



# SAMR 2006

SIMPOSIO INTERNACIONAL  
***S. aureus* metilino resistente  
adquirido en la comunidad**  
Un problema global

SIMPOSIO SATÉLITE  
**Infecciones por *S. aureus*  
metilino resistente hospitalario**

**Hotel Jean Clevers - Punta del Este, Uruguay  
17 - 18 Noviembre 2006**



**Organiza:**



Facultad  
de Medicina



Universidad de  
la República

**Programa Oficial - Libro de Resúmenes**

Adhesión



# Bactroban<sup>®</sup>

mupirocina

## *nasal*

*Para la eliminación de la contaminación nasal  
debida a Staphylococcus aureus,  
incluyendo Staphylococcus aureus  
resistente a meticilina.*



➤ **Rápida  
Erradicación**

➤ **Eficacia  
Demostrada**

➤ **Económico**

BACUY11006DIM51



Mayor información a disposición en el Departamento Médico  
de **GlaxoSmithKline Uruguay S.A.**  
Salto 1105, Montevideo, Uruguay, Teléfono 419 8333, Fax 418 8063.  
[www.gsk.com](http://www.gsk.com)



Estimados colegas y amigos:

En nombre del Comité Organizador Nacional y del Comité Organizador Internacional les damos la bienvenida al Simposio Internacional “*S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad. Un problema global” y al Simposio Satélite “Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario”.

La Facultad de Medicina propuso hace un año realizar esta actividad científica teniendo en cuenta el impacto que la emergencia y la diseminación de *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad ha tenido en diversas partes del mundo. La necesidad de conocer mejor las infecciones causadas por este agente, su epidemiología, manifestaciones clínicas, mecanismos patogénicos, tratamiento y prevención ha motivado a investigadores en todo el mundo a profundizar en estos aspectos. En este simposio hemos logrado reunir a destacados expertos, a quienes agradecemos haber aceptado compartir con nosotros los resultados de sus investigaciones.

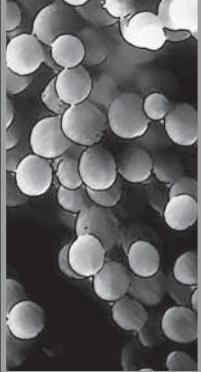
Los organizadores hemos considerado oportuno complementar esta actividad con la discusión de diferentes aspectos de las infecciones hospitalarias por *S. aureus* meticilino resistente.

Esperamos que en estos dos días de trabajo se logre un fructífero intercambio entre participantes, invitados y asistentes que enriquezca nuestros conocimientos sobre *S. aureus* meticilino resistente y el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones que produce, que en último término redunde en beneficio de la salud de nuestras comunidades.

A los invitados y participantes extranjeros les deseamos una grata estadía y esperamos que disfruten de las bellezas naturales de este balneario del Uruguay.

Comité Organizador Nacional

Comité Organizador Internacional



SIMPOSIO INTERNACIONAL

***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

**Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

## AUSPICIANTES

Academia Nacional de Medicina  
Asociación Panamericana de Infectología (API)  
Asociación Uruguaya de Licenciados y Tecnólogos en Laboratorio Clínico  
Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas  
Escuela de Graduados del Uruguay  
Federación Médica del Interior (FEMI)  
Instituto de Higiene  
Instituto de Pediatría  
Intendencia Municipal de Maldonado  
Ministerio de Salud Pública  
Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Organización Mundial de la Salud (OMS)  
Sindicato Médico del Uruguay (SMU)  
Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica (SLIPE)  
Sociedad de Dermatología del Uruguay (SDU)  
Sociedad de Medicina Interna del Uruguay (SMIU)  
Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva (SUMI)  
Sociedad Uruguaya de Microbiología (SUM)  
Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva (SUNPI)  
Sociedad Uruguaya de Pediatría (SUP)  
UNICEF

**Declarado de Interés Nacional por Resolución del Poder Ejecutivo**

**Declarado de Interés Departamental por Resolución de la Intendencia Municipal de Maldonado**



## AUTORIDADES

### Coordinadores

Prof. Ana María Ferrari  
Profesora de Clínica Pediátrica  
Facultad de Medicina  
Universidad de la República  
Montevideo, Uruguay

Prof. Sheldon L. Kaplan  
Professor and Vice-Chairman for Clinical Affairs  
Department of Pediatrics. Baylor College of Medicine  
Chief, Infectious Disease Service  
Texas Children's Hospital. Houston. Texas

### Comité Organizador Nacional

Alicia Montano  
Profesora Directora. Clínica Pediátrica  
Facultad de Medicina - Universidad de la República – Montevideo

Maria Catalina Pérez  
Profesora Directora. Clínica Pediátrica  
Responsable de la Diplomatura de Infectología Pediátrica  
Facultad de Medicina - Universidad de la República – Montevideo

Adriana Belloso  
Directora del Departamento Clínico de Medicina del Hospital de Clínicas  
Profesora Directora. Clínica Médica  
Facultad de Medicina - Universidad de la República – Montevideo

Mario Cancela  
Profesor Director. Cátedra de Medicina Intensiva  
Facultad de Medicina - Universidad de la República – Montevideo

Eduardo Savio  
Profesor Director. Cátedra de Enfermedades Infecciosas  
Facultad de Medicina – Universidad de la República – Montevideo

Gabriela Algorta  
Profesora Agregada del Departamento de Bacteriología y Virología  
Directora del Instituto de Higiene  
Facultad de Medicina – Universidad de la República – Montevideo

Alejandro Gherardi  
Director del Departamento de Medicina Preventiva y Social  
Facultad de Medicina – Universidad de la República – Montevideo

Jeannette Galazka  
Tesorera

### Comité Organizador Internacional

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

Dra. Rachel Gorwitz (USA)

Dr. Calil Farhat (Brasil)

Dr. Eduardo López (Argentina)

Dr. Gerardo Martínez Aguilar (México)

Dra. Liliana Clara (Argentina)

### Comité Científico

Dr. Luis Bavestrello (Chile)

Dra. Adriana Belloso (Uruguay)

Dra. Liliana Clara (Argentina)

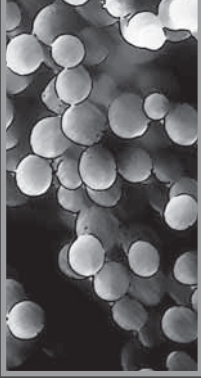
Dr. Gerardo Martínez Aguilar (México)

Dr. Jorge Quián (Uruguay)

Dra. Noemí Rivas (Argentina)

Dra. Flavia Rossi (Brasil)

Dr. Felipe Schelotto (Uruguay)



SIMPOSIO INTERNACIONAL

## ***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

## **Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

### **CONFERENCISTAS EXTRANJEROS**

Prof. Sheldon Kaplan, MD.

Professor and Vice-Chairman for Clinical Affairs  
Department of Pediatrics  
Baylor College of Medicine  
Chief, Infectious Disease Service  
Texas Children's Hospital  
Houston, Texas, USA

Rachel Gorwitz, MD.,MPH.

Medical Epidemiologist  
Division of Healthcare Quality Promotion  
Centers for Disease Control and Prevention  
Atlanta, Georgia, USA

Dr. Luis Bavestrello

Presidente de la Sociedad Chilena de Infectología  
Jefe de la Unidad de Infectología del Hospital Gustavo  
Fricke de Viña Del Mar, Chile  
Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de  
Seguridad Del Trabajo de Viña Del Mar  
Especialidades reconocidas: Medicina Interna, Farmacología  
Clínica e Infectología  
Viña del Mar, Chile

Dra. Fernanda Buzzola (Argentina)

Investigador Asistente del CONICET  
Jefe de Trabajos Prácticos de la Facultad de Medicina  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dra. Daniela Centrón (Argentina)

Inv. Adjunto CONICET  
Prof. Adj. Int.Depto. de Microbiología  
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

Dra. Liliana Clara

Directora de la Carrera de Especialista en Enfermedades Infecciosas  
UBA, Unidad Académica Hospital Italiano. Buenos Aires  
Jefe de Sección Infectología del Hospital Italiano, Buenos Aires  
Presidente del Comité de Control de Infecciones del Hospital  
Italiano. Buenos Aires, Argentina

Dra. Flavia Rossi

Directora Médica del Laboratório de Microbiologia de HC-FMUSP.  
San Pablo, Brasil

Dra. Noemí Rivas

Pediatra - Infectóloga  
Hospital General de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez"  
Buenos Aires, Argentina

Dra. Gabriela Echaniz

Jefe del Departamento de Diagnóstico Epidemiológico  
Instituto Nacional de Salud Pública  
Cuernavaca, México

Dra. Luiza Helena Falleiros

Universidade Federal de São Paulo / Escola Paulista de Medicina  
San Pablo, Brasil

Dr. Eduardo López

Jefe de División en el Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez",  
Buenos Aires  
Profesor Titular en la Cátedra de Infectología Pediátrica de la Facultad  
de Medicina de la Universidad del Salvador  
Director de la Carrera Especialista Universitario en Infectología  
Pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de  
Buenos Aires, Argentina

Dr. Gerardo Martínez Aguilar

Infectólogo Pediatra  
Investigador Asociado D del Instituto Mexicano del Seguro Social  
Investigador Nacional Nivel 1 del Sistema Nacional de Investigadores  
México D.F., México

Dra. Marta Mollerach

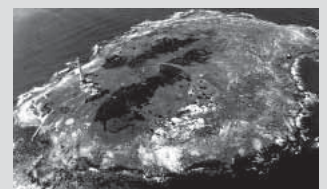
Profesora Adjunta de la Cátedra de Microbiología  
Facultad de Farmacia y Bioquímica  
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Dr. Gabriel Schmunis

Consultor Enfermedades Transmisibles  
Oficina Sanitaria Panamericana / Oficina Regional de la Organización  
Mundial de la Salud; Washington, USA

Dra. Claudia Sola

Investigadora y Docente del Centro de Investigaciones en Bioquímica  
Clínica e Inmunología (CIBICI), Departamento de Bioquímica Clínica de la  
Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba,  
Argentina





## ACTIVIDAD ACADÉMICA

### VIERNES 17 DE NOVIEMBRE

#### 08:15 – 08:45 Conferencia Inaugural

Dr. Sheldon Kaplan (USA)

##### Presente y futuro

Presidente: Dra. Ana Maria Ferrari (Uruguay)

#### 08:45 – 09:45 Sesión II

##### Microbiología y patogénesis

Coordinadores: Dra. Gabriela Algorta (Uruguay) - Dr. Walter Pedreira (Uruguay)

Participantes:

Dr. Walter Pedreira (Uruguay)

Quorum sensing en la infección por *Staphylococcus aureus*.

Dra. Lorena Pardo\* (Uruguay)

Algunos atributos de virulencia en cepas de CA-MRSA aisladas en Uruguay.

Dra. Fernanda Buzzola (Argentina)

Impacto del ácido salicílico en la virulencia de *Staphylococcus aureus*.

\* Virginia Machado, Marta Castro, Marina Macedo, Pilar Gadea, Silvia Pérez, Soledad Mateos, Gustavo Varela, Gabriela Algorta.

#### 09:45 – 10:00 Break

#### 10:00 – 12:00 Sesión III

##### Epidemiología molecular

Coordinadores: Dra. Gabriela Algorta (Uruguay) – Dr. Gabriel Schmunis (USA)

Participantes:

Dra. Gabriela Echaniz (México)

Epidemiología molecular de aislamientos invasores de MRSA en dos hospitales en México.

Dra. Daniela Centrón (Argentina)

SCCmecIV en aislamientos hospitalarios y de la comunidad en Argentina.

Dra. Claudia Sola (Argentina)

Evolución de clones epidémicos y esporádicos de *S.aureus* resistente a Metilina en Córdoba, Argentina.

Dr. Antonio Galiana (Uruguay)

Epidemiología molecular de CA-MRSA Clona Uruguay.

Dra. Rachel Gorwitz (USA)

CA-MRSA en Estados Unidos y el mundo.

#### 12.00 – 13:30 Simposio Satélite

Coordinadores: Dra. Gloria Rieppi (Uruguay) – Dr. Eduardo López (Argentina)

##### **Staphylococcus aureus metilino resistente hospitalario:**

Dra. Cristina Lindner (Uruguay)

Endemia y epidemia: ¿importa la diferencia en la toma de decisiones?

Dra. María Buroni (Uruguay)

Medidas de prevención: ¿alguna ha demostrado ser efectiva?

Dra. Gloria Rieppi (Uruguay) - Dra. Carolina Grela (Uruguay)

Cuando cubrir SAMR hospitalario en un plan ATB empírico.

Dr. Humberto Correa (Uruguay) – Dr. Eduardo López (Argentina)

Fármacos para tratar SAMR. Tipo. Administración en infusión vs. intermitente.

Eficacia, eficiencia y efectividad.

Panel integrado por:

Dr. Eduardo López (Argentina)

Dr. Luis Bavestrello (Chile)

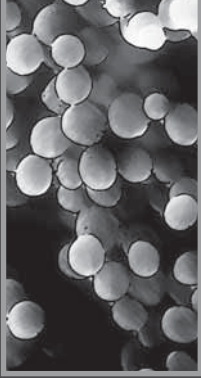
Dra. María Buroni (Uruguay)

Dra. Cristina Lindner (Uruguay)

Dr. Humberto Correa (Uruguay)

Dra. Gloria Rieppi (Uruguay)

Dra. Carolina Grela (Uruguay)



SIMPOSIO INTERNACIONAL

## ***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

## **Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

13:30 – 14:45 **Break - Sesión de Posters**

14:45 – 16:15 **Sesión IV**

### **Epidemiología e impacto de enfermedades más frecuentes**

*Coordinadores: Dr. Alejandro Gherardi (Uruguay)– Dra. Mónica Pujadas (Uruguay)*

*Participantes:*

*Dra. Rachel Gorwitz (USA)*

Epidemiología y carga de enfermedad.

*Dra. Mariela Savio (Uruguay) – Lic. Mónica Castro (Uruguay)*

Situación epidemiológica en el Uruguay: un problema de Salud Pública.

*Dra. Cristina Lustemberg (Uruguay)*

El problema de *S. aureus* meticilino resistente comunitario en el Uruguay: la experiencia de los centros de asistencia externa del Ministerio de Salud Pública.

*Dra. Maria Cristina Mogdasy (Uruguay)*

La vigilancia de la resistencia antibiótica: Análisis de la situación desde una Institución mutual.

16:15 – 16:30 Break

16:30 – 18:00 **Sesión V**

### **Infecciones no invasivas**

*Coordinadores: Dr. Jorge Facal (Uruguay)– Dra. Teresa Picón (Uruguay)*

*Participantes:*

*Dr. Gerardo Martínez Aguilar (México)*

Aspectos epidemiológicos y fisiopatología de infecciones no invasivas por SARM-AC.

*Dr. Javier Prego (Uruguay) – Dra. Silvia G. Duarte (Uruguay)*

Infecciones pediátricas de piel y partes blandas.

*Dra. Graciela Pérez Sartori (Uruguay)*

Espectro de infecciones no invasivas en adultos.

*Dr. Jorge Facal (Uruguay)*

Infecciones no invasivas por SAMR-AC: formas clínicas.

*Grupo de trabajo: Maria Catalina Pérez, Julio Medina, Susana Cabrera, Silvia G. Duarte, Javier Prego, Graciela Sehabiague, María C. Pinchak, Gustavo Giachetto, Stella Gutiérrez, Mónica Pujadas, F. Badías, C. Machin, R. Silvera, M. Mas, L. Rebollo, Rosario Palacio, Cristina Lindner, Cristina Bazet, Eduardo Savio*

18:00 – 19:00 **Simposio de la Industria**

### **Soluciones bioMérieux para *S. aureus***

*Invitado: Dr. Rodrigo Burgos (Chile)*

19:00 – 19:30 **Ceremonia de Apertura**



## SÁBADO 18 DE NOVIEMBRE

### 08:00 – 09:30 **Sesión VI**

#### **Infecciones invasivas**

Coordinadores: *Dra. Adriana Beloso (Uruguay) - Dra. Maria Catalina Pérez (Uruguay)*

Participantes:

*Dr. Mario Schimchak (Uruguay) - Dr. Domingo Beltramelli (Uruguay)*

Infecciones osteoarticulares.

*Dr. Julio Medina (Uruguay)*

Infecciones profundas por SAMR adquirido en la comunidad.

*Dra. Carmen Gutiérrez (Uruguay)*

Resultados de necropsias anatómicas de niños con infecciones por SAMR-AC.

*Dr. Sheldon Kaplan (USA)*

Infecciones pulmonares por SAMR-AC.

Grupo de trabajo: *Julio Medina, Susana Cabrera, Maria Buroni, Gino Limongi, Rosario Palacio, Cristina Lidner, Adriana Martínez, Jorge Quian, Stella Gutiérrez, Daniel Acevedo, Domingo Beltramelli, Cecilia Romero, Mariana Mas, Flavia Chamorro, Mario Schimchak, Cristina Bazet, Graciela Pérez Sartori*

### 09:30 – 10:15 **PANEL**

#### **Infecciones invasivas por SAMR en paciente crítico**

Coordinadores: *Dra. Marta Alberti - Dr. Gerardo Martínez Aguilar (México)*

*Dr. Homero Bagnulo (Uruguay) (CTI Adultos)*

*Dra. Fernanda Erviti (Uruguay) (CTI Pediátrico)*

### 10:15 – 10:30 Break

### 10:30 – 12:00 **Sesión VII**

#### **Resistencia a los antimicrobianos**

Coordinadores: *Dr. Walter Pedreira (Uruguay) - Dra. Gabriela Algorta (Uruguay)*

Participantes:

*Dra. Eugenia Torres (Uruguay)*

Resistencia de *S.aureus* a los beta-lactámicos.

*Dra. Marina Macedo (Uruguay)*

Perfiles de resistencia a los antimicrobianos en *S.aureus* en Uruguay.

*Dra. Flavia Rossi (Brasil)*

Puntos críticos en la detección de resistencia. Nuevas drogas.

### 12:00 – 13:30 **Simposio Satélite**

Coordinadores: *Dra. Gloria Rieppi (Uruguay) – Dr. Eduardo López (Argentina)*

#### **Staphylococcus aureus meticilino resistente hospitalario involucrado en:**

*Dr. Mario Cancela (Uruguay)*

Profilaxis de la infección de sitio quirúrgico: ¿cuál?

*Dr. Justino Menéndez (Uruguay)*

Infección de implante osteoarticular.

*Dr. Eduardo López (Argentina)*

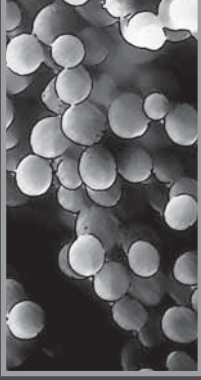
Infecciones a SAMR en el paciente pediátrico.

*Dr. Luis Bavestrello (Chile)*

Infección a SAMR en el paciente adulto.

*Dra. María Buroni (Uruguay)*

Infecciones valvulares cardíacas e infección profunda de esternotomía.



SIMPOSIO INTERNACIONAL

## ***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

## **Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

13:30 – 14:30 **Break - Sesión de Posters**

14:30 – 16:00 **Sesión VIII**

### **Tratamiento: nuevos y viejos antimicrobianos**

*Coordinadores: Dr. Eduardo Savio (Uruguay) – Dr. Eduardo López (Argentina)*

*Participantes:*

*Dr. Gustavo Giachetto (Uruguay)*

Conceptos de farmacocinética para la elección del tratamiento de SAMR-AC.

*Dra. Luiza Helena Falleiros (Brasil)*

Visión general del tratamiento para la infección por *S. aureus*.

*Dr. Sheldon Kaplan (USA)*

Experiencias en tratamientos de SAMR-AC con distintos grupos de antibióticos.

*Dr. Luis Bavestrello (Chile)*

Indicaciones de algunos antiguos y nuevos antibióticos

16:00 – 17:30 **Sesión IX**

### **Control de las infecciones por *S. aureus* meticilino resistente**

*Coordinadores: Dra. Alicia Montano (Uruguay) – Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)*

*Participantes:*

*Dra. Rachel Gorwitz (USA)*

Colonización y transmisión.

*Dr. Eduardo López (Argentina)*

Control de la evolución de las enfermedades por SAMR-AC.

*Dr. Sheldon Kaplan (USA)*

Implicaciones de SAMR-AC para el control de infecciones.

*Dra. Claudia Pérez (Uruguay)*

Experiencia sobre control de enfermedades en comunidad.

*Dra. María Catalina Pérez (Uruguay)*

Factores de riesgo.

17:30 – 17:45 Break

17:45 – 19:15 **Sesión X**

### ***S. aureus*. Inmunidad y vacunas**

*Coordinadores: Dr. Alejandro Chabalgoity - Dr. Felipe Schelotto*

*Participantes:*

*Dr. Felipe Schelotto (Uruguay)*

Apertura: Prevención de las infecciones por *S. aureus*.

*Dra. Marta Mollerach (Argentina)*

*Staphylococcus aureus* meticilino resistentes en diversos escenarios de Argentina.

*Dr. Gustavo Varela (Uruguay)*

Caracterización de cepas de *S. aureus* meticilino resistentes de origen comunitario. Perspectivas para el desarrollo de un inmunomodulador.

*Dra. Fernanda Buzzola (Argentina)*

*Staphylococcus aureus*: Inmunidad y vacunas.

*Dr. Alejandro Chabalgoity (Uruguay)*

Perspectivas para el desarrollo y producción nacional de vacunas.

19:30 **Reunión evaluatoria del Simposio**

**Comité Organizador Nacional**

**Comité Organizador Internacional**

**Comité Científico**



## PRESENTACION DE POSTERS

**Viernes 17 de Noviembre 13.30 a 14.45 horas (Sala Magnolia)**

**Sábado 18 de Noviembre 13.30 a 14.30 horas (Sala Magnolia)**

**1 (V)** INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO: ANÁLISIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL POLICIAL.

*Bonino A, Gnesetti A, Pujadas M, Broggi A.*  
Hospital Policial. Servicio Pediatría.

**21 (S)** INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS: EL PROBLEMA DEL *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO  
*Galiana A, Pujadas M, Ferreiro B, Lustemberg A, Telechea D, Kenny J, Bazzino F*

**29 (V)** CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS. SERVICIO DE PEDIATRÍA HCFFAA AÑO 2005

*Badía F, Machín C, Más M, Rebollo L, Silveira R, Pinchak M*  
Departamento de Pediatría HCFFAA-DNSFFAA

**31 (S)** INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SISTEMA PREPAGO DE SALUD

*Davrieux M, Gutierrez S, Pais T, Rodriguez G, Pedreira W.*  
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay

**4 (V)** *Staphylococci* METICILINO RESISTENTE EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL

*Parodi V, Aldao J, Bustos R.*  
Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell  
.Departamento de Neonatología.

