**Intervenciones.** Ninguna**Mediciones.** Cultivo para diagnóstico de tuberculosis, ELISA para diagnóstico de VIH, seguimiento clínico durante 6-9 meses. La validez de las asociaciones se determinó a través de un valor $p < 0,05$. La fuerza de las asociaciones fue cuantificada a través del valor RR con un IC95%. El OR ajustado se calculó utilizando modelos de regresión logística entre variables que resultaron asociadas significativamente con el desenlace estudiado.**Resultados.** La tasa de curados fue 76,9%, abandonos 13,8%, fracasos 5,1% y fallecidos 4,1%. Los factores asociados a curación fueron: ama de casa, indigente, consumo de alcohol, marihuana, bazuco y vivir en el nor-occidente de la ciudad. Para abandono fueron: ama de casa, indigente, consumo de alcohol, marihuana y bazuco, y vivir en el centro de la ciudad. Para fracaso fueron haber tenido contacto con caso bacilífero, tener diabetes y vivir en Bello. Para fallecido fueron tener HTA, cirrosis y edad > 55 años. Con el análisis multivariado mediante regresión logística se encontró que el desenlace curado se relacionó con ser indigente ($p < 0.001$, OR 0.09 IC95% 0.042 – 0.192); abandono se relacionó con ser indigente ($p < 0.001$, OR 20.608, IC95% 7.252 – 58.975); fracaso se relacionó con tener diabetes ($p = 0.003$, OR 13.111, IC95% 2.369 – 72.555); y fallecido se relacionó con edad mayor de 55 años ($p = 0.004$, OR 7.942, IC95% 1.915 - 32.946).**Conclusiones.** La condición de ser indigente, la edad del paciente y la diabetes como comorbilidad fueron los principales determinantes del desenlace de la tuberculosis en la población estudiada. Estos factores afectan el cumplimiento de la meta global del 85% de éxito en el tratamiento de la enfermedad.

I-34**ENFERMEDAD DE LEMIÈRE****PÉREZ CARLOS, DE LA CRUZ G, CALDERÓN M***Hospital de la Samaritana Bogotá, D.C. - Colombia***Palabras clave.** trombosis de la yugular, absceso parafaríngeo**Objetivos.** 1. Mostrar un caso clínico de esta patología 2.. Determinar el diagnóstico de esta patología. 3. Determinar cuales son los paraclínicos que deben utilizarse ante la sospecha de esta patología. Determinar los tratamientos actuales en esta patología**Diseño del estudio.** reporte de caso clínico**Lugar del estudio.** Hospital de la Samaritana**Pacientes.** Uno**Intervenciones.** Tratamiento médico**Mediciones.** Un paciente**Resultados.** Mejoría del paciente, posterior al manejo adecuado para ese tipo de patología**Conclusiones.** El síndrome de Lemièrre es una entidad infecciosa, causada por microorganismos anaerobios bucofaríngeos. Se caracteriza por la trombosis de la vena yugular interna y la presencia de uno o varios abscesos faríngeos. Se presenta el caso de un paciente de 31 años, con presencia de un absceso faríngeo palpable, el cual se podía observar en una radiografía de cuello, en la ecografía de cuello, y en la tomografía axial computarizada, asociado a trombosis de la vena yugular interna derecha. El paciente respondió con completa resolución con ampicilina sulbactam. Reportamos este caso por la baja incidencia mundial de esta patología, la alta mortalidad que puede presentar un manejo inadecuado.