**15 (S)** INFECCIONES PRODUCIDAS POR *Staphylococcus aureus* DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA

*Glatstein E, Garneró A, Bertoni L, Maurizio MS.*  
Hospital de Niños de Córdoba. Bajada Pucará 450. Córdoba Capital

**17 (V)** PÓSTER CASO CLÍNICO: ABSCESO NASAL POR SAMR-AC

*Delfino M, Peluffo G.*  
Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**18 (S)** CELULITIS ORBITARIA COMPLICADA: A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO

*Dra. Gnesetti A, Dra. Pujadas M, Dra Diaz M, Dr. Broggi A, Dr. Ventos P.*  
Departamento de Pediatría Hospital Policial

**28 (V)** INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE (SAMR) ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO

*Magneres MC, Vazquez M, Langard M, Castro H, Devoto S, Procopio A., López EL*  
Cátedra de Pediatría USAL, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Servicio de Infectología y Servicio de Bacteriología, Bs.As., Argentina.

**34 (V)** EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN LA ERA DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE.

*Speranza N, Telechea H, Santurio A, Giachetto G, Nanni L, Pirez MC.*  
Centro de Información y Evaluación de Medicamentos, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud Pública.

**35 (S)** INSTILACIÓN INTRAPLEURAL DE FIBRINOLÍTICOS EN EL EMPIEMA PARANEUMÓNICO POR SAMR-AC: A PROPÓSITO DE 3 CASOS

*Autores: Garat MC, Vero MA, Gerolami A, Giachetto G, Fernández A, Giannini G, Pirez MC.*  
Hospital Pediátrico-Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Unidad médico-quirúrgica de asistencia de niños con empiema.

**36 (S)** EMPIEMAS PARANEUMÓNICOS POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN NIÑOS URUGUAYOS. UN NUEVO DESAFÍO

*Gutierrez S., Chamorro F., Algorta G., Pirez M. C.*

**37 (V)** ETIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HP- CHPR, URUGUAY. 2003-2005

*Romero C, Más M, Giachetto G, Pirez MC, Martínez A, Algorta G, Acevedo D, Schimchak M.*  
Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR).

**38 (V)** INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: EVALUACIÓN DE UNA PAUTA DE TRATAMIENTO

*Más M, Romero C, Giachetto G, Pirez MC, Martínez A, Algorta G, Acevedo D, Schimchak M.*  
Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HPCHPR) Uruguay

**39 (S)** CELULITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO

*Autores: Duarte S, Gonzalez G, Fraga A, Piñeiro S, Juambeltz C, Berazategui R.*  
Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Montevideo, Uruguay.

**40 (S)** INFECCION DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR SAMR-AC ABSCESOS MÚLTIPLES SIN ELEMENTOS INFLAMATORIOS

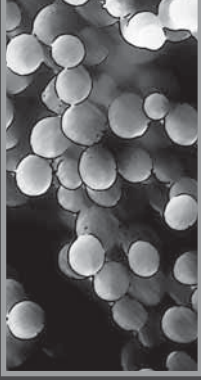
*Autores: Duarte S, Piñeiro S, Fraga A, Giannini G, Pirez MC, Berazategui R.*  
Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Montevideo, Uruguay.

**45 (V)** PRESENTACIÓN CLÍNICO-EVOLUTIVA DE NIÑOS CON EMPIEMA PARANEUMÓNICO DE ETIOLOGÍA NEUMOCÓCICA Y ESTAFILOCÓCICA

*S. Gutierrez, S. Belo, F. Chamorro, M. Felitti, T.Pais, G.Algorta, W. Pedreira., M.C.Pirez, A.Montano*  
Centro Hospitalario Pereira Rossell

**44 (S)** NEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS, EMERGENCIA DE *S. aureus* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

*Pirez MC, Algorta G, Gutierrez S, Martinez A, Chamorro F, Guala MJ, Zabala C, Felitti M, Belo S, Giachetto G, Montano A.*  
Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

**47 (S) FORMAS GRAVES DE STAPHYLOCOCCUS AUREUS METICILINO RESISTENTE PROCEDENTE DE LA COMUNIDAD***Ferreira MI, Bello O.*

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP)-Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

**49 (S) EL VALOR DE LA NECROPSIA EN LAS INFECCIONES INVASIVAS POR CA-MRSA***Fernández A, Rodríguez A, Gutiérrez C, Alberti M.*

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Patología Pediátrica.

**52 (V) ENFERMEDADES INVASIVAS POR SAMR-AC EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO****Autores:** *Castilla M, Perdomo V, Sandin D, Di Martini A, Chamorro F, Gutiérrez S, Mas M, Romero C, Delfino M, Arbiti F, Almeida M, Farias F, Giachetto G, Pujadas M, Galiana A, Alberti M, Pirez MC, Rubio I, Montano A.***23 (V) INFECCIONES INVASIVAS ASOCIADAS A Staphylococcus aureus DE PERFIL COMUNITARIO INGRESADOS EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE MONTEVIDEO***Medina J<sup>1</sup>, Palacio R<sup>2</sup>, Cabrera S<sup>1</sup>, Pérez G<sup>1</sup>, Lindner C<sup>2</sup>, Bazet C<sup>2</sup>, Savio E<sup>1</sup>.*<sup>1</sup>Cátedra de Enfermedades Infecciosas Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.<sup>2</sup>Dpto. Laboratorio Clínico Hospital de Clínicas.**25 (V) INFECCIÓN MULTISISTÉMICA POR Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO: REPORTE DE UN CASO***Danza A, Córdova V, Arbelo A, Ormaechea G.*

Clínica Médica "A" - Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" - Uruguay.

**9 (V) PREVALENCIA DE PORTACIÓN NASAL DE Staphylococcus aureus EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)***Sanabria G, Araya S, Aranda C, Peralta K, Lovera D y Arbo A.*

Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay.

**10 (S) INFECCIONES POR Staphylococcus aureus EN EL ÚLTIMO QUINQUENIO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL PARAGUAY***Araya S, Aranda C, Sanabria G, Lovera D, Apodaca S, y Arbo A.*

Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay.

**2 (S) TOXIGENIC CAPACITY OF OXACILLIN RESISTANT COAGULASE-NEGATIVE Staphylococci ISOLATED FROM NEWBORNS IN BRAZIL***Cunha MLRS, Calsolari RAO, Araújo-Júnior, JP*

Departamento de Microbiología e Inmunología, IB, UNESP, Botucatu-SP, Brasil

**8 (V) INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA***Ariosa Acuña MC, Clark Dondériz H, Pérez Rodríguez MC, Pérez Pérez G*

Instituto de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de La Habana, Cuba.

**12 (V) RESISTANCE TO OXACILLIN IN Staphylococcus aureus ISOLATED FROM UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL PATIENTS OF THE BOTUCATU SCHOOL OF MEDICINE, SÃO PAULO, BRAZIL***Martins A, Pereira VC, Cunha MLRS.*

Departamento de Microbiología e Inmunología, IB, UNESP, Botucatu-SP, Brasil

**26 (S) CLONES EMERGENTES DE Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE - GENTAMICINA SUSCEPTIBLE COMO AGENTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS, EN URUGUAY: ESTUDIO DE VIGILANCIA EN UN PERIODO DE 13 AÑOS***Pedreira W<sup>1</sup>, Bagnulo H<sup>2</sup>, Mansilla M<sup>2</sup>, Gonzalez M<sup>2</sup>, Dotta M<sup>2</sup>, Batista L<sup>2</sup>, Guider I<sup>2</sup>, Machado G<sup>1</sup>, Vicentino W<sup>1</sup>, Buella F<sup>1</sup>, Viola M<sup>1</sup>, Benaderet S<sup>1</sup>, Rodriguez A<sup>1</sup>, Mendez V<sup>1</sup>, Oficialdegui M<sup>3</sup>*<sup>1</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico. Sección Microbiología. Uruguay, Montevideo, Uruguay, <sup>2</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico. Comité de Control de Infecciones. Uruguay, Montevideo, Uruguay, <sup>3</sup>Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Sección Microbiología. Uruguay, Montevideo, Uruguay**27 (V) Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. FENOTIPOS DE RESISTENCIA Y VIRULENCIA LUEGO DE 2 AÑOS DEL ESTADO EPIDÉMICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO***Pedreira W<sup>1</sup>, Anzalone L<sup>2</sup>, Cafferata L<sup>2</sup>, Viola M<sup>3</sup>, Oficialdegui M<sup>4</sup>, Benaderet S<sup>4</sup>, Chumino L<sup>5</sup>, Pacheco M<sup>5</sup>, Estevez G<sup>6</sup>, Andujar M<sup>7</sup>.***20 (S) SUCEPTIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS Y FENOTIPOS DE RESISTENCIA A MACROLIDOS DE Staphylococcus aureus AISLADO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS***Salinas Delgado Y<sup>1,3</sup>, Salcido Gutiérrez L<sup>2</sup>, Martínez Aguilar G<sup>1</sup>.*<sup>1</sup>Unidad de Investigación Médica. IMSS, <sup>2</sup>Hospital General de Durango, <sup>3</sup>Escuela de Ciencias Químicas UJED.**30 (V) DIFERENTES FENOTIPOS DE RESISTENCIA EN BACTERIEMIAS POR Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE. ENERO 2003 - JULIO 2006. CLONAS EMERGENTES SUSCEPTIBLES AL CO-TRIMOXAZOL***Pedreira W<sup>1,2</sup>, Galiana A<sup>2</sup>, Macedo M<sup>2</sup>, Mendez V<sup>1</sup>, Machado G<sup>1</sup>, Vicentino W<sup>1</sup>, Rodríguez A<sup>1</sup>, Buella F<sup>1</sup>, Christophersen I<sup>2</sup>, Machiavello S<sup>2</sup>, Lopez L<sup>2</sup>.*<sup>1</sup>Sección Bacteriología - CASMU <sup>2</sup>UDYCI Hospital Maciel**11 (S) PATRONES DE SUSCEPTIBILIDAD DE AISLADOS DE Staphylococcus aureus PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD***Alvarez E., Contreras R., Espino M.*

Dirección de Diagnóstico Microbiológico, Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC), Escuela Latinoamericana de Medicina, Dpto. Agentes Biológicos, Ciudad de la Habana, Cuba.

**33 (V) Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE NO MULTIRE-SISTENTE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL C.H.P.R.***Pérez S, García R, Pomodoro MJ, Vignola V, Algorta G.*

Dpto. de Patología Clínica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo Uruguay

**42 (S) PERFILES DE RESISTENCIA DE CEPAS DE Staphylococcus aureus AISLADAS EN LA COMUNIDAD. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAINT BOIS***PallanteV, Porro M, López Harsken R, Macedo Viñas M, Mateos S, Coteló A, Torres ME.*

Laboratorio de Bacteriología Hospital Saint Bois y Departamento de Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina.

**43 (V) FIABILIDAD DE DISCO DE CEFOXITIN 10MCG PARA SEPARAR Staphylococcus aureus METICILINO SENSIBLE DE Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.***Pedreira W<sup>1</sup>, Christophersen<sup>1</sup> I, Benaderet S<sup>1</sup>, Vicentino W<sup>1</sup>, Ximenez M<sup>2</sup>, Alves M<sup>2</sup>, Galiana A<sup>3</sup>, Anzalone L<sup>3</sup>.*<sup>1</sup>Laboratorio de Microbiología "Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay", <sup>2</sup>Instituto de Ortopedia y Traumatología, <sup>3</sup>Hospital Maciel y SAE MSP.



**19 (S)** TIPIFICACIÓN DEL CASETE CROMOSÓMICO DE ESTAFILOCOCO EN CEPAS NOSOCOMIALES DE *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A METICILINA POR PCR CON INICIADORES MÚLTIPLES

Ramírez IA<sup>1,5</sup>, Rivera JF<sup>2,5</sup>, Ramírez AM<sup>3</sup>, Villaseñor A<sup>3</sup>, Castro G<sup>4</sup>, Martínez F<sup>4</sup>, Noyola D<sup>4</sup>, Reyes M<sup>1</sup>, Salinas Y<sup>5</sup>, Martínez G.<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>Facultad de Medicina-UJED <sup>2</sup>Escuela de Ciencias Químicas-UJED., <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica de Occidente IMSS, Jalisco. <sup>4</sup>Universidad Autónoma de San Luis Potosí. <sup>5</sup>Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, IMSS, Durango.

**13 (V)** ALTA FRECUENCIA DE CEPAS INVASIVAS DE *Staphylococcus aureus* SENSIBLES A METICILINA (SAMS) QUE PORTAN LOS GENES DE LA TOXINA PANTON-VALENTINE LEUKOCIDIN (PVL): SU RELACION CON SAMR

Sola C<sup>1</sup>, Saka HA.<sup>1</sup>, Grupo colaborativo de *S. aureus* de Córdoba<sup>2</sup>, Vindel A<sup>3</sup> y Bocco JL<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>CIBICI – CONICET. Fac. de Cs. Químicas, UNC, <sup>2</sup>Hospitales de Córdoba, <sup>3</sup>Inst. de Salud Carlos III, Ctro. Nac. Microbiología, Madrid, España.

**14 (V)** DESARROLLO ACTUALIZADO DE UNA VACUNA DE 1ª GENERACIÓN CONTRA *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A METICILINA PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES

Pardo L, Pereira M, Sirok A, Gadea P, Machado V, Varela G, Chabalgoity A, Massaldi H.  
Departamento de Desarrollo Biotecnológico y Departamento de Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina.

**50 (S)** CONTROL DE PORTADORES NASALES DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE EN TRABAJADORES DE LA SALUD

Vicentino W, Pedreira W<sup>1</sup>, Herrera G, Dehl L, Gonzalez M C, Mansilla M, Dotta M  
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

**41 (S)** PORTADORES DE *Staphylococcus aureus* EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA EN URUGUAY

Pedreira W<sup>1</sup>, Opertti A<sup>2</sup>, Macedo Viñas M<sup>1</sup>, Scarpitta C<sup>2</sup>, De la Puente F<sup>1</sup>, Ketzoian C<sup>2</sup>, Rolfo V<sup>1</sup>, Perna A<sup>2</sup>, López L<sup>1</sup>, Gómez J<sup>2</sup>, Leiva G<sup>2</sup>, Albornoz H<sup>2</sup>, Bagnulo H<sup>2</sup>.  
<sup>1</sup>UDYCI-Hospital Maciel, MSP. <sup>2</sup>Fondo Nacional de Recursos

**48 (V)** AUSENCIA DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE (SAMR) COMUNITARIO (AC) EN HEMOCULTIVOS. ESTUDIO PROSPECTIVO

Salazar E, Smud A, Clara L  
Hospital Italiano de Buenos Aires HIBA

**46 (V)** ABSCESO PROSTATICO A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO. "CASO CLÍNICO EXCEPCIONAL"

Abreu D, Arroyo C, Suarez R.  
Servicio de Urología, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

**5 (S)** ENDOCARDITIS INFECCIOSA Y ABSCESOS MUSCULARES MÚLTIPLES. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Madrid F, Pintos M, Frantchez V, Battaglino M  
Clínica Quirúrgica "1" y Medica "2" Hospital Pasteur

**6 (S)** ABSCESOS PROFUNDOS DEL PSOAS. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS

Madrid F, Pintos M, Frantchez V, Battaglino M  
Clínica Quirúrgica "1" y Medica "2" Hospital Pasteur

**7 (V)** ABSCESO PROSTÁTICO: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE INFECCIÓN POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC)

Dres. Frantchez V, Battaglino M.N, Madrid F, Pintos M.  
Clínica Médica "2", Clínica Quirúrgica "1". UDELAR. Hospital Pasteur.

**16 (V)** COMPROMISO RETROPERITONEAL A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO

Abreu D, Osorio F, García Guido L  
Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

**22 (S)** ABSCESO DEL PSOAS: PRIMER CASO A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

Facal J., Maiche M., Cuadro R.  
Clínica Médica "1". Facultad de Medicina. UDELAR. Uruguay.

**32 (V)** INFECCIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA MANO ASPECTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

Masdeu F, Kurdian RS, Ortiz RG.  
Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía. Hospital Pasteur

**24 (S)** ANÁLISIS DE 95 INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* DE PERFIL COMUNITARIO INGRESADOS EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE MONTEVIDEO

Medina J<sup>1</sup>, Palacio R<sup>2</sup>, Pérez G<sup>1</sup>, Cabrera S<sup>1</sup>, Lindner C<sup>2</sup>, Bazet C<sup>2</sup>, Savio E<sup>1</sup>.  
<sup>1</sup>Cátedra de Enfermedades Infecciosas Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.  
<sup>2</sup>Dpto. Laboratorio Clínico Hospital de Clínicas.

**IMPORTANTE:**

La inicial al lado de cada número de poster, corresponde al día que se requiere la presencia del autor junto a cada trabajo, correspondiente a la presentación de posters.

(V) Viernes - (S) Sábado

**INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO: ANÁLISIS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL POLICIAL**

Bonino A., Gnesetti A., Pujadas M., Broggi A.  
Hospital Policial. Servicio Pediatría.

**Introducción:** Las infecciones estafilocócicas tienen destacada importancia en Pediatría, dada su creciente frecuencia y gravedad, así como serias dificultades terapéuticas en los últimos años.

En nuestro país se identificaron los primeros brotes de infecciones a *Estafilococo aureus* meticilino resistente comunitario (SAMR-com), en comunidades cerradas, cárceles y asentamientos del cinturón periurbano. La población asistida en el Hospital Policial tiene un riesgo aumentado de sufrir infecciones a SAMR-com.

**Objetivo:** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de las infecciones causadas por SAMR-com en la población pediátrica del Hospital Policial.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, a través de la revisión de historias clínicas entre el 1º de enero 2004 al 31 de enero 2005.

Se incluyeron todos los pacientes pediátricos con cultivos positivos a SAMR-com, que no hubieran estado internados las últimas 72 horas.

**Resultados:** Se obtuvieron 91 casos con cultivos positivos, durante un período de 13 meses. Las formas clínicas más frecuentes fueron abscesos (22%), impétigo (21%) y lesión sobreinfectada (18%). El 30% de los niños habían recibido alguna terapia antibiótica previo a la toma del cultivo.

El 34% (31) de los pacientes requirieron ingreso a piso de internación pediátrico; de los cuales 77% presentaban infecciones profundas; con dos ingresos a CTI, y un paciente fallecido.

**Conclusiones:** El mayor índice de sospecha a este germen en el año 2004, condicionó mayor solicitud de cultivos en lesiones superficiales, como se pudo apreciar en otras instituciones, coincidiendo con la realidad epidemiológica.

Las infecciones de piel y partes blandas ocuparon la tercer causa de hospitalización en nuestro servicio durante el 2004; siendo el 40% de ellas a SAMR-com.

No hubo diferencia significativa entre infecciones superficiales (46%) y profundas (54%), en los diagnósticos clínicos realizados.

**CARACTERÍSTICAS DE LOS INGRESOS POR INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS. SERVICIO DE PEDIATRÍA HCFFAA AÑO 2005**

Badía F., Machín C., Más M., Rebollo L., Silveira R., Pinchak M.  
Departamento de Pediatría HCFFAA-DNSFFAA

**Introducción:** El *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-ac) es un agente cada vez más frecuentemente involucrado en la etiología de las infecciones de piel y partes blandas, con características particulares de virulencia y resistencia antibiótica. Esto lleva a mantener una vigilancia más estricta.

**Objetivos:** Evaluar las características clínicas y etiológicas de las hospitalizaciones por infecciones de piel y partes blandas en el servicio de pediatría del HCFFAA en el año 2005.

**Material y métodos:** Se revisaron las historias clínicas y resultados bacteriológicos de los pacientes egresados con diagnóstico de infección de piel y partes blandas, entre 01/01/05-31/12/05.

**Resultados:** Se incluyeron 86 casos (7.5% del total de hospitalizados). Los diagnósticos fueron: 9 impétigo, 48 celulitis, 24 abscesos, 6 adenoflemon y 1 fascitis necrotizante. Se conoció la etiología en 42 casos (49%): *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) 35 (40%), *Streptococcus pyogenes* (*S. pyogenes*) 4 (5%), 1(1%) mixta (*S. aureus* y *S. pyogenes*), y otros 2 casos(3%). De los *S. aureus* aislados 17 (49%) fueron sensibles a meticilina y 18 (51%) correspondieron a cepas resistentes (SAMR). Los aislamientos de SAMR presentaron: sensibilidad a Clindamicina 12 (66.6%), 5 (27.7%) resistencia inducida a la misma 5 (27,7%) y multiresistente 1 (5.5%).

Se aisló SAMR-AC en 13 de los 18 casos de absceso, 6 de las 47 celulitis, en 1 caso de 6 de adenoflemon y en ningún caso de impétigo.

El tratamiento antibiótico inicial se ajustó a las recomendaciones nacionales en el 84% de los casos.

**Conclusiones:** SAMR-ac representó el agente más frecuentemente aislado, predominando en los casos de absceso y celulitis. El porcentaje de cepas con resistencia inducida a clindamicina y formas multiresistentes no coincide con lo descrito en la bibliografía.

El cumplimiento de las recomendaciones nacionales de tratamiento fue satisfactorio.

**INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS: EL PROBLEMA DEL *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO**

Galiana A., Pujadas M., Ferreira B., Lustemberg A., Telechea D., Kenny J., Bazzino F.

**Introducción:** A partir de los '80 se reportaron casos de SAMR adquirido en la comunidad con un perfil de sensibilidad antibiótica diferente del SAMR intrahospitalario y factores de virulencia específicos. Se analiza este problema emergente en niños internados por infecciones de piel y partes blandas (IPPB).

**Objetivos:** Analizar las características clínicas, epidemiología y etiología de las IPPB en niños internados. Evaluar las infecciones por SAMR, su evolución clínica y tratamiento. Establecer una base para estudios de vigilancia epidemiológica de estas infecciones en la comunidad y en el hospital. Optimizar el tratamiento antimicrobiano.

**Material y métodos:** En el Área de Aislamientos Infecciosos de la Clínica Pediátrica "C" del CHPR, se realizó un estudio descriptivo, con una etapa retrospectiva entre 01.01.01 y 20.03.03 y otra prospectiva entre 21.03.03 y 31.07.04. Se incluyeron todos los pacientes internados, con IPPB, germen identificado y antibiograma cuando correspondiese. Se revisaron las historias clínicas registrando variables demográficas, diagnóstico clínico y de laboratorio, tratamiento y evolución. El análisis estadístico se hizo en base a medidas de resumen y pruebas de significancia.

**Resultados:** Se incluyeron 279 pacientes entre 761 ingresos por IPPB. La tasa de identificación de germen global fue de 36,67% (279/761) siendo de 24% en la 1ª etapa y de 58% en la 2ª. El 56% eran menores de 3 años. El diagnóstico más frecuente fue de impétigo (47%). Todos los pacientes tenían IPPB adquiridas en la comunidad. El *S. aureus* fue etiología en el 83% de las IPPB, no variando esta proporción en el período, en tanto el SAMR pasó del 4 al 56% de aquellos y del 3 al 49% de estas en dicho período. El SAMR comunitario evidenció un aumento de resistencia a clindamicina de 0 a 35% en el período, siendo esta inducible en el 95% de los casos. La internación promedio fue 4,8 días, dos requirieron CTI y ninguno murió.

**Conclusiones:** Ha aumentado la prevalencia del SAMR comunitario en las IPPB. Ha aumentado la tasa de identificación etiológica en IPPB. Viene aumentando la resistencia inducible del SAMR-com a la clindamicina. Debe mantenerse la vigilancia epidemiológica.

**INFECCIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SISTEMA PREPAGO DE SALUD**

Davrioux M., Gutierrez S., Pais T., Rodriguez G., Pedreira W.  
Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay

**Introducción:** Las infecciones de piel y partes blandas en niños son causa frecuente de consulta. La profundidad y extensión de las lesiones condiciona el ingreso hospitalario. En los últimos años se han detectado modificaciones en los patrones de resistencia del *Staphylococcus aureus* con la aparición de *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad.

**Objetivos:** conocer el lugar que ocupan estas infecciones en niños que requieren hospitalización en un sistema de prepago de salud, describir su etiología y características clínico evolutivas.

**Material y métodos:** estudio descriptivo de los niños que requirieron hospitalización en el año 2005. Se registraron edad, días de evolución previos al ingreso, localización sobre piel sana o con alteración, tratamiento y duración durante la hospitalización, resultados microbiológicos, destino y tratamiento al alta.

**Resultados:** ingresaron 46 niños, lo que constituye el 3% de los ingresos: 85% celulitis y 15% absceso cutáneo. La mediana de edad fue 7 años. De 39 celulitis, 27 tuvieron puerta de entrada y en 21 se aisló germen: 10 SAMR, 9 SAMS y 2 coinfección; uno por hemocultivo (agranulocitosis). De 7 abscesos, 3 por SAMS y 3 por SAMR. La hospitalización por celulitis fue 2 días, de abscesos 3 días. Se utilizó clindamicina (cl) i/v en 32, cefuroxime en 2, ampicilina sulbactam en 2, cefradina y gentamicina en 2 y vancomicina en 1, en abscesos cl a todos. Se otorgó pase al sistema de internación domiciliaria (SIDP) a 23 niños y a 23, se otorgó alta con antibióticos v/o. No se registraron muertes.

**Conclusiones:** en este sistema prepago de salud, las infecciones de piel y partes blandas no constituyeron un problema asistencial. El 85% correspondió a celulitis. El SIDP permitió el tratamiento i/v en la mitad de los casos. *Staphylococcus aureus* fue el único agente involucrado, tanto sensible como meticilino resistente. Ninguna de las cepas fue multiresistente y respondieron al tratamiento a pesar de ser D test + a cl.

## **ESTAFILOCOCO METICILINO RESISTENTE EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL PEREIRA ROSSELL**

Parodi V., Aldao J., Bustos R.

Servicio de Recién Nacidos del Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Departamento de Neonatología.

### **Introducción**

En la última década se ha informado a nivel mundial la aparición de infecciones causadas por cepas de *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes (SAMR) sin la presencia de los factores de riesgo clásicos descritos para portar este germen, con un patrón de susceptibilidad diferente a los antibióticos y adquirido en la comunidad.

Las características del SAMR-comunitario es que se contrae en la comunidad y cuyo gran riesgo para el área perinatal es que la madre infectada puede transmitirlo a su hijo y a otros niños y madres al compartir la clásica estadía puerperal hospitalaria.

Estos gérmenes pueden determinar enfermedades con variable nivel de gravedad, desde formas clínicas banales hasta otras graves que pueden conducir a la muerte.

Esta situación que ya había sido detectada en nuestro Servicio de Recién Nacidos, inclusive con registro de fallecimientos en el mes de julio del 2004 planteó la necesidad de adecuar las pautas de tratamiento para el binomio madre hijo ajustando los antibióticos de acuerdo a las sensibilidades observadas y evaluar la evolución de los casos.

### **Objetivos**

Establecer la prevalencia de las infecciones causadas por el SAMR-comunitario en el Servicio de Recién Nacidos del CHPR, sus formas de presentación así como sensibilidad a los antibióticos.

### **Pacientes y métodos**

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo de recién nacidos a partir de julio del 2004 durante un año en el cual se incluyeron casos de neonatos con infección a SAMR-comunitario que requirieron internación en algún sector del Servicio.

Los niños fueron tratados de acuerdo a pautas transitorias que fueron diseñadas por el personal del Servicio y del Departamento de Neonatología debidamente asesorados por infectólogos y bacteriólogos del Hospital en forma local con mupirocina y sistémica con vancomicina.

### **Resultados**

En un total de 7553 recién nacidos vivos en dicho período se diagnosticaron 33 pacientes con infección a SAMR-comunitario, 9 fueron re-ingresos desde el domicilio, el resto se presentó durante su estadía en el hospital.

En poco más de la mitad de los casos el cuadro permitió que el recién nacido permaneciera con su madre, 15 pacientes requirieron internación en sectores de mayor complejidad.

La forma de presentación habitual fue cutánea, habiéndose encontrado en seis pacientes enfermedad invasiva.

Se produjeron tres fallecimientos en neonatos con infección a SAMR-comunitario, pero de ellos dos fueron en forma alejada y no imputable a la infección estafilocócica.

Todas las cepas fueron sensibles a trimetoprim-sulfametoxazol y a vancomicina, en un solo caso no sensible a la gentamicina y en forma variable a la clindamicina.

### **Conclusiones**

Estamos ante una enfermedad emergente, potencialmente grave, en la que la consulta y el diagnóstico precoz junto a un tratamiento adecuado pueden generar resultados favorables.

## **INFECCIONES PRODUCIDAS POR *Staphylococcus aureus* DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN HOSPITAL DE NIÑOS DE CORDOBA**

Glatstein E., Garnero A., Bertoni L., Maurizio M. S.

Hospital de Niños de Córdoba. Bajada Pucará 450. Córdoba Capital

X5014AKL. TEL. y fax: 0351-4586439. [avgarnero@hotmail.com](mailto:avgarnero@hotmail.com)

**Introducción:** Las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de la comunidad produce patologías principalmente no invasivas afectando a piel y partes blandas e invasivas. Se observó un incremento de la prevalencia en distintos países. Por ello investigamos el impacto de éste patógeno emergente en nuestra institución.

### **Objetivos:**

- Determinar el incremento de patologías producidas por SAMR-CO.
- Identificar patologías producidas por SAMR-CO
- Evaluar tratamiento y sensibilidad antibiótica de SAMR-CO.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional de pacientes de 1 mes a 15 años de edad con aislamiento de SAMR dentro de las 48hs. De admisión hospitalaria entre Enero 2003 a Septiembre de 2005.

**Resultados:** En el año 2003 se identificaron 70 casos de infecciones por SA. De los cuales 22 meticilino R y 1 de éstos de la comunidad (4.5%), en 2004 de 98 casos 61 eran meticilino R y 2 de la comunidad (3.3%) y 2005 de un total de 113 casos 59 eran meticilino R y 10 de la comunidad (16.9%). Incremento 2003 a 2005 significativo ( $p=0.005$ ). 8 pacientes (8/13-61.5%) tuvieron patología no invasiva y la distribución anual fue: 1 celulitis en 2003, 2 abscesos en miembros inferiores en 2004 y 5 (3 abscesos y 2 celulitis) en 2005. 5 pacientes (5/13-38.5%) con patologías invasivas se presentaron en 2005: 1 adenitis, 1 bacteriemia, 1 neumonía y osteomielitis, 1 neumonía, 1 fascitis necrotizante. **Tratamiento de patología no invasiva:** drenaje quirúrgico y cefalo 1<sup>o</sup> Generación y las **invasivas:** vancomicina (neumonía, bacteriemia, neumonía y osteomielitis) drenaje quirúrgico y cefalo 1<sup>o</sup> generación (adenitis), penicilina y clindamicina (fascitis necrotizante). La evolución fue favorable en todos los pacientes.

**Conclusión:** El SAMR-CO es un patógeno emergente que produce infecciones más frecuente no invasivas con un incremento significativo en los últimos años. Probablemente el drenaje favorecería la evolución. Todos los aislamientos fueron sensibles a TMP-SMX, clindamicina y vancomicina.

## **PÓSTER CASO CLÍNICO: ABSCESO NASAL POR SAMR-AC.**

Delfino M., Peluffo G.

Centro Hospitalario Pereira Rossell.

**Introducción:** Se presenta el caso clínico de un adolescente con una forma poco frecuente de este absceso sin los factores de riesgo habitualmente involucrados en la literatura y cuya etiología es el SAMR-AC.

**Caso clínico:** 12 años, sexo masculino, procedente de Montevideo.

**Motivo de consulta:** Edema de cara y nariz. Fiebre.

**Fecha de ingreso:** 17/5/05. Fecha de egreso: 8/6/05.

**Enfermedad actual:** Cinco días previos al ingreso con edema leve de raíz nasal. A las 48 hs agrega Fiebre 39°C. Consulta y se indica Prednisona y Amoxicilina 500 mg v/o cada 8 horas que recibe en forma correcta durante 3 días. Aumento del edema, persiste febril. Reconsulta e ingresa. Sin antecedentes personales patológicos. Buen crecimiento y desarrollo. Certificado esquema de vacunación vigente.

**Examen físico al ingreso:** decaído, febril T<sup>o</sup> axilar 39.2 °C, bien hidratado y perfundido. Sin SFR. Edema de tabique nasal y hemicara derecha, rubor, calor. Epistaxis anterior por nariz derecha. Sin lesiones en piel. Resto del examen normal.

**Diagnóstico al ingreso:** Absceso de tabique nasal.

**Conducta al ingreso:** Se solicita hemograma, hemocultivo y PCR. Se inicia Ceftriaxona + Clindamicina I/V.

**Paraclínica al ingreso:** Hemograma : GB 19700 (94 % GR), Hb 12.1, Hto 37.2, plaquetas 316.000. PCR: 161. TAC de senos faciales: absceso de tabique nasal con destrucción del cartílago. Valorado en Emergencia por ORL 16/5 se decide drenaje en block quirúrgico. 18/05: hemocultivo (por uno) desarrolla a SAMR-AC. Estudio bacteriológico de pus de drenaje de absceso de tabique nasal. Directo: cocos gram + en racimos Cultivo: desarrolla SAMR-AC. PBP 2A +. Antibiograma (idéntico resultado en las distintas muestras): resistente a meticilina, cefotaxime y eritromicina; sensible a vancomicina, gentamicina, trimetoprim-sulfametoxazol, resistencia inducible a clindamicina. Se decide continuar con Clindamicina i/v, se suspende ceftriaxona.

**Evolución:** el 20/5 se realiza limpieza quirúrgica. 26/5: plastia del tabique nasal con cartílago de concha auricular. Tratamiento vía oral hasta el día 2/6 inclusive (tratamiento antibiótico: total de 17 días). Excelente evolución.

### **CELULITIS ORBITARIA COMPLICADA: A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO**

*Dra. Gnesetti A., Dra. Pujadas M., Dra Díaz M., Dr. Broggi A., Dr. Ventos P.*  
Departamento de Pediatría Hospital Policial

La celulitis orbitaria es una infección frecuente en la edad pediátrica; secundaria en la mayoría de los casos a infecciones de esfera otorrinolaringológica sobre todo de los senos faciales, así como también de lesiones de piel.

Los gérmenes involucrados en ésta son *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, anaerobios; y más alejadamente el *Haemophilus influenzae*.

Es una patología infecciosa que suele evolucionar favorablemente con el tratamiento antibiótico instituido; siendo poco frecuente la aparición de complicaciones.

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años, sana, que secundariamente a una mínima lesión supurada de cara presenta una celulitis orbitaria complicada con trombosis de senos cavernosos y meningitis. Cuya tomografía computada y resonancia magnética confirmaron el diagnóstico clínico, presentando citológico del líquido cefalorraquídeo compatible con meningitis y hemocultivo positivo en dos oportunidades a *Staphylococcus Aureus* Meticilino Resistente Comunitario (SAMR-com).

Paciente que a pesar del tratamiento antibiótico con ceftriaxona, vancomicina y ciprofloxacina presenta mala evolución y fallece al quinto día de tratamiento.

### **INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE (SAMR) ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO**

*Magneres M. C., Vazquez M., Langard M., Castro H., Devoto S., Procopio A., López E. L.*

Cátedra de Pediatría USAL, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Servicio de Infectología y Servicio de Bacteriología, Bs.As., Argentina.

**Introducción** Desde fines de 1980 se han reportado casos de infecciones por SAMR en ausencia de factores de riesgo en su mayoría adquiridos en la comunidad. Las infecciones por microorganismos con resistencia antibiótica llevan aparejado aumento en la morbilidad. Debido a la escasa información existente en niños en nuestro medio nos pareció necesario conocer el comportamiento de este germen en pacientes pediátricos.

**Objetivos** Se diseñó y ejecutó un estudio prospectivo y comparativo con el objetivo de analizar las características epidemiológicas, microbiológicas, clínicas y de evolución de las infecciones causadas por SAMR, provenientes de la comunidad en niños atendidos en un hospital pediátrico de nuestro país, así como el análisis de los factores de riesgo de adquisición de estas cepas, comparadas con aquellas infecciones producidas por *S.aureus* meticilino-sensibles (SAMS).

**Población, Material y Métodos** Entre el Enero 2004 y diciembre 2005 se incluyeron todos los niños con diagnóstico de infección clínica y bacteriológicamente documentada por SAMR de la comunidad que se internaron en el HNRG, utilizándose como grupo control pacientes de edades y estacionalidad similares con infecciones por SAMS adquiridas en la comunidad. Las infecciones se consideraron provenientes de la comunidad cuando los cultivos positivos eran de muestras obtenidas dentro de las 72hs. de internación, descartando infección intrahospitalaria según definición del CDC. Todos los pacientes recibieron el tratamiento antibiótico de acuerdo a normas al ingreso. El tratamiento se consideró inadecuado cuando el patógeno aislado era resistente al mismo.

**Resultados** Se estudiaron 30 pacientes que presentaron infecciones con SAMR y 40 pacientes, con SAMS. La media de edad fue 69,2 meses (1-221 meses) y 71,5 meses (1-200 meses) respectivamente. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de los factores de riesgo (tratamiento antibiótico previo, concurrencia a hospital, enfermedades de base, hospitalización, contacto con personas de riesgo, hacinamiento) en su adquisición. Se observó aislamiento en piel y partes blandas en 83,3% en SAMR y 17,5% en el caso de SAMS con diferencia estadísticamente significativa. Otros aislamientos: artritis en 35% de SAMS y ninguno en el caso en SAMR; osteomielitis en 37,5% de los casos de SAMS y 6,7% en los casos de SAMR. Neumonía se halló en un paciente de cada grupo, al igual que otitis. Sepsis se presentó en 6 pacientes con aislamiento de SAMR y 3 pacientes con SAMS. Solo un paciente falleció por shock séptico por SAMR y ninguno por SAMS. En cuanto a las manifestaciones clínicas se observaron abscesos subcutáneos en los SAMR con diferencia estadísticamente significativa  $p=0,03$ . Los pacientes con aislamiento de SAMR fueron tratados en forma inadecuada en el 83,3% de los casos. En la mayoría de los casos se adecuó el antibiótico con trimetoprima- sulfametoxazol (40%), un 23,3% con glicopéptidos y un 20% con Clindamicina. En algunos casos se agregó rifampicina o gentamicina. El promedio de tiempo de tratamiento total fue para SAMR 22,4 días (R: 1-101 días) y SAMS 49 días (R:10-215 días).

**Conclusiones** 1) La emergencia de este germen pone en alerta al sector de la Salud en cuanto al manejo y tratamiento del mismo. 2) No se han observado factores de riesgo para su adquisición 3) La manifestación clínica más frecuente fueron los abscesos subcutáneos.

### **EVOLUCIÓN DEL CONSUMO DE ANTIBIÓTICOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO PEREIRA ROSSELL EN LA ERA DEL *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE**

*Speranza N., Telechea H., Santurio A., Giachetto G., Nanni L., Pirez M. C.*

Centro de Información y Evaluación de Medicamentos, Facultad de Medicina, Ministerio de Salud Pública.

**Introducción:** En los últimos años, el aumento en la frecuencia de los aislamientos de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente no multiresistente en niños con infecciones adquiridas en la comunidad, determinó modificaciones en las recomendaciones de antibioticoterapia empírica, las mismas son de carácter nacional y se aplican desde VII/ 2004.

En las recomendaciones se incorporan como antibióticos de primera línea cotrimoxazol, clindamicina, gentamicina, vancomicina, según la situación.

**Objetivo:** Describir la evolución del consumo de antibióticos (ATB) en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP- CHPR) en el período 2001-2005.

**Material y métodos:** Se estimó el consumo de ATB en niños hospitalizados en el HP- CHPR mediante cálculo de la Dosis Diaria Definida por 100 camas-día (DDD/100). Se utilizaron como valores de referencia las DDD del Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la Organización Mundial de la Salud. Los datos sobre el consumo se obtuvieron del Programa WinFarma del Departamento de Farmacia del CHPR. El porcentaje de camas ocupadas por año se obtuvo de la División Estadística del CHPR. Se analizó la evolución del consumo en el período 2001-2005. Los resultados se expresaron en DDD/100 y su cambio porcentual.

**Resultados:** En el 2001 las DDD/100 fueron para: vancomicina 0.003, clindamicina i/v 0.002; cotrimoxazol oral 0.05, cefuroxime i/v 0.017. Durante los años 2002 y 2003 el consumo de estos ATB no se modificó significativamente. Luego de la implementación de las nuevas recomendaciones su consumo aumentó: vancomicina 169%, clindamicina 1218%, cotrimoxazol 389%, cefuroxime 270%. En el período analizado el consumo de cefradina disminuyó 30% (de 0.036 a 0.025 DDD/100).

**Conclusiones:** Estos resultados reflejan la aceptación de las recomendaciones vigentes. Es necesario complementarlos con la vigilancia de la susceptibilidad a los ATB. Se destaca la importancia de la monitorización periódica del consumo como parte del Programa institucional de Uso Racional de ATB.

### **INSTILACIÓN INTRAPLEURAL DE FIBRINOLÍTICOS EN EL EMPIEMA PARANEUMÓNICO POR SAMR-AC: A PROPÓSITO DE 3 CASOS**

Garat M. C., Vero M. A., Gerolami A., Giachetto G., Fernández A., Giannini G., Pirez M. C.

Hospital Pediátrico-Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Unidad médico-quirúrgica de asistencia de niños con empiema.

**Introducción:** En los últimos años se ha observado la emergencia de SAMR-AC como agente de neumonía bacteriana, lo que ha llevado a la preocupación del clínico y microbiólogo en lograr identificar el patógeno implicado en estas infecciones para realizar el tratamiento adecuado con el objetivo de disminuir la morbimortalidad.

Desde el año 2005 en la Unidad médico-quirúrgica de asistencia de niños con empiema del CHPR se utiliza la Estreptoquinasa (STK) en el tratamiento del empiema complicado con el objetivo de disminuir la necesidad de toracotomía, los días de permanencia del drenaje de tórax y los días de internación.

**Objetivo:** Evaluar la utilidad de los fibrinolíticos en el empiema paraneumónico complicado causado por SAMR-AC

**Materiales y métodos:** Revisión de las historias clínicas de 3 pacientes ingresados en la Unidad médico-quirúrgica de asistencia de niños con empiema en el periodo 1/1/2005 – 10/10/2006, con diagnóstico de empiema paraneumónico complicado cuyo patógeno identificado fue SAMR-AC, en los cuales se realizó colocación de tubo de tórax, tratamiento antibiótico según sensibilidad del germen identificado e instilación de STK intrapleural de acuerdo al protocolo establecido.

**Resultados:** Todos los pacientes tuvieron el perfil de sensibilidad y resistencia que caracteriza a este patógeno. En los 3 casos el empiema se resolvió con el uso de fibrinolíticos, no requiriendo toracotomía para debridamiento pleural ni resección pulmonar. Dos de los pacientes presentaron infecciones óseas en la zona de colocación del tubo de drenaje.

**Conclusiones:** En los niños asistidos en la unidad médico-quirúrgica de asistencia de niños con empiema del HP-CHPR la instilación de STK es válida para cualquier tipo de empiema complicado, si no existen contraindicaciones para el uso de la misma independientemente del agente etiológico implicado.

### **ETIOLOGÍA Y PRESENTACIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS EN EL HP- CHPR, URUGUAY. 2003-2005**

Romero C., Más M., Giachetto G., Pirez M. C., Martínez A., Algorta G., Acevedo D., Schimchak M.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR).

**Introducción:** *Staphylococcus aureus* es la principal etiología de las infecciones osteoarticulares. En Uruguay en el 2001 se comenzó a observar un aumento en la frecuencia de los aislamientos de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente no multiresistente, en niños con infecciones adquiridas en la comunidad (SAMR-AC). Es imprescindible conocer la prevalencia de éste agente para adecuar las pautas terapéuticas.

**Objetivo:** Describir la etiología, presentación y evolución de los niños hospitalizados con infecciones osteoarticulares en el HP-CHPR.

**Metodología:** Se incluyeron todos los niños hospitalizados entre 01/01/03-31/12/05, con diagnóstico al egreso de osteomielitis, osteoartritis o artritis séptica. Para la definición de casos se consideró las manifestaciones clínicas, centellograma óseo positivo y aislamiento del germen de hemocultivo y/o cultivo óseo o articular. De las historias clínicas se analizó la etiología, presentación clínica y evolución.