I-35**PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO: HOMBRE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON *CRYPTOCOCOSIS MENINGEA* MANEJADO CON TERAPIA COMBINADA NO CONVENCIONAL (ANFOTERICINA B, VORICONAZOL Y 5 FLUCITOSINA)****CAPATAZ CÉSAR, CÁRDENAS I, PRADA G***Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.- Colombia***Palabras clave.** Criptococosis, trasplante hepático, voriconazol.**Objetivos.** La infección diseminada por *Cryptococcus neoformans* suele ser un evento tardío en los pacientes portadores de trasplantes de órganos sólidos, con una mortalidad cercana al 50%. No existe consenso respecto al manejo en esta patología. Se presenta un caso de criptococosis meníngea manejada con terapia combinada no convencional.**Diseño del estudio.** Reporte de caso.**Lugar del estudio.** Hospital Universitario Fundación Santa Fe**Pacientes.** Hombre de 29 años con antecedente de trasplante hepático (colangitis esclerosante) 19 meses antes de la actual hospitalización con inmunosupresión dada por prednisolona (5 mgr día), azatioprina y tacrolimus, quien presentó cuadro de 2 meses consistente en cefalea intensa, somnolencia y pérdida de 10 kg. de peso. Manejado en hospital de segundo nivel con diagnóstico de criptococosis meníngea, recibiendo 14 días de anfotericina B deoxicolato (0.7 mg kg día) y luego fluconazol, sin mejoría clínica. El paciente ingresa con alteración del estado de conciencia, febril y con cambios imagenológicos de edema cerebral difuso. Se confirma pleocitosis linfocitaria con prueba de aglutinación en látex positiva (títulos en LCR y suero 1:32) tinta china y cultivos negativos. Se inicia manejo con anfotericina B deoxicolato (0.7 mg kg día). Durante la hospitalización el paciente presenta acidosis tubular tipo I por el polieno requiriendo manejo con bicarbonato IV. Al décimo día de hospitalización el paciente se torna estuporoso, nuevamente febril y con imágenes hipercaptantes diseminadas en el parénquima cerebral. Se inicia manejo para síndrome de hipertensión endocraneana con manitol, dexametasona, tiopental y ventriculostomía. Dada la no disponibilidad de flucitosina, se inicia manejo combinado con voriconazol IV. Se confirma presencia de levaduras de *Cryptococcus spp.* con reacción granulomatosa perilesional a través de biopsia estereotáxica. Al día 21 de hospitalización se obtiene 5-flucitosina indicándose a 100 mg kg día. El paciente evoluciona neurologicamente de forma adecuada sin secuelas y normalización de parámetros en líquido cefalorraquídeo.**Intervenciones.** Ninguna.**Mediciones.** Descripción de caso.**Resultados.** Paciente con criptococosis meníngea con hipertensión endocraneana severa con respuesta a terapia antifúngica sistémica triple.**Conclusiones.** El manejo de la criptococosis en paciente inmunosuprimidos sin VIH es un área de creciente interés, dado el mayor número de pacientes con otros factores de riesgo. Entre estos últimos destacan los trasplantados de órganos sólidos quienes pueden sucumbir ante esta infección de forma rápida. Las opciones de manejo en esta población están en estudio, llamando la atención los nuevos azoles (voriconazol - pozaconal) dada su superioridad en estudios *in vitro* al inhibir mecanismos patogénicos de la levadura como son la producción de melanina y la enzima laccasa. Estos datos son de importancia dada la dificultad en nuestro medio de consecución de 5-flucitosina para terapia combinada con anfotericina B.