**Resultados:** Se hospitalizaron 106 niños con infecciones osteoarticulares; 2003 (n=26), 2004 (n=47), 2005 (n= 33). Se aisló germen en el 51 % (n=54): *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS) 21% (n=22), SAMR – AC 14% (n=15), *Streptococcus pneumoniae* 7% (n=8), *Streptococcus pyogenes* 3% (n=3), otros 6 % (n=6). Las infecciones por SAMR-AC fueron más graves: pandiafisitis (n=7), focos múltiples (n=1) y shock séptico(n=3), fallecimientos (n=2). En las otras etiologías (n=91) se observó un caso de pandiafisitis y no ocurrieron muertes. Comparados con otras etiologías, los niños con SAMR-AC requirieron más drenaje quirúrgico (100% vs 62%, p<0.01); mayor número de drenajes por niño (4 vs 1), estadía más prolongada (31 vs 13 días, p<0.01) y presentaron más secuelas (6 vs 1).

**Conclusiones:** SAMR-AC representó el 14 % de las infecciones osteoarticulares. Se destaca la gravedad de la presentación clínica en extensión lesional, secuelas y muertes. Se debe continuar con la vigilancia epidemiológica y considerar este germen en el inicio de la terapéutica empírica en nuestro medio.

### **EMPIEMAS PARANEUMÓNICOS POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE DE LA COMUNIDAD (SAMR-AC) N NIÑOS URUGUAYOS. UN NUEVO DESAFÍO**

Gutiérrez S., Chamorro F., Algorta G., Pirez M. C.

**Introducción:** Las neumonías bacterianas constituyen un importante motivo de hospitalización. Su complicación mas frecuente es el empiema. *Streptococcus pneumoniae* es el agente predominante. Desde el año 2003 aparece un nuevo germen: SAMRC.

**Objetivo:** Describir las características clínico-evolutivas de los niños con empiema a SAMRC.

**Materiales y métodos:** Se incluyeron todos los niños entre 1 mes y 14 años, ingresados al hospital Pediátrico Pereira Rossell y al Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay en los años 2003 a 2005, cuyo líquido pleural desarrolló SAMRC. Se registró edad, presentación clínica, tratamiento y complicaciones.

**Resultados:** Se aisló SAMRC en el líquido pleural en 22 niños, 11 SAMRC sensibles a gentamicina, eritromicina, clindamicina y cotrimoxazol y 11 con resistencia a eritromicina, resistencia inducible a clindamicina y sensible a los demás antibióticos. La mediana de edad fue de 16 meses. Tres niños presentaron erupción cutánea, cuatro niños sepsis. Recibieron antibióticos betalactámicos 17 niños con una mediana de 2 días previo al cambio a vancomicina o clindamicina. Un niño no requirió drenaje de tórax. La duración del drenaje fue en promedio 10 días y se realizó toracotomía en 9 niños. Cuatro niños presentaron compromiso pleuropulmonar bilateral y 9 niños abscesos de pared. Otro presentó síndrome nefrótico e insuficiencia renal aguda. Seis neumatoceles. Cuatro reingresaron por absceso de pared y osteítis costal, uno de ellos además presentó osteomielitis femoral. Dos niños fallecieron.

**Conclusiones:** El empiema SAMRC es una infección grave. La erupción cutánea y la supuración de partes blandas deben ser elementos de sospecha. La presencia de supuración de la herida operatoria, puede indicar osteítis. La duración de la antibioticoterapia debería ser más prolongada. La identificación precoz del germen es prioritaria en esta situación epidemiológica.

### **INFECCIONES OSTEOARTICULARES EN NIÑOS HOSPITALIZADOS: EVALUACIÓN DE UNA PAUTA DE TRATAMIENTO**

Más M., Romero C., Giachetto G., Pirez M. C., Martínez A., Algorta G., Acevedo D., Schimchak M.

Hospital Pediátrico, Centro Hospitalario Pereira Rossell (HPCHPR)Uruguay

**Introducción:** El aumento en la frecuencia de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR- AC) en niños con infecciones osteoarticulares adquiridas en la comunidad, ha llevado a modificaciones en las recomendaciones de antibioticoterapia empírica. La nueva pauta terapéutica considerando éste germen comenzó a aplicarse en setiembre de 2003.

**Objetivo:** Evaluar el cumplimiento de la pauta terapéutica en niños hospitalizados con infecciones osteoarticulares y describir su evolución.

**Metodología:** Se incluyeron los niños hospitalizados en el HP - CHPR entre 01/09/03 -31/12/05 con diagnóstico al egreso de osteomielitis, osteoartritis o artritis séptica. Definición de casos: manifestaciones clínicas, centellograma óseo positivo y aislamiento del germen de hemocultivo y/o cultivo óseo o articular. De las historias clínicas se analizó tratamiento antibiótico empírico inicial; estudios microbiológicos y evolución clínica.

**Resultados:** Se incluyeron 89 niños. La pauta terapéutica al ingreso se cumplió en 78% (n=70) y no se cumplió en 22% (n=19). En los niños tratados de acuerdo a la pauta se aisló germen en 50% (n=35); *S. aureus* fue el más frecuente: *S. aureus* meticilino sensible (SAMS) (n=19), SAMR- AC (n=7). En este grupo, en la evolución el tratamiento se adecuó a la etiología en 22 casos. En los no tratados de acuerdo a la pauta, se aisló germen en 43% (n=9) (SAMR- AC n=4, SAMS n=1), en todos se adecuó a la etiología. Requirieron drenaje 31% (n=22) de los niños tratados de acuerdo a la pauta y 47% (n=9) en los que no se cumplió. No se observaron diferencias significativas en la estadía hospitalaria, secuelas, y muertes entre ambos grupos. En los niños con SAMR-AC (n=11), se cumplió la pauta al ingreso en 7, de los cuales uno presentó secuelas y otro falleció. De los 4 niños que recibieron otro tratamiento, quedaron con secuelas dos y falleció uno con diagnóstico por necropsia de shock séptico secundario a osteomielitis.

**Conclusiones:** Es necesario mejorar el cumplimiento de la pauta terapéutica. Se destaca la gravedad de las infecciones por SAMR-AC independiente del antibiótico indicado. Futuros estudios son necesarios para profundizar en los factores de virulencia y mejorar la terapéutica.

### CELULITIS NECROTIZANTE DEL RECIEN NACIDO

Duarte S., Gonzalez G., Fraga A., Piñero S., Juambeltz C., Berazategui R.  
Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario  
Pereira Rossell (CHPR), Montevideo, Uruguay.

**Introducción.** La celulitis necrotizante tiene bajísima incidencia y elevada morbilidad en la edad pediátrica. Se vincula con factores de riesgo causantes de inmuno supresión (varicela, desnutrición, diabetes, aplasia medular, leucosis). En el recién nacido (RN) el pronóstico es particularmente grave y la puerta de entrada citada con mayor frecuencia es la onfalitis.

**Objetivo:** Comunicar un caso de celulitis necrotizante en un RN (CNRN), sin factores de riesgo, con puerta de entrada poco frecuente y causado por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de perfil comunitario.

**Caso clínico.** RN, 18 días, peso al nacer 3500 gr, sin patología perinatal. A los 14 días de vida mastitis con fiebre. Recibe tratamiento con cefradina intravenosa. En la evolución, se agrava e instala celulitis necrotizante de pared torácica y sepsis. Se realizó amplio debridamiento quirúrgico de urgencia, comprobándose necrosis de piel, celular y fascia, sin miositis. La excéresis abarcó todo el tejido necrótico incluyendo la glándula mamaria.

El germen aislado fue SAMR-AC. Se completó tratamiento antibiótico con vancomicina, amikacina y penicilina.

La evolución fue favorable, realizándose varias limpiezas quirúrgicas complementarias y cierre de la herida con injerto de piel a los 20 días.

**Discusión.** Este es el primer caso informado en nuestro medio de CNRN por mastitis cuyo agente etiológico fue SAMR-AC. El germen habitual es *Staphylococcus aureus* meticilino sensible.

Revisada la literatura, existen pocos casos comunicados de celulitis necrotizante por mastitis en el recién nacido. La serie mas extensa presenta 4 casos, de los cuales sólo en uno fue necesaria la excéresis del tejido mamario.

**Conclusiones:** La celulitis CNRN tiene extrema gravedad. Requiere un rápido y enérgico tratamiento médico-quirúrgico donde se debe identificar el germen causal mediante cultivo de la lesión y/o hemocultivos.

### INFECCION DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR SAMR-AC ABSCEOS MÚLTIPLES SIN ELEMENTOS INFLAMATORIOS

Duarte S., Piñero S., Fraga A., Giannini G., Pirez M. C., Berazategui R.  
Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Centro Hospitalario  
Pereira Rossell (CHPR), Montevideo, Uruguay.

**Introducción** La mayoría de infecciones producidas por *S.aureus* meticilino-resistente adquirido en comunidad (SAMR-AC) corresponden a infecciones de piel y partes blandas (abscesos, forúnculos, hidrosadenitis, celulitis). Estos casos, habitualmente se presentan en forma inicial como una lesión cutánea con un componente inflamatorio evidente y posterior supuración (pudiendo estar vinculado por los pacientes a una presunta picadura de insecto, un traumatismo, herida u otra puerta de entrada evidente). Se han comunicado múltiples casos de infecciones sistémicas graves a partir de una puerta de entrada en partes blandas.

**Objetivo** Comunicar una particular forma de presentación en infecciones de piel y partes blandas por SAMR-AC.

**Material y métodos** Revisión de los casos ingresados durante el 2005 a un sector de 12 camas de la Clínica Quirúrgica Pediátrica del CHPR específicamente destinado al ingreso de pacientes con infecciones de piel y partes blandas que requirieran por algún motivo tratamiento y/o seguimiento por cirujano. Se comunican dos casos clínicos: una lactante de 6 meses y un escolar de 9 años, ambos con varias tumoraciones de partes blandas de crecimiento progresivo y aparición sucesiva, sin elementos inflamatorios locales, ni puerta de entrada evidente.

**Resultados** En ambos pacientes el diagnóstico fue abscesos múltiples a SAMR-AC, sin elementos fluxivos locales, que evolucionaron sin agravación sistémica. Se trataron con drenaje quirúrgico y clindamicina con buena respuesta al tratamiento. Los hemocultivos en ambos pacientes fueron estériles, la confirmación de la etiología se realizó por el estudio bacteriológico del pus.

**Conclusiones** SAMR-AC puede provocar abscesos múltiples de partes blandas "profundos", sin puerta de entrada evidente ni signos inflamatorios locales evidentes.

### PRESENTACIÓN CLÍNICO-EVOLUTIVA DE NIÑOS CON EMPIEMA PARANEUMÓTICA DE ETIOLOGÍA NEUMOCÓCICA Y ESTAFILOCÓCICA

S. Gutierrez, S. Belo, F. Chamorro, M. Felitti, T. Pais, G. Algorta, W. Pedreira, M. C. Pirez, A. Montano

Centro Hospitalario Pereira Rossell

La neumonía de probable etiología bacteriana representó el 10% de los ingresos al hospital pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) y el 7% del Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU) en el año 2005. El agente etiológico más frecuente es *Streptococcus pneumoniae* (Sp). A partir del 2003 emerge como agente etiológico *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente de la comunidad (SAMR-AC). El desarrollo de empiema se observa en la evolución de estas infecciones.

**Objetivo:** describir la presentación clínica y evolución de niños con neumonía comunitaria que desarrollaron empiema por Sp y SAMR-AC.

**Metodología:** estudio descriptivo; se analizaron los registros clínicos de niños ingresados del 2003 al 2005 al CHPR y CASMU. El germen se aisló de hemocultivo o líquido pleural.

**Resultados:** Se incluyeron 232 niños, 90% con etiología neumocócica (80% sensible a penicilina y 1% resistente) y 9% estafilocócica (21 sensibles a gentamicina, 20 a cotrimoxazol 11 con resistencia inducible a clindamicina). Los síntomas al ingreso y duración de la hospitalización fueron similares en ambos. El 91% recibió penicilina al ingreso y en 20% se cambió el antibiótico durante la evolución, en la mitad de ellos adecuándolo al resultado del estudio bacteriológico. El cambio de drenaje de tórax por obstrucción, la toracotomía ampliada, resección pulmonar y pase a cuidado intensivo se realizaron con mayor frecuencia en aquellos niños con SAMR-AC. La supuración de la herida quirúrgica y reingresos fueron también más frecuentes para este germen. La letalidad fue de 1.4% para niños con Sp y 9.5% para SAMR.

Conclusión: la etiología aSp sensible es la más frecuente; el SAMR-AC debe tenerse en cuenta en el tratamiento empírico inicial en los pacientes graves. La identificación bacteriológica permitió adecuar el tratamiento antibiótico. Si bien la presentación clínica de los niños de esta serie fue similar, las complicaciones tórax-pulmonares fueron más frecuentes en los casos de SAMR-AC.

### NEUMONIA BACTERIANA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NIÑOS HOSPITALIZADOS, EMERGENCIA DE *S. aureus* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

Pirez M. C., Algorta G., Gutierrez S., Martínez A., Chamorro F., Guala M. J., Zabala C., Felitti M., Belo S., Giachetto G., Montano A.  
Hospital Pediátrico - Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay.

A partir del año 2001 se registró un aumento en la frecuencia de los aislamientos de *S.aureus* meticilino resistente no multiresistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) en infecciones de niños asistidos en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). SAMR-AC emergió como agente de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad (NBAC).

**Objetivo:** Mostrar la evolución de la etiología de la NBAC en el período 1998-2005 y los cambios en la pauta diagnóstica y tratamiento adoptados en el 2003.

**Metodología:** Se incluyeron en el estudio todos los microorganismos identificados en niños hospitalizados entre el 1º/01/1998 y el 31/12/2005. Los datos se obtuvieron del sistema de registro informatizado del Hospital Pediátrico del CHPR y de las historias clínicas de los niños.

La etiología se confirmó por la realización de hemocultivo y de cultivo del líquido pleural. Se realizó detección de antígenos capsulares por técnica de látex en líquido pleural.

**Resultados:** En el total de egresos del período las neumonías bacterianas representaron en promedio el 8.73% (rango 7.62 - 9.85 %). Se identificó un agente en sangre y/o líquido pleural de 543 niños. *S.pneumoniae* fue el agente más frecuente en todos los años del período, 91.7 %. En el año 2002 se identificó el primer caso de NBAC por SAMR-AC; este agente representó 5.8% de los aislamientos en 2003, 6.3% en 2004 y 6.1% en 2005. En setiembre de 2003 se adecuó la pauta existente, se difundieron los criterios clínicos y paraclínicos de sospecha de neumonía por este agente, se recomendó obtener precozmente los resultados microbiológicos y tratar a los pacientes con neumonía por SAMR-AC probable o confirmada con clindamicina o vancomicina + ceftriaxona.

**Conclusiones:** Es necesario mantener la vigilancia de la etiología de la NBAC en la comunidad y evaluar las pautas recomendadas.

### **FORMAS GRAVES DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE PROCEDENTE DE LA COMUNIDAD**

*Ferreira M. L., Bello O.*

Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP)-Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** Brotes de infecciones graves por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente procedente de la comunidad (SAMR-AC) se han informado a nivel internacional y en nuestro medio en los últimos cinco años en adultos jóvenes y en niños sin factores de riesgo. Algunos casos con presentación clínica compleja y evolución fatal generaron alarma pública.

**Objetivo:** Analizar las características de las formas graves de infecciones por SAMR-CA.

**Material y Método:** Estudio descriptivo, retrospectivo que incluyó niños de 0 a 14 años admitidos al CHPR a través del DEP en el período 22/03/2004 - 24/04/2005. Se procesaron múltiples variables obtenidas de los registros clínicos.

**Resultados:** n=9. Edad: x 5 a (18 d - 14 a); Sexo M 3 F 6. Patología previa: ausente (8); desnutrición (1). Antecedente inmediato de infección de piel y partes blandas (P y PB): 5/9. Días de evolución de los síntomas: x 3 (1-5). Sistemas afectados y diagnósticos (clínicos e imagenológicos): Pulmonar (7) (neumonía 2; neumonía con empiema 2; tromboembolismo pulmonar 2; SDRA 1); Osteoarticular (O.A) (6) (osteomielitis 4; artritis 2); SNC (2) (meningoencefalitis 1; absceso raquídeo 1); Sistema Venoso Profundo (SVP) (2) (trombosis ilíaca 1; femoral 1); P y PB (4) (abscesos 3; fascitis necrotizante 1); FOMS (2) (sepsis grave- shock séptico 2). Laboratorio: GB (x 16200 mm<sup>3</sup>); PCR (x 228mg/l); Cultivos SAMR-AC: 13 (sangre 4, material óseo articular 3; material P y PB 5; líquido pleural 1); Resistencia inducible a clindamicina 3/9. Tratamientos: cirugía y antibióticos 9/9; Anticoagulantes 2/9. Muertes : 2 (FOMS); Secuelas 4/7. Estancia Hospitalaria: x 18 d (1- 64).

**Conclusiones:** Las infecciones graves por SAMR-CA afectaron a niños sin factores de riesgo, en un rango amplio de edades, a menudo con compromiso de varios sistemas, algunos con formas bizarras de presentación. La imagenología resultó muy valiosa. El tratamiento prioritario fue cirugía asociada a antibióticos adecuados. La letalidad y las secuelas fueron elevadas y requirieron prolongada estancia hospitalaria.

### **INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* METICILINO-RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC) EN UN HOSPITAL PEDIATRICO**

*Castilla M., Perdomo V., Sandin D., Di Martini A., Chamorro E., Gutierrez S., Mas M., Romero C., Delfino M., Arbiti F., Almeida M., Farias F., Giachetto G., Pujadas M., Galiana A., Alberti M., Pirez M. C., Rubio I., Montano A.*

**Instituciones responsables:** Hospital Pediátrico. Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR). Facultad de Medicina. Ministerio de Salud Pública (MSP). Montevideo, Uruguay.

**Introducción:** En Uruguay a partir del año 2001 se comienza a registrar un aumento progresivo de las infecciones (invasivas y no invasivas) por *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC).

**Objetivo:** Describir las características clínicas y evolutivas de los niños con infecciones invasivas por SAMR-AC hospitalizados en HP-CHPR entre los años 2003 y 2005.

**Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes de 0 a 14 años con infecciones invasivas por SAMR-AC hospitalizados en salas de internación general, cirugía y cuidados intensivos (UCIN) del HP-CHPR. Se definió infección invasiva como aquellos pacientes que tenían aislamiento del germen del líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, hueso, líquido articular u otra serosa del organismo y/o sangre. Se registraron: edad, sexo, localización de la infección. Se analizaron las complicaciones y la mortalidad.

**Resultados:** Las infecciones más frecuentes fueron neumonías (n:22) y osteoartritis (n:15). Pacientes con neumonía media de edad 2.57 años. Media de edad de pacientes con osteoartritis 5.27 años

Otros diagnósticos al egreso fueron absceso hepático, absceso intraraquídeo, absceso nasal, bursitis y endocarditis. Las complicaciones que se observaron fueron: absceso hepático, infarto cerebral agudo, fascitis necrotizante, tromboembolismo pulmonar, trombosis venosa profunda, empiema subdural. Fallecen 3 niños con neumonía y 2 con osteoartritis

**Conclusiones:** Se destaca la gravedad y diversidad de las infecciones invasivas por este germen.

### **EL VALOR DE LA NECROPSIA EN LAS INFECCIONES INVASIVAS POR SAMR-AC.**

*Fernández A., Rodríguez A., Gutierrez C., Alberti M.*

Centro Hospitalario Pereira Rossell. Departamento de Patología Pediátrica.

En los últimos años se ha observado un aumento en la frecuencia y gravedad de las infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC). El conocimiento de este patógeno, el diagnóstico y tratamiento oportuno han permitido disminuir la mortalidad en estos pacientes. En los casos fatales, la necropsia anatomopatológica es un elemento semiológico de real importancia.

**Objetivo:** evaluar la contribución del estudio postmortem en 3 niños portadores de infecciones invasivas graves a SAMR-AC

**Material y método:** de la revisión realizada por los autores en el período 01/10/1998 al 31/12/2004 en 3 de los 111 niños fallecidos con necropsia anatomopatológica figura este diagnóstico de egreso. Se realizó un análisis retrospectivo y comparativo de los diagnósticos consignados en la historia clínica que fueron: una niña de 4 años con artritis de rodilla, sepsis, infarto cerebral extenso; niña de 2 años 9/12 septicohemia, fallo multiorgánico y un niño de 3 años neumonía con empiema e insuficiencia respiratoria grave en los cuales se identificó el mismo patógeno SAMR-AC y los diagnósticos de las autopsias realizadas por patólogo pediatra en el Centro Hospitalario Pereira Rossell teniendo en cuenta los hallazgos más significativos.

**Conclusiones.** La solicitud de la necropsia es fundamental por su contribución al diagnóstico aún teniendo la certeza de la causa de muerte, permitiendo certificar los diagnósticos clínicos realizados, revelar los insospechados, conocer los errores cometidos. La autopsia se transforma así en instrumento docente y evaluatorio de calidad asistencial.

**INFECCIONES INVASIVAS ASOCIADAS A *Staphylococcus aureus* DE PERFIL COMUNITARIO INGRESADOS EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE MONTEVIDEO**

Medina J.<sup>1</sup>, Palacio R.<sup>2</sup>, Cabrera S.<sup>1</sup>, Pérez G.<sup>1</sup>, Lindner C.<sup>2</sup>, Bazet C.<sup>2</sup>, Savio E.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cátedra de Enfermedades Infecciosas Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

<sup>2</sup>Dpto. Laboratorio Clínico Hospital de Clínicas.

Las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de perfil comunitario (SAMR-com) pueden determinar infecciones invasivas con elevada morbilidad y potencial mortalidad. El poder predecir que factores están asociados al riesgo de infección invasiva por este patógeno es de vital importancia para un mejor manejo del paciente. Los **objetivos** fueron 1) describir la forma de presentación de las infecciones invasivas por SAMR-com. 2) analizar potenciales factores de riesgo para una infección invasiva.

**Materiales y Métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes hospitalizados por una infección por SAMR-com entre marzo 2003 a junio de 2006. Se definió fenotípicamente SAMR-com a los SAMR-resistentes a todos los betalactámicos, sensibles a gentamicina, ciprofloxacina, trimetoprim-sulfametoxazol y vancomicina con resistencia variable a macrólidos y clindamicina. Se definió infección invasiva a la infección de sitio estéril en estado de salud. Incluye: sangre, líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal y pericárdico, osteo-articular, nódulos linfáticos, cerebro, corazón, hígado, bazo, humor vítreo, riñones, páncreas, ovario, testículo u otros

**Resultados.** Se enrolaron 95 pacientes, la edad media fue  $33,5 \pm 15,5$  años, 60 de sexo masculino. Se detectaron 63 infecciones no invasivas y 32 invasivas (33,6%).

La estadía fue de  $29 \pm 23$  días. La distribución de las infecciones invasivas fue la siguiente: bacteriemias (n=6, cuatro asociadas a focos profundos), osteo-articular (n=7), renal-perirrenal-psoas (n=6), otros focos múltiples (n=5), otros focos únicos (n=5), sistema nervioso central (n=3), testicular (n=2), pulmón (n=1), pleura (n=1).

El 45% de los pacientes con foco profundo tuvieron focos profundos múltiples.

Quince pacientes no tenían al momento de la consulta infección de piel y partes blandas (47%).

Un paciente con infección invasiva falleció (3% de las infecciones invasivas) pero no se pudo atribuir a la infección por SAMR-com.

Veinte variables fueron evaluadas mediante análisis univariante. Las que tuvieron una p menor a 0,20 se incluyeron en la regresión logística (edad menor 30 años, temperatura mayor a 38 grados centígrados, leucocitosis mayor a  $12.000 /mm^3$ , infección VIH, uso de drogas ilícitas inhalatorias y factores de riesgo para infección por SAMR-hosp)

El análisis de regresión logística identificó a la leucocitosis mayor a  $12.000 /mm^3$  como única variable independientemente asociada al diagnóstico de una infección invasiva por SAMR-com. (odds ratio [OR], 4.57; 95% intervalo de confianza [IC], 1.04-20.3) **Conclusiones:** las infecciones invasivas por SAMR-com representaron 1/3 de los pacientes ingresados a un área hospitalaria determinando una estadía prolongada. Hay un alto porcentaje de pacientes sin foco cutáneo al momento de la consulta lo que puede dificultar el diagnóstico. La leucocitosis mayor a  $12.000 /mm^3$  fue la única variable asociada en forma independiente al diagnóstico de infección invasiva.

**INFECCIÓN MULTISISTÉMICA POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO: REPORTE DE UN CASO**

Danza A., Córdova V., Arbelo A., Ormaechea G.

Clínica Médica "A" – Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela" – Uruguay.

**Introducción:** Desde el año 2003 en nuestro medio se ha producido un aumento de las infecciones provocadas por *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad, causando infecciones de piel y partes blandas e infecciones sistémicas graves. Asociando otras resistencias antibióticas como a eritromicina y clindamicina, y no multiresistencia como las cepas hospitalarias. Afecta a niños y adultos jóvenes, siendo los factores de riesgo más frecuentes para su adquisición: condiciones de higiene desfavorables, hacinamiento, guarderías, cárceles.

**Caso Clínico:** 18 años, sexo masculino, medio socioeconómico deficitario, adicto a pasta base de cocaína, tabaquista. 3 meses antes del ingreso presenta infección de piel y partes blandas por *S. aureus* de perfil comunitario sensible a trimetoprim/sulfametoxazol (TMP/SMX) y gentamicina, resistente a clindamicina y ciprofloxacina. Recibe tratamiento incompleto con TMP/SMX (5 días). Ingresó por dolor lumbar intenso de 20 días de evolución y fiebre de 39°C axilar. Examen: polipneico, febril, fascies tóxico, dolor en masas musculares paravertebrales derechas. VES: 100 mm/h, PCR 198 mg/l, leucocitosis  $20.000 cel/mm^3$ . Hemocultivos positivos a *S. aureus* de perfil comunitario, sensible a vancomicina, TMP/SMX, gentamicina y ciprofloxacina; resistente a clindamicina. TAC de tórax, abdomen: espondilodiscitis D10-D11, disminución del cuerpo de la altura de D10. Voluminoso absceso osifluente perivertebral. Consolidación pulmonar abscedada lobar inferior derecha, derrame pleural bilateral. Adenopatías mediastinales, hepatoesplenomegalia y ascitis. Presenta mala evolución bajo tratamiento con vancomicina, rifampicina y ciprofloxacina.

**Discusión:** El caso que comunicamos evidencia la virulencia de este agente, presentándose como una infección multisistémica grave con mala evolución, provocando espondilodiscitis con absceso perivertebral, consolidación y absceso pulmonar. Reafirmamos la importancia de conducir de forma precoz y completa el tratamiento antibiótico en las infecciones no graves de piel y partes blandas, cuyo incumplimiento es un factor de riesgo para infecciones graves, como la que reportamos.

### **PREVALENCIA DE PORTACIÓN NASAL DE *Staphylococcus aureus* EN NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).**

Sanabria G., Araya S., Aranda C., Peralta K., Lovera D. y Arbo A.

Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay.

**Introducción.** Los portadores de *S. aureus* (*Sau*) desempeñan un papel crítico en la epidemiología de las infecciones estafilocócicas. Poblaciones como los pacientes con VIH exhiben una alta tasa de infección por *Sau* y pueden constituir un importante reservorio en la comunidad de las cepas MRSA.

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de portación y perfil de susceptibilidad a antibióticos de *S. aureus* aislados de pacientes pediátricos con infección por VIH que acuden a un hospital de referencia.

**Material y métodos.** Entre enero y agosto del 2006 se incluyeron en forma prospectiva pacientes de 3 meses a 14 años con infección por VIH que acudieron al Servicio de Consulta Externa del IMT. Muestras de fosas nasales se obtuvieron de cada paciente con hisopo estéril, las cuales se inocularon en agar sangre y agar manitol salado. La identificación de *S. aureus* se realizó por su morfología típica y pruebas bioquímicas. La susceptibilidad a antibióticos se determinó por el test de Kirby-Bauer. La detección de resistencia inducible a clindamicina se realizó por la prueba de difusión de doble disco.

**Resultados.** Hasta el momento del presente reporte, fueron incluidos 58 pacientes, con una edad media de 46 + 38 meses. La prevalencia de portación nasal de *S. aureus* encontrada fue del 51% (30 de 58 pts). De las 30 cepas aisladas, 17 (57%) fueron resistentes a oxacilina, 19 (63%) a eritromicina, no identificándose ninguna cepa resistente a vancomicina. El 23% de las cepas (7/30) exhibieron resistencia constitutiva a clindamicina, y adicionalmente 6/30 (20%) resistencia inducible a clindamicina. De las 19 cepas resistentes a eritromicina, 6 (32%) exhibieron resistencia inducible a clindamicina. Factores de riesgo identificados como significantes de portación de *S. aureus* fueron la asistencia a guarderías (10/30 vs 3/25,  $p < 0.05$ ) y el estadio avanzado de la enfermedad (estadio C, 8/30 vs 2/25,  $p < 0.05$ ). Aunque los niños que asistían a guarderías mostraron una mayor tendencia a portar MRSA (7/17) vs los portadores de MSSA (3/13), la diferencia no fue significativa.

**Conclusiones.** El presente estudio revela una elevada tasa de portación de *S. aureus* en niños con infección por VIH, el cual exhibe un perfil de resistencia alarmante a antibióticos clásicos antiestafilocócicos. Esta población representaría un grupo de alto riesgo para diseminación de MRSA en la comunidad.

### **TOXIGENIC CAPACITY OF OXACILLIN RESISTANT COAGULASE-NEGATIVE STAPHYLOCOCCI ISOLATED FROM NEWBORNS IN BRAZIL**

Cunha MLRS, Calsolari RAO, Araújo-Júnior, JP

Departamento de Microbiología e Imunología, IB, UNESP, Botucatu-SP, Brasil  
cunhamlr@ibb.unesp.br

**Introducción:** Oxacillin resistance in isolates of coagulase-negative staphylococci (CNS) have emerged over the last years in neonatal intensive care units.

**Objective:** Identification and the determination of toxigenic capacity in resistant CNS isolated of newborns hospitalized at the Neonatal Unit of the Hospital of the Botucatu Medical School, Unesp, Brazil.

**Material And Methods:** In the present study, 90 CNS strains isolated from different clinical materials of newborns were investigated for the testing of susceptibility to oxacillin and by PCR for the presence of genes encoding staphylococcal toxins A (*sea*), B (*seb*), C (*sec-I*) and D (*sed*) and TSST-1 (*tst*). Strains positive for the presence of one or more genes were tested by RT-PCR for the expression of mRNA encoding the respective toxins.

**Results:** *S. epidermidis* was the most frequently isolated organism, corresponding to 71.1% of all CNS strains investigated and 63.5% showed oxacillin resistance. The results showed a total of 49 (45.4%) CNS strains that were positive by PCR and 65.3% were oxacillin resistant. Analysis of mRNA expression by RT-PCR detected six (14.0%) CNS strains producing SEA and SEC, with 83.3% these isolates presenting resistance to oxacillin.

**Conclusion:** RT-PCR confirmed the toxigenic capacity of *S. epidermidis* and *S. lugdunensis*, a finding emphasizing the need for greater attention to these microorganisms when isolated from infectious processes.

Financial support: FAPESP

### **INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* EN EL ÚLTIMO QUINQUENIO EN UN CENTRO DE REFERENCIA DEL PARAGUAY**

Araya S., Aranda C., Sanabria G., Lovera D., Apodaca S., y Arbo A.

Servicio de Pediatría. Instituto de Medicina Tropical (IMT). Asunción, Paraguay.

**Introducción.** El *S. aureus* (*Sau*) representa actualmente uno de los más importantes patógenos de la edad pediátrica, y es responsable de una amplia variedad de cuadros clínicos.

**Objetivo.** Determinar el perfil actual epidemiológico, clínico, y patrón de resistencia antimicrobiana de las infecciones invasivas por *Sau* en pacientes (pts) pediátricos que se hospitalizan en un hospital de referencia.

**Materiales y métodos.** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron a todos los pts <15 años hospitalizados en el IMT entre enero 2000 y junio del 2006, con infección adquirida en la comunidad por *Sau* (CA-SA) y en los que se aisló el microorganismo en sangre y/o fluido normalmente estéril, dentro de las 48 hs de la admisión. La recolección de datos demográficos, clínicos y laboratoriales se realizó con una base de datos. La susceptibilidad a antimicrobianos se determinó por el método de Kirby-Bauer. La detección de resistencia inducible a clindamicina se realizó por la prueba del doble disco.

**Resultados.** 62 pts que reunieron los criterios de inclusión. La edad media fue 4.2 + 3.9 años, predominado el sexo masculino (M/F 1.6:1). De las formas clínicas observadas, la infección de piel y de partes blandas representó el 53% de los casos invasivos (n=33 pts), seguida de neumonías (n=10 pts, 15%), sepsis con focos múltiples (n=8 pts, 12%) y osteomielitis (n=4 pts, 11%). El 24% de los pts cursaron con bacteremia. Solamente 6 aislamientos (9.7%) fueron resistentes a oxacilina (MRSA), en tanto que los % de resistencia a eritromicina, clindamicina, eritromicina, TMT/SMX, y ciprofloxacina fueron del 16%, 9.7%, 13%, 9.7% y 13%, respectivamente. La resistencia simultánea a OXA-GEN, a OXA-CLIN, y la inducible a CLIN fue poco frecuente (una cepa respectivamente). Cuatro de los 6 pts con infección por MRSA (67%) presentaron algún factor de riesgo. La mortalidad fue del 4,8% (3/62).

**Conclusiones:** Las infecciones de piel y partes blandas, la neumonía y la sepsis con focos múltiples representaron las formas clínicas más frecuentemente observadas de las infecciones invasivas por *Sau* en nuestra institución. Aunque se ha constatado un incremento de la resistencia a OXA, la misma continúa siendo inferior a dos dígitos, siendo la resistencia múltiple aún poco frecuente. Estos resultados no avalan la utilización empírica al momento actual de VAN en infecciones por CA-SA

### **INFECCIÓN NOSOCOMIAL EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA**

Ariosa Acuña M. C., Clark Dondérez H., Pérez Rodríguez M. C., Pérez Pérez G.  
Instituto de Neurología y Neurocirugía. Ciudad de La Habana, Cuba.

**Introducción.** Las infecciones nosocomiales (IN) son complicaciones frecuentes en pacientes hospitalizados, particularmente en una Unidad de Cuidados Intensivos.

**Objetivos.** Determinar la incidencia, los gérmenes responsables y las localizaciones más frecuentes de infecciones nosocomiales en la Unidad de Cuidados Intensivos del Instituto de Neurología y Neurocirugía en Ciudad de La Habana, Cuba.

**Material y métodos.** Se realizó un estudio retrospectivo de los años 1998 al 2004 a partir de las historias clínicas y los registros de Microbiología. Se siguió la definición de infección nosocomial establecida por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta, Estados Unidos.

**Resultados.** La incidencia entre los años 1998 y 2004 fue de 19.94 por cada mil pacientes-días, o 15.15 por cada 100 ingresos. Las infecciones respiratorias fueron las más frecuentes (34%) seguidas de las infecciones urinarias (28%), las infecciones en el sitio de venipuntura (16%), las bacteriemias (13%) y las infecciones en heridas quirúrgicas (3%). En general, los Gram negativos resultaron causa más frecuente de IN, de 244 aislamientos *Pseudomonas* sp (28.9%), *Enterobacter* sp (21.3%), *E. coli* (11.5%), los Bacilos no fermentadores (11.1%) y *Klebsiella* sp (8.2%) fueron los más frecuentemente. Menos del 10% de la IN fueron causadas por gérmenes Gram positivos, de los 22 aislados Estafilococo coagulasa positivo representó el 63.7%, Estafilococo coagulasa negativo el 22.7%, y el resto correspondió a *Enterococcus* sp.

**Conclusiones.** La incidencia de infección nosocomial en la Unidad de Cuidados Intensivos es comparable a la de servicios similares en países desarrollados. Predominaron las infecciones respiratorias y del tracto urinario causadas por Gram negativos.

**RESISTANCE TO OXACILLIN IN *Staphylococcus aureus* ISOLATED FROM UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL PATIENTS OF THE BOTUCATU SCHOOL OF MEDICINE, SÃO PAULO, BRAZIL**

Martins A., Pereira V. C., Cunha MLRS.

Departamento de Microbiologia e Imunologia, IB, UNESP, Botucatu-SP, Brasil  
cunhamlr@ibb.unesp.br

**Introduction:** Infections caused by *Staphylococcus* genus are very important for human and animal health. The major agent of this genus is *S.aureus*, pathogen which is able to induce skin infections and other infections in immunocompetent hosts. Oxacillin has been one of the main used drugs against Staphylococcal infections; however a increase number of nosocomial *S.aureus* samples are resistant to this, with few alternatives for the treatment of these infections.

**Objective:** This study had the objective of determinate the oxacillin sensitivity in nosocomial *S.aureus* samples obtained from the patients of University Teaching Hospital of the Botucatu School of Medicine, São Paulo, Brazil.

**Materials and Methods:** 128 samples isolated during the period of 2002 until 2006 were analyzed by the oxacillin screen agar test, which consists in Mueller – Hinton agar added of NaCl (4%) + oxacillin (6 µg/mL), a disk diffusion test with oxacillin (1µg) and cefoxitin (30µg).

Results: Resistance to oxacillin was detected in 63 samples (49.2%), 100% of the samples were resistant by the oxacillin agar screen test, 44 samples (69.8%) by the cefoxitin disks and 40 (63.5%) to the oxacillin disks.

**Conclusions:** These results were to other oxacillin nosocomial resistance *S.aureus* studies, with resistance levels of 50%, and emphasize the high sensibility of the oxacillin screen agar test compared with the disk diffusion method using oxacillin and cefoxitin disks for detection of oxacillin resistance.

Financial support: FAPESP

**CLONES EMERGENTES DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE-GENTAMICINA SUSCEPTIBLE COMO AGENTE DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS, EN URUGUAY: ESTUDIO DE VIGILANCIA EN UN PERIODO DE 13 AÑOS**

Pedreira W.<sup>1</sup>, Bagnulo H.<sup>2</sup>, Mansilla M.<sup>2</sup>, Gonzalez M.<sup>2</sup>, Dotta M.<sup>2</sup>, Batista L.<sup>2</sup>, Guider I.<sup>2</sup>, Machado G.<sup>1</sup>, Vicentino W.<sup>1</sup>, Buela F.<sup>1</sup>, Viola M.<sup>1</sup>, Benaderet S.<sup>1</sup>, Rodriguez A.<sup>1</sup>, Mendez V.<sup>1</sup>, Oficialdegui M.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico. Sección Microbiología. Uruguay, Montevideo, Uruguay, <sup>2</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico. Comité de Control de Infecciones. Uruguay, Montevideo, Uruguay, <sup>3</sup>Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay. Sección Microbiología. Uruguay, Montevideo, Uruguay

**Introducción:** *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) es la causa mas frecuente de infección nosocomial, mostrando una resistencia homogénea a la meticilina y gentamicina (GM), cotrimoxazol (SXT), eritromicina (ERY), clindamicina (CLI), ciprofloxacina (CIP). En 1993 encontramos 2% de SAMR GM y SXT susceptible en pacientes añosos con infecciones de piel. Siguiendo con la epidemia de infección por SAMR comunitario (SAMR-COM) (2003) y el aumento en el uso de CIP, CLI y mupirocina (MUP) el SAMR GM susceptible (SAMR GMS) alcanza ahora niveles predominantes desplazando a otros fenotipos.

**Objetivos:** Investigar la prevalencia de esta clona en el período de estudio.

**Métodos:** Institución: 420 camas, 42 UCI (unidad de cuidados intensivos). Cepas aisladas de SAMR tomadas de muestras clínicas en los años 1993, 2004, 2005 fueron clasificadas como nosocomiales o adquiridas en la comunidad de acuerdo a los factores de riesgo del CDC.

Métodos de difusión de Disco guías (NCCLS) y CLSI para oxacilina (1µg), cefoxitin (10-30µg), ERY, CLI, CIP, SXT, GM, rifampin, vancomicina (VAN). Acido fusídico y MUP puntos de corte de acuerdo a la sociedad Francesa de microbiología y Británica de antimicrobianos.

Fueron agregados discos de tobramicina (TOB), kanamicina (KAN) y estreptomina a las cepas sensibles a GM. MIC para MUP fue determinada por E. test. Cepas seleccionadas al azar fueron estudiadas determinando los tipos de SCCmec en la Universidad de Juntendo, Japón 2004.

**Resultados:**

Nº de SAMR: 440 estudiados; 20 en 1993; 35 en 1998; 395 en 2004 - 2005.

Nº de SAMR GMS: 424; sangre 25 (6%), infecciones profundas 27 (6%), secreciones traqueales 89 (21%), heridas y lesiones purulentas 283 (67%), 65% en pacientes ambulatorios.

SAMR multi resistente (MR) 1993: 13%; 1998: 20%; 2004: 2.4%; 2005: 10%. Clon brasileño.

SAMR GMS: TOB, KAN, ERY, CLI, CIP, MUP resistente (MIC 8-64 mg/l bajo nivel). Este fenotipo va en aumento, 1993: 2%; 2003: 2.4%; 2004: 50%; 2005: 87%.

Resultados genotípicos: SAMR MR cassette III (4 cepas) y SAMRR GMS cassette II (13 cepas).

Esta clona se presenta en pacientes de edad media: 73 años (39-93) 80% hombres, todos con factores de riesgo, relacionado al sistema de salud, enfermedades crónicas: infección de pie diabético vasculares, infecciones en pacientes neoplásicos, infecciones de sitios quirúrgicos, neumonía y sepsis.

Como en el mundo resto del mundo asistimos a un reemplazo de los clones multi-resistentes hacia cepas mas susceptibles por la perdida de genes de resistencia y virulencia que están codificados en trasposones y plásmidos y otros genes de virulencia a favor de una mayor adaptabilidad y supervivencia en el huésped.

**Conclusiones:**

Estas variaciones en las clonas van a determinar cambios profundos y mas agresividad en las políticas de control de las infecciones por SA.

**Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD. FENOTIPOS DE RESISTENCIA Y VIRULENCIA LUEGO DE 2 AÑOS DEL ESTADO EPIDÉMICO. ESTUDIO MULTI-CÉNTRICO.**

*Pedreira W.<sup>1</sup>, Anzalone L.<sup>2</sup>, Cafferata L.<sup>2</sup>, Viola M.<sup>3</sup>, Oficialdegui M.<sup>4</sup>, Benaderet S.<sup>4</sup>, Chumino L.<sup>5</sup>, Pacheco M.<sup>5</sup>, Estevez G.<sup>6</sup>, Andujar M.<sup>7</sup>*

<sup>1</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico del Uruguay. Microbiología, Montevideo, Uruguay, <sup>2</sup>Ministerio de Salud Pública. Laboratorio de Atención Primaria de Salud LAPS. SSAE ASSE., Montevideo, Uruguay, <sup>3</sup>Centro de Asistencia Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, Uruguay, <sup>4</sup>Centros de Asistencia Sindicato Médico del Uruguay. Sección Microbiología, Montevideo, Uruguay, <sup>5</sup>Cooperativa Médica de Florida COMEF Laboratorio, Florida, Uruguay, <sup>6</sup>Cooperativa Médica de Canelones. COMECA. Laboratorio, Canelones, Uruguay, <sup>7</sup>Cooperativa Médica de Canelones. COMECA. Depto de Emergencia-Laboratorio, Canelones, Uruguay.

**Introducción:** Un nuevo, estafilococo aureus meticilino resistente (SAMR) con un fenotipo susceptible a multidrogas SAMR comunitario (clon Uruguayo) causó un gran brote: 30 muertes en Montevideo entre los años 2003-2004. Este clon lleva PVL y genes *cna*. La infección principal fue la de piel y partes blandas (IPPB), forúnculos recurrentes (20%) y unas pocas osteomielitis, neumonía y tromboflebitis séptica con pulmonar, renal, paravertebral que involucró a gente joven sin factores de riesgo.

**Objetivos:** Comparar el fenotipo de resistencia y la tasa de las infecciones invasivas comunitarias y hospitalarias en servicios con muy diferente prevalencia (Privado 21% vs Público atención primaria 70%: LAPS) en un lapso de 2 años.

**Métodos:** SAMR fue confirmado por PBP2a latex (Oxoid) así como oxacilina y mas específicamente FOX 10µg: zona inhibición del disco ≤18 mm y FOX 30 ≤22 como hemos comunicado previamente.

Estudio de sensibilidad: K. Bauer. Guías CLSI para oxacilina (1µg), cefoxitin (30µg), eritromicina (ERY), clindamicina (CLI), ciprofloxacina, gentamicina, trimetoprim sulfá, SXT, rifampin, vancomicina, linezolid. ERY y CLI fueron testeadas para diferenciar el fenotipo de resistencia como inducible (D. test+) MLSb o constitutivo. Para el ácido fusídico y mupirocina los puntos de corte fueron los recomendados por la Sociedad Francesa y Sociedad Británica.