I-36**ENDOCARDITIS BACTERIANA EN VÁLVULA PROTÉSICA**

CAÑAS ELIANA, FRANCO G, QUNTERO AM, ZULUAGA M, BUSTAMANTE C, BENJUMEA L, BROME P

Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín - Colombia

Palabras clave. Endocarditis bacteriana, válvula mecánica, válvula biológica**Objetivos.** Comparar el comportamiento de los factores asociados a la endocarditis bacteriana de válvula protésica comparando la válvula mecánica vs la válvula biológica**Diseño del estudio.** Estudio de corte transversal en pacientes con endocarditis bacteriana en válvula protésica (EBVP) en el que se analizaron comparativamente los pacientes con válvula mecánica (VM) y los con válvula biológica (VB)**Lugar del estudio.** Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín Colombia**Pacientes.** Se evaluaron 48 pacientes con endocarditis de válvula protésica 31(62,0%) de sexo masculino, 22(44%) de válvula biológica y 28(56%) de válvula mecánica**Intervenciones.** Tratamiento médico 22(44,0%), tratamiento quirúrgico 28(56,0%)**Mediciones.** Datos demográficos, gérmenes y complicaciones**Resultados.** La edad de los pacientes con VM fue 44,15±12,84 años y los de VB 59,36±15,20 años, p=0.000, el tratamiento quirúrgico se presentó en 16(61,5%) de VM y en 14(63,6%) de VB p=,881; el tiempo transcurrido entre la cirugía valvular y el diagnóstico de EB fue 810,11±1131,416 días para VB y 841,46±1492,67 días para VM, p=,941 Gérmenes: *Streptococcus* 6(27,3%) en VB y 0(,0%) en VM p=0.003; *Staphylococcus aureus* 3(13,6%) VB y 4(14,3%) en VM p=,948; S. coagulasa negativos 3(13,6%) VB y 4(14,3%) en VM p=,948; Bacilos Gram negativos 3(13,6%) en VB y 6(21,4%) en VM, p=0.477 complicaciones: arritmias 9(40,9%) VB y 11(39,3%) VM p=0.907; insuficiencia renal 5(22,7%) VB y 7(25,0%) VM p=0.852; embolismo periférico 3(13,6%) VB y 3(10,7%) VM, p=0.752; embolismo SNC 5(22,7%) VB y 2(7,1%) VM p=0.115; muerte 7(31,8%) VB y 5(17,9%) VM**Conclusiones.** Hay algunas diferencias en el comportamiento clínico de los pacientes con EB en válvula protésica, pero se necesita un mayor tamaño de muestra para que se pueda observar significancia en éstas diferencias.

I-37**HEPARINA NO FRACCIONADA PARA EL TRATAMIENTO DE LA SEPSIS: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIO (ESTUDIO HETRASE)****JAIMES F. DE LA ROSA G. MORALES C. FORTICH F. ARANGO C. AGUIRRE D. MUÑOZ A.**

Departamento de Medicina Interna, Grupo de Cirugía y Neurociencias, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia; y Departamento de Epidemiología, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, Estados Unidos.

Financiado por "Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS)", Grant 410-2004 (11150416347) y por la "Universidad de Antioquia, Comité para el Desarrollo de la Investigación" (CODI, 2407-2005).

Palabras clave: sepsis, coagulación, heparina, ensayo clínico, disfunción de órganos, estudios longitudinales

Objetivo: El objetivo principal fue determinar los efectos de la heparina en la duración de la estancia hospitalaria y en el cambio en el puntaje de Disfunción Orgánica Múltiple (MOD). Los objetivos secundarios fueron evaluar los efectos de la heparina en la mortalidad al día 28, y determinar su posible efecto en subgrupos definidos por el sitio de infección y los valores basales del puntaje APACHE II, Puntaje MOD y Dímero D.

Diseño: Ensayo clínico aleatorio, doble ciego, placebo controlado, para evaluar la infusión continua de heparina no fraccionada en dosis bajas (500 unidades/hora por 7 días) como tratamiento complementario para la sepsis.

Sitio: Hospital Universitario de 550 camas y centro de referencia en Medellín, Colombia.

Pacientes: 319 pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con signos indicativos de sepsis.

Intervención: Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir placebo (n=160) o heparina no fraccionada (n=159)

Mediciones y resultados principales: La mediana de estancia en los pacientes en el grupo placebo fue de 12,5 días (IQR 8-20), y 12 días (IQR 8-19,5) en el grupo de la heparina (p=0.976). Hubo una mejoría similar en el puntaje MOD en los dos brazos de tratamiento, con una disminución promedio de 0,13 y 0,11 por día para el grupo de placebo y heparina, respectivamente (p=0.240). La mortalidad global a los 28 días fue de 16% en el grupo de placebo y 14% en el grupo de heparina (p=0.652). Los análisis de subgrupos no mostraron una reducción estadísticamente significativa de la mortalidad a los 28 días.

Conclusiones: nuestros hallazgos demostraron que la heparina no fraccionada es una intervención factible y segura. Sin embargo, este estudio no pudo demostrar un efecto benéfico en los resultados primarios elegidos o en la tasa de mortalidad al día 28. Una mejor caracterización de la eficacia potencial de la heparina requeriría un ensayo multicéntrico mayor, probablemente comparando dosis profilácticas versus terapéuticas de heparina de bajo peso molecular.