**Resultados:**

Población; 1 millón de personas

2004: 2220 cepas clínicamente relevantes de SAMR-COM (adquirido en la comunidad); 2005: 2980. Edad media de unos 39 años.

LAPS realizó un estudio etiológico en IPPB. MRSA-COM causa 4% impétigo asociado con *S. pyogenes*; 5% celulitis y 90% infecciones profundas, abscesos, forúnculos hidradenitis (90%). Forúnculos recurrentes: 2004 - 20%; 2005 - 15%. *Staph. aureus* meticilino sensible (SAMS) fueron aislados en solo 11% de todos los IPPB.

Gran prevalencia en verano.

Las bacteriemias por MRSA-COM declinaron: 1.3% en el 2004 a 0.8% en el 2005; así como agente causante de las infecciones nosocomiales: 15% en el 2003; 4% en el 2005. No se observaron cambios significativos en los fenotipos de resistencia: 2/5200 SXT R; 27/5200 CIP R; 40% ERY R; CLI (D test+), 60% privado vs. 37 % LAPS. Resistencia constitutiva a CLI R 8.3% privado vs 0.8% LAPS; MUP R 3% (R cromosómica: CIM 8 - 64 mgr/l).

**SUCEPTIBILIDAD A ANTIMICROBIANOS Y FENOTIPOS DE RESISTENCIA A MACROLIDOS DE Staphylococcus aureus AISLADO DE INFECCIONES NOSOCOMIALES Y COMUNITARIAS**

*Salinas Delgado Y.<sup>1,3</sup> Salcido Gutiérrez L.<sup>2</sup>, Martínez Aguilar G.<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Unidad de Investigación Médica. IMSS, <sup>2</sup>Hospital General de Durango,

<sup>3</sup>Escuela de Ciencias Químicas UJED.

**Antecedentes.** - *Staphylococcus aureus* ha adquirido resistencia a la mayoría de los antibióticos utilizados en la práctica clínica.

**Objetivo.** - Comparar los patrones de susceptibilidad a antimicrobianos y el fenotipo de resistencia a macrólidos/lincosamidas en cepas de *S. aureus* aisladas de pacientes con infecciones nosocomiales y adquiridas en la comunidad.

**Material y Métodos.** - Estudio transversal comparativo. Se incluyeron cepas de pacientes con infección por *S. aureus* aisladas entre Diciembre del 2004 a Junio del 2005 en el Hospital General del IMSS y Hospital General de la Secretaría de Salud en Durango. La identificación se realizó de acuerdo a las recomendaciones de la Sociedad Americana de Microbiología (ASM) y las pruebas de susceptibilidad de acuerdo a los lineamientos del *Clinical Laboratory Standards Institute* (CLSI) por el método de Difusión en Disco (Kirby Bauer). Los Fenotipos de resistencia a macrólidos y lincosamidas se determinaron por la prueba de doble disco o prueba D.

**Resultados.** - Se obtuvieron un total de 72 aislamientos; 57 y 15 de origen nosocomial y comunitario respectivamente. Se encontró mayor porcentaje de cepas no susceptibles a ciprofloxacina en cepas nosocomiales que en comunitarias 24.6% vs 13.3%, (P= 0.03). No se encontró resistencia a meticilina. Diez cepas mostraron resistencia a eritromicina (7 nosocomiales y 3 comunitarias), el 100% de ellas presentaron el fenotipo de resistencia de resistencia a macrólidos/lincosamidas (MLS<sub>B</sub>) de tipo inducible.

**Conclusiones.** - Durante el periodo de estudio no encontramos cepas resistentes a meticilina. El 100 % de las cepas resistentes a eritromicina presentan el fenotipo inducible de resistencia.

**DIFERENTES FENOTIPOS DE RESISTENCIA EN BACTERIEMIAS POR Staphylococcus aureus METICILINO RESISTENTE. ENERO 2003-JULIO 2006. CLONAS EMERGENTES SUSCEPTIBLES AL CO-TRIMOXAZOL**

*Pedreira W.<sup>1,2</sup>, Galiana A.<sup>2</sup>, Macedo M.<sup>2</sup>, Mendez V.<sup>1</sup>, Machado G.<sup>1</sup>, Vicentino W.<sup>1</sup>, Rodríguez A.<sup>1</sup>, Buella F.<sup>1</sup>, Christophersen I.<sup>2</sup>, Machiavello S.<sup>2</sup>, Lopez L.<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup>Sección Bacteriología-CASMU <sup>2</sup>UDYCI Hospital Maciel

**Introducción:** En Uruguay las bacteriemias por SAMR tuvieron un aumento significativo en 2003 debido a la epidemia de SAMR comunitario (SAMR-COM). Establecimos un estudio de vigilancia cuidadoso en dos laboratorios de microbiología de los perfiles de sensibilidad antimicrobiana y genotipos de las cepas aisladas de bacteriemias por *S.aureus* (SA) en 2 hospitales de Montevideo: H1 Hospital Maciel (Salud Pública, 500 camas) y H2 CASMU (Salud Privada, 420 camas) desde enero 2003 a julio 2006.

**Métodos:** SA: confirmado por métodos convencionales. SAMR: disco de oxacilina, cefoxitin 10-30 y PBP2a. Estudio de sensibilidad: Kirby Bauer NC-CLS-CLSI (2005); puntos de corte del ácido fusídico según SFM y mupirocina según SAC. Las enzimas inactivadoras de aminoglucosidos se presumieron en cepas susceptibles a gentamicina agregando discos de estreptomina (SM), tobramicina (TOB) y kanamicina (KAN). Se determinó el tipo de SCmec en cepas elegidas al azar en al Universidad de Juntando Japón y CDC.

**Resultados:** N: 414 bacteriemias por SA (187 H1 y 227 H2). SA meticilino sensibles (SAMS): todos adquiridos en la comunidad; mortalidad a los 30 días: 28%. SAMR: todos asociados a servicios de salud, aun las cepas provenientes de la comunidad; SAMR-COM no tuvo representación como causante de infección nosocomial; mortalidad a los 30 días: 50%. 3 perfiles fenotípicos que se corresponden con el tipo de SCCmec: comunitario (IVc), nueva clona uruguaya hospitalaria emergente (III) y multi-resistente hospitalario (indeterminado). Proporción SAMR/SA varió desde 2003 a julio 2006: H1 31%, 24.5%, 29% y 27.6%; en H2 12%, 14.9%, 31%, 28%.

**Conclusiones:** SAMS fue la causa principal de bacteriemia adquirida en la comunidad. Disminución de SAMR-COM y SAMR-hospitalario. Aumento de fenotipo multi-resistente de SAMR-hospitalario: SXT y GM sensible con alta mortalidad, por pérdida de los transposones que llevan genes resistencia a los aminoglucosidos y genes de virulencia que le otorga mayor adaptabilidad al germen. Aparición del fenotipo multi-resistente similar al clon Cordobés: GM resistente y SXT susceptible. Estos hallazgos justifican un cambio profundo en la política de control de las infecciones por SA.

### **PATRONES DE SUSCEPTIBILIDAD DE AISLADOS DE *Staphylococcus aureus* PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD**

Alvarez E., Contreras R., Espino M.

Dirección de Diagnóstico Microbiológico, Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC), Escuela Latinoamericana de Medicina, Dpto. Agentes Biológicos, Ciudad de la Habana, Cuba.

**Introducción:** El DIRAMIC es un sistema para el Diagnóstico Rápido Microbiológico creado en Cuba, que permite determinar la sensibilidad antimicrobiana en 4 horas. Cuenta con un utilitario, el sistema para la confección de los Mapas Microbianos, que proporciona una visión general y muy especializada de los microorganismos circulantes y su comportamiento ante los antibióticos utilizados.

**Objetivos:** Estudiar la resistencia antimicrobiana de 695 cepas de *Staphylococcus aureus* procedentes de infecciones de las vías respiratorias superiores, lesiones en piel, secreciones de heridas, exudados conjuntivales, óticos y sistema genitourinario de pacientes atendidos en la consulta externa de 5 hospitales pediátricos, ubicados en diferentes ciudades y regiones de Cuba durante el periodo Enero 2002 – Diciembre 2004.

**Material y métodos:** Los antibiogramas fueron obtenidos con el Sistema para el Diagnóstico Rápido Microbiológico DIRAMIC y procesados por el sistema de programas para la confección de los Mapas Microbianos, versión 6.0. Los antibióticos probados fueron: penicilina G, oxacilina, cefazolina, gentamicina, ampicilina, tetraciclina, cloranfenicol, eritromicina, ciprofloxacina y sulfametoxazol/trimetoprim. Las cepas fueron clasificadas en base a la resistencia a la oxacilina.

**Resultados:** Del total de muestras, 118 (17,0%) fueron resistentes al fármaco y 577 (83,0%) sensibles. Se observó un incremento significativo de las cepas SAMR en el periodo y de la resistencia dentro de este grupo al resto de los antibióticos probados, aunque más del 50% de los aislados conservan la susceptibilidad a macrólidos, aminoglucósidos y quinolonas. Por su parte los porcentajes de resistencia de las cepas sensibles (SAMS) son bajos y muy similares en los tres años para la mayoría de los antibióticos ensayados, con excepción de eritromicina y ciprofloxacina, para los que se observaron incrementos en el año 2004.

**Conclusiones:** Se hace necesario continuar la vigilancia del comportamiento de la susceptibilidad para los antibióticos estudiados en cepas SAMR ya que se observó un incremento en la aparición de las mismas y en los niveles de resistencia detectados.

### **PERFILES DE RESISTENCIA DE CEPAS DE *Staphylococcus aureus* AISLADAS EN LA COMUNIDAD. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SAINT BOIS**

Pallante V., Porro M., López Harsken R., Macedo Viñas M., Mateos S., Coteló A., Torres M. E.

Laboratorio de Bacteriología Hospital Saint Bois y Departamento de Bacteriología y Virología. Facultad de Medicina.

**Introducción:** Las infecciones por SAMR comunitario constituyen uno de los problemas de mayor preocupación en salud pública en todo el mundo. Los perfiles y el comportamiento de las cepas involucradas presentan diferencias según el área geográfica. El Hospital Saint Bois es un centro de mediana complejidad con un área de influencia que incluye población de la zona noroeste de Montevideo y sur de Canelones.

**Objetivo:** 1) Determinar la frecuencia de aislamiento de *S.aureus* en muestras de lesiones de piel durante el periodo 2004 – 2005  
2) Describir los perfiles de sensibilidad en estas cepas.

**Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo analizando todas las muestras de lesiones de piel. Los estudios de sensibilidad se realizaron e interpretaron de acuerdo a las recomendaciones de CLSI. Se ensayaron oxacilina, cefoxitina (para predecir la resistencia a meticilina), gentamicina, trimetoprim.sulfá, eritromicina (E), clindamicina (CC), ciprofloxacina y vancomicina. Se realizó D-test para detectar resistencia inducible a CC (iCC). Se categorizaron las cepas en meticilino sensibles (MS) y resistentes (MR) y dentro de estas se definieron perfiles de comportamiento frente al resto de los antibióticos.

**Resultados y conclusiones:** Se recibieron 3040 muestras de lesiones de piel. En 69.3% de éstas se aisló *S.aureus* (n=2105) y en 15%, solos o asociados. Noventa y tres cepas fueron MS (47.2%) y 1112 fueron MR (52.8%).  
**Principales perfiles:** a) MS: 15.4% resistentes a E (67.3% con iCC) b) MR: 79,8 sin resistencias asociadas, 20,2% resistentes a E (92% con iCC), 1,3% perfil multi-resistente de tipo hospitalario, otros perfiles fueron menos frecuentes.

*S.aureus* fue el principal germen aislado en hisopados de piel, predominando las cepas MR. La elección terapéutica empírica a la luz de estos resultados se ve dificultada y resulta necesario contar con el estudio bacteriológico para el manejo de estas infecciones.

### ***Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE NO MULTIRESISTENTE EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DEL C.H.P.R.**

Pérez S., García R., Pomodoro M. J., Vignola V., Algorta G.

Depto. de Patología Clínica. Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR). Montevideo Uruguay

**Introducción.** *S.aureus* resistente a los beta-lactámicos (MRSA) con resistencia asociada a otros grupos de antibióticos (HA-MRSA) es bien conocido en infecciones hospitalarias. Se han descrito cepas aisladas en pacientes sin factores de riesgo que se diferencian de HA-MRSA por ser sensibles a otros grupos de antibióticos (CA-MRSA). En 2001 se detectaron los primeros aislamientos de CA-MRSA 8/365 (2%) en el Hospital Pediátrico del CHPR aumentando en 2002 a 71/374 (19%).

**Objetivos.** Determinar el impacto de CA-MRSA en los aislamientos del CHPR luego de su introducción en el año 2001 y compararlo con los aislamientos de otros patógenos en muestras seleccionadas.

**Materiales y métodos.** Se analizaron retrospectivamente archivos del Laboratorio de Bacteriología desde 2003 hasta junio de 2006 (los datos del 2005 corresponden a 8 meses). El estudio de susceptibilidad se realizó por técnica de difusión en disco. Se detectó PBP2a por látex en un grupo de cepas.

**Resultados.** Se aislaron 3981 cepas de *S.aureus*; 493 en 2003, 1377 en 2004, 1444 en 2005 y 667 en el primer semestre del 2006.

AÑO	CA-MRSA	HA-MRSA	MRSA
2003	200 (40.6%)	20 (4%)	220 (44.6%)
2004	822 (59.7%)	26 (1.9%)	848 (61.6%)
2005	835 (57.8%)	2 (0.2%)	837 (58%)
2006	413 (61.9%)	0 (0%)	413 (61.9%)

Se aisló *S.aureus* en 14% de los hemocultivos positivos, en 64% de muestras óseas y articulares y 71% de piel y tejidos blandos. Otros patógenos como por ej: *S.pyogenes* se aislaron en los mismos porcentajes en todo el periodo.

**Conclusiones.** Se observó un aumento de los aislamientos de *S.aureus* y de CA-MRSA a partir de su introducción en el país hasta 2004 permaneciendo luego estable. Otros patógenos tales como *S.pyogenes* se han aislado en un porcentaje invariable, destacándose la emergencia de *S.aureus* meticilino resistente no multi-resistente como patógeno en nuestro medio.

**FIABILIDAD DE DISCO DE CEFOXITIN 10MCG PARA SEPARAR *Staphylococcus aureus* METICILINO SENSIBLE DE *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO RESISTENTE. UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO.**

Pedreira W.<sup>1</sup>, Christophersen<sup>1</sup> L., Benaderet S.<sup>1</sup>, Vicentino W.<sup>1</sup>, Ximenez M.<sup>2</sup>, Alves M.<sup>2</sup>, Galiana A.<sup>3</sup>, Anzalone L.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laboratorio de Microbiología "Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay", <sup>2</sup>Instituto de Ortopedia y Traumatología, <sup>3</sup>Hospital Maciel y SAE MSP.

**Introducción:** Las infecciones por *Staphylococcus aureus* Meticilino resistentes adquiridas en la comunidad (SAMR-COM) son una preocupación mundial, y en Uruguay tuvieron un aumento epidémico desde el 2003. La mayoría de estas cepas tienen un bajo nivel de resistencia a la oxacilina (OXA) y son heterogéneas. Cualquier falla en su categorización en el laboratorio de microbiología clínica tiene una relevancia terapéutica. El gen *mecA* (PCR) o la prueba de PBP2a por aglutinación de latex son métodos más confiables pero costosos. Diferentes concentraciones de discos de cefoxitina (FOX) se han mostrado más certeras que OXA en la detección de estas cepas por K. Bauer. En 2006 CLSI publicó los nuevos Breakpoint con FOX 30 mcg: R ≤ 19mm; S = >21mm pero no se consideró la utilización de discos con FOX10 mcg e inóculo de 0.5 Mc Farland. Desde el 2003 el grupo incluyó este disco de manera sistemática.

**Objetivo:** Evaluar los halos de inhibición con discos de oxacilina 1 mcg, FOX 10 y 30 mcg en aislamientos consecutivos de *Staphylococcus aureus* (SA) en los últimos 3 años y validar los puntos de cortes para FOX10.

**Métodos:** K. Bauer. Mueller Hinton agar y discos de sensibilidad Oxoid®. Lectura 18 - 24 hs. al aire, cepa control a ATTC SA 25923. Información procesada por Whonet 5.

**resultados: 910 SA.**

Fenotipo	(N°)	Rango en mm		
		OXA1	FOX10	FOX30
SAMS	190	15 - 28	18 - 32	25 - 36
SAMR Hosp.	70	6 - 18	6 - 16	10 - 21
SAMR-COM (1)	650	6 - 18 (2)	6 - 17	10 - 21

(1) 22 % fenotipo heterogéneo con OXA1. (2) 29: 4.5% con halos > a 13 mm.  
**Conclusiones:** Se mantiene el punto de corte de resistencia a 18 mm para FOX10, como inicialmente publicamos en: ISID 2004. El 4.5% de las cepas mostraron halos de inhibición >13 mm que serían erróneamente categorizados como sensibles con un disco de OXA1. Con FOX30 todos los SAMR fueron detectados como resistentes con halos por debajo de 23 mm. Cifras coincidentes con R. SKOV (Instituto Seroterapico de Dinamarca 2005) que propone mover los criterios interpretativos de la CLSI de 19 a 22 mm para poder incluir todas aquellas cepas de SAMR-COM con poblaciones muy heterogéneas frente a OXA.

**TIPIFICACIÓN DEL CASETE CROMOSÓMICO DE ESTAFILOCOCO EN CEPAS NOSOCOMIALES DE *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A METICILINA POR PCR CON INICIADORES MÚLTIPLES.**

Ramírez I. A.<sup>1,5</sup>, Rivera J. F.<sup>2,5</sup>, Ramírez A. M.<sup>3</sup>, Villaseñor A.<sup>3</sup>, Castro G.<sup>4</sup>, Martínez F.<sup>4</sup>, Noyola D.<sup>4</sup>, Reyes M.<sup>1</sup>, Salinas Y.<sup>2</sup>, Martínez G.<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina-UJED <sup>2</sup>Escuela de Ciencias Químicas-UJED., <sup>3</sup>Centro de Investigación Biomédica de Occidente IMSS, Jalisco. <sup>4</sup>Universidad Autónoma de San Luis Potosí. <sup>5</sup>Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica, IMSS, Durango.

**Objetivo:** Determinar el tipo de Casete Cromosómico de Estafilococo (SCCmec) en cepas nosocomiales de *S. aureus* resistente a meticilina (SARM) mediante la tipificación por PCR con iniciadores múltiples.

**Material y Métodos:** Estudio multicéntrico, transversal descriptivo. Se incluyeron cepas nosocomiales de *S. aureus* recolectadas entre Enero y Abril del 2006. De hospitales de México. La susceptibilidad a meticilina se determinó mediante discos de oxacilina de 1 µg y de cefoxitina de 30 µg. La susceptibilidad a otros antibióticos por Kirby Bauer. La extracción de DNA genómico se realizó mediante el sistema Ultra Clean Microbial DNA Isolation Kit. La tipificación del SCCmec se realizó por PCR multiplex con iniciadores previamente descritos. Se utilizó "Master Mix" (Promega) para preparar la PCR. Los productos de PCR fueron resueltos en geles de agarosa al 2 % y visualizados mediante tinción con bromuro de etidio. Se utilizó estadística descriptiva para cálculo de proporciones.

**Resultados:** De 40 cepas de *S. aureus*: 4 inicialmente identificadas como SARM mediante discos de oxacilina, fueron sensibles con discos de cefoxitina y se excluyeron del análisis final. Las cepas fueron de infecciones superficiales, celulitis y heridas quirúrgicas 14 (39%), aspirados traqueales 8 (22%) hemocultivos 6 (17%), puntas de catéter 5 (13%) abscesos profundos (6%), líquido de ascitis 1 (3%). Todas las cepas resistentes a meticilina presentaron el Casete Cromosómico de Estafilococo de tipo II.

**Conclusiones:** El SCCmec tipo II corrobora el origen nosocomial de las cepas. Es necesario realizar otros estudios de biología molecular como electroforesis de campos pulsados y secuencias tipo de locus múltiples para determinar si existen una o varias clonas con el mismo tipo de SCCmec circulando en hospitales Mexicanos.

**ALTA FRECUENCIA DE CEPAS INVASIVAS DE *Staphylococcus aureus* SENSIBLES A METICILINA (SAMS) QUE PORTAN LOS GENES DE LA TOXINA PANTON-VALENTINE LEUKOCIDIN (PVL): SU RELACION CON SAMR**

Sola C.<sup>1</sup>, Saka H. A.<sup>1</sup>, Grupo colaborativo de *S. aureus* de Córdoba<sup>2</sup>, Vindel A.<sup>3</sup> y Bocco J. L.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CIBICI - CONICET. Fac. de Cs. Químicas, UNC, <sup>2</sup>Hospitales de Córdoba, <sup>3</sup>Inst. de Salud Carlos III, Ctro. Nac. Microbiología, Madrid, España.

**Introducción:** *S. aureus* se caracteriza por su gran diversidad genética aunque se detectaron linajes genéticos (LG) exitosos ampliamente distribuidos. Además, existe una relación entre la capacidad de producir ciertos tipos de infecciones con el LG, lo cual se relaciona estrechamente con la presencia de genes que codifican a toxinas como es el caso de Panton-Valentine leukocidin.

**Objetivo:** Analizar las características genéticas de cepas de SAMS aisladas en hospitales de Córdoba (Argentina) durante 1999-2002 para determinar su relación genética con las cepas de SAMR.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 31 aislamientos de SAMS recuperados en pacientes asistidos en 5 Hospitales, el 32% y 45% de los mismos fueron de origen intra y extrahospitalarios respectivamente. Mediante MLST y Tipo *spaA* se analizaron las cepas representativas de cada tipo principal definido por PFGE. La detección de los genes PVL y *mecA* se realizó por PCR

**Resultados:** Los aisl. fueron distribuidos en 14 pulsotipos y la mayoría de ellos pertenecieron a tres LG principales: ST30 (9/31, 29%), ST5 (5/31, 16%) y ST1 (4/31, 13%), pulsotipos N, M y R respectivamente. EL 70% de los aislamientos intra-hosp. pertenecieron a ST30 /N, tipo *spa A*: WGKAKAOMQQ. Cinco de ellas produjeron brotes de infecc. hospitalarias. Este clon fue PVL (+) y produjo infecciones invasivas en un 78% y 89% de los casos respectivamente. Todas las cepas ST1/R fueron PVL (+) y de origen invasivo. Las cepas ST5/M causaron infecc. invasivas en un 80% de los casos y el 40% de ellas fueron PVL(+).

**Conclusión:** Se detectó una alta frecuencia de cepas invasivas, en especial de origen nosocomial que portan los genes PVL. Interesantemente, estos genes fueron detectados en dos LG distribuidos internacionalmente, uno, ST30, que está relacionado al clon Pandémico EMRSA-16 y el otro, ST5, que es LG del clon epidémico más prevalente en los Hosp.de Córdoba. En conclusión la caracterización genética de los clones de SAMS que portan genes PVL sería esencial para vigilar su diseminación y la detección temprana de nuevos clones exitosos de SAMR.

**DESARROLLO ACTUALIZADO DE UNA VACUNA DE 1a GENERACIÓN CONTRA *Staphylococcus aureus* RESISTENTE A METICILINA PROVENIENTE DE LA COMUNIDAD. RESULTADOS PRELIMINARES**

Pardo L., Pereira M., Sirok A., Gadea P., Machado V., Varela G., Chabalgoity A., Massaldi H.

Departamento de Desarrollo Biotecnológico y Departamento de Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina.

**Introducción** *S. aureus* es un patógeno capsulado Gram positivo. Desde el año 2001 asistimos a cambios en su patrón de sensibilidad y en la epidemiología de los procesos infecciosos que causa. Estos ocurren preferentemente en niños o adultos jóvenes, se presentan como brotes en comunidades cerradas o grupos familiares y con frecuencia causan enfermedad recidivante o persistente. En esta situación adquiere importancia el recurso de la inmunoprofilaxis.

**Objetivo** Desarrollar un preparado que estimule una respuesta que contenga la proliferación y el daño local.

**Material y métodos** Se estudiaron 90 cepas de *S. aureus*. Sobre cada una se realizó identificación fenotípica, antibiograma; se determinó el serotipo capsular, la producción de alfa y beta-toxina y la presencia de los genes *lukS* y F (LPV). Para el desarrollo del preparado inmunizante se seleccionó una cepa del serotipo capsular 8, productora de  $\alpha$ -toxina y de LPV. Se determinaron las condiciones de cultivo adecuadas para la producción de las toxinas de interés. Se probaron distintos medios con el agregado de concentraciones variables de piruvato y acetato. La concentración de proteínas totales en los diferentes extractos obtenidos se determinó por el método de Pierce. El perfil de proteínas secretadas en las distintas condiciones de cultivo se estableció por SDS-PAGE.

**Resultados y perspectivas** Todas las cepas produjeron  $\alpha$ -toxina y ninguna  $\beta$ -lisina. El 79% correspondió al serotipo 8 y más del 80% fueron *lukS* y F positivas. La producción de las proteínas de interés ( $\alpha$ -toxina y LPV) fue mayor en medio CCYP en aerobiosis, a 37°C y con agitación. Se determinaron las condiciones óptimas para preparar un inmunógeno, a partir del crecimiento en biofermentador. También se puso a punto el modelo experimental de infección en ratones que se utilizará para ensayar el valor protectorio de los preparados vacunales.

**CONTROL DE PORTADORES NASALES DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE EN TRABAJADORES DE LA SALUD.**

Vicentino W., Pedreira W., Herrera G., Dehl L., Gonzalez M. C., Mansilla M., Dotta M.

Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

**Introducción:** Pacientes colonizados con *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR) comunitario o multi resistente hospitalario contribuyen a la diseminación de estas cepas en la comunidad luego del alta y pueden presentar una infección endógena. Los trabajadores de la salud que asisten a pacientes portadores de heridas y úlceras crónicas pueden ser un importante reservorio y también diseminadores de estos gérmenes. J. L. Nouwen demostró que el valor predictivo + de 2 cultivos nasales consecutivos a intervalo de 1 semana es del 94% para definir el estado de portador persistente de *Staphylococcus aureus* (SA) el cual debe ser vigilado, tratado y controlado posteriormente.

**Objetivo:** Evaluar la tasa de portadores persistentes de SAMR a nivel nasal y la efectividad de las medidas de educación, control y de decolonización en un Servicio de Atención de Enfermería Domiciliaria (SAED).

**Métodos:** Estudio prospectivo realizado a todos los funcionarios del SAED (400 pacientes) en 2 cortes: Nov. 2004 - Abril 2005. Llenado de una ficha clínica tipo. Exudados nasales inoculados directamente en agar sangre y en caldo selectivo de enriquecimiento: 5 ml de TSB + 2 mcg/ml de cefoxitin. Reaislamiento: 48 horas. Identificación de SA por métodos convencionales. Confirmación de SAMR por disco difusión OXA1, FOX10, y determinación de PBP2a (Oxoid). SAMR+: nuevo exudado nasal a la semana. Antibiograma: Kirby Bauer: eritromicina, clindamicina, gentamicina, trimetoprim sulfá, ácido fusídico, bacitracina, mupirocina, vancomicina, ciprofloxacina.

Medidas preventivas: baño diario con clorhexidina 2%: 7 días. Decolonización nasal: mupirocina o ácido fusídico de acuerdo a resultado de ATB 2 veces /día: 7 días. Control con exudado 10 días después y control evolutivo en el Departamento de Medicina preventiva. Seguimiento personal y convivientes.

resultados:	1er estudio (Nov. 2004)	2do estudio (Mar-Abril 2005)
NºFunc/portadores SA	40/14 35%	40/13 32.5%
Portadores SAMS	6 (15%)	11 (27.5%)
Portadores SAMR	8 (20%)	2* (5%)
Fenotipo de SAMR	4 SAMR-COM 4 SAMR HOSP clona emergente	2 SAMR HOSP clona emergente

\*una paciente con persistencia post tratamiento al 5to mes. Trasladada a tareas administrativas.

**Conclusiones:** 1-Los cultivos primarios en Agar sangre fueron + (alto inoculo). El caldo de enriquecimiento mejoro la recuperación de SAMR. 2-Las cifras de portadores de SAMR fue muy elevada (20%) 5 veces por encima del promedio internacional. 3-Las medidas de control se mostraron efectivas en el seguimiento posterior (4 meses). 1 persistencia nasal. Sin infecciones por SA en 4 meses.

### **PORTADORES DE *Staphylococcus aureus* EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS CRÓNICA EN URUGUAY**

Pedreira W.<sup>1</sup>, Opertti A.<sup>2</sup>, Macedo Viña S. M.<sup>1</sup>, Scarpitta C.<sup>2</sup>, De la Puente F.<sup>1</sup>, Ketzoian C.<sup>2</sup>, Rolfo V.<sup>1</sup>, Perna A.<sup>2</sup>, López L.<sup>1</sup>, Gómez J.<sup>2</sup>, Leiva G.<sup>2</sup>, Albornoz H.<sup>2</sup>, Bagnulo H.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>UDYCI-Hospital Maciel, MSP. <sup>2</sup>Fondo Nacional de Recursos

**Introducción:** *S.aureus* (SA) es el principal agente de infecciones en pacientes hemodializados (HD). El rol de la portación nasal (PN) de SA ha sido evaluado en distintas poblaciones; los mecanismos y los factores de riesgo no están completamente dilucidados, pero es claro que los pacientes HD tienen mayores tasas de colonización y mayor riesgo de infecciones por SA. La eliminación del estado de PN de SA se ha relacionado con una disminución del riesgo de infección en pacientes HD, lo cual no es tan notorio en otras poblaciones. Los pacientes HD son de alto riesgo para la portación y la infección por bacterias multi-resistentes. Cinco a 30% de la población sana es PN de SA, de los cuales 1-10% son meticilino-resistentes (SAMR).

**Objetivo:** 1) Determinar la prevalencia de PN de SA en pacientes en HD crónica en Uruguay entre Enero 2005-Enero 2006. 2) Describir los perfiles de sensibilidad de los aislamientos. 3) Comparar el rendimiento de caldo con cefoxitina respecto al aislamiento primario no selectivo para la recuperación de SAMR a partir de hisopados nasales (HN).

**Metodología:** Estudio transversal multi-céntrico en 32 del total de 36 centros nacionales de HD de adultos. N=1983; n=750.

HN → 5 ml de TSB + 2 µg/ml FOX. Reaislamiento a las 48 hs  
AS → Colonias sospechosas → DNAsa y clumping factor

Antibiograma por disco-difusión: oxacilina (OX), FOX, eritromicina (E), clindamicina (CC), gentamicina, trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacina, vancomicina (VA), bacitracina y mupirocina. D-test para detectar resistencia a CC. SAMR confirmada en cepas resistentes a OX y FOX por determinación por látex de PBP2a.

**Resultados y conclusiones:** Se aisló SA en 102 muestras (tasa de portación 16%): 83 sensibles a meticilina (SAMS; 13%) y 19 SAMR (3%). Todos los SAMR fueron encontrados en el aislamiento primario y en el caldo selectivo. Ningún SAMS se aisló a partir del caldo. Fenotipos de SAMR: comunitario (9), hospitalario tipo clona cordobesa (6), hospitalario tipo clona brasilera (2), nueva clona uruguaya emergente portadora de *scdII* (2). La tasa de portación de SAMS y SAMR se encuentra dentro de las descritas en otras poblaciones. La detección de SAMR sin enriquecimiento previo indica un alto inóculo nasal. El uso de caldo selectivo es útil para la investigación exclusiva de SAMR.

### **ABSCESO PROSTATICO A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO "CASO CLÍNICO EXCEPCIONAL"**

Abreu D., Arroyo C., Suarez R.

Servicio de Urología, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

**Introducción:** El absceso de próstata es una entidad clínica poco frecuente, de evolución potencialmente grave por lo que requiere de diagnóstico y tratamiento precoz, habitualmente intervencionista. Su etiología más frecuente son enterobacterias y enterococos. En este trabajo reportamos el caso excepcional de absceso prostático a SAMR-com (1<sup>er</sup> a nivel nacional y 3<sup>er</sup> a nivel mundial).

**Objetivo:** El objetivo de este trabajo es divulgar el caso clínico excepcional de absceso prostático a SAMR-com, jerarquizando la importancia del aspecto epidemiológico en la pequisa etiológica y consecuente tratamiento específico.

**Material y Métodos:** Se analiza el caso clínico de un paciente de 59 años de sexo masculino, diabético y panvascular, que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pasteur con el diagnóstico de shock séptico de origen nefrourológico. En la valoración clínica e imagenológica por tomografía se confirmó el diagnóstico de absceso prostático. Como particularidad se destaca el antecedente de lesiones supuradas de ambas fosas nasales al inicio del cuadro clínico. El tratamiento se basó en antibioticoterapia empírica y la punción evacuación ecoguiada del absceso, confirmándose la etiología a *Staphylococcus aureus* meticilino resistente comunitario. Se adecuó el tratamiento a antibióticos específicos.

**Resultados:** Luego de realizada la punción evacuación del absceso intraprostático e instituido un tratamiento antibiótico específico por 6 semanas, en base a Trimetoprim-Sulfametoxazol y Ciprofloxacina a dosis plenas, la evolución del paciente fue a la curación. Persistiendo como único elemento patológico la disminución de la tasa de protrombina. Hecho que se constató hasta 1 mes luego del alta.

**Conclusiones:** Más allá de lo infrecuente de esta entidad clínica el alcance de este trabajo es jerarquizar la importancia del aspecto epidemiológico en la determinación etiológica del germen causal y su consecuente manejo terapéutico.

### **AUSENCIA DE *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE (SAMR)COMUNITARIO(AC) EN HEMOCULTIVOS ESTUDIO PROSPECTIVO**

Salazar E., Smud A., Clara L.

Hospital Italiano de Buenos Aires HIBA

**Introducción:** Durante el año 2005 no hubo casos pediátricos en nuestra institución de SAMR COM. En adultos se diagnosticaron 2 infecciones de partes blandas, una con confirmación bacteriológica y otra con cultivos negativos pero extendido positivo intratratamiento con clindamicina.

La revisión retrospectiva de hemocultivos de ese año fué negativa, lo que motivó el seguimiento prospectivo de hemocultivos durante el año 2006.

**Objetivo:** Vigilancia prospectiva y análisis de los hemocultivos totales de adultos con aislamiento de SAMR desde enero a septiembre del 2006

**Material y Métodos:** Resultados : se analizaron prospectivamente todos los hemocultivos no duplicados ingresados al laboratorio de pacientes adultos , según definición del CDC

La sensibilidad fue estudiada con metodo de Kirby Bawer.

Hemocultivos totales 733 positivos totales ,con 27 aislamientos de SAMR Adquisición: terapia intensiva 13, unidad coronaria 3, terapia intermedia 1, internación general 6, post internación 1, asociada a hemodiálisis 2, asociada a cardio-desfibrilador implantable 1.

Sensibilidad (%): oxacilina 0% vancomicina 100%, RFM y TMS 89,6%, eritromicina y clindamicina 14,3%. Cuatro de cuatro cepas testeadas a Minociclina, Clo ranfenicol, Fusídico y Teicoplanina fueron sensibles.

**Conclusiones:** 1)La prevalencia de esta infección aún no parece relevante en los hemocultivos de pacientes admitidos en el HIBA a pesar de ser un hospital de derivación y que recibe un alto porcentaje de pacientes complicados.2) Se debe jerarquizar la trascendencia del análisis epidemiológico exhaustivo de las historias clínicas3) Aunque los hemocultivos positivos no son prevalentes en estas infecciones podrían representar la punta del iceberg .

### **ENDOCARDITIS INFECCIOSA y ABSCESOS MUSCULARES MÚLTIPLES. PRESENTACION DE UN CASO CLÍNICO**

Madrid F., Pintos M., Frantchez V., Battaglini M

Clínica Quirúrgica "1" y Medica "2" Hospital Pasteur

**Introducción:** Se analiza la presentación clínica, bajo la forma de múltiples abscesos musculares, de una endocarditis infecciosa en válvula nativa sana en posición aórtica a SAMR comunitario.

**Objetivos:** 1.- Comunicar un caso sin precedentes publicados en la literatura nacional. 2.-Analizar el tratamiento antibiótico empírico en infecciones graves con sospecha de SAMR com 3.- Revisión bibliográfica del tema.

**Caso clínico:** varón, 15 años, consulta por dolor a nivel de miembros inferiores, haciéndose diagnóstico de múltiples abscesos musculares profundos. Tratamiento: drenaje quirúrgico y antibioticoterapia empírica intensa con penicilina, ciprofloxacina y clindamicina. Cultivos: SAMR com. La evolución tórpida y la aparición de nuevos abscesos profundos musculares en diferentes topografías ponen en la pista de la presencia de un foco embolígeno, confirmándose por ecocardiograma transesofágico una endocarditis infecciosa.

**Discusión y conclusiones:** La alta prevalencia de SAMR com. cambió el perfil epidemiológico de nuestros pacientes, debiéndose sospechar su presencia en toda enfermedad infecciosa grave, dado que el tratamiento antibiótico precoz y adecuado incide drásticamente en la evolución. Nuestro paciente cumple las características clínicas típicas del SAMR com: jóvenes sanos, inicio brusco, factores predisponentes (lesiones cutáneas, higiene inadecuada), severidad con evasión loco-regional y sistémica. La adquisición de la infección en la comunidad, la bacteriemia primaria y la presencia de focos metastásicos de infección sugieren la presencia de una endocarditis. Destacamos que no debe dejar de buscarse el foco endocárdico a pesar de la ausencia de evidencia clínica típica de ésta, ya que las primeras manifestaciones pueden ser musculoesqueléticas, como en el caso presentado. Se plantea la solicitud rutinaria de ecocardiografía en pacientes con abscesos múltiples a SAMR. Hacemos énfasis en el tratamiento antibiótico empírico agresivo, prolongado mientras se espera el resultado de los cultivos. Lo novedoso de este caso reside en ser el primer caso publicado a nivel nacional, no encontrando publicaciones internacionales.

### **ABSCEOS PROFUNDOS DEL PSOAS. PRESENTACIÓN DE 4 CASOS CLÍNICOS**

Madrid E., Pintos M., Frantchez V., Battaglini M.  
Clínica Quirúrgica "1" y Médica "2" Hospital Pasteur

**Introducción:** Se analiza la presentación clínica de abscesos del psoas (4 casos). Se realiza breve descripción de los casos clínicos, acompañados de las imágenes respectivas, tratamiento y evolución. Se discute el estado de portador en sus aspectos diagnósticos y terapéuticos.

**Objetivos:** 1.-Comunicación de casos clínicos 2.-Analizar el tratamiento de infecciones profundas a SAMRcom 3.-Análisis del diagnóstico y tratamiento del estado de portador.

**Casos clínicos:** se discuten 4 pacientes con diferentes formas de presentación de abscesos profundos a SAMRcom localizados a nivel del psoas. En 3 casos la evolución luego del drenaje quirúrgico y antibioticoterapia fue satisfactoria. El cuarto caso presentó recidivas loco regionales, que obligaron a descartar un foco osteoarticular. Se hizo diagnóstico de estado de portador. Surge del análisis la importancia de determinar el estado de portador de SAMRcom en estos casos y su respectivo tratamiento.

**Discusión y conclusiones:** El SAMR comunitario se ha vuelto un patógeno endémico de incidencia creciente en muchas partes del mundo. Los síndromes clínicos más comunes son las infecciones de piel y partes blandas. La virulencia es debida a la presencia de una citotoxina necrotizante, denominada leucocidina de Pantón-Valentine.

La gravedad de las lesiones por este germen radica en que, de no mediar una antibioticoterapia adecuada y rápidamente instituida, con eventuales drenajes quirúrgicos, puede evolucionarse a formas graves, sistémicas y en oportunidades mortales. La discusión de estos casos clínicos seleccionados se realiza para demostrar la frecuencia con la que se localiza este germen a nivel muscular profundo y particularmente a nivel del psoas. Destacamos la evolución tórpida y recidivante en uno de los casos para remarcar la necesidad de estudiar el estado de portador en este paciente.

La portación de SAMRcom puede ser intermitente o permanente, y el portador lo alberga en las fosas nasales o piel.

Hacemos énfasis en las técnicas de diagnóstico y variantes terapéuticas, higiénicas y farmacológicas, para su erradicación.

### **COMPROMISO RETROPERITONEAL A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO**

Abreu D., Osorio F., García Guido L.

Cátedra de Urología, Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay

**Introducción:** El SAMR-comunitario presenta diferencias notorias con respecto al SAMR-hospitalario, tanto del punto de vista epidemiológico, como en la forma de presentación clínica, patrón genético y perfil de sensibilidad antibiótica. Si bien la mayoría de las infecciones corresponden a cuadros leves, con afectación cutánea y de partes blandas, existen formas invasivas, destacando la avidez por el compromiso retroperitoneal.

**Objetivo:** Divulgar la afectación de órganos retroperitoneales a SAMR-com en base a una serie de casos clínicos recopilados en nuestro país. Centrando el análisis en las características clínicas de la infección, la evolutividad y respuesta al tratamiento instituido

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, prospectivo y multicéntrico, realizado en Uruguay, en el periodo comprendido de mayo de 2004 a junio de 2005. Incluye 13 pacientes, considerándose como criterios de inclusión para SAMR-com los propuestos por la CDC.

**Resultados:** El 85% de los pacientes fueron del sexo masculino, con una media de edad de 32 años. Dolor lumbar y fiebre estuvo presente en todos los pacientes. En 100% de los casos la puerta de entrada fueron lesiones cutáneas supuradas y el tiempo medio entre el foco cutáneo y el dolor lumbar fue de 54 días. La demora diagnóstica de absceso retroperitoneal resultó de 11 días. En 85% de los casos existió asociación de focos (Renal, Perirrenal, Psoas), predominando la afectación perirrenal. El 100% de los pacientes presentaron anemia e hipoprotrombinemia. La evolución fue a la cura en todos los pacientes, consignando 1 nefrectomía y mortalidad nula.

**Conclusiones:** Del análisis de los resultados obtenidos se desprenden algunas conclusiones de gran jerarquía diagnóstica las cuales tienen aún mayor valor dada la ausencia de trabajos reportados al respecto en la literatura. 3 premisas se deben considerar, lo que hemos dado en llamar la "Tríada del SAMR-com en las infecciones retroperitoneales". 1<sup>o</sup> El constante hallazgo como puerta de entrada de una lesión cutánea supurada. 2<sup>o</sup> La presencia de anemia e hipoprotrombinemia debe ser considerado un marcador para SAMR-com. 3<sup>o</sup> Existe una mayor avidez por el compromiso perirrenal.

### **ABSCESO PROSTÁTICO: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE INFECCIÓN POR *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD (SAMR-AC)**

Dres. Frantchez V., Battaglini M. N., Madrid E., Pintos M.

Clínica Médica "2", Clínica Quirúrgica "1", UDELAR. Hospital Pasteur.

**Introducción:** SAMR-com es un patógeno emergente conocido en nuestro medio desde el 2001, con características propias que le confieren alta virulencia, determina una amplia gama de manifestaciones clínicas con variada mortalidad, constituye el 20% de las infecciones stafilocócicas del adulto. El absceso prostático por su baja frecuencia y su presentación oligosintomática es de diagnóstico tardío siendo fundamentales los estudios de imagen. Las complicaciones sistémicas graves son inhabituales. Existen sólo 2 casos documentados en la literatura internacional de ésta patología.

**Caso clínico:** hombre, 59 años. AP: Diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiriente con múltiples repercusiones micro y macrovasculares. Historia de forunculosis recidivante e instrumentación de vía urinaria 2 meses antes del ingreso. Presentó cuadro de un mes de evolución dado por fiebre, disuria, dificultad para la micción y repercusión general. Múltiples consultas cumpliendo régimen antibiótico con Cotrimoxazol durante 7 días y con Ciprofloxacina por 5 días. Ingresó a emergencia con síndrome de disfunción orgánica múltiple requiriendo asistencia respiratoria mecánica invasiva y vasopresores comenzando tratamiento empírico con Imipenem. Hemocultivos positivos a SAMR-com. Tratamiento: Cotrimoxazol 1600/320 mg v/o cada 12 horas y vancomicina 1 mg i/v cada 12 horas. TAC abd /pelvis/tórax: prostatomegalia y nódulos pulmonares múltiples. Ecografía trans-rectal: colección prostática y peri prostática que comprometía vesículas seminales. En material de punción-aspiración de próstata cultivó SAMR-com. Buena evolución. TAC y ecografía trans-rectal de control a los 35 días con restructuración de logia prostática. Tratamiento con Cotrimoxazol a igual dosis y Ciprofloxacina 500 mg cada 12 horas por 6 semanas.

**Conclusiones:** 1- Todo paciente con síntomas urinarios, síndrome prostático y fiebre con factores de riesgo para SAMR-com debe ser estudiado. 2- La imagenología es fundamental para el diagnóstico. 3- Dada la alta mortalidad de esta afección, la antibioticoterapia debe ser precoz, prolongada y guiada por el antibiograma. 4- Aun en ausencia de síntomas es fundamental la búsqueda de otras localizaciones profundas.

### **ABSCESO DEL PSOAS: PRIMER CASO A *Staphylococcus aureus* METICILINO RESISTENTE COMUNITARIO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Facal J., Maiche M., Cuadro R.

Clínica Médica "1", Facultad de Medicina, UDELAR, Uruguay.

**Introducción:** El absceso del psoas es una enfermedad poco frecuente. *Staphylococcus aureus* (SA) es el patógeno en el 80% de los casos primarios. La aparición de cepas de SA meticilino resistente de la comunidad (SAMR.com) se ha asociado con formas invasivas más severas. La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha determinado un aumento de la incidencia de abscesos del psoas primarios en países occidentales. No existen casos comunicados en la literatura de abscesos del psoas por SAMR.com en pacientes VIH positivos (VIH+).

**Objetivo:** Presentación de un caso clínico de absceso del psoas por SAMR.com en un paciente VIH+, con neumonía necrotizante y probable puerta de entrada cutánea.

**Material y métodos:** Sexo masculino, 37 años, serología positiva para VIH desde hace 5 años, sin tratamiento antirretroviral, ni infecciones oportunistas. Ingresó por fiebre, tos, expectoración purulenta y tumoración inguinal izquierda. Se diagnosticó neumonía necrotizante en lóbulo inferior izquierdo y absceso del psoas izquierdo por tomografía axial computada (TAC). Se destacan lesiones de piodermitis en tronco y miembros. No se obtuvieron hemocultivos. En el estudio directo de expectoración se visualizan cocos gram positivos. Se realiza drenaje percutáneo del absceso de psoas bajo ecografía, obteniéndose 600 ml de pus. El cultivo desarrolla SAMR.com. Recibió tratamiento antibiótico con Clindamicina y Trimetoprim/Sulfametoxazol durante tiempo prolongado. Los controles clínicos, de laboratorio y de imagen mostraron resolución de la enfermedad.

**Resultados y conclusiones:** Las infecciones invasivas por SAMR.com son severas (vinculables a factores de virulencia) y pueden determinar formas aún más graves en inmunodeprimidos. Los abscesos primarios del psoas se producen por diseminación hematogena, en este caso a partir de probable foco cutáneo. La presentación clínica puede ser inespecífica. La TAC es el método diagnóstico de elección. El tratamiento se basa en el drenaje percutáneo guiado por imagen y antibioticoterapia. Esta debe prolongarse durante 2 o 3 semanas luego de lograda la apirexia o retirado el drenaje.

### **INFECCIONES EN LOS TEJIDOS BLANDOS DE LA MANO ASPECTOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS**

*Masdeu E., Kurdian R. S., Ortiz R. G.*

Servicio de Cirugía Plástica y Microcirugía. Hospital Pasteur

**Introducción:** El desarrollo en el ámbito nacional de una nueva cepa de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente motivó la realización de este trabajo. La evolución de los procesos infecciosos era más rápida y la respuesta a los planes antibióticos convencionales poco efectiva. La mano por su susceptibilidad a sufrir procesos infecciosos se encuentra ampliamente involucrada.

**Objetivos:** Conocer la evolución microbiológica y epidemiológica de este germen. Identificar la presentación clínica de las lesiones producidas por el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de perfil comunitario (SAMR-com) en los tejidos blandos de la mano. Promover el abordaje quirúrgico precoz y el uso racional de antibióticos.

**Material y métodos:** Analizamos y cuantificamos los pacientes que, derivados en calidad de urgencia, consultaron por procesos infecciosos en nuestro servicio en el período comprendido entre el año 2000 y 2005. Destacamos que se trata de una muestra preseleccionada por el Primer Nivel de Atención y el Servicio de Emergencia. En la bibliografía consultada resultan de capital importancia los trabajos nacionales referentes a la evolución de SAMR-com.

**Resultados:** Del análisis de nuestra casuística observamos un amplio aumento de las consultas a partir del año 2003. Los afectados eran principalmente pacientes jóvenes y sanos. Los procesos se caracterizaban por la rápida formación de grandes colecciones de exudado purulento y, muchas veces, se acompañaban de necrosis tisular y compromiso osteoarticular.

**Conclusiones:** Las infecciones causadas por SAMR-com se destacan por su rápida evolución y agresividad. La realización oportuna de drenajes amplios y el uso de los antibióticos adecuados evitará el pasaje a estadíos de mayor severidad. La efectiva difusión de estas conductas podrá disminuir los tiempos de ausentismo laboral e instalación de secuelas incapacitantes en la mano.

### **ANÁLISIS DE 95 INFECCIONES POR *Staphylococcus aureus* DE PERFIL COMUNITARIO INGRESADOS EN DOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS DE MONTEVIDEO.**

*Medina J.<sup>1</sup>, Palacio R.<sup>2</sup>, Pérez G.<sup>1</sup>, Cabrera S.<sup>1</sup>, Lindner C.<sup>2</sup>, Bazet C.<sup>2</sup>, Savio E.<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>Cátedra de Enfermedades Infecciosas Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

<sup>2</sup>Dpto. Laboratorio Clínico Hospital de Clínicas.

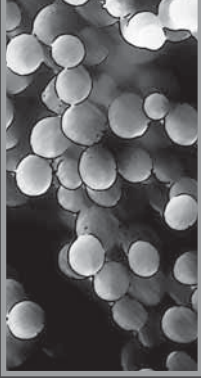
Las infecciones causadas por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente de perfil comunitario (SAMR-com) emergieron en Uruguay como un problema de Salud Pública. **Objetivos:** 1) describir la presentación clínica y evolución de los pacientes con infecciones por SAMR-com asistidos inicialmente fuera de áreas de medicina intensiva en dos Hospitales Universitarios de Adultos. 2) analizar el perfil de susceptibilidad a los antimicrobianos de los aislamientos de SAMR-com. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes hospitalizados por una infección por SAMR-com entre marzo 2003 a junio de 2006. Se definió fenotípicamente SAMR-com a los SAMR-resistentes a todos los betalactámicos, sensibles a gentamicina, ciprofloxacina, trimetoprim-sulfametoxazol y vancomicina con resistencia variable a macrólidos y clindamicina. **Definiciones:** infecciones de piel y partes blandas (forúnculos y/o abscesos, hidrosadenitis, celulitis con o sin necrosis); infecciones invasivas (bacteriemias, infección de líquido cefalorraquídeo, pleural, peritoneal y pericárdico, osteo-articular, nódulos linfáticos, cerebro, corazón, hígado, bazo, humor vitreo, riñones, páncreas, ovario o testicular) **Resultados:** se enrolaron 95 pacientes, la edad media fue  $33,5 \pm 15,5$  años, 60 de sexo masculino. Se detectaron 63 infecciones no invasivas (66,4%) y 32 invasivas (33,6%). Ochenta casos (84%) presentaron infección de piel y partes blandas, las más frecuentes fueron los abscesos y/o forúnculos (29,4%). De las infecciones invasivas las más frecuentes fueron: bacteriemias, osteoarticular y abscesos renales-perirrenales-psoas (56%). El 45% de los pacientes con foco profundo tuvieron focos profundos múltiples. Quince pacientes presentaron fiebre mayor a  $38,5^{\circ}\text{C}$  (15,7%) y 48% leucocitosis mayor a  $12.000/\text{mm}^3$ .

El 61% de los pacientes no tenían ninguna comorbilidad.

El perfil de sensibilidad encontrado fue: 51% sólo resistente a los betalactámicos, 3% resistente a betalactámicos y macrólidos y 32% resistente a betalactámicos, macrólidos y lincosamidas. En un 14% no se pudo definir el perfil fenotípico.

Todos recibieron antibioticoterapia, 28 pacientes recibieron un único plan. En el primer plan el grupo de antibióticos más usado sólo o combinado fueron los betalactámicos y en el segundo plan el trimetoprim-sulfametoxazol. Sesenta y siete pacientes requirieron cirugía. La estadía media fue de 20 días. Un paciente falleció (1%) pero no se pudo atribuir a la infección por SAMR-com.

**Conclusiones:** la infección por SAMR-com predominó en jóvenes, la mayoría sanos y con poca expresión inflamatoria-infecciosa. Tuvo alta morbilidad con prolongada estadía. Se debe estar atento a la posibilidad de más de un foco profundo.



SIMPOSIO INTERNACIONAL

***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

**Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

## **ACTIVIDAD PROTOCOLAR**

### **Viernes 17 de Noviembre**

19.00 - 19.30 horas **Ceremonia de Apertura**  
*Sala Magnolia*

Palabras de:

*Dra. Ana María Ferrari* - Coordinadora del Simposio

*Dr. Sheldon Kaplan* - Coordinador del Simposio

*Dr. Felipe Schelotto* - Decano de Facultad de Medicina

*Sr. Oscar de los Santos* - Intendente del Departamento de Maldonado

*Dra. María Julia Muñoz* - Ministra de Salud Pública

### **Sábado 18 de Noviembre**

19.15 horas **Ceremonia de Clausura**  
Entrega del Premio SEMM – MAUTONE al mejor Poster

SIMPOSIO INTERNACIONAL  
**S. aureus metilino resistente adquirido en la comunidad**

Un problema global

SIMPOSIO SATÉLITE  
**Infecciones por S. aureus metilino resistente hospitalario**

Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay



## INFORMACIÓN GENERAL

### SECRETARÍA

Atenea Eventos S.R.L.  
Juan Carlos Gómez 1476 Of. 401  
CP 11000 - Montevideo - Uruguay  
Telefax: ++598 2 9163315  
s.aureus2006@atenea.com.uy  
www.atenea.com.uy/saureus

### AGENCIA DE VIAJES

Le Monde Tourisme  
Edificio Plaza Mayor  
Plaza Independencia 831 Of. 808  
Montevideo - Uruguay  
Tel: ++598 2 9027934  
Fax: ++598 2 9029384  
congresos@lemondetourisme.com.uy  
www.lemondetourisme.com.uy

### SEDE DEL SIMPOSIO

Jean Clevers Parque Hotel  
Budapest y Villa Princesa -  
Br. Artigas y Parada 7  
Punta del Este - Uruguay  
Telefax: ++598 42 493494  
reservas@jeanclevers.com  
www.jeanclevers.com

### DISTRIBUCIÓN DE SALAS

#### Sala Magnolia

- Actividad académica

#### Sala Roble

- Exposición comercial  
- Secretaría:  
inscripciones y entrega de materiales  
- Cafetería

#### Foyer Sala Roble

- Agencia de viajes

#### Bussiness Center

- Sala de Pruebas para conferencistas

### HORARIO DE SECRETARÍA

Viernes 17 y Sábado 18 de Noviembre:  
07.00 – 19.30

### TARJETA DE IDENTIFICACIÓN

La tarjeta de Identificación, la cual le acredita oficialmente como Participante del Simposio, debe ser presentada para ingresar a la sala de actividad académica. Su uso es obligatorio. El costo de reposición en caso de pérdida es del 50% del valor de la inscripción abonada.

### IMPORTANTE

El uso de teléfonos celulares está prohibido dentro de la Sala de Conferencias

### DIPLOMAS

Los diplomas se entregarán el último día del Simposio (sábado 18 de noviembre) a partir de las 14.00 horas.

### IDIOMA OFICIAL

Español

### CONFIRMACIÓN DE VUELOS/ FOYER DE SALA ROBLE

Estará a su disposición la Agencia Oficial, Le Monde Tourisme, donde podrá solicitar la confirmación de sus vuelos.

### ÁREA DE EXPOSICIÓN COMERCIAL

Ubicada en la Sala Roble del Jean Clevers Parque Hotel, disponible para los participantes los días 18 y 19 de noviembre en el horario de 08.00 a 19.00

### INTERNET

Servicio de internet inalámbrica en el foyer y habitaciones del Jean Clevers Parque Hotel.

### CLIMA

El clima en Punta del Este en el mes de Noviembre oscila en los 25 °C. Recomendamos llevar abrigo en toda ocasión (día y noche)

### ELECTRICIDAD – VOLTAJE

CA220 y 50Hz.

### MONEDA – TARJETAS DE CRÉDITO

La moneda nacional es el peso uruguayo. Un dólar equivale aproximadamente a 25 pesos uruguayos a la fecha. Las operaciones se pueden realizar libremente en cualquier banco o casa de cambio. Los hoteles, restaurantes y centros comerciales aceptan tarjetas de crédito (VISA, MASTER CARD, AMERICAN EXPRESS, DINERS) y dólares americanos. Las propinas en los restaurantes oscilan en el 10%

### HORARIO OFICIAL

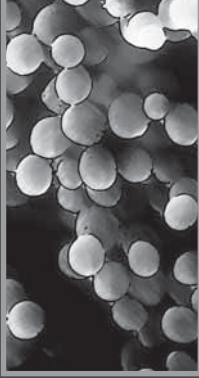
4 hs. Menos en GMT

### HORARIO COMERCIAL

De 10.00 a 19.00hs. Algunos comercios y shoppings tienen horarios más extensos

### HORARIO BANCARIO

De 13.00 a 17.00 hs.



# SIMPOSIO INTERNACIONAL *S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad

Un problema global

SIMPOSIO SATÉLITE

## Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario

Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay

### HOTEL Y SUB-SEDES

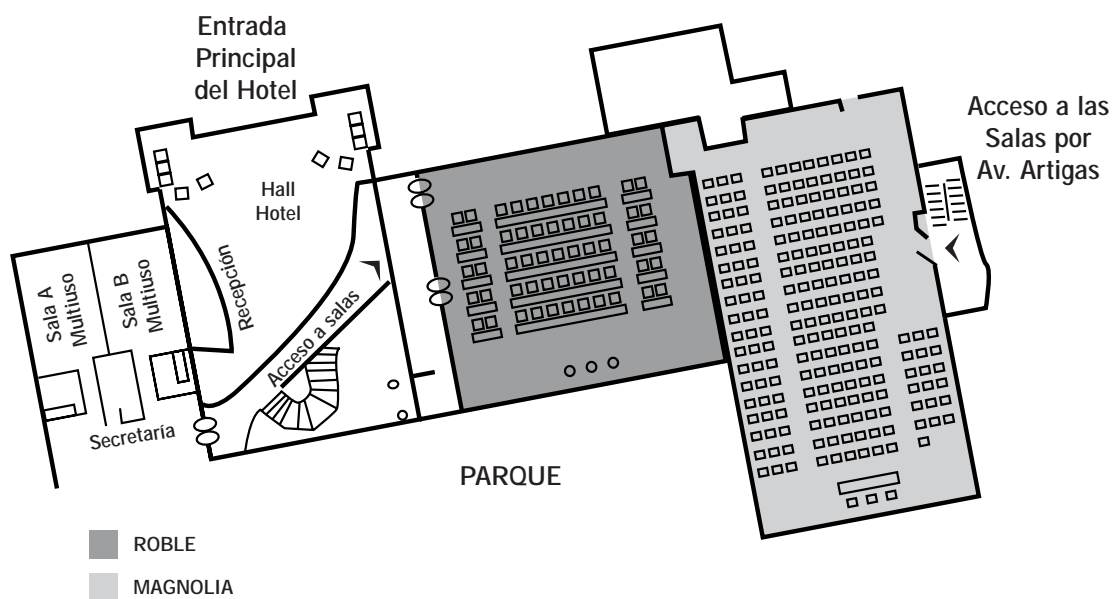


### REFERENCIAS

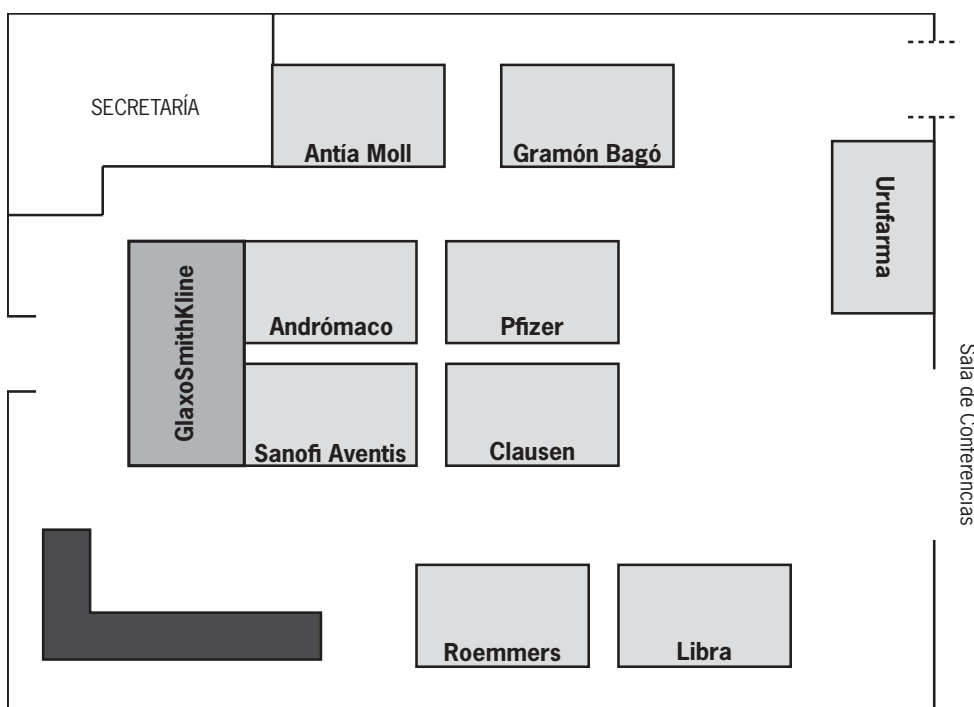
- 1 - Jean Clevers Parque Hotel
- 2 - Hotel Conrad
- 3 - Hotel Best Western
- 4 - Hotel Barradas
- 5 - Hotel Days Inn Mansa
- 6 - Hotel Ajax



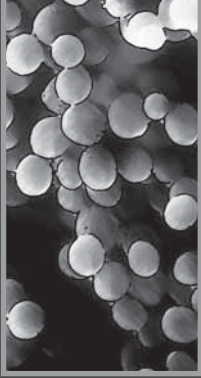
## PLANO SALAS DEL JEAN CLEVERS



## NÓMINA DE STANDS - SALA ROBLE



1	Secretaría
2	Antía Moll
3	Gramón Bagó
4	Andrómaco
5	Pfizer
6	CAFETERIA
7	Urufarma
8	Libra
9	Roemmers
10	Clausen
11	Sanofi - Aventis
12	GlaxoSmithKline



SIMPOSIO INTERNACIONAL

***S. aureus* meticilino resistente adquirido en la comunidad**

**Un problema global**

SIMPOSIO SATÉLITE

**Infecciones por *S. aureus* meticilino resistente hospitalario**

**Noviembre 2006, Punta del Este . Uruguay**

## **AGRADECIMIENTOS**

El comité organizador desea agradecer especialmente a las firmas comerciales que con su aporte hicieron posible la realización de este Simposio

Laboratorio GlaxoSmithKline

Laboratorio Pfizer Inc.

bioMérieux

Chem's Tree Ltda.

Laboratorios Andrómaco

Laboratorio Antía Moll

Laboratorio Biokey

Laboratorio Clausen

Laboratorio Cibeles

Laboratorios Gautier

Laboratorio Gramón Bagó

Labortorio Ion

Laboratorio Libra

Laboratorio Roemmers

Laboratorio Sanofi Aventis

Laboratorio Urufarma

S.E.M.M.

## VIERNES 17

### SALA MAGNOLIA

08.15 - 08.45	<b>Conferencia Inaugural:</b> Presente y futuro
08.45 - 09.45	<b>Sesión II</b> Microbiología y patogénesis
09.45 - 10.00	<b>Break</b>
10.00 - 12.00	<b>Sesión III</b> Epidemiología molecular
12.00 - 13.30	<b>SIMPOSIO SATÉLITE:</b> <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente hospitalario
13.30 - 14.45	<b>Break - Sesión de Posters</b>
14.45 - 16.15	<b>Sesión IV</b> Epidemiología e impacto de enfermedades más frecuentes
16.15 - 16.30	<b>Break</b>
16.30 - 18.00	<b>Sesión V</b> Infecciones no invasivas
18.00 - 19.00	<b>Simposio bioMérieux</b> Soluciones bioMérieux para <i>S. aureus</i>
19:00 - 19.30	<b>Ceremonia de Apertura</b>

## SÁBADO 18

### SALA MAGNOLIA

08.00 - 09.30	<b>Sesión VI</b> Infecciones invasivas
09.30 - 10.15	<b>Panel</b> Infecciones Invasivas por SAMR en paciente crítico
10.15 - 10.30	<b>Break</b>
10.30 - 12.00	<b>Sesión VII</b> Resistencia antimicrobiana
12.00 - 13.30	<b>SIMPOSIO SATÉLITE:</b> <i>Staphylococcus aureus</i> meticilino resistente hospitalario
13.30 - 14.30	<b>Break - Sesión de Posters</b>
14.30 - 16.00	<b>Sesión VIII</b> Tratamiento: nuevos y viejos antimicrobianos
16.00 - 17.30	<b>Sesión IX</b> Control de las infecciones por <i>S. aureus</i> meticilino resistente
17.30 - 17.45	<b>Break</b>
17.45 - 19.15	<b>Sesión X</b> <i>S. aureus</i> . Inmunidad y vacunas

Cada 2 minutos, 3.600 niños  
reciben nuestras vacunas en el mundo



VACUY4/1006DM60

**Havrix<sup>®</sup>**  
1<sup>º</sup> VACUNA  
ANTIHEPATITIS **A**

**Engerix<sup>®</sup>****B**  
PRIMERA VACUNA ANTIHEPATITIS-B POR INGENIERIA GENÉTICA  
**JERINGA PRELENADA**

**Varilrix<sup>®</sup>**  
VACUNA ANTIVARICELA

**FluaRix<sup>®</sup>**  
VACUNA ANTIGRIPIAL

Casa de  
**VACUNAS**  
GlaxoSmithKline

*Cualquier avance en el desarrollo  
de nuevas vacunas, Ud. lo conocerá por*

**gsk**  
GlaxoSmithKline

Mayor información a disposición en Depto. Médico GlaxoSmithKline Uruguay S.A. Salto 1105, Montevideo